

# Toelichting op het VEKTIS-rapport: "Eindrapport Monitoring Vogelaarakkoord 2006"

Analyse de Vrije Huisarts

21 maart 2007

<p><b>Waar gaat onze analyse over?</b></p> <p>Vektis maakte in opdracht van ZN dit rapport,<sup>(1)</sup> dat vandaag gepubliceerd is. ZN neemt hiermee vreemd genoeg een voorschot op de gezamenlijke evaluatie die LHV, ZN en VWS volgens het Vogelaarakkoord zouden houden. De Vrije Huisarts is van mening dat de Vektis uitkomsten in het rapport eenzijdig zijn geïnterpreteerd.</p> <p>Leest u hier waarom wij dat vinden en wat wij een verstandige toekomst-planning van de huisartsgeneeskundige zorg vinden.</p>	<p><b>Wie of wat is VEKTIS?</b></p> <p>Vektis is hét centrum voor informatie en standaardisatie voor de zorgverzekeraars. De gegevens over kosten van de gezondheidszorg in Nederland worden door Vektis verzameld en geanalyseerd. Deze informatie van Vektis is voor zorgverzekeraars van belang voor het vernieuwen van hun beleid, het maken van strategische keuzes, het verbeteren van operationele processen en voor de elektronische uitwisseling van berichten en informatie tussen zorgverzekeraars en anderen.</p> <p><b>Wat is de missie van VEKTIS?</b></p> <p>Vektis is de leidende en centrale dienstverlener voor zorgverzekeraars op het gebied van data, informatie, gegevensuitwisseling en administratieve processen. Vektis is met zijn kennis, technologie en dienstverlening een onmisbare partner voor zijn klanten bij optimalisering van hun bedrijfs-processen tegen lagere operationele kosten.</p>
---	---

## "Eindrapport Monitoring Vogelaarakkoord 2006", Vektis 2007<sup>(1)</sup> Samenvatting:

- Het aantal **consulteenheden** ligt 16% hoger dan geraamd. Feitelijke kosten € 596 miljoen versus € 513 miljoen begroot in het Vogelaarakkoord<sup>(2)</sup>.  
**Overschrijding € 83 miljoen.**
- Voor 15,1 miljoen Nederlanders is het **inschrijftarief** gedeclareerd, voor 16,1 is dit begroot. Feitelijke kosten € 777 miljoen, begroot was € 840 miljoen.  
**"Onder"schrijding ruim 8% ofwel € 63 miljoen.**
- **Totaal DUS gedeclareerd voor consulten en inschrijftarieven:** € 1.373 miljoen versus € 1.353 miljoen begroot.  
**"Meerkosten" dus € 20 miljoen.**
- **Passantentarieven:** € 7 miljoen gedeclareerd, € 25 miljoen begroot.  
**"Onder"schrijding € 18 miljoen.**
- **Populatiemodule:** € 22 miljoen gedeclareerd, € 25 miljoen begroot.  
**"Onder"schrijding € 3 miljoen.**
- **POH:** € 49 miljoen begroot, ongeveer € 75 miljoen uitgegeven. Overigens binnen een "plafondloze" financieringsafspraken.  
**Méérkosten € 26 miljoen.**
- **M&I:** € 75 miljoen begroot, € 101 miljoen uitgegeven. Overigens binnen een "plafondloze" financieringsafspraken.  
**Méérkosten € 26 miljoen.**

Kosten huisartsenzorg 2006 (excl ANW) [Bron Vektis: 2007 <sup>(1)</sup> ]			
in miljoenen €	begroot voor 2006	gedecareerd over 2006 (*)	afwijking
verrichtingen	513	596	+83
inschrijvingen	840	777	-63
passanten	25	7	-18
digitaal declareren	15	15	0
populatiegebonden	25	22	-3
praktijkondersteuning	tenminste 49	75	+26
modernisering en innovatie	tenminste 75	101	+26
<b>totaal huisartsenzorg overdag</b>	<b>1541</b>	<b>1593</b>	<b>+52</b>
(*) na correcties voor dubbeldeclaraties en "switchers" en andere administratieve problemen. Volgens Vektis betreft dit de betaalbaar gestelde declaraties.			

## Commentaar en toelichting door de Vrije Huisarts

- A. Algemeen commentaar en toelichting
- B. Specifiek commentaar en toelichting
- C. Beleidsadviezen

### A. Algemeen commentaar en toelichting

Het is opmerkelijk dat de zorgverzekeraars, middels het VEKTIS-rapport, voortijdig uitkomen met hun monitoringresultaten over 2006. De afspraak tussen VWS, LHV en ZN dat men na analyse van feiten en effecten van het Vogelaarakkoord<sup>(1)</sup>, met de gezamenlijke conclusies naar buiten zou komen, is geschonden. Deze "schending" moet voor de zorgverzekeraars een (kennelijk) hoger doel of groter belang dienen. Opmerkelijk is ook, dat de geschatte cijfers voor 2006 gebaseerd werden op voorgaande jaren, waarbij allerlei effecten die het nieuwe zorgstelsel vanaf 1-1-2006 op de consultfrequentie kon hebben niet werden ingecalculleerd. Dit wordt door het Vektis-rapport genegeerd.

Daarnaast is het zo dat het jaar 2006 bedoeld was als "monitoringjaar" om te bekijken of de getallen goed waren ingeschat. Dit impliceert dat ook een bijstelling naar boven aan de orde moet kunnen zijn, maar wordt blijkbaar niet tot de mogelijkheden gerekend.

Al in 2005 heeft de Vrije Huisarts<sup>(7)</sup> <sup>(8)</sup> <sup>(9)</sup> de gehanteerde uitgangspunten in het Vogelaarakkoord kritisch becommentarieerd. Zowel de gehanteerde verrichtingengetalen (te laag) als de perverse systematiek in de vaststelling van het consulttarief (hogere werklust leidt tot tariefsverlaging) zijn goed onderbouwd ter discussie gesteld. Zowel schriftelijk, op de DVH-site als in het overleg dat de Vrije Huisarts met betrokken partijen heeft gevoerd. Helaas bleef een serieuze repliek van ZN, VWS en LHV uit.

Recent nog heeft de Vrije Huisarts aangedrongen<sup>(4)</sup> op een onafhankelijk onderzoek naar de effecten van declareren op de praktijkvoering van huisartsen. Daarbij moet duidelijk worden in welke mate rechtmatige declaraties ook correct worden uitbetaald. En welke schade huisartsen lijden en hebben geleden door de toegenomen administratieve druk door de onvolkomenheden in het betalingsverkeer aan de zijde van verzekeraars. De gepresenteerde cijfers in het VEKTIS-rapport zijn deels gebaseerd op veronderstellingen en inschattingen. Van een aantal verzekeraars ontbraken zelfs de noodzakelijke gegevens. Het betreft ontbrekende gegevens van ca. 650.000 Nederlanders. De Vrije Huisarts verbaast zich er over dat de zorgverzekeraars kennelijk niet in staat (óf van zins?) zijn inzage te geven in hun declaratiebestanden. Van

belang is te weten welke verzekeraars of labels het betreft. Beoordeling door VEKTIS van de omvang van substitutie van klinische zorg naar de eerste lijn, en daarmee van de feitelijke kostenbesparing, vond niet plaats.

Niet minder spijtig is het dat, tegenover de data die VEKTIS genereert, de LHV nog steeds niet in staat is met overeenkomstige "bedrijfsgegevens" van de huisartsenpraktijken te komen.

Het is verbazingwekkend dat het grootste probleem in 2006, voor de huisartsen (én voor de zorgverzekeraars), namelijk de administratieve chaos, in het VEKTIS-rapport ongenoemd blijft. Laat staan dat er een grondige analyse is gemaakt van de bedrijfsmatige gevolgen voor de praktijkvoering, van de invoering van de ZVW.

Assistentes, huisartsen en/of extern aangetrokken personeel waren wekelijks vele uren in de weer om allerlei verzekeraars achter hun broek te zitten vanwege niet te traceren verzekerden, onterechte afwijzingen of niet betaalde declaraties. In alle kwartalen van 2006 deed dit zich voor.

Naast deze administratieve chaos is het niet goed te begrijpen dat VEKTIS-ZN nu alle verrichtingen en data inclusief de financiële gevolgen, als zeer precies en betrouwbaar meent te kunnen presenteren. Dit en de timing van de presentatie dienen ongetwijfeld een "hoger ZN-doel".

Ons commentaar op het Eindrapport van VEKTIS is gebaseerd op onze eerdere publicaties en commentaren waarin een consistente visie is geformuleerd waaraan wij het door VWS, ZN en LHV gevoerde beleid toetsen:

**Actief investeren in versterking van de huisartsenzorg:  
verlaagt de (macro)zorgkosten en  
verhoogt de kwaliteit van de (huisartsen)zorg.**

---

## B. Specifiek commentaar en toelichting

### I. **Grotere zorgvraag geeft hogere kosten.**

Het begrote budget voor de basiszorgconsulten wordt "overschreden" doordat in het Vogelaarakkoord<sup>(2)</sup> is uitgegaan van een lagere "zorgproductie" c.q. minder consulten dan feitelijk door verzekerden werden en zijn "geconsumeerd".

Vergeleken met het gefixeerde budget (consulten en visites) is per Nederlander in 2006 € 1,24 meer gedeclareerd aan huisartsenzorg: € 2914,- per normpraktijk

In 2005 zijn door VWS, ZN en LHV aannames geformuleerd ten aanzien van de te verwachten productie in de huisartsenzorg in 2006. Klaarblijkelijk hebben partijen de effecten van de stelselwijziging en de substitutiebereidheid van huisartsen onderschat: de werkelijke productie bleek hoger dan was aangenomen.

Nog niet duidelijk is in welke mate de genoemde productiestijging in werkelijkheid ook aan de huisartsen is uitbetaald, hoewel VEKTIS spreekt van "betaalde declaraties". De berichten in deze zijn niet onverdeeld gunstig.<sup>(4)</sup> "Overschrijden" is een BKZ-term die geen rekening houdt met een gewijzigd zorgvolume. Het "overschreden" budget vertegenwoordigt de toename van de geboden zorg: hogere productie, meer behandelde verzekerden/patiënten, hogere werklust voor professionals. Dat dient normaal uitbetaald te worden, niet teruggevorderd. Van het doorvoeren van een tariefsverlaging in een volgend jaar, op basis van een pervers tariefmodel, kan geen sprake zijn. Daarvoor ligt het draagvlak onder de huisartsen ver onder het zeeniveau. Een gefixeerd budget resulteert uiteindelijk in een gefixeerde zorgproductie waarbij de wekelijkse, maandelijkse, zelfs jaarlijkse zorgproductie is te berekenen.

Het verzet in de beroepsgroep zal ongetwijfeld gericht en overeenkomstig zijn. Wachttijden kunnen door de volumebeperking hun intrede doen in de eerste-lijnszorg. Duurdere klinische zorg zal vaker het alternatief worden. Maatregelen om de zorgproductie te fixeren conform het daarvoor beschikbaar te stellen, gefixeerde budget. Roept u maar!

We moeten goed beseffen dat bij voortzetting van het huidige gebudgetteerde systeem, waar verhoging van de zorgproductie gekwalificeerd wordt als "overschrijding" (Vogelaar<sup>(2)</sup>), die vervolgens door tariefkortingen moet worden gecompenseerd, er voor de huisarts in de basiszorg niets valt te ondernemen. Zelfs de autonome groei in de basiszorg (voornamelijk vergrijzing) komt aldus voor rekening van de huisarts. Huisartsen(basis)zorg is dan zeker niet groei- of toekomstbestendig.

### II. **"Alle Nederlanders" is geen 16,1 minus 1 miljoen.**

Voor ruim 1 miljoen Nederlanders is door de verzekeraars geen inschrijftarief betaald aan de huisartsen waardoor deze een omzetverlies van € 63 miljoen lijden. Daarvoor zal correctie moeten plaatsvinden.

Het is zorgelijk dat er voor die (omgerekend) ca. 1 miljoen Nederlanders géén inschrijftarief kon worden gedeclareerd. De analyse van Vektis meldt dat dit op conto komt van de voormalig particuliere verzekeraars. Waren zij het ook die binnen ZN het ION-model hebben geblokkeerd? Hun belang is in elk

geval helder: verzekeraars houden nu tientallen miljoenen euro's premiegeld in de zak dat toekomt aan de huisartsen en bestemd is voor de infrastructurele kosten van huisartsenzorg.

Terzijde vraagt de Vrije Huisarts zich af, of dit ook de verzekeraars zijn, die niet of beperkt aan de VEKTIS-rapportage hebben bijgedragen.

Uitsplitsing per verzekeraar van werkelijk betaalde inschrijftarieven kan inzichtelijk maken bij welke verzekeraars die miljoenen onrechtmatig zijn achtergebleven. Hier ligt dan ook een taak voor de toezichthouder NZa.

### III. **Passant: verzekerde die niet in de praktijk staat ingeschreven.**

Het ingeschatte passanten-"budget" werd voor 66% niet gedeclareerd. Niet vanwege het ontbreken van passantenconsultaties maar door de gehanteerde uitsluitingsgronden in de CTG/NZa-definitie van "passant".

De afspraak in het Vogelaarakkoord<sup>(2)</sup> dat voor acute medische zorg aan een passant uit dezelfde gemeente, niet het passantentarief berekend mag worden, gaat voorbij aan de feitelijke zorgbehoefte bij verzekerde. Het benadeelt direct de huisarts die immers (meestal) verplicht is in dergelijke situaties hulp te bieden zonder dat er sprake is van een (bestaande) behandelingsovereenkomst met betrokkene, voor wie dan ook geen infrastructurele kosten (kunnen) worden betaald en ontvangen.

### IV. **Bij landelijke dekking POH: financiering minimaal 100% omhoog.**

Eerder is door de Vrije Huisarts al aangetoond, dat de doelstelling voor de inzet van POH (bij landelijke spreiding) niet werd afgedekt door een passende financiering. Het blijft voor de levensvatbaarheid van POH-inzet met landelijke dekking noodzakelijk de financiering op minimaal € 150 miljoen te begroten. We zitten nu nog maar op de helft.

Op 12 april 2005 waarschuwde de Vrije Huisarts<sup>(6)</sup>:

*"Op papier wordt toegezegd: iedere huisarts krijgt POH. Bij de huidige 33% van de praktijken met POH (2004) ging het om een totaalbudget van € 52 miljoen. Indien POH beschikbaar komt voor alle praktijken en onder dezelfde condities, dient er een budget beschikbaar te zijn van ongeveer € 150 miljoen. De minister accordeert wel POH met landelijke spreiding maar bij gelijk blijven (of zelfs verlaging) van het totale budget: € 49 miljoen. De POH module daalt derhalve van € 8,90 naar € 3,06 per verzekerde.*

*In een normpraktijk van 2350 (indien een maximale inschrijving op naam gerealiseerd zou zijn!) betekent dat een vergoedingsachteruitgang van € 21.000 naar € 7000. Daar zal geen enkele huisarts in ons land zijn of haar POH-medewerker van kunnen blijven betalen.*

*De minister kan vast nog wel rekenen, maar zijn rekensom over de POH-financiering lijkt nergens op. We zijn benieuwd naar zijn uitleg hierover."*

De POH-module werd uiteindelijk maximaal € 6,40 per verzekerde per jaar, maar de strekking van onze waarschuwing bleef gelijk: realistische financiering van de zorgbehoefte, voorkomt te voorziene onder- en overschrijdingen.

### V. **M&I: forse besparingen gerealiseerd i.p.v. "forse overschrijdingen"**

De afspraak in het Vogelaarakkoord<sup>(2)</sup> dat de financiering van M&I geen plafond kent, wordt genegeerd. Zelf spreekt het rapport van een "forse overschrijding", die o.a. door de huisartsen zelf zou moeten worden terugverdiend. Daar hebben huisartsen met het scenario EVS-POH al ervaring mee. De POH-financiering bleek destijds een sigaar-uit-eigen-doois.

Net als de POH-inzet zou de implementatie van M&I modules geen plafondfinanciering kennen. Toch suggereert het VEKTIS-rapport: "vooraf was in het Vogelaarakkoord<sup>(2)</sup> rekening gehouden met € 75 miljoen ..." en even verder: "Alleen al de verrichting Chirurgie heeft in 2006 € 26 miljoen gekost".

Bestudering van de M&I cijfers laat zien dat huisartsen naast de chirurgie vooral veel werk hebben verzet in diabeteszorg, cyriax-injecties, longfunctie- en ECG-diagnostiek en specialistenvervangende consulten. Het illustreert de bereidheid van huisartsen om werk te maken van substitutie.

In het rapport spreekt VEKTIS abusievelijk van een overschrijding van € 75 miljoen in de M&I financiering. Er is evenwel € 101 miljoen besteed bij een reservering van € 75 miljoen. Feitelijk werd dus slechts € 26 miljoen meer uitgegeven dan gereserveerd.

Het roep te vraag op: met welke bril kijkt VEKTIS, kijken de verzekeraars naar de M&I-uitgaven? Zeker zolang ze hiervoor risicodragend zijn. In plaats de kwalitatieve en financiële voordelen te onderzoeken en te noemen, gaat het over overschrijdingen en (meer)kosten. Als oplossing voor dit "financiële risico" duikt bij herhaling van zorgverzekeraarszijde de wens op om M&I verrichtingen te kwalificeren als basiszorg.<sup>(10)</sup> De huisartsen hebben de potentiële macrokosten voor de zorg echter met zo'n € 250 miljoen doen dalen door substitutie van duurdere klinisch-chirurgische zorg. Tel uit je winst als samenleving! Maar dit staat helaas nog steeds haaks op het financiële eigenbelang van de risicodragers, de zorgverzekeraars.

Voor zover er sprake is van een omzetting, komt deze vooral op conto van het aanvullend en bijzonder aanbod vanuit de huisartspraktijk [M&I en POH]. De basiszorg kent een toename van de zorgvraag door de vergrijzing, de no-claimregeling voor klinische zorg, het declareren van voorheen

onbetaalde verrichtingen, de toegenomen consultfrequentie door "voormalig-particulieren" en dergelijke. Deels wordt de toegenomen zorgvraag echter door verzekeraars zelf en door de media geïnduceerd: health-checks, gezondheidsprogramma's, acties rond preventie en vroegdiagnostiek. Anders gezegd: huisartsen hebben in de sfeer van basiszorg en aanvullend aanbod/substitutie méér "meer" geleverd dan voorzien. Dit kan grotendeels worden gekenschetst als een positieve ontwikkeling, zeker in het licht van de gigantische administratieve overlast die terzelfder tijd op hen drukte. Principieel kan er bij M&I natuurlijk geen sprake zijn van "overschrijding". Afspraak in het Vogelaarakkoord<sup>(2)</sup> was immers, dat deze module een open einde zou hebben. De werkelijkheid is, dat huisartsen meer werk hebben verricht ofwel overwerk. M&I, dat was uitgevonden als prikkel tot loon naar werken, werkt dus! Zorgsubstitutie van tweede naar eerste lijn is in het belang van kostenbeheersing (lagere zorgkosten c.q. premiehoogte) en doelmatigheid van zorg. Het gaat zorgversnippering tegen, hetgeen ook van kwalitatief belang is. De huisarts als zorgaanbieder, heeft slechts belang bij deze substitutie als er een juiste prijs voor wordt betaald. Dát is marktwerking.

---

## C. Beleidsadviezen DVH

Voor Stichting de Vrije Huisarts is er geen enkele aanleiding om met de publicatie van het "eindrapport Monitoring Vogelaarakkoord 2006"<sup>(1)</sup> het recente DVH voorstel "Agenda en bekostigingssystematiek huisartsenzorg 2008 e.v."<sup>(2)</sup> <sup>(3)</sup> te wijzigen.

In dit voorstel wil Stichting de Vrije Huisarts in het post Vogelaartijdperk (2008 e.v.)<sup>(3)</sup> een aantal wijzigingen doorgevoerd zien met betrekking tot de bekostigingssystematiek huisartsenzorg.

Wij zien alleen maar extra redenen om nu voor 2007 e.v. op dezelfde weg door te gaan. Er is bij de uitwerking van de genoemde modernisering en innovatie nog een grote slag te maken

- Binnen een budgetneutraal financieringssysteem kunnen huisartsen niet investeren en ondernemen.
- Aan het huidige inschrijftarief wordt een bedrag toegevoegd als compensatie voor de door de introductie van de Zorgverzekeringswet ontstane problemen.
- De modules POH en M&I worden grootschaliger, uitgebreider en zonder plafond ingezet.<sup>(11)</sup>
- VWS gaat de praktijkaccreditatie en de invoering van het EPD financieren.
- De ontwikkeling van samenwerking(sverbanden) wordt gestimuleerd en naar normatieve kosten gefinancierd.
- Een contract met verzekeraar is wenselijk, maar niet (langer) noodzakelijk. De koppeling contract met modules wordt losgelaten.
- Het passantentarief wordt, als verzekeren zich tot een huisarts wenden voor incidentele en acute zorg, altijd aan deze huisarts betaald.
- Elke aanpassing binnen de bekostigingssystematiek dient gericht te zijn op versterking van de eerstelijns zorg en de regierol van de huisarts hierin.

**Dat een kwalitatief sterke eerstelijnszorg beter is voor de patiënten,  
was al eerder de conclusie van de Gezondheidsraad.<sup>(5)</sup>**

### Bronnen:

1. H. Mokveld, M. Smit, S. Neijmeijer, Vektis, [Monitoring Vogelaarakkoord 2006 Eindrapport \[pdf\]](#), Zeist, februari 2007
2. LHV, VWS, ZN, [Het Vogelaarakkoord voor 2006 en 2007 \[pdf\]](#), 30 mei 2005
3. De Vrije Huisarts, [Agenda en bekostigingssystematiek huisartsenzorg 2008 e.v.](#), 11 december 2006
4. De Vrije Huisarts, [Declaratieverkeer nog lang niet op orde](#), 24 februari 2007
5. Gezondheidsraad, [European primary care, advies Gezondheidsraad aan minister VWS \[pdf\]](#), 16 december 2004
6. De Vrije Huisarts, [Conclusie DVH/ELHA op voorstellen HaHo aan CTG inzake Huisartsengeneeskunst](#), 12 april 2005
7. De Vrije Huisarts, [De Wet Marktordening Gezondheidszorg \(WMG\), een nieuwe centrale sturing vanuit Den Haag?](#), Analyse, 27 augustus 2005
8. De Vrije Huisarts, [Commentaar op "Verzoek vaststelling prestaties/tarieven voorheen RIZ huisartsenzorg" van ZN aan het CTG](#), 7 november 2005
9. De Vrije Huisarts, [HAAST-DVH in 2006, HuisArtsen Actie lijST 2006 in 16 actiepunten](#), 21 december 2005
10. De Vrije Huisarts, [ZN plaatst bom onder de module Modernisering & Innovatie](#), 5 november 2006
11. De Vrije Huisarts, [voorstel uitbreiding M&I \[pdf\]](#), Brief aan de NZa, 12 februari 2007

**Bent u al donateur van De Vrije Huisarts? Meteen DOEN.**