

Monitoring Vogelaarakkoord 2006 Eindrapport

Zeist, februari 2007

Drs. Ph.J. (Philip) Mokveld
Drs. M. (Marieke) Smit
Ing. S. (Sander) Neijmeijer

Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	2
2	Gegevensvraag.....	3
3	Resultaten	4
3.1	Consulten	4
3.2	Inschrijftarieven	6
3.3	Module populatiegebonden vergoedingen.....	7
3.4	Module praktijkondersteuning huisartsen (POH)	7
3.5	Consulten avond-, nacht- en weekenddiensten.....	8
3.6	Passantentarieven	9
3.7	Module modernisering en innovatie (M&I)	10
3.8	Overzicht van alle kosten	11
3.9	Conclusies.....	12
4	Toekomst.....	14

1 Inleiding

Vanwege het wegvallen van het onderscheid tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden bij de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet is er voor huisartsen per 1 januari 2006 een nieuwe bekostigingssystematiek. Deze systematiek is in het Vogelaarakkoord overeengekomen door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Om de nieuwe bekostigingssystematiek tot stand te brengen is door de betrokken partijen een aantal aannames gedaan betreffende het aantal declaraties van huisartsen aan zorgverzekeraars. Zo is het reguliere consulttarief vastgesteld op 9 euro, uitgaande van 3,53 consulteenheden per verzekerde per jaar. ZN heeft aan Vektis gevraagd om deze aannames uit het Vogelaarakkoord te monitoren. Hiertoe heeft Vektis een ad-hocgegevensvraag bij de zorgverzekeraars uitgezet. In deze gegevensvraag worden de aantallen en/of kosten van declaraties voor de in het Vogelaarakkoord genoemde posten opgevraagd.

In september 2006 heeft Vektis een eerste rapportage opgesteld, gebaseerd op declaratiegegevens van de eerste twee kwartalen van 2006. Toen bleken er echter nog veel declaratie- en verwerkingsachterstanden te zijn. In de tweede rapportage (november 2006) over de eerste drie kwartalen van 2006 bleken de meeste (maar nog niet alle) verwerkingsachterstanden ingelopen te zijn. Wel waren er nog verwerkingsachterstanden bij zogenoemde tussenschakels c.q. clearinghouses die het declaratieverkeer voor huisartsen verwerken. Ook deze lijken inmiddels redelijk te zijn weggewerkt. Er zijn uiteraard nog wel declaratie- en verwerkingsachterstanden voor het vierde kwartaal van 2006, met name voor de consulten. De omvang van deze laatste groep kan geschat worden aan de hand van de eerdere kwartalen.

Deze eindrapportage schetst een beeld van de totale omvang van consulten, inschrijftarieven (plus opslagen) en modules in de huisartsenzorg in 2006. Hieruit zal blijken dat een aantal in het Vogelaarakkoord gedane aannames fors zijn overschreden.

2 Gegevensvraag

De gegevensvraag is als bijlage bij dit rapport gevoegd. Voor 2006 zijn per kwartaal (met een peildatum van 1 januari 2007) voor de volgende kenmerken gegevens opgevraagd voor uitbetaalde declaraties:

- Consulten per soort prestatie onderscheiden naar:
 1. huisarts;
 2. praktijkondersteuning huisarts (POH);
 3. passanten;
 4. avond, nacht, weekend (geen huisartsendienstenstructuur);
 5. avond, nacht, weekend (huisartsendienstenstructuur).
- Inschrijftarieven (aantal per combinatie componenten achterstandswijk en ouderen en wel/geen digitale declaratie).
- Module Achterstandsfonds (aantal en kosten).
- Module Praktijkondersteuning Huisartsen (aantal en kosten).
- Module Modernisering en Innovatie (kosten per verstrekking).

De gegevensvraag is uitgezet bij alle zorgverzekeraars en vrijwel alle zorgverzekeraars hebben de gevraagde informatie geleverd; voor slechts twee risicodragers zijn geen gegevens aangeleverd. Ook voor een klein aantal volmachten konden geen gegevens worden geleverd. Over het algemeen zijn de aangeleverde gegevens van goede kwaliteit.

In het volgende hoofdstuk worden voor alle kenmerken de resultaten uit de enquête gegeven, waarbij de nadruk over het algemeen zal liggen op het tweede en het derde kwartaal 2006, omdat deze kwartalen al vrijwel uitgedeclareerd zijn. Ook het eerste kwartaal 2006 is natuurlijk vrijwel uitgedeclareerd, maar hiervoor heeft nog een onderlinge verrekening plaatsgevonden die nog niet door elke risicodrager voldoende is verwerkt om in de gegevensvraag op te nemen. Voor het vierde kwartaal 2006 geldt dat vooral de consulten en de M&I-verrichtingen nog niet uitgedeclareerd en verwerkt zijn. Omdat de inschrijftarieven met de bijbehorende opslagen al begin oktober 2006 gedeclareerd konden worden, zullen de meeste hiervan wel al verwerkt zijn.

Voor elk kenmerk worden de resultaten geëxtrapoleerd naar heel 2006. Hierbij wordt ook gecorrigeerd voor kwalitatief onvoldoende gegevens van zorgverzekeraars, eventuele niet meegeleverde gegevens van volmachten en de onderlinge verrekening in het eerste kwartaal. In totaal gaan we uit van een verzekerdenpopulatie van 16.152.210 verzekerden. Het aantal verzekerden dat door de aanleverende zorgverzekeraars gerepresenteerd wordt, is in het eerste kwartaal 95% van alle verzekerden. In de overige kwartalen is dit percentage opgelopen tot 96%.

3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten uit de gegevensvraag gekoppeld aan de afspraken uit het Vogelaarakkoord. Een overzicht van de kosten die met deze afspraken gemoeid gaat, is te vinden in tabel 9. Uit een vergelijking van de resultaten tussen de gegevensvraag van juli 2006, oktober 2006 en januari 2007 blijken de verwerkingsachterstanden bij de zorgverzekeraars en de clearinghouses en de declaratieachterstanden van de huisartsen vrijwel volledig te zijn weggewerkt. Het vierde kwartaal 2006 kent nog wel declaratie- en verwerkingsachterstanden. Dit kwartaal zal daarom niet in alle analyses worden meegenomen.

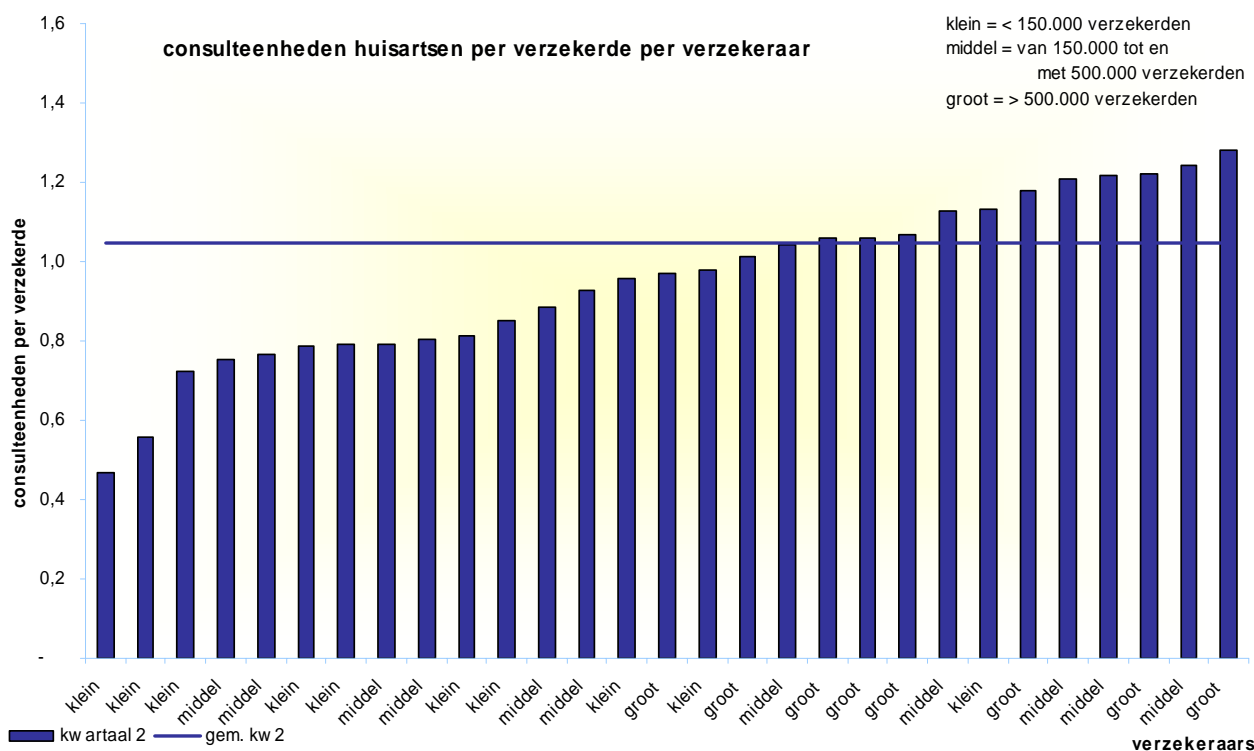
3.1 Consulten

In deze sectie worden de consulten behandeld bij de huisarts, exclusief consulten bij praktijkondersteuners, passantentarieven en avond,- nacht en weekendconsulten. De aantallen per kwartaal zijn voor alle aanleverende risicodragers tegen elkaar uitgezet in figuur 1. Qua aantal gedeclareerde consulteenheden per verzekerde ontlopen de eerste twee kwartalen 2006, met respectievelijk 1,03 en 1,05 consulteenheid per verzekerde elkaar niet veel. Hierbij wordt nogmaals benadrukt dat de resultaten van het eerste kwartaal iets voorzichtiger geïnterpreteerd moeten worden, omdat niet elke risicodrager de onderlinge verrekening al heeft kunnen verwerken.

Het derde kwartaal 2006 ligt met 1,00 consulteenheid per verzekerde iets lager. Dit zal voornamelijk de seizoensinvloed zijn, aangezien de zomervakantie in deze periode valt. Diezelfde invloed is ook terug te zien in de passantentarieven (paragraaf 3.6). Het vierde kwartaal 2006 loopt door declaratie- en verwerkingsachterstanden met 0,77 consulteenheden per verzekerde nog achter. Naar schatting mist daar nog 25% van de declaraties.

Na correctie voor declaratie- en verwerkingsachterstanden in het vierde kwartaal 2006 en voor ontbrekende gegevens van een aantal risicodragers en volmachten, is de verwachting dat er in totaal in 2006 4,1 consulteenheden per verzekerde gedeclareerd zullen worden. Dit is een stijging van 16% ten opzichte van de verwachting in het Vogelaarakkoord; daar was namelijk uitgegaan van 3,53 consulteenheden per verzekerde.

Er zijn in figuur 1 grote verschillen tussen de risicodragers te zien in het aantal consulteenheden per verzekerde. Het zijn voornamelijk de grotere ex-ziekenfondsen waarbij veel consulten worden gedeclareerd. Bij de kleinere ex-particuliere risicodragers worden juist relatief weinig consulten gedeclareerd. De twee kleine risicodragers met de minste consulteenheden per verzekerde hadden te maken met een verwerkingsachterstand respectievelijk een niet aanleverende volmacht. In werkelijkheid ligt het aantal eenheden voor deze partijen iets hoger.



Figuur 1 Gemiddelde consulteenheden per verzekerde per verzekeraar, tweede kwartaal 2006 (bron: Vektis, peildatum 1 januari 2007)

Bij de uitsplitsing van consulten in CTG-prestaties in tabel 1 valt vooral op dat er in het tweede en derde kwartaal relatief meer herhalingsrecepten zijn uitgeschreven dan in het eerste kwartaal. Deze trend is bij vrijwel alle zorgverzekeraars te zien. Ook het aantal lange consulten is toegenomen.

Consult huisarts	Aantal eerste kwartaal	Aantal tweede kwartaal	Aantal derde kwartaal	Aantal vierde kwartaal	Factor eenheden
Consult < 20 minuten	8.585.600	8.509.482	8.028.289	6.092.864	1,0
Consult > 20 minuten	698.872	772.473	774.701	637.515	2,0
Visite < 20 minuten	712.414	583.099	547.910	450.993	1,5
Visite > 20 minuten	174.654	168.331	173.484	137.873	2,5
Telefonisch consult	2.343.814	2.313.257	2.159.918	1.709.859	0,5
Herhalingsrecept	7.853.668	8.750.098	8.258.865	6.073.683	0,5
Vaccinatie	26.056	22.795	19.087	13.495	0,5
E-mailconsult	2.658	2.716	2.675	2.423	0,5
Consulteenheden	16.601.698	16.894.337	16.053.538	12.288.796	
Consulteenheden * €9,-	€ 149.415.286	€ 152.049.033	€ 144.481.843	€ 110.599.160	
Consulteenheden per verzekerde	1,028	1,046	0,994	0,761	

Tabel 1 Consulten huisarts naar type CTG-prestatie, eerste drie kwartalen 2006 (bron: Vektis, peildatum 1 januari 2007)

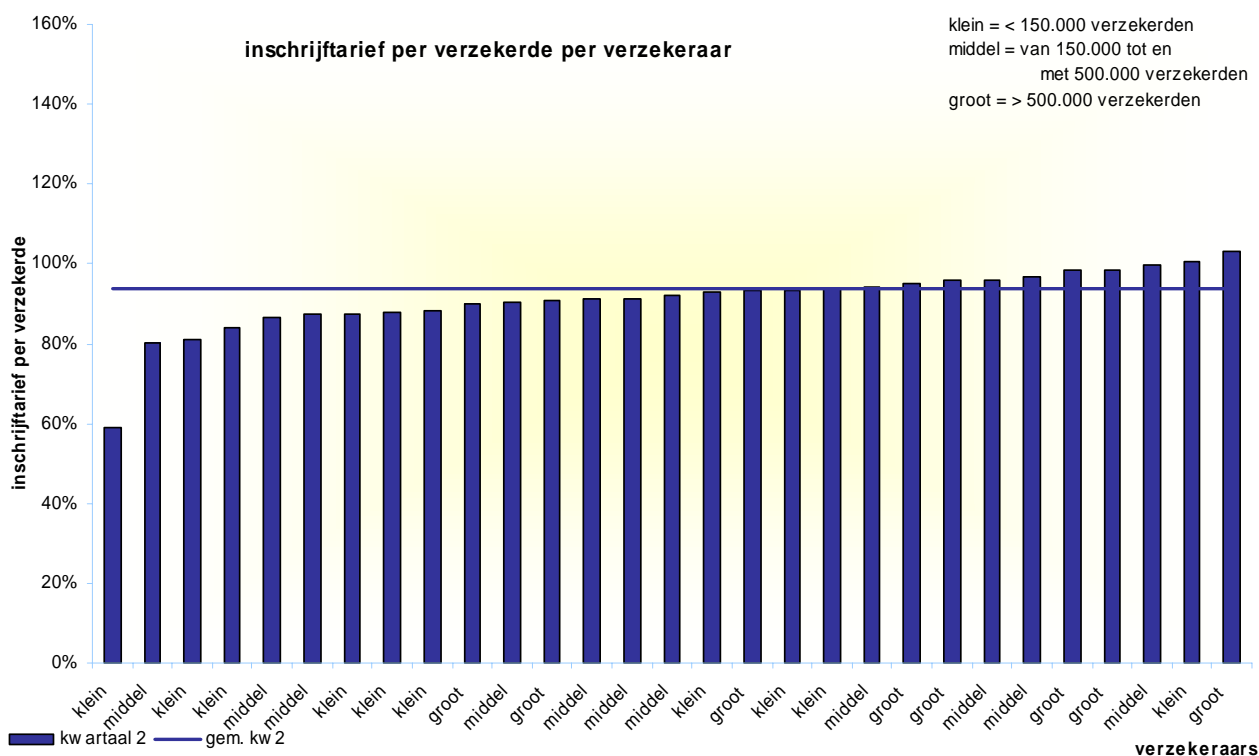
3.2 Inschrijftarieven

Voor alle verzekerden mag door de huisarts een inschrijftarief (à € 52,- per jaar, exclusief opslagen) worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Hierbij geldt uiteraard dat een zorgverzekeraar dit inschrijftarief maar één keer per verzekerde betaalt, dus als twee huisartsen voor dezelfde verzekerde een inschrijftarief declareren, zal maar één huisarts dit vergoed krijgen.

Alleen voor verzekerden die bij een huisarts staan ingeschreven, kan een inschrijftarief gedeclareerd worden. Declaratie van inschrijftarieven is vrij moeizaam op gang gekomen, maar inmiddels is voor het eerste kwartaal 2006 voor 90% van de verzekerden een inschrijftarief gedeclareerd. Voor de overige kwartalen ligt dat percentage nog hoger met respectievelijk 94%, 93% en 93%. Er is daarmee voor 777 miljoen euro aan inschrijftarieven gedeclareerd in 2006 (exclusief opslagen).

De reden dat, in tegenstelling tot bij de consulten, bij de inschrijftarieven het aantal declaraties in het vierde kwartaal dat van het tweede en derde kwartaal al benadert, is dat de inschrijftarieven voor het vierde kwartaal al op 1 oktober gedeclareerd mogen worden.

In figuur 3 is per risicodragers voor het tweede kwartaal 2006 weergegeven voor welk percentage van de verzekerden een inschrijftarief is gedeclareerd. Net als bij de consulteenheden staan aan de linkerkant vooral (middel)kleine ex-particuliere risicodragers, terwijl aan de rechterkant vooral (middel)grote voormalig ziekenfondsen staan. Omdat in het oude systeem ziekenfondsverzekerden ook al een met het inschrijftarief vergelijkbaar abonnementstarief kenden, zijn deze vrijwel allemaal al bij een huisarts ingeschreven.



Figuur 2 Percentage inschrijftarieven ten opzichte van aantal verzekerden (per verzekeraar), tweede kwartaal 2006 (bron: Vektis, peildatum 1 januari 2007)

In tabel 2 zijn de inschrijftarieven uitgesplitst naar CTG-prestatie. Het is duidelijk te zien dat de niet-digitale declaraties sterk afnemen in de loop van de kwartalen. Voor een deel kan dit zijn omdat deze trager worden verwerkt dan digitale declaraties, maar gezien de constante hoeveelheid totaal gedeclareerde inschrijftarieven in het tweede, derde en vierde kwartaal, lijkt de voornaamste oorzaak te zijn dat meer huisartsen zijn overgestapt naar digitaal declareren.

Inschrijftarieven:	Totaal opgehoogd eerste kwartaal	Totaal opgehoogd tweede kwartaal	Totaal opgehoogd derde kwartaal	Totaal opgehoogd vierde kwartaal
Aantal (niet digitaal)				
< 65 jaar, geen achterstandswijk	652.421	340.542	194.993	105.393
65 - 75 jaar, geen achterstandswijk	57.870	28.610	18.103	9.692
> 75 jaar, geen achterstandswijk	47.320	24.580	15.321	9.126
< 65 jaar, achterstandswijk	49.554	32.792	19.727	11.037
65 - 75 jaar, achterstandswijk	3.624	2.114	1.329	799
> 75 jaar, achterstandswijk	2.975	2.654	1.451	574
Aantal (digitaal)				
< 65 jaar, geen achterstandswijk	11.130.947	11.996.380	12.102.657	12.173.242
65 - 75 jaar, geen achterstandswijk	1.054.618	1.116.880	1.129.106	1.137.947
> 75 jaar, geen achterstandswijk	852.773	898.060	908.087	917.087
< 65 jaar, achterstandswijk	594.643	614.063	618.363	622.963
65 - 75 jaar, achterstandswijk	41.870	43.191	43.938	43.971
> 75 jaar, achterstandswijk	34.768	35.660	36.248	37.485
Totaal	14.523.383	15.135.525	15.089.324	15.069.318
Gemiddeld per verzekerde	0,90	0,94	0,93	0,93
Percentage digitale declaraties	0,94	0,97	0,98	0,99

Tabel 2 Aantal inschrijftarieven gedifferentieerd naar populatiegebonden vergoedingen, alle kwartalen 2006 (bron: Vektis, peildatum 1 januari 2007)

3.3 Module populatiegebonden vergoedingen

De populatiegebonden vergoedingen worden gedeclareerd als opslag op de inschrijftarieven. De hoogte hiervan is over alle kwartalen 2006 nagenoeg gelijk. De totale kosten voor 2006 komen uit op 22,2 miljoen euro. Dit is iets minder dan het budget van 25 miljoen euro die in het Vogelaarakkoord beschikbaar is gesteld.

3.4 Module praktijkondersteuning huisartsen (POH)

De module POH valt uiteen in twee delen. Ten eerste de post POH-moduletarieven (tabel 3) en ten tweede de post POH-consulttarieven (tabel 4). De kosten van declaraties voor de POH-moduletarieven (à maximaal € 1,60) nemen per kwartaal nog toe: van 11,8 miljoen euro in het eerste kwartaal tot 14,1 miljoen euro in het derde kwartaal. Over het hele jaar 2006 komen de kosten voor de POH-moduletarieven uit op 52,3 miljoen euro, terwijl er 32,7 miljoen euro¹ voor geraamd was.

Module Praktijkondersteuning Huisartsen:	Totaal opgehoogd Kwartaal 1	Totaal opgehoogd Kwartaal 2	Totaal opgehoogd Kwartaal 3	Totaal opgehoogd Kwartaal 4
Praktijkondersteuning huisartsen Kosten	€ 11.756.015	€ 12.927.907	€ 13.523.580	€ 14.081.222

Tabel 3 Moduletarieven praktijkondersteuning huisartsen, alle kwartalen 2006 (bron: Vektis, peildatum 1 januari 2007)

De totaal gedeclareerde kosten voor de consulten POH bedragen voor 2006 tot nu toe 23,3 miljoen euro. Omdat het vierde kwartaal, net als voor de reguliere consulten, nog niet uitgedeclareerd is, zullen de kosten voor 2006 ongeveer op 25 miljoen euro uitkomen, waar 16,3 miljoen euro geraamd was. In totaal wordt het

¹ 2/3 * 49 miljoen euro voor de module POH en 1/3 * 49 miljoen euro voor de consulten POH

gereserveerde bedrag van 49 miljoen voor de praktijkondersteuning (consulten en modules) overschreden met ruim 28 miljoen euro.

Consult POH	Aantal eerste kwartaal	Aantal tweede kwartaal	Aantal derde kwartaal	Aantal vierde kwartaal	Factor eenheden
Consult < 20 minuten	237.282	245.597	218.806	176.347	1,0
Consult > 20 minuten	119.415	146.362	148.078	132.542	2,0
Visite < 20 minuten	28.388	27.695	26.370	25.223	1,5
Visite > 20 minuten	17.925	19.274	20.045	16.733	2,5
Telefonisch consult	60.210	63.177	60.437	49.340	0,5
Herhalingsrecept	84.331	87.080	78.342	54.207	0,5
Vaccinatie	835	804	599	545	0,5
Consulteenheden	636.194	703.580	674.318	573.144	
Consulteenheden * €9,-	€5.725.745	€6.332.220	€6.068.860	€5.158.298	
Consulteenheden per verzekerde	0,039	0,044	0,042	0,035	

Tabel 4 Consulten praktijkondersteuning huisartsen naar type CTG-prestatie, alle kwartalen 2007 (bron: Vektis, peildatum 1 januari 2007)

In tabel 5 worden de CTG-prestaties voor de reguliere consulten uit tabel 1 en de POH-consulten uit tabel 4 voor het tweede kwartaal nogmaals tegen elkaar uitgezet. Hieruit is de taakverdeling tussen huisartsen en praktijkondersteuners af te lezen. De huisarts verzorgt relatief meer herhalingsrecepten (99% van alle herhalingsrecepten wordt door de huisarts uitgeschreven), terwijl de praktijkondersteuner relatief veel lange consulten doet (16% van alle lange consulten).

CTG-prestaties	Aantal regulier tweede kwartaal		Aantal POH tweede kwartaal	
Consult < 20 minuten	8.509.482	40,3%	245.597	41,6%
Consult > 20 minuten	772.473	3,7%	146.362	24,8%
Visite < 20 minuten	583.099	2,8%	27.695	4,7%
Visite > 20 minuten	168.331	0,8%	19.274	3,3%
Telefonisch consult	2.313.257	11,0%	63.177	10,7%
Herhalingsrecept	8.750.098	41,4%	87.080	14,8%
Vaccinatie	22.795	0,1%	804	0,1%
E-mailconsult	2.716	0,0%	-	-
Consulten	21.122.252		589.989	

Tabel 5 Vergelijking verhouding CTG-prestaties voor reguliere en POH-consulten, tweede kwartaal 2006 (bron: Vektis, peildatum 1 januari 2007)

3.5 Consulten avond-, nacht- en weekenddiensten

Over de avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW) zijn in het Vogelaarakkoord geen afspraken gemaakt. Voor de volledigheid is besloten om deze, naast de andere consultcategorieën, wel te monitoren. De consulten voor ANW zijn zelf ook weer in twee categorieën in te delen. Eén voor huisartsen die niet participeren in een huisartsendienstenstructuur (HDS) en één voor huisartsen die dat wel doen.

Voor huisartsen die *niet* participeren in een HDS gelden er vaste tarieven voor de verschillende CTG-prestaties, met als basisbedrag €32,70 voor een consult korter dan 20 minuten. In tabel 6 zijn de ANW-consulten voor deze huisartsen weergegeven.

Consult ANW (niet HDS)	Totaal opgehoogd kwartaal 1	Totaal opgehoogd kwartaal 2	Totaal opgehoogd kwartaal 3	Totaal opgehoogd kwartaal 4	Factor eenheden
Consult < 20 minuten	15.546	18.704	18.054	8.774	1,0
Consult > 20 minuten	1.879	2.849	3.198	1.459	2,0
Visite < 20 minuten	5.005	4.490	3.891	2.429	1,5
Visite > 20 minuten	3.426	3.195	3.181	1.984	2,5
Telefonisch consult	10.135	9.099	8.636	4.959	0,5
Herhalingsrecept	849	1.176	768	401	0,5
Vaccinatie	397	70	44	24	0,5
Consulteenheden	41.067	44.296	42.963	22.987	
Consulteenheden * €32,70	€ 1.342.879	€ 1.448.488	€ 1.404.884	€ 751.691	
Consulteenheden per verzekerde	0,0025	0,0027	0,0027	0,0014	

Tabel 6 Consulten avond-, nacht- en weekenddiensten voor huisartsen, niet participierend in huisartsendienstenstructuur naar type CTG-prestatie, alle kwartalen 2007 (bron: Vektis, peildatum 1 januari 2007)

Voor huisartsen die wel/participeren in een HDS variëren de tarieven voor de consulten en de visites per HDS. Voor telefonische consulten en herhalingsrecepten is er wel een vast tarief, namelijk € 25,00. In tabel 7 zijn de consulten (en kosten) voor de ANW bij een HDS weergegeven. Het blijkt dat het overgrote deel van de ANW-diensten via huisartsendienstenstructuren loopt. In totaal kosten de avond-, nacht-, en weekenddiensten in 2006 190 miljoen euro, waarvan 5,6 miljoen euro voor de niet-huisartsendienstenstructuren.

Consult ANW (HDS)	Totaal opgehoogd kwartaal 1	Totaal opgehoogd kwartaal 2	Totaal opgehoogd kwartaal 3	Totaal opgehoogd kwartaal 4
Consult Aantal	348.795	442.224	423.478	255.768
Consult Totale kosten	€ 24.729.945	€ 30.893.026	€ 29.629.157	€ 17.887.697
Visite Aantal	96.422	96.870	92.373	60.385
Visite Totale kosten	€ 10.389.346	€ 10.263.123	€ 9.745.597	€ 6.401.331
Telefonisch consult Aantal	270.652	314.694	308.031	187.535
Telefonisch consult Totale kosten	€ 6.762.387	€ 7.860.491	€ 7.692.622	€ 4.686.867
Herhalingsrecept Aantal	13.181	12.665	9.801	7.012
Herhalingsrecept Totale kosten	€ 322.059	€ 312.369	€ 240.852	€ 168.214
Totale Kosten	€ 42.203.737	€ 49.329.010	€ 47.308.229	€ 29.144.108

Tabel 7 Consulten avond-, nacht- en weekenddiensten voor huisartsen, participierend in huisartsendienstenstructuur naar type CTG-prestatie, alle kwartalen 2007 (bron: Vektis, peildatum 1 januari 2007)

3.6 Passantentarieven

Anders dan in voorgaande jaren mogen passantentarieven door een huisarts alleen nog maar gedeclareerd worden voor niet-ingeschreven verzekerden die niet woonachtig zijn in de gemeente waar de huisarts zijn praktijk heeft. In tabel 8 zien we dat de totale kosten in het derde kwartaal relatief hoog zijn. Net als het achterblijven van de reguliere consulten in het derde kwartaal is vooral de zomervakantie die in dit kwartaal valt de oorzaak. De totale kosten voor 2006 komen op 7,2 miljoen euro uit. Dit is echter ruim lager dan de 25 miljoen euro die in het Vogelaarakkoord voor deze post is gereserveerd.

Passantentarieven	Totaal opgehoogd kwartaal 1	Totaal opgehoogd kwartaal 2	Totaal opgehoogd kwartaal 3	Totaal opgehoogd kwartaal 4	Factor eenheden
Consult < 20 minuten	30.212	39.271	67.764	21.189	1,0
Consult > 20 minuten	3.861	5.030	7.358	3.041	2,0
Visite < 20 minuten	3.259	3.277	4.395	2.294	1,5
Visite > 20 minuten	1.384	1.666	1.615	993	2,5
Telefonisch consult	4.315	4.653	5.819	3.573	0,5
Herhalingsrecept	11.183	14.606	16.805	8.952	0,5
Vaccinatie	526	592	464	232	0,5
Consulteenheden	54295	68338	104655	39573	
Consulteenheden * €24,80	€ 1.346.516	€ 1.694.794	€ 2.595.454	€ 981.402	
Consulteenheden per verzekerde	0,0034	0,0042	0,0065	0,0024	

Tabel 8 Consulten voor passanten, alle kwartalen 2006 (bron: Vektis, peildatum 1 januari 2007)

3.7 Module modernisering en innovatie (M&I)

In 2006 is er aan de module M&I 101 miljoen euro besteed, waarvan 91 miljoen euro voor de verrichtingen met 13xxx-codes en 10 miljoen euro voor de modules met 14xxx-codes. Vooraf was in het Vogelaarakkoord met 75 miljoen euro rekening gehouden (50 miljoen euro voor de verrichtingen en 25 miljoen euro voor de modules). Het zijn dus de verrichtingen en niet de modules die in 2006 voor een forse overschrijding van de verwachtingen zorgt. Alleen al de verrichting Chirurgie heeft in 2006 26 miljoen aan kosten. De AV-verrichtingen (verrichtingen die via de aanvullende verzekering worden gedekt) zijn in deze rapportage buiten beschouwing gelaten.

De overschrijding van 75 miljoen euro kan worden opgevangen door:

- Vrijkomende middelen door overheveling van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn.
- Vrijkomende middelen ten gevolge van afspraken tussen zorgverzekeraars en huisartsen over het voorschrijfbeleid met betrekking tot medicijnen.
- Vrijwillig in te zetten middelen door zorgverzekeraars.

Module Modernisering en Innovatie (exclusief AV)	code	Totaal opgehoogd kwartaal 1	Totaal opgehoogd kwartaal 2	Totaal opgehoogd kwartaal 3	Totaal opgehoogd kwartaal 4
Audiometrie	13000	€ 221.437	€ 217.341	€ 224.815	€ 184.922
Diagnostiek met behulp van Doppler	13001	€ 452.686	€ 512.533	€ 468.042	€ 414.927
Allergietest	13002	€ 237.506	€ 318.734	€ 216.387	€ 192.812
Tympanometrie	13003	€ 70.035	€ 80.847	€ 99.976	€ 82.626
Longfunctiemeting	13004	€ 1.992.737	€ 2.287.421	€ 1.905.458	€ 1.910.602
ECG-diagnostiek	13005	€ 1.152.740	€ 1.209.627	€ 1.120.102	€ 1.041.665
Spleetlamponderzoek	13006	€ 175.106	€ 209.443	€ 201.118	€ 164.082
Tele-echo etc. op waddeneilanden	13007	€ 1.731	€ 1.434	€ 4.852	€ 2.615
Bloeddrukmeting gedurende 24-uur	13008	€ 186.818	€ 256.480	€ 236.886	€ 303.950
Teledermatologie	13009	€ 34.397	€ 40.132	€ 36.940	€ 26.244
Cognitieve functietest (MMSE)	13010	€ 144.446	€ 129.071	€ 142.958	€ 132.150
Hartritmostoornissen	13011	€ 16.840	€ 59.147	€ 87.639	€ 17.648
Chirurgie	13012	€ 5.636.993	€ 7.080.000	€ 6.915.755	€ 4.871.667
Tapen	13014	€ 419.043	€ 505.672	€ 429.126	€ 360.224
Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris	13015	€ 372.778	€ 345.453	€ 432.867	€ 292.024
Postoperatief consult in de praktijk	13016	€ 409.425	€ 484.752	€ 485.821	€ 370.436
Postoperatief consult thuis	13017	€ 120.637	€ 118.162	€ 114.692	€ 95.504
Verrichting ter vervanging specialistenbezoek	13018	€ 886.587	€ 1.054.880	€ 1.064.303	€ 826.399
Trombosebeen	13019	€ 25.161	€ 20.002	€ 23.385	€ 12.369
Varices sclerosering	13020	€ 10.608	€ 5.957	€ 1.649	€ 4.912
Desensibilisatiekuur	13022	€ 164.564	€ 113.442	€ 84.048	€ 95.220
Therapeutische injectie (Cyriax)	13023	€ 1.719.175	€ 1.849.693	€ 1.685.992	€ 1.328.398
Oogboring	13024	€ 174.833	€ 182.089	€ 179.765	€ 134.026
Aanmeten en plaatsen pessarium	13025	€ 196.261	€ 197.415	€ 175.268	€ 128.412
Urinekatheterisatie	13026	€ 209.710	€ 223.353	€ 229.310	€ 162.082
MRSA-screening	13027	€ 92.792	€ 50.794	€ 75.062	€ 43.852
Otitis externa	13028	€ 97.654	€ 93.562	€ 210.154	€ 106.594
Diabetes begeleiding per jaar	13029	€ 2.022.474	€ 2.287.587	€ 2.343.621	€ 2.259.427
Diabetes - instellen op insuline	13030	€ 116.682	€ 132.096	€ 134.907	€ 113.045
COPD-gestructureerde zorg per jaar	13031	€ 164.649	€ 159.585	€ 142.860	€ 139.963
Palliatieve consultatie, visite	13032	€ 12.837	€ 17.354	€ 16.810	€ 13.944
Palliatieve consultatie, telefonisch	13033	€ 2.999	€ 4.816	€ 4.124	€ 1.943
Intensieve zorg, visite, dag	13034	€ 1.330.631	€ 1.216.864	€ 1.157.206	€ 855.365
Intensieve zorg, visite > 20 minuten, dag	13035	€ 1.428.317	€ 1.412.560	€ 1.339.979	€ 971.102
Intensieve zorg, ANW visite	13036	€ 132.486	€ 124.181	€ 120.364	€ 74.806
Intensieve zorg, ANW visite > 20 minuten	13037	€ 247.412	€ 276.464	€ 239.800	€ 165.169
Gestructureerde huisartsenzorg in verzorgingshuis	13043	€ 589.936	€ 546.259	€ 904.075	€ 691.793
Gestructureerde huisartsenzorg in maatschappelijke opvang	13044	€ 12.932	€ 16.514	€ 19.510	€ 11.012
Abdominale echografie	13045	€ 2	€ 4.177	€ 8.496	€ 8.761
Overige prestaties M&I	14000-14925	€ 2.549.585	€ 1.831.777	€ 3.109.302	€ 2.671.165
Totaal		€ 23.833.639	€ 25.677.668	€ 26.393.424	€ 21.283.860

Tabel 9 Module M&I per verrichting. De verrichtingen met codes 13013, 13021 en 13039-13042 vallen niet onder de Basisverzekering, maar onder de Aanvullende Verzekeringen (bron: Vektis, peildatum 1 januari 2007)

3.8 Overzicht van alle kosten

In tabel 10 is een totaaloverzicht gegeven van de kosten van alle kenmerken die in dit hoofdstuk geanalyseerd zijn. In dit overzicht worden de kosten, waarmee in het Vogelaarakkoord rekening is gehouden, uitgezet tegen de werkelijke kosten op basis van de ingediende declaraties van de huisartsen bij de zorgverzekeraars. Op basis van verzekerdenaantallen is hierbij gecorrigeerd voor het ontbreken van gegevens van twee risicodragers. Verder is bij de consulten en de verrichtingen van de module M&I gecorrigeerd voor het nog niet volledig uitgedeclareerd zijn van het vierde kwartaal.

	Afspraken 2006	Werkelijk 2006
Consulten huisarts	€ 513	€ 596
Inschrijftarieven	€ 840	€ 777
Totaal	€ 1.353	€ 1.373

	Afspraken 2006	Werkelijk 2006
Passantentarieven	€ 24	€ 7
Kwartjes voor digitale declaraties	€ 15	€ 15
Module populatiegebonden vergoedingen	€ 25	€ 22
Module praktijkondersteuning	Moduletarieven	€ 33
	POH-consulttarieven	€ 16
Module modernisering en innovatie	Code 13xxx	€ 50
	Code 14xxx	€ 25
Totaal modules en passantentarieven	€ 188	€ 222

	Afspraken 2006	Werkelijk 2006
Avond-, nacht-, weekend- diensten	HDS	€ 184
	geen HDS	€ 6
Totaal ANW		€ 190

Tabel 10 Overzicht kosten 2006 (in miljoen euro) volgens afspraken Vogelaarakkoord en werkelijk (bron: Vektis, peildatum 1 januari 2007)

In totaal komen de bovenstaande kosten voor het gebruik van de huisarts uit op 1783 miljoen euro, oftewel 110 euro per verzekerde. Naast bovenstaande kosten kunnen huisartsen ook nog kosten declareren voor bijvoorbeeld entstoffen, laboratorium, verbruiksmaterialen en verloskundige hulp. Deze kosten zijn niet bij de zorgverzekeraars opgevraagd. Naar schatting gaat dit om ongeveer 2 euro per verzekerde per jaar extra.

3.9 Conclusies

Het aantal in het Vogelaarakkoord verwachte consulteenheden wordt in 2006 sterk overschreden. In plaats van de verwachte 3,53 consulteenheden per verzekerde zijn er 4,1 consulteenheden per verzekerde gedeclareerd, een toename van 16%. Dit betekent dat zorgverzekeraars aan consulten meer dan verwacht kwijt zullen zijn.

De inschrijftarieven blijven daarentegen nog wat achter bij de verwachtingen, als we ervan uitgaan dat er voor alle ruim 16,1 miljoen verzekerden een inschrijftarief gedeclareerd mag worden¹. Vooral bij de ex-particuliere risicodragers worden minder inschrijftarieven gedeclareerd. Vanwege het abonnementstarief voor ex-ziekenfondsverzekerden waren laatstgenoemden veelal al bekend bij de huisarts voor de overgang van de nieuwe systematiek. De aan het inschrijftarief verbonden module Populatiegebonden Vergoedingen blijft met 22 miljoen euro binnen het budget van 25 miljoen euro.

De module M&I kost in 2006 101 miljoen euro in plaats van de gereserveerde 75 miljoen euro. Deze overschrijding wordt veroorzaakt door de verrichtingen (code 13xxx), die met 91 miljoen euro ruim boven de

¹ In werkelijkheid is er een aantal groepen, zoals inwoners van verpleegtehuizen en gedetineerden, voor wie geen inschrijftarief gedeclareerd mag worden.

50 miljoen uitkomen. De modules (code 14xxx) blijven met 10 miljoen euro juist achter bij de gereserveerde 25 miljoen euro.

Ook de passantentarieven blijven sterk achter bij de gereserveerde kosten; 8 miljoen euro op een budget van 23,5 miljoen euro.

De module Praktijkondersteuning Huisartsen ten slotte overschrijdt weer het budget. De moduletarieven kosten 52 miljoen euro (tegen een budget van 32,7 miljoen euro) en de POH-consulttarieven kosten 23 miljoen euro (tegen 16,3 miljoen euro). Huisartsen hebben dus massaal van praktijkondersteuners gebruik gemaakt.

4 Toekomst

Eind 2007 wil Vektis in plaats van de ad-hocgegevensvraag een eerstelijnsinformatiesysteem (ELIS) hebben opgezet. In dit systeem zullen, in tegenstelling tot de ad-hocgegevensvraag, ook geanonimiseerde gegevens over huisartsendeclaraties van individueel verzekerden en individuele huisartsen(praktijken) worden opgenomen. Het ELIS zal een detailsysteem zijn, net als onder andere het reeds door Vektis beheerde ziekenhuisinformatiesysteem (IZIZ) en het farmacie-informatiesysteem (FIS). Omdat deze systemen ook aan elkaar gekoppeld kunnen worden, is het bijvoorbeeld mogelijk om verschuivingen van tweede- naar eerstelijnszorg te kunnen monitoren. Naast huisartsenzorg zal ELIS informatie over paramedische zorg en mondzorg gaan bevatten.

Het grote voordeel van ELIS is dat er meer inzicht kan worden verkregen in details van de huisartsenkosten. Om een voorbeeld te geven: de sterke overschrijding van het aantal consulteenheden kan met behulp van zo'n detailinformatiesysteem verder uitgewerkt worden naar groepen verzekerden, huisartsenposten of regio's.