

# Eindrapportage huisartsenkosten 2006 met vooruitblik naar 2007

**Project:** 0476  
**Onderwerp:** Monitoring Vogelaarakkoord  
**Auteur:** Philip Mokveld/Marieke Smit  
**Datum:** 23 augustus 2007

## Inhoudsopgave

1. .... Inleiding .....	3
2. .... Gegevensvraag .....	4
3. .... Resultaten.....	5
3.1 .... Consulten .....	5
3.2 .... Inschrijftarieven .....	7
3.3 .... Module populatiegebonden vergoedingen.....	9
3.4 .... Module praktijkondersteuning huisartsen (POH) .....	10
3.5 .... Consulten avond-, nacht- en weekenddiensten.....	11
3.6 .... Passantentarieven .....	13
3.7 .... Module modernisering en innovatie (M&I) .....	13
4. .... Vergelijking van gemaakte afspraken in het Vogelaarakkoord en de kosten 2006 in de praktijk .....	15
5. .... Conclusies huisartsenkosten 2006.....	18
6. .... Ontwikkeling huisartsenkosten 2007 .....	21
7. .... Toekomst .....	22

## 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. VWS en ZN hebben Vektis gevraagd om deze aannames uit het Vogelaarakkoord te monitoren. Hiertoe heeft Vektis een onderzoek bij de zorgverzekeraars uitgezet. In dit onderzoek worden de aantallen en/of kosten van declaraties voor de in het Vogelaarakkoord genoemde posten opgevraagd.

Vanaf juli 2006 heeft Vektis elk kwartaal de declaratiegegevens vanaf 1 januari 2006 opgevraagd. Daarbij is telkens een tussenrapportage verschenen met daarin de verwachting voor heel 2006. Omdat Vektis alleen geaccepteerde en uitbetaalde declaraties in het onderzoek heeft betrokken, moesten deze verwachtingen steeds als een minimum worden beschouwd. Verwerkingsachterstanden bij tussenschakels of clearinghouses waren niet in de verwachtingen meegenomen, omdat daar op dat moment onvoldoende inzicht in was.

Inmiddels (halverwege 2007) geven de zorgverzekeraars aan dat voor 2006 vrijwel geen declaraties meer binnenkomen en dat zij vrijwel alles verwerkt hebben. In deze rapportage is derhalve ook het uitgangspunt dat de huisartsenkosten voor 2006 definitief kunnen worden vastgesteld.

Deze eindrapportage schetst een beeld van de totale omvang van consulten, inschrijftarieven (plus opslagen) en modules van de huisartsenzorg in 2006. Hieruit zal onder andere blijken dat de in het Vogelaarakkoord gedane aannames omtrent het aantal consulten, de kosten voor de praktijkondersteuning van de huisarts en de module Modernisering en Innovatie te laag zijn gebleken. Daarentegen zijn de kosten voor de passantentarieven te hoog ingeschat, terwijl er in de praktijk ook niet voor elke verzekerde een inschrijftarief is gedeclareerd.

Naast gegevens over 2006 zijn inmiddels ook gegevens van de eerste twee kwartalen van 2007 bekend. Op basis hiervan wordt in dit rapport ook een inschatting gemaakt van de kostenontwikkeling in 2007.

## 2. Gegevensvraag

De gegevensvraag is als bijlage bij dit rapport gevoegd. Het jaar 2006 is als geheel opgevraagd terwijl voor het jaar 2007 alleen de eerste twee kwartalen zijn opgevraagd (voor beide is als peildatum 1 juli 2007 gehanteerd). Voor de volgende kenmerken zijn gegevens opgevraagd voor *gedeclareerde en 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 deel van de 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 het onderzoek weergegeven. Voor 2006, dat als uitgedeclareerd beschouwd wordt, zullen de realisaties gerapporteerd worden, terwijl voor 2007 een inschatting gemaakt zal worden op basis van de voorlopige realisaties van de eerste twee kwartalen. Hierbij wordt er bijvoorbeeld rekening mee gehouden dat in 2007 vooral de consulten en de M&I-verrichtingen nog niet uitgedeclareerd en verwerkt zijn. Er wordt ook gekeken of zich in 2007 andere ontwikkelingen voordoen dan in 2006, of dat dezelfde trends zichtbaar zijn.

Het aantal verzekerden dat door de aanleverende zorgverzekeraars gerepresenteerd wordt, is zowel in 2006 als in 2007 ruim 15,2 miljoen. Alle in deze rapportage genoemde kosten voor gebruik van de huisarts zijn opgehoogd naar 16,0 miljoen verzekerden<sup>1</sup>. Hiermee wordt aangesloten bij het Vogelaarakkoord, waarin ook van 16,0 miljoen verzekerden uitgegaan wordt.

In werkelijkheid ligt het aantal verzekerden volgens opgave van de zorgverzekeraars op 16,2 miljoen. De totale kosten voor de zorgverzekeraars zullen dus nog 1,25% hoger uitvallen wanneer van 16,2 miljoen verzekerden wordt uitgegaan.

---

<sup>1</sup> Hierbij is de aanname gedaan dat de verzekerden over wie in dit onderzoek geen gegevens zijn aangeleverd, hetzelfde gemiddelde kostenpatroon hebben als verzekerden over wie wel gegevens bekend zijn.

## 3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten weergegeven die volgen uit het onderzoek naar de huisartsenkosten in 2006 en 2007. Voor alle resultaten uit dit hoofdstuk geldt dat er rekening is gehouden met het feit dat er niet van alle verzekerden gegevens bekend zijn, maar van ruim 15,2 miljoen verzekerden. De resultaten zijn vervolgens geëxtrapoleerd naar 16,0 miljoen verzekerden.

In hoofdstuk 4 worden de resultaten naast de aannames uit het Vogelaarakkoord gelegd en de verschillen besproken.

### 3.1 Consulten

In deze paragraaf worden de consulten behandeld bij de huisarts, exclusief consulten bij praktijkondersteuners, passantentarieven en avond,- nacht en weekendconsulten.

Gemiddeld zijn er 4,26 consulteenheden per verzekerde in 2006 gerealiseerd. Er zijn wel grote verschillen tussen de zorgverzekeraars onderling. Er is een zorgverzekeraar waarbij 2,94 consulteenheden per verzekerde zijn gedeclareerd en aan de andere kant is er een zorgverzekeraar met maar liefst 5,18 consulteenheden per verzekerde.

In het algemeen zijn het voornamelijk de ex-ziekenfondsen waarbij relatief veel consulten worden gedeclareerd. Bij de ex-particuliere risicodragers worden juist relatief weinig consulten gedeclareerd. Het gemiddeld aantal consulteenheden per verzekerde is ongeveer gelijk aan het genoemde aantal in de vorige rapportage<sup>2</sup>.

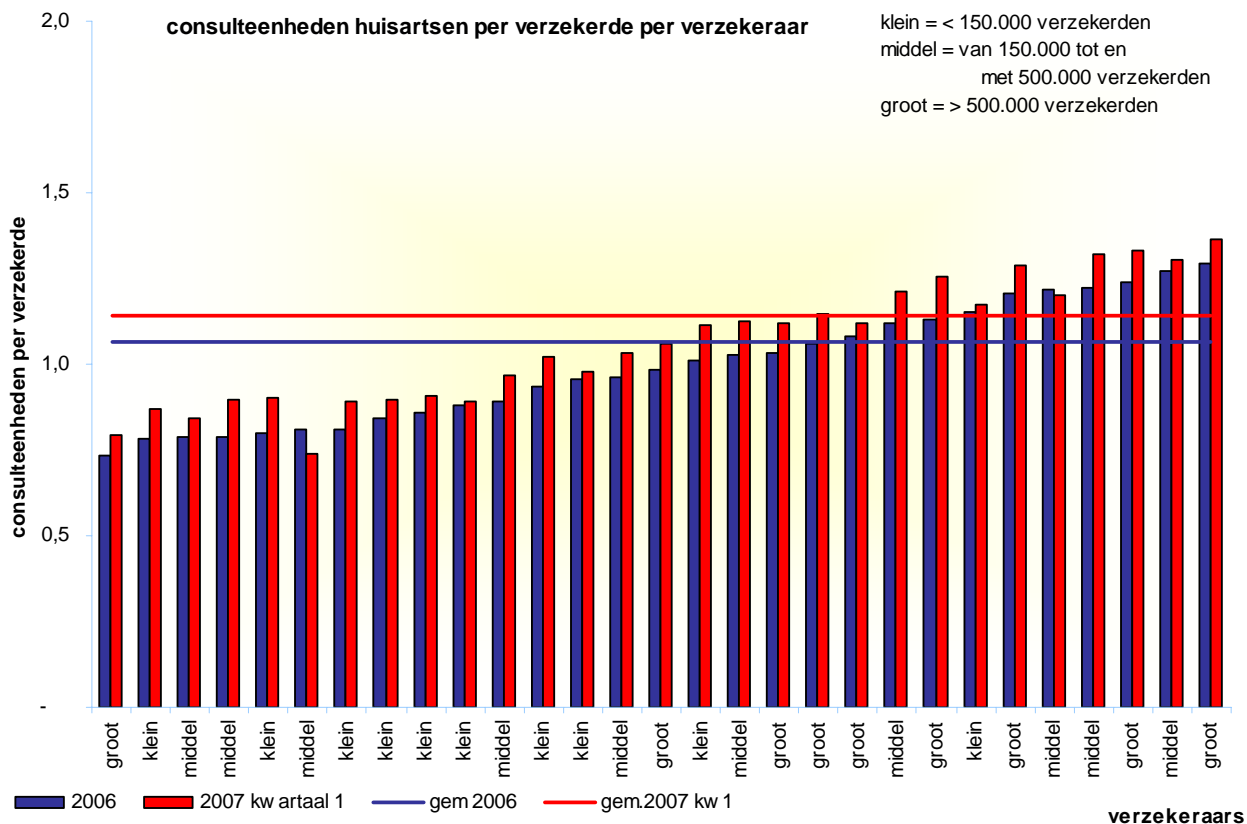
In het Vogelaarakkoord is het uitgangspunt geweest dat er in 2006 gemiddeld sprake zou zijn van 3,53 consulteenheden per verzekerde.

Voor de zorgverzekeraars die gegevens hebben aangeleverd is het gemiddeld aantal consulteenheden *per kwartaal* voor 2006 en het eerste kwartaal van 2007 uitgezet in figuur 1. Over het algemeen valt het eerste kwartaal van 2007 hoger uit dan het kwartaalgemiddelde in 2006.

Er kan hieruit echter niet de conclusie getrokken worden dat de huisartsenkosten in 2007 hoger zullen zijn dan in 2006. De kosten in het eerste kwartaal zijn van oudsher hoger dan in de andere drie kwartalen.

---

<sup>2</sup> Rapportage 2006 met een vooruitblik naar 2007, april 2007 (Vektis)



**Figuur 1** Gemiddelde consulteenheden per verzekerde per verzekeraar, 2006 en eerste kwartaal 2007 (bron: Vektis, peildatum 1 juli 2007)

Het aantal consulteenheden is uit te splitsen naar type consulten. In tabel 1 staat een overzicht met welke type consulten de huisarts zich in 2006 heeft beziggehouden en hoe dat zit in het eerste en tweede kwartaal 2007. In verband met de doorlooptijd voor declaraties (tijd die er tussen zit vanaf het consult bij de huisarts tot het uitbetalen door de zorgverzekeraar) is er in het tweede kwartaal 2007 aanzienlijk minder gedeclareerd en uitbetaald dan in het eerste kwartaal 2007. De kolom 'factor eenheden' geeft het gewicht weer van de consulttypen bij de berekening naar consulteenheden: een standaardconsulteenheid heeft een tarief van 9 euro en bijvoorbeeld een telefonisch consult de helft daarvan (4,50 euro).

aantal consult huisarts	2006	2007 kwartaal 1	2007 kwartaal 2	Factor eenheden
Consult < 20 minuten	34.307.440	8.982.222	6.353.893	1,0
Consult > 20 minuten	3.194.005	1.000.591	706.755	2,0
Visite < 20 minuten	2.520.382	647.417	415.607	1,5
Visite > 20 minuten	724.331	222.341	149.971	2,5
Telefonisch consult	9.414.441	2.655.226	1.855.100	0,5
Herhalingsrecept	34.215.023	8.759.847	6.888.147	0,5
Vaccinatie	89.897	15.819	11.345	0,5
E-mailconsult	11.765	4.175	2.709	0,5
<b>Consluteenheden</b>	68.152.413	18.227.915	13.144.390	
<b>Consluteenheden * €9,-</b>	€613.371.717	€164.051.239	€118.299.511	
<b>Consluteenheden per verzekerde</b>	4,260	1,139	0,822	

**Tabel 1** Consulten huisartsen naar type prestatie<sup>3</sup>, 2006 en eerste twee kwartalen 2007 (bron: Vektis, peildatum 1 juli 2007)

Er worden vrijwel net zoveel korte consulten als herhalingsrecepten gedeclareerd in 2006, samen goed voor 75% van de kosten voor alle reguliere<sup>4</sup> consulten door de huisarts. De omvang van het totaal aantal consluteenheden in het eerste kwartaal van 2007 beslaat inmiddels meer dan een kwart (27%) van het aantal consluteenheden in heel 2006. Vooral de lange consulten, de lange visites en de e-mailconsulten zijn hier debet aan. Het aantal vaccinaties daarentegen blijft in 2007 vooralsnog achter.

### 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. In 2006 is voor 94,6% van alle verzekerden een inschrijftarief gedeclareerd. Het eerste kwartaal van 2007 zit op een inschrijftarief voor 94,2% van alle verzekerden, terwijl het tweede kwartaal van 2007 ook al op 93,2% zit.

Voor elke verzekerde kan niet alleen een inschrijftarief worden gedeclareerd, maar indien van toepassing ook een opslag op dat inschrijftarief (populatiegebonden vergoedingen). De hoogte van die opslag op het inschrijftarief is afhankelijk van het postcodegebied waarin de verzekerde woont (wel of geen achterstandswijk) en de leeftijd van de verzekerde.

In tabel 2 is weergegeven welke aantallen opslagtarieven zijn gedeclareerd en in welke mate deze opslagtarieven digitaal of niet-digitaal worden gedeclareerd. In paragraaf 3.3 wordt nader ingegaan op welke kosten deze populatiegebonden vergoedingen met zich meebrengen.

<sup>3</sup> In 2006 heette dit nog officieel CTG-prestatie. Nu het CTG (College Tarieven Gezondheidszorg) samen met het CTZ (College Toezicht Zorgverzekeringen) opgegaan is in de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit), wordt er niet langer meer gesproken over 'CTG-prestaties', maar over 'prestaties'.

<sup>4</sup> Verricht door de huisarts tijdens kantooruren voor een ingeschreven patiënt.

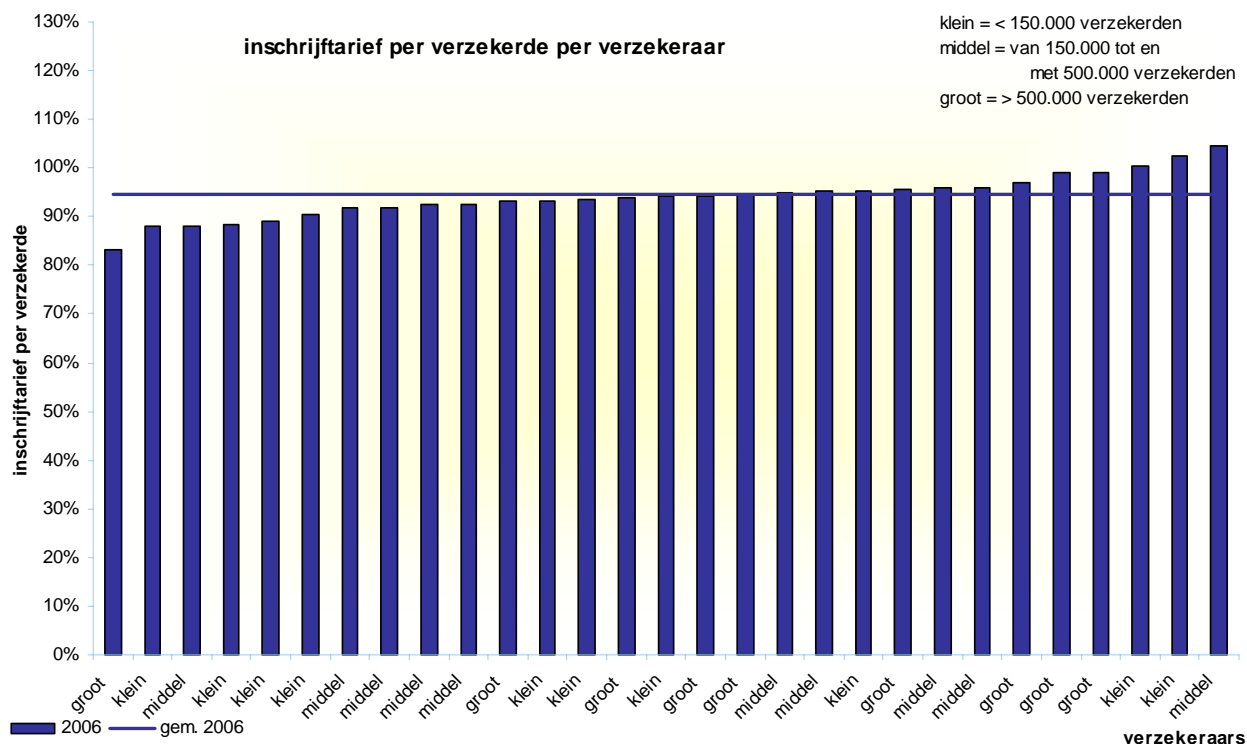
<b>Inschrijftarieven</b>			
<b>aantal (niet digitaal)</b>	<b>2006</b>	<b>2007 kwartaal 1</b>	<b>2007 kwartaal 2</b>
< 65 jaar, geen achterstandswijk	1.340.006	74.870	59.357
65 - 75 jaar, geen achterstandswijk	116.812	5.762	5.270
> 75 jaar, geen achterstandswijk	100.165	4.692	4.625
< 65 jaar, achterstandswijk	117.384	9.331	5.647
65 - 75 jaar, achterstandswijk	8.196	706	448
> 75 jaar, achterstandswijk	7.721	488	318
<b>aantal (digitaal)</b>			
< 65 jaar, geen achterstandswijk	47.842.162	12.168.365	12.039.718
65 - 75 jaar, geen achterstandswijk	4.501.285	1.162.297	1.153.322
> 75 jaar, geen achterstandswijk	3.628.572	939.846	936.723
< 65 jaar, achterstandswijk	2.529.541	631.526	629.029
65 - 75 jaar, achterstandswijk	178.518	44.798	44.562
> 75 jaar, achterstandswijk	148.353	36.695	36.483
<b>Totaal</b>	<b>60.518.715</b>	<b>15.079.377</b>	<b>14.915.502</b>
<b>gemiddeld per verzekerde</b>	<b>3,78</b>	<b>0,94</b>	<b>0,93</b>
<b>percentage elektronische declaraties</b>	<b>0,97</b>	<b>0,99</b>	<b>0,99</b>

**Tabel 2** Aantal inschrijftarieven gedifferentieerd naar populatiegebonden vergoedingen, 2006 en eerste twee kwartalen 2007 (bron: Vektis, peildatum 1 juli 2007)

Duidelijk is dat het overgrote deel van de inschrijftarieven digitaal wordt gedeclareerd. In 2007 ligt het percentage digitale declaraties nog iets hoger dan in 2006. Aan de ene kant zou het kunnen dat er nog niet-digitale declaraties verwerkt moeten worden in 2007, aan de andere kant is het ook niet uitgesloten dat in 2007 meer huisartsen op digitaal declareren zijn overgestapt.

In tegenstelling tot bij de consulten loopt het aantal inschrijftarieven in het meest recente kwartaal vrijwel niet achter bij de eerdere kwartalen. Dit komt omdat deze allemaal tegelijk aan het begin van het kwartaal automatisch gedeclareerd mogen worden, aangezien hier geen contact met de verzekerden voor nodig is.

In figuur 2 is per risicodragers voor 2006 weergegeven voor welk percentage van de verzekerden een inschrijftarief is gedeclareerd. Net als bij de consulteenheden blijken aan de linkerkant vooral ex-particuliere risicodragers te staan, terwijl aan de rechterkant vooral 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 en wordt er juist bij de voormalig ziekenfondsen een hoog percentage inschrijftarieven gedeclareerd.



**Figuur 2** Percentage inschrijftarieven ten opzichte van aantal verzekerden (per verzekeraar), 2006 en eerste twee kwartalen 2007 (bron: Vektis, peildatum 1 juli 2007)

Het beeld voor de diverse zorgverzekeraars in 2007 is vergelijkbaar met het beeld in 2006. In het Vogelaarakkoord is ervan uitgegaan dat voor alle verzekerden (uitgangspunt: 16 miljoen verzekerden) een inschrijftarief wordt gedeclareerd en dat dit voor 15 miljoen verzekerden digitaal geschiedt ('de uit te keren kwartjes per inschrijving').

### 3.3 Module populatiegebonden vergoedingen

De populatiegebonden vergoedingen worden gedeclareerd als opslag op de inschrijftarieven. De totale kosten voor 2006 komen uit op 22,6 miljoen euro, iets minder dan het budget van 25 miljoen euro dat in het Vogelaarakkoord beschikbaar is gesteld. Dat niet voor elke verzekerde een inschrijftarief is gedeclareerd, is hier mede debet aan.

Populatiegebonden vergoedingen	2006	2007 kwartaal 1	2007 kwartaal 2
< 65 jaar, geen achterstandswijk	€ 0	€ 0	€ 0
65 - 75 jaar, geen achterstandswijk	€ 7.850.766	€ 1.985.700	€ 1.969.606
> 75 jaar, geen achterstandswijk	€ 8.948.969	€ 2.266.890	€ 2.259.234
< 65 jaar, achterstandswijk	€ 4.499.773	€ 1.089.457	€ 1.078.950
65 - 75 jaar, achterstandswijk	€ 653.497	€ 159.265	€ 157.536
> 75 jaar, achterstandswijk	€ 655.510	€ 156.172	€ 154.565
<b>Totaal</b>	<b>€ 22.608.514</b>	<b>€ 5.657.485</b>	<b>€ 5.619.891</b>

**Tabel 3** Kosten voor module populatiegebonden vergoedingen, 2006 en eerste twee kwartalen 2007 (bron: Vektis, peildatum 1 juli 2007)

In het eerste kwartaal van 2007 is voor 5,7 miljoen euro aan populatiegebonden vergoedingen gedeclareerd en in het tweede kwartaal voor 5,6 miljoen euro. Dit ligt vrijwel op hetzelfde niveau als in 2006.

### 3.4 Module praktijkondersteuning huisartsen (POH)

De module POH valt uiteen in twee delen. Ten eerste de post POH-moduletarieven (tabel 4) en ten tweede de post POH-consulttarieven (tabel 5).

In de praktijk blijken POH'ers een belangrijke rol te spelen. Zij nemen veel consulten voor hun rekening. In 2006 is voor 54,6 miljoen euro gedeclareerd voor de POH-moduletarieven, terwijl er 32,7 miljoen euro<sup>5</sup> voor geraamd was.

In een eerdere rapportage was al te zien dat het aantal declaraties voor de POH-moduletarieven (à maximaal € 1,60) per kwartaal toenam. Deze trend zet zich ook in 2007 door: in het eerste kwartaal is 15,1 miljoen euro gedeclareerd en in het tweede kwartaal al 15,3 miljoen euro.

<b>Module Praktijkondersteuning Huisartsen:</b>	<b>2006</b>	<b>2007 kwartaal 1</b>	<b>2007 kwartaal 2</b>
Aantal declaraties	34.991.436	9.872.849	9.889.768
Totale kosten	54.612.948	15.100.439	15.324.001

**Tabel 4** Moduletarieven praktijkondersteuning huisartsen, 2006 en eerste twee kwartalen 2007 (bron: Vektis, peildatum 1 juli 2007)

De totaal gedeclareerde kosten voor de consulten POH voor 2006 bedragen 25,7 miljoen euro, waar 16,3 miljoen euro geraamd was in het Vogelaarakkoord. Net als bij de reguliere consulten beslaan de consulten POH in het eerste kwartaal 2007 al meer dan een kwart (31%) van alle POH-consulten in 2006. Net als bij de huisartsconsulten zijn met name de lange consulten en visites relatief vaker gedeclareerd in 2007 en blijven de vaccinaties achter. In totaal komen de kosten voor de module POH in 2006 uit op 80,3 miljoen euro, waar in het Vogelaarakkoord rekening gehouden was met 49 miljoen euro.

<sup>5</sup> 2/3 \* 49 miljoen euro voor de module POH en 1/3 \* 49 miljoen euro voor de consulten POH.

aantal consult POH	2006	2007 kwartaal 1	2007 kwartaal 2	Factor eenheden
Consult < 20 minuten	964.204	257.562	182.939	1,0
Consult > 20 minuten	606.739	214.246	157.797	2,0
Visite < 20 minuten	118.685	32.187	22.956	1,5
Visite > 20 minuten	81.156	27.166	20.298	2,5
Telefonisch consult	259.914	82.335	57.962	0,5
Herhalingsrecept	339.278	81.621	59.790	0,5
Vaccinatie	3.067	533	377	0,5
E-mailconsult	-	-	-	0,5
<b>Consulteenheden</b>	2.859.727	884.493	642.777	
<b>Consulteenheden * €9,-</b>	€ 25.737.539	€ 7.960.438	€ 5.784.994	
<b>Consulteenheden per verzekerde</b>	0,179	0,055	0,040	

**Tabel 5** Consulten praktijkondersteuning huisartsen naar type prestatie, 2006 en eerste twee kwartalen 2007 (bron: Vektis, peildatum 1 juli 2007)

In tabel 6 worden de prestaties voor de reguliere consulten uit tabel 1 en de POH-consulten uit tabel 5 voor 2006 nogmaals tegen elkaar uitgezet. Hieruit is de taakverdeling tussen huisartsen en praktijkondersteuners af te lezen. Van alle soorten reguliere consulten (huisarts en POH) worden er 2,7% voor de praktijkondersteuner gedeclareerd. De huisarts verzorgt relatief meer herhalingsrecepten (99% van alle herhalingsrecepten wordt door de huisarts uitgeschreven), terwijl de praktijkondersteuner relatief veel lange consulten en visites doet (16% van alle lange consulten en 10% van alle lange visites).

	Aantal regulier		Aantal POH	
Consult < 20 minuten	34.307.440	41%	964.204	41%
Consult > 20 minuten	3.194.005	4%	606.739	26%
Visite < 20 minuten	2.520.382	3%	118.685	5%
Visite > 20 minuten	724.331	1%	81.156	3%
Telefonisch consult	9.414.441	11%	259.914	11%
Herhalingsrecept	34.215.023	41%	339.278	14%
Vaccinatie	89.897	0%	3.067	0%
E-mailconsult	11.765	0%	-	0%
	84.477.283		2.373.042	

**Tabel 6** Vergelijking verhouding prestaties voor reguliere en POH-consulten, 2006 (bron: Vektis, peildatum 1 juli 2007)

### 3.5 Consulten avond-, nacht- en weekenddiensten

Over de avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW) zijn in het Vogelaarakkoord geen afspraken gemaakt. Voor meer inzicht in volledige huisartsenkosten is besloten om deze, naast de andere consultcategorïën, wel te monitoren. De consulten voor ANW zijn zelf ook weer in twee categorïën 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 prestaties, met als basisbedrag € 32,70 voor een consult korter dan 20 minuten. In tabel 7 zijn de ANW-consulten voor deze huisartsen weergegeven.

In tegenstelling tot de reguliere- en POH-consulten blijft het aantal consulteenheden in het eerste kwartaal van 2007 nog achter op het kwartaalgemiddelde van 2006.

aantal consult ANW (niet HDS)	2006	2007 kwartaal 1	2007 kwartaal 2	Factor eenheden
Consult < 20 minuten	67.513	11.111	9.373	1,0
Consult > 20 minuten	14.771	1.959	1.845	2,0
Visite < 20 minuten	17.476	3.154	2.263	1,5
Visite > 20 minuten	13.751	3.210	2.310	2,5
Telefonisch consult	36.564	6.880	5.015	0,5
Herhalingsrecept	3.574	633	658	0,5
Vaccinatie	545	18	19	0,5
<b>Consulteenheden</b>	177.989	33.137	25.076	
<b>Consulteenheden * €32,70</b>	€5.820.249	€1.083.591	€819.994	
<b>Consulteenheden per verzekerde</b>	0,0111	0,0021	0,0016	

**Tabel 7** Consulten avond-, nacht- en weekenddiensten voor huisartsen, niet participierend in huisartsendienstenstructuur naar type prestatie, 2006 en eerste twee kwartalen 2007 (bron: Vektis, peildatum 1 juli 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 8 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 196,3 miljoen euro, waarvan 5,8 miljoen euro voor de niet-huisartsendienstenstructuren.

Consult ANW (HDS)	2006	2007 kwartaal 1	2007 kwartaal 2
Consult Aantal	1.670.635	405.595	377.388
Consult Totale kosten	€116.967.538	€29.033.430	€26.570.996
Visite Aantal	393.760	100.543	79.046
Visite Totale kosten	€41.461.978	€10.964.723	€8.442.534
Telefonisch consult Aantal	1.237.685	323.339	287.472
Telefonisch consult Totale kosten	€30.893.444	€8.035.864	€7.159.810
Herhalingsrecept Aantal	47.506	8.665	10.508
Herhalingsrecept Totale kosten	€1.170.119	€214.587	€260.238
<b>Totale kosten</b>	<b>€190.493.078</b>	<b>€48.248.603</b>	<b>€42.433.577</b>

**Tabel 8** Consulten avond-, nacht- en weekenddiensten voor huisartsen, participierend in huisartsendienstenstructuur naar type CTG-prestatie, 2006 en eerste twee kwartalen 2007 (bron: Vektis, peildatum 1 juli 2007)

In het eerste kwartaal van 2007 blijft het aantal declaraties ANW van de huisartsen die *niet* deelnemen aan een huisartsendienstenstructuur achter bij de huisartsen die dat wel doen, ten opzichte van 2006. Ook is bij de eerste groep, net als bij de reguliere consulten van de huisarts en de praktijkondersteuner, een opvallend laag aantal vaccinaties gedeclareerd.

### 3.6 Passantentarieven

Anders dan in voorgaande jaren mogen vanaf 2006 passantentarieven door een huisarts alleen nog maar gedeclareerd worden voor *niet* bij hem/haar ingeschreven verzekerden die *niet* woonachtig zijn in de gemeente waar de huisarts zijn praktijk heeft. De totale kosten voor 2006 komen op 7,5 miljoen euro uit. In de eerste twee kwartalen van 2007 zijn er nog relatief weinig passantentarieven gedeclareerd. Het aantal consulteenheden in het eerste kwartaal 2007 is 19 procent van het totale aantal in 2006. Dit heeft te maken met het seizoenseffect; in het derde kwartaal worden traditiegetrouw meer passantentarieven gedeclareerd dan in andere kwartalen.

Passantentarieven	2006	2007 kwartaal 1	2007 kwartaal 2	Factor eenheden
Consult < 20 minuten	177.366	29.938	27.294	1,0
Consult > 20 minuten	21.558	4.402	3.797	2,0
Visite < 20 minuten	15.079	3.736	2.505	1,5
Visite > 20 minuten	7.089	1.771	1.090	2,5
Telefonisch consult	20.768	5.722	4.075	0,5
Herhalingsrecept	58.539	13.060	11.387	0,5
Vaccinatie	1.932	189	138	0,5
<b>Consulteenheden</b>	301.444	58.259	49.172	
<b>Consulteenheden * €24,80</b>	€7.475.812	€1.444.827	€1.219.455	
<b>Consulteenheden per verzekerde</b>	0,019	0,004	0,003	

Tabel 9 Consulten voor passanten, 2006 en eerste twee kwartalen 2007 (bron: Vektis, peildatum 1 juli 2007)

### 3.7 Module modernisering en innovatie (M&I)

De Module M&I is ingesteld om financiering te regelen tussen zorgverzekeraars en huisartsen als het gaat om:

- Het stimuleren van samenwerkingsverbanden tussen huisartsen onderling en overige eerstelijns aanbieders.
- Het ontwikkelen van een programmatische aanpak van chronische aandoeningen.
- Het substitueren van verrichtingen van de tweede naar de eerste lijn.
- De kwaliteitsbevordering van de huisartsenpraktijken.

In 2006 is er aan de module M&I in totaal 114,7 miljoen euro besteed, waarvan 98,9 miljoen euro voor de verrichtingen met 13xxx-codes en 15,8 miljoen euro voor de modules met 14xxx-codes<sup>6</sup>. De AV-verrichtingen (verrichtingen die via de aanvullende verzekering worden gedekt) zijn in deze rapportage buiten beschouwing gelaten.

Vooraf was in het Vogelaarakkoord met 75 miljoen euro rekening gehouden (50 miljoen euro voor de verrichtingen en 25 miljoen euro voor de modules).

Omdat de Module M&I een zogenaamde 'openeinderegeling' betreft, zullen de zorgverzekeraars voor de betaling hiervan uit de volgende middelen moeten putten:

- 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.

<sup>6</sup> De 13xxx-codes zijn vaste codes voor bepaalde prestaties; de 14xxx-codes zijn codes die overeengekomen zijn tussen zorgverlener en zorgverzekeraar en die innovatieve prestaties omvatten.

In tabel 10 is aangegeven uit welke kosten de Module M&I is opgebouwd. De verrichting 'Chirurgie' bepaalt in 2006 met 26,7 miljoen euro een groot deel van de totale kosten M&I.

Module Modernisering en Innovatie (exclusief AV)	code	2006	2007 kwartaal 1	2007 kwartaal 2
Audiometrie	13000	€913.660	€259.713	€176.611
Diagnostiek met behulp van Doppler	13001	€2.020.597	€643.020	€486.569
Allergietest	13002	€998.825	€266.476	€254.740
Tympanometrie	13003	€360.429	€173.435	€121.159
Longfunctiemeting	13004	€8.928.282	€2.873.136	€1.991.077
ECG-diagnostiek	13005	€4.977.460	€1.530.092	€1.084.447
Spleetlamponderzoek	13006	€817.021	€227.151	€167.165
Tele-echo etc. op waddeneilanden	13007	€11.375	€10.112	€7.115
Bloeddrukmeting gedurende 24-uur	13008	€1.138.777	€582.610	€453.774
Teledermatologie	13009	€171.615	€81.267	€78.651
Cognitieve functietest (MMSE)	13010	€599.483	€202.065	€166.975
Hartritme stoornissen	13011	€102.546	€35.524	€24.946
Chirurgie	13012	€26.711.414	€6.965.416	€5.685.537
Tapen	13014	€1.861.409	€467.757	€396.781
Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris	13015	€1.586.945	€398.356	€299.915
Postoperatief consult in de praktijk	13016	€1.923.597	€491.804	€405.704
Postoperatief consult thuis	13017	€505.837	€145.101	€109.592
Verrichting ter vervanging specialistenbezoek	13018	€4.210.989	€1.210.863	€892.373
Trombosebeen	13019	€87.385	€14.763	€8.220
Varices sclerosering	13020	€24.549	€11.298	€6.395
Desensibilisatiekuur	13022	€512.951	€202.269	€111.264
Therapeutische injectie (Cyriax)	13023	€7.218.419	€1.910.186	€1.401.788
Oogboring	13024	€717.574	€186.196	€139.191
Aanmeten en plaatsen pessarium	13025	€760.582	€193.536	€133.176
Urinekatheterasatie	13026	€911.573	€249.939	€191.159
MRSA-screening	13027	€248.783	€73.532	€48.733
Otitis externa	13028	€551.804	€113.354	€75.554
Diabetes begeleiding per jaar	13029	€11.319.130	€3.036.404	€1.835.962
Diabetes - instellen op insuline	13030	€560.775	€174.482	€119.636
COPD-gestructureerde zorg per jaar	13031	€832.192	€181.220	€110.102
Palliatieve consultatie, visite	13032	€69.320	€13.242	€10.140
Palliatieve consultatie, telefonisch	13033	€15.369	€1.710	€1.978
Intensieve zorg, visite, dag	13034	€5.059.496	€1.319.156	€885.483
Intensieve zorg, visite > 20 minuten, dag	13035	€5.805.704	€1.608.835	€1.170.063
Intensieve zorg, ANW visite	13036	€509.909	€142.313	€98.765
Intensieve zorg, ANW visite > 20 minuten	13037	€1.058.032	€285.309	€217.737
Euthanasie	13038	€239.715	€72.628	€54.924
Gestructureerde huisartsenzorg in verzorgingshuis	13043	€2.264.654	€641.632	€519.398
Gestructureerde huisartsenzorg in maatschappelijke opvang	13044	€82.878	€28.968	€29.316
Abdominale echografie	13045	€28.690	€17.732	€12.666
Overige prestaties M&I	14000-14925	€15.837.619	€3.973.122	€3.302.715
<b>Totaal</b>		<b>€114.719.844</b>	<b>€31.695.321</b>	<b>€23.857.976</b>

**Tabel 10** Module M&I per verrichting. De verrichtingen met codes 13013, 13021 en 13039-13042 (hier niet opgenomen) vallen niet onder de Basisverzekering, maar onder de Aanvullende Verzekeringen (bron: Vektis, peildatum 1 juli 2007)

#### 4. Vergelijking van gemaakte afspraken in het Vogelaarakkoord en de kosten 2006 in de praktijk

In hoofdstuk 3 zijn alle onderwerpen aan de orde geweest waarover in het Vogelaarakkoord aannames en afspraken zijn gemaakt. Nu het jaar 2006 is uitgedeclareerd<sup>7</sup>, kan er iets worden gezegd over hoe de aannames of de verwachtingen vooraf zijn geweest en hoe de realisatie in de praktijk heeft uitgepakt.

In tabel 11 wordt een totaaloverzicht gegeven van de kosten voor 2006. In dit overzicht zijn 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<sup>8</sup>. In het Vogelaarakkoord is uitgegaan van 16 miljoen verzekerden, terwijl er volgens opgave van de zorgverzekeraars 16,2 miljoen verzekerden blijken te zijn. Daarom worden zowel de afspraken en de werkelijke kosten weergegeven gebaseerd op 16,0 miljoen verzekerden.

	Afspraken 2006 (gebaseerd op 16,0 miljoen verz.)	Kosten 2006 (opgehoogd naar 16,0 miljoen verz.)
Consulten huisarts	€ 508	€ 613
Inschrijftarieven	€ 832	€ 787
<b>Totaal</b>	<b>€1.340</b>	<b>€1.400</b>

	Afspraken 2006	Werkelijk 2006
Passantentarieven	€ 24	€ 7
Kwartjes voor digitale declaraties	€ 15	€ 15
Module populatiegebonden vergoedingen	€ 25	€ 23
Module praktijkondersteuning	€ 33	€ 55
Module modernisering en innovatie	€ 16	€ 26
	€ 50	€ 99
	€ 25	€ 16
<b>Totaal modules en passantentarieven</b>	<b>€188</b>	<b>€240</b>

	Afspraken 2006	Werkelijk 2006
Avond-, nacht-, weekend-diensten	HDS	€ 190
	geen HDS	€ 6
<b>Totaal ANW</b>		<b>€196</b>

**Tabel 11** Overzicht kosten 2006 (in miljoenen euro's) volgens afspraken/verwachtingen Vogelaarakkoord en werkelijke kosten<sup>9</sup> (bron: Vektis, peildatum 1 juli 2007)

<sup>7</sup> In dit rapport wordt de aanname gedaan dat er bij de zorgverzekeraars geen verwerkings- of betalingsachterstanden zijn en dat de huisartsen geen declaratieachterstand meer hebben. Deze aanname betekent dat de extrapolatie over heel 2006 een minimale is.

<sup>8</sup> De aanname is dat de verzekerden over wie in dit onderzoek geen gegevens zijn aangeleverd, hetzelfde gemiddelde kostenpatroon hebben als verzekerden over wie wel gegevens bekend zijn.

<sup>9</sup> Uitgangspunt is steeds 16,0 miljoen verzekerden

## Toelichting op tabel 11:

### Consulten:

In het Vogelaarakkoord is uitgegaan van de verwachting dat er in 2006 3,53 consulteenheden per verzekerde gedeclareerd zouden worden door de huisartsen. Op basis van deze consulteenheden is de hoogte van een standaardconsult en het inschrijftarief vastgesteld. Volgens de resultaten uit dit onderzoek worden er gemiddeld per verzekerde 4,26 consulteenheden gedeclareerd; dit betekent dat er geen 508 miljoen is gedeclareerd aan huisartsenconsulten (3,53 consulteenheden \* 9 euro per consult \* 16,0 miljoen verzekerden), maar 613 miljoen euro. Dit is een overstijging van de verwachtingen met circa 105 miljoen euro, oftewel 21%.

### Inschrijftarieven:

In 2006 is niet voor elke verzekerde een inschrijftarief à 52 euro gedeclareerd. Voor 94,6% van de verzekerden is dit gebeurd. Dat betekent dat er 50 miljoen euro minder aan inschrijftarieven is gedeclareerd dan waarvan van te voren is uitgegaan.

Een mogelijke verklaring is dat met name verzekerden van voorheen particuliere zorgverzekeraars niet allemaal bij huisartsen bekend zijn.

### Passantentarieven:

Voor passantentarieven werd rekening gehouden met 25 miljoen euro. Uit het onderzoek blijkt dat voor slechts 7 miljoen euro is gedeclareerd. Een mogelijke verklaring is dat de regels voor declareren per 2006 aangescherpt zijn, waardoor er minder declaraties dan verwacht voldoen aan de regels (en daarmee minder wordt uitbetaald dan verwacht).

### Kwartjes voor digitale declaraties:

Voor elk inschrijftarief dat digitaal wordt gedeclareerd, is een kwartje ter beschikking gesteld. Er is volgens verwachting digitaal gedeclareerd, waardoor verwachte en werkelijke kosten met elkaar overeenkomen.

### Module populatiegebonden vergoedingen:

De populatiegebonden vergoedingen worden als *opslag* op het inschrijftarief gedeclareerd. Over 2006 is verwacht dat dit 25 miljoen euro zou bedragen; uit de betaalde declaraties blijkt dat dit 23 miljoen euro is geworden. Een oorzaak hiervan is dat er minder inschrijftarieven tot nu toe zijn gedeclareerd dan waarvan was uitgegaan; omdat de opslagen zijn gekoppeld aan de inschrijftarieven ligt het voor de hand dat (nu niet voor elke verzekerde een inschrijftarief wordt gedeclareerd) ook de opslagen niet allemaal worden gedeclareerd.

### Module praktijkondersteuning:

Deze module valt uiteen in de moduletarieven en de POH-consulttarieven. Voor de moduletarieven was uitgegaan van 33 miljoen euro en dit blijkt in werkelijkheid opgelopen te zijn naar 55 miljoen euro. Ook de POH-consulten zijn hoger dan verwacht: er werd rekening gehouden met 16 miljoen euro, terwijl uit de uitbetalingen blijkt dat dit 26 miljoen is geworden.

Voor de totale module bedragen de uitgaven derhalve geen 49 miljoen euro, maar 80 miljoen euro.

De praktijkondersteuners blijken een belangrijke rol te spelen in de huisartsenpraktijk. In elk geval een belangrijker dan waarmee voorheen rekening gehouden was en dit vertaalt zich in hogere kosten dan verwacht.

## **Module M&I:**

Voor de 13xxx-codes werd rekening gehouden met een bedrag van 50 miljoen euro. In werkelijkheid blijkt er onder deze 13xxx-codes zo'n 99 miljoen euro te zijn gedeclareerd. Voor de 14xxx-codes is rekening gehouden met 25 miljoen euro, terwijl er 16 miljoen euro daadwerkelijk is gedeclareerd. Voor de Module M&I als totaal betekent dit hogere kosten dan verwacht, namelijk 40 miljoen euro.

In totaal komen de bovenstaande kosten in 2006 voor het gebruik van de huisarts uit op 1836 miljoen euro, oftewel 115 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.

Wanneer er naar de afspraken (die in het kader van het Vogelaarakkoord zijn gemaakt) als geheel wordt gekeken, dan zijn de daadwerkelijk gedeclareerde en uitbetaalde kosten hoger dan verwacht.

## 5. Conclusies huisartsenkosten 2006

Halverwege 2007 zijn vrijwel alle declaraties van 2006 verwerkt, zodat een definitief overzicht gegeven kan worden van de kosten voor huisartsenzorg in 2006. Wanneer wordt gekeken naar alle kosten waarover in het Vogelaarakkoord een verwachting is uitgesproken en een akkoord over is gesloten tussen de partijen LHV, VWS en ZN in 2006, dan moet op basis van dit onderzoek worden geconcludeerd dat verwachtingen vooraf niet altijd zijn overeengekomen met de daadwerkelijk gedeclareerde kosten.

Er zijn meer consulten gedeclareerd dan vooraf verwacht en meer kosten gemaakt onder de modules POH en M&I. Daarentegen zijn er minder inschrijftarieven (en daarmee populatiegebonden vergoedingen) gedeclareerd en veel minder passantentarieven.

Uiteindelijk resulteert dit in circa 112 miljoen euro (of 7,3%) meer kosten dan vooraf verwacht.

Belangrijk is nu om de oorzaken van de afwijkingen tussen gesloten akkoord en werkelijke realisatie te bekijken. Voor de diverse onderdelen is zeker een verklaring te geven.

Conclusies per onderdeel uit het Vogelaarakkoord:

Het aantal in het Vogelaarakkoord verwachte **consulteenheden** wordt in 2006 sterk overschreden. In plaats van de verwachte 3,53 consulteenheden per verzekerde zijn er 4,26 consulteenheden per verzekerde gedeclareerd, een toename van 21%. Volgens onderzoek van het Nivel<sup>10</sup> is het aantal *zorgcontacten* met slechts 1,7% gestegen. De stijging van het aantal consulteenheden lijkt derhalve vooral veroorzaakt worden door meer lange consulten, meer lange visites en meer herhalingsrecepten dan waarvan vooraf is uitgegaan.

De **inschrijftarieven** blijven nog achter bij de verwachtingen, als ervan uitgegaan wordt dat er voor alle 16,0 miljoen verzekerden een inschrijftarief gedeclareerd mag worden<sup>11</sup>. 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 **module M&I** kost in 2006 115 miljoen euro in plaats van de in het Vogelaarakkoord gereserveerde 75 miljoen euro. Deze stijging wordt veroorzaakt door de verrichtingen (code 13xxx), die met 99 miljoen euro ruim boven de 50 miljoen uitkomen. De modules (code 14xxx) blijven met 16 miljoen euro juist achter bij de gereserveerde 25 miljoen euro.

Ook de **passantentarieven** blijven sterk achter bij de gereserveerde kosten; 7 miljoen euro op een budget van 23,5 miljoen euro. Waarschijnlijk door de verscherpte declaratieregels rondom passantentarieven (huisartsen mogen alleen een passantentarium declareren wanneer zij een verzekerde helpen die niet bij deze huisarts zelf is ingeschreven én wanneer de huisarts niet uit dezelfde gemeente is als de eigen huisarts), zijn de kosten veel lager dan verwacht uitgevallen.

<sup>10</sup> Hans te Brake, Robert Verheij, Harald Abrahamse, Dinny de Bakker, bekostiging van de huisartsenzorg: vóór en na de stelselwijziging, monitor 2006, Nivel augustus 2007

<sup>11</sup> In werkelijkheid is er een aantal groepen, zoals inwoners van verpleegtehuizen en gedetineerden, waarvoor geen inschrijftarief gedeclareerd mag worden.

De **module Praktijkondersteuning Huisartsen** ten slotte brengt meer kosten met zich mee dan waarmee vooraf rekening werd gehouden. De moduletarieven bedragen 56 miljoen euro (tegen een budget van 32,7 miljoen euro) en de POH-consulttarieven bedragen 26 miljoen euro (tegen 16,3 miljoen euro). Huisartsen hebben dus massaal van praktijkondersteuners gebruikgemaakt.

In deze rapportage is, ter vergelijking met het Vogelaarakkoord, uitgegaan van 16,0 miljoen verzekerden. De zorgverzekeraars geven echter zelf aan ruim 16,2 miljoen verzekerden te representeren. Als van 16,2 miljoen verzekerden uitgegaan wordt dan komen alle genoemde posten 1,25% hoger uit en dus komen de totale huisartsenkosten voor de zorgverzekeraars op 1859 miljoen euro in plaats van 1836 miljoen euro.

	Afspraken 2006 (gebaseerd op 16,0 miljoen verz.)	Kosten 2006 (opgehoogd naar 16,0 miljoen verz.)	Kosten 2006 (opgehoogd naar 16,2 miljoen verz.)
Consulten huisarts	€ 508	€ 613	€ 621
Inschrijftarieven	€ 832	€ 787	€ 797
<b>Totaal</b>	<b>€ 1.340</b>	<b>€ 1.400</b>	<b>€ 1.418</b>

	Afspraken 2006	Werkelijk 2006	
Passantentarieven	€ 24	€ 7	€ 8
Kwartjes voor digitale declaraties	€ 15	€ 15	€ 15
Module populatiegebonden vergoedingen	€ 25	€ 23	€ 23
Module praktijkondersteuning	Moduletarieven	€ 55	€ 55
	POH-consulttarieven	€ 16	€ 26
Module modernisering en innovatie	Code 13xxx	€ 99	€ 100
	Code 14xxx	€ 25	€ 16
<b>Totaal modules en passantentarieven</b>	<b>€ 188</b>	<b>€ 240</b>	<b>€ 243</b>

	Afspraken 2006	Werkelijk 2006	
Avond-, nacht-, weekend- diensten	HDS	€ 190	€ 193
	geen HDS	€ 6	€ 6
<b>Totaal ANW</b>		<b>€ 196</b>	<b>€ 199</b>

**Tabel 12** Overzicht kosten 2006 (in miljoenen euro's) volgens afspraken/verwachtingen Vogelaarakkoord en werkelijke kosten (zowel met aanname 16,0 miljoen verzekerden als 16,2 miljoen verzekerden) (bron: Vektis, peildatum 1 juli 2007)

Nivel doet eenzelfde soort onderzoek naar de huisartsenkosten in 2006 en gebruikt daarvoor informatie die zij bij een steekproef van huisartsenpraktijken hebben verzameld. Vektis gebruikt als bron voor het onderzoek de gegevens die bekend zijn bij zorgverzekeraars. In mei 2007 hebben Vektis en Nivel contact met elkaar gehad om de resultaten van beide rapporten met elkaar te vergelijken en eventuele verschillen te kunnen verklaren. Conclusie is geweest dat alleen in de posten passantentarieven en consulten POH er afwijkingen zijn tussen de resultaten van beide onderzoeksbureaus, maar dat de conclusies van beide onderzoeken onafhankelijk van elkaar hetzelfde zijn: de huisartsenkosten in 2006 zijn hoger dan vooraf verwacht en afgesproken in het Vogelaarakkoord.

Verder worden huisartsenkosten nog bijgehouden in de zogenaamde CVZ-staten. Deze CVZ-staten worden per kwartaal aangeleverd door zorgverzekeraars aan het CVZ en daarin geven de

zorgverzekeraars de kosten op die zij hebben gerealiseerd en nemen daarbij indien relevant nog balansposten op (kosten die nog te verwachten zijn). Gebruikelijk is dat aan het begin van een jaar de realisatie relatief klein is ten opzichte van de balansposten, maar dat in de loop van het jaar de cijfers steeds definitiever worden en daarmee de balanspost kleiner wordt.

Gebleken is dat veel zorgverzekeraars voor de huisartsenkosten 2006 vanuit de CVZ-staten (jaarstaten 2006, augustus 2007) nog een balanspost opgeven. Hierdoor komen de huisartsenkosten in de CVZ-staten hoger te liggen dan de cijfers waarmee Vektis en Nivel zijn gekomen.

## 6. Ontwikkeling huisartsenkosten 2007

In 2006 is het declareren en vergoeden van huisartsenzorg moeizaam op gang gekomen. Zowel de huisartsen (plus tussenschakels en clearinghouses) als de zorgverzekeraars moesten nog wennen aan het nieuwe declaratiesysteem. Daarnaast zorgde de gelijktijdige overgang naar de basisverzekering voor extra administratieve handelingen doordat maar liefst 18 procent van de verzekerden van zorgverzekeraar wisselde.

Inmiddels lijken de meeste problemen verholpen te zijn en worden huisartsenkosten steeds sneller gedeclareerd en verwerkt. De verwachting is dat de kosten van het eerste kwartaal 2007 voor de meeste posten niet veel verder zullen toenemen dan in deze rapportage genoemd wordt. Per post zal op basis van de huidige gegevens van de eerste twee kwartalen 2007 bekeken worden wat de verwachtingen zijn voor heel 2007 ten opzichte van 2006.

In het eerste kwartaal 2007 zijn er *meer* consulteenheden gedeclareerd dan gemiddeld per kwartaal in 2006. Ook in het verleden werden er, door seizoensinvloeden, meer kosten voor de huisartsenzorg gemaakt in het eerste kwartaal dan in de andere kwartalen. Er is dus nog geen indicatie te geven of de kosten voor reguliere consulten verder zijn gestegen in 2007. Naar verwachting zullen ze in elk geval niet afgenomen zijn. Hetzelfde geldt voor de consulten ANW en voor de passantentarieven.

De inschrijftarieven lijken ook in 2007 voor niet meer dan 95% van de verzekerden gedeclareerd te worden. De kosten hiervoor en voor de aan de inschrijftarieven gekoppelde module populatiegebonden vergoedingen en kwartjes voor digitale declaraties blijven dus op het niveau van 2006.

De kosten voor de module POH groeien wel door in 2007, net als in 2006. In het tweede kwartaal van 2007 is al meer gedeclareerd dan in het eerste kwartaal. De totale kosten zullen voor heel 2007 boven de 60 miljoen uitkomen. Aangezien de kosten voor de module POH en de consulten POH ongeveer volgens de verhouding tweederde: eenderde zijn verdeeld, zullen de kosten voor de consulten POH boven de 30 miljoen uitkomen.

Bij de 14xxx-codes binnen de module M&I waren in 2006 grotere declaratie- en verwerkingsachterstanden te zien dan voor de overige verrichtingen en modules. Ook hier zien we deze achterstand in 2007 niet terug. Zowel de modules als de verrichtingen M&I lijken in 2007 op het niveau van 2006 uitkomen.

## 7. Toekomst

Dit onderzoek is gebaseerd op een ad-hocgegevensvraag aan alle zorgverzekeraars. 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 ontwikkeling van het aantal consulteenheden kan met behulp van zo'n detailinformatiesysteem verder uitgewerkt worden naar groepen verzekerden, huisartsenposten of regio's.