

HUISARTSENZORG: EEN EERSTE ONDERZOEK

Zorgthermometer, lente 2009

L.M.A. (Lisette) Gusdorf MSc.
Drs. M. (Marieke) Smit
B. (Bob) Voorbraak

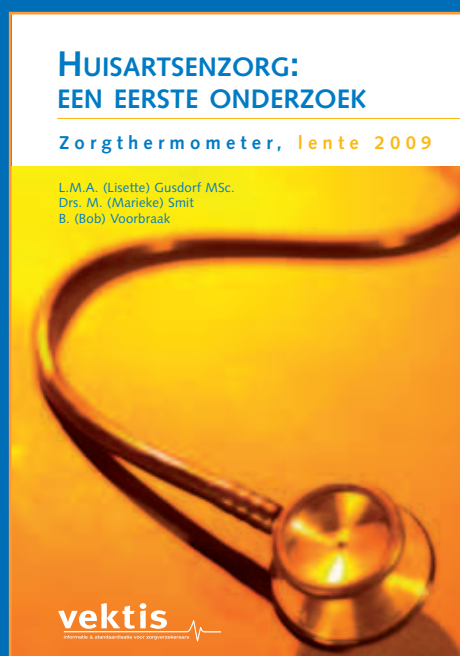
Vektis

Vektis is het informatiecentrum voor de zorgverzekeringsbranche en richt zich zowel op de branche als op individuele verzekeraars. Het levert producten en diensten op het terrein van ICT, standaarden en statistiek & actuariaat.

Vektis is een relatief jong bedrijf met professionals die kennis hebben van de zorg en zorgverzekeringen en expertise op het gebied van statistiek, onderzoek, informatieanalyse, standaardisatie en ICT.

Onze informatiediensten ondersteunen zowel het belang van de branche in zijn geheel als het belang van de zorgverzekeraars individueel.

Voor meer informatie, kijk op www.vektis.nl.



Voorwoord

Wist u dat 16% van de Nederlanders in 2008 niet bij een huisarts is geweest en dat dit voornamelijk mannen zijn in de leeftijd van 5 tot 39 jaar? Of dat er vooral door mensen boven de 65 jaar gebruik wordt gemaakt van lange consulten? Of dat een huisarts een kwart van zijn werkzaamheden besteedt aan herhalingsrecepten?

Nog veel meer van dit soort interessante informatie leest u in deze Zorgthermometer, die is gewijd aan het thema 'huisartsenzorg'. Een vorm van zorg waar heel veel mensen mee te maken hebben, omdat een groot deel van de Nederlanders weleens bij een huisarts komt. En het is een vakgebied waar veel veranderingen gaande zijn. Bijvoorbeeld de opkomst van geïntegreerde eerstelijnszorg en de substitutie van de tweedelijnszorg (ziekenhuizen) naar de eerstelijns zorg. Ook het invoeren van praktijkondersteuners om de huisartsentaken te verminderen, de komst van praktijkondersteuners op het gebied van GGZ en de inrichting van ketenzorg zijn belangrijke ontwikkelingen binnen de huisartsenzorg. Verder neemt de vraag naar huisartsenzorg toe en wordt de huisartsenzorg complexer door de vergrijzing en door het stijgende aantal mensen met een chronische ziekte. Allemaal ontwikkelingen in de zorgsector waarbij ook huisartsen een heel belangrijke rol spelen of gaan spelen waarbij ook huisartsen, zorgverzekeraars en verzekerden met elkaar optrekken, al dan niet vanuit verschillende invalshoeken.

Om inzicht te krijgen in al deze ontwikkelingen hebben de zorgverzekeraars enige jaren geleden besloten om informatie over eerstelijnszorg in het algemeen en huisartsenzorg in het bijzonder samen te brengen bij Vektis. Intussen is er een schat aan gegevens beschikbaar en kunnen daar interessante resultaten uit worden afgeleid. In deze Zorgthermometer geven we u hiervan een eerste indruk.

De Zorgthermometer besteedt ieder kwartaal aandacht aan een bepaald onderwerp dat op dat moment in de belangstelling staat. Dit nummer gaat over huisartsenzorg. Eerder zijn er nummers verschenen over verzekerdenmobiliteit, over de AWBZ en in het najaar wat ons het komend jaar te wachten staat op zorg(kosten)gebied.

Wij wensen u ook dit keer veel leesplezier toe!

Dr. A. (Anne) de Boo
Adjunct-directeur Zorgverzekeringsinformatie

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Inhoudsopgave	2
Enkele kengetallen over de huisartsenzorg	3
Beroepsgroep huisartsen	3
Totaalkosten huisartsenzorg	3
Geschiedenis huisartsenzorg	4
Nieuw verzekeringsstelsel	4
Vogelaarakkoord	4
Inschrijftarieven en opslagen	6
Totale kosten	6
Inschrijftarieven	6
Opslagen	8
Consulten	9
Algemeen	9
Overige consulten	14
Module Modernisering en Innovatie	15
Aantallen en kosten	15
M&I-verrichtingen	17
Diabetes mellitus	18
Ontwikkelingen huisartsenzorg	20
Interview Hilda Paans	20
Geïntegreerde eerstelijnszorg	21
Technische verantwoording	22
Eerstelijns Informatie Systeem (ELIS)	22
Dekking	22
Geraadpleegde bronnen	23

Enkele kengetallen over de huisartsenzorg

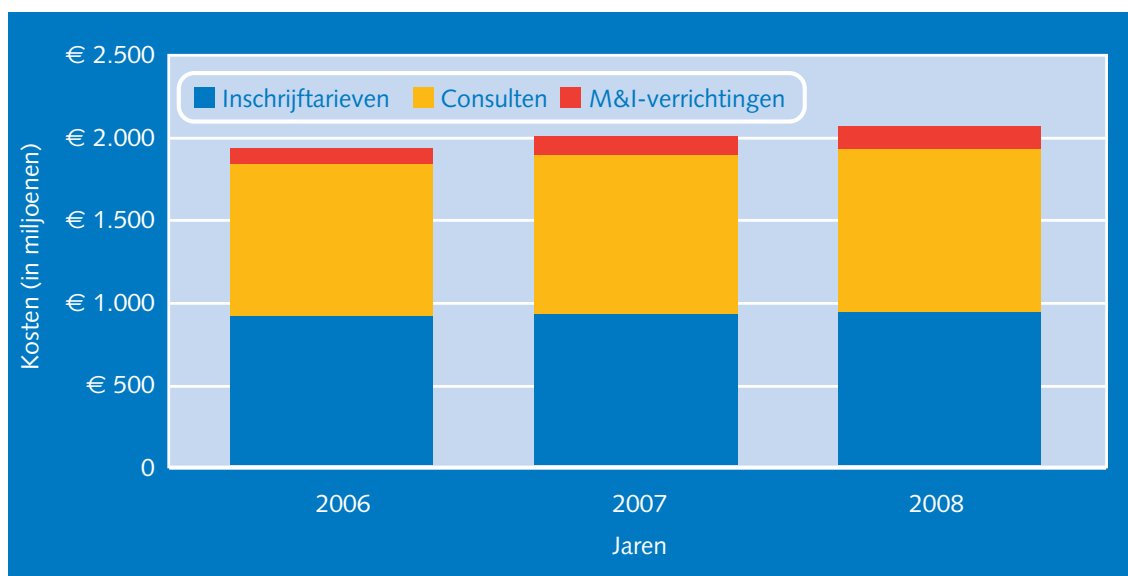
In 2008 ging in de huisartsenzorg 2,31 miljard euro om. Dit is bijna 15% meer dan in 2007 en 19% meer dan in 2006. De huisartsenberoepsgroep omvat bijna 9.000 huisartsen; bijna 70% hiervan is man.

Beroepsgroep huisartsen

Er waren in 2008 in Nederland 8.761 geregistreerde huisartsen. Hiervan is 7% apotheekhoudend en de overige 93% niet. Van alle huisartsen is 68,4% man en 31,6% vrouw. De gemiddelde leeftijd van een huisarts is 51,3 jaar. Vrouwelijke huisartsen zijn gemiddeld wel jonger dan mannelijke huisartsen, respectievelijk 46,4 en 53,5 jaar. Gemiddeld heeft een huisarts 18,0 jaar praktijkervaring. Ook hiervoor geldt dat er een groot verschil is tussen mannen en vrouwen. Vrouwelijke huisartsen hebben gemiddeld 12,1 jaar praktijkbeoefening en mannen 20,7 jaar. Er wordt verwacht dat er in de toekomst een tekort aan huisartsen dreigt. De komende jaren gaan veel mannelijke huisartsen met pensioen. Hun opvolgers zijn veelal vrouwen, maar die werken vaak in deeltijd.

Totaalkosten huisartsenzorg

In 2006 ging er in de huisartsenzorg 1,94 miljard euro om, in 2007 2,01 miljard euro en in 2008 2,08 miljard euro (zie figuur 1). In deze totaal­kosten zijn de M&I-projecten¹ niet meegenomen. In het hoofdstuk over M&I wordt hier wel aandacht aan besteed. Ten opzichte van 2007 zijn de kosten in 2008 met 3,2% toegenomen.



Figuur 1 Totale huisartsenkosten in 2006, 2007 en 2008, uitgesplitst naar inschrijftarieven, consulten en M&I-verrichtingen (bron: Vektis)

¹ M&I betekent Module Modernisering en Innovatie. Deze module valt uiteen in twee delen; verrichtingen en projecten. De projecten zijn zeer specifiek per zorgverzekeraar en daarom zijn ze niet meegenomen in figuur 1.

Geschiedenis huisartsenzorg

Tot het jaar 2006 was er wat de financiering van de huisartsenzorg betreft een tweedeling, die was gebaseerd op het onderscheid ziekenfondsverzekering en particuliere zorgverzekering. Ziekenfondsen betaalden voor iedere verzekerde een vaste bijdrage ('abonnement') aan de huisarts. Er werden geen kosten per consult betaald. Bij particuliere zorgverzekeraars was de huisartsenzorg niet altijd gedekt. Als dit wel het geval was, dan vergoedden zij juist alleen het consult. Veel particulier verzekerden hadden een eigen risico, waardoor zij deze consulten vaak zelf betaalden. Voor ziekenfondsverzekerden was er dus geen drempel om naar de huisarts te gaan; alles werd vergoed. Voor particulier verzekerden was er daarentegen wel een drempel, omdat zij betaalden per consult. In die tijd gingen ziekenfondsverzekerden vaker naar de huisarts dan particulier verzekerden.

Nieuw verzekeringsstelsel

Sinds 2006 geldt de nieuwe Zorgverzekeringswet. Bij dit systeem is het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier verzekerden verdwenen. Elke zorgverzekeraar biedt een basispolis aan, waarin de kosten voor huisartsenzorg gedekt zijn. De huisartsenzorg valt buiten het verplichte eigen risico. Hierdoor is vooral de drempel voor voorheen particulier verzekerden lager geworden. Zij moesten zelf betalen in het oude systeem. Voor ziekenfondsverzekerden is er niet zoveel veranderd.

Het nieuwe systeem kent een gemengde bekostiging; de huisarts mag zowel een inschrijftarief als een tarief per consult en losse verrichtingen declareren. De huisarts hoeft voor de declaratie van het inschrijftarief zonder opslagen geen contract te hebben met de zorgverzekeraar, maar de patiënt moet wel op naam ingeschreven staan bij de huisarts. Voor de overige te declareren prestaties is een overeenkomst met de zorgverzekeraar verplicht

Vogelaarakkoord

Over de overgang naar het nieuwe systeem is flink gedebatteerd door de betrokken partijen, te weten huisartsen (Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)), het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de zorgverzekeraars (verenigd in Zorgverzekeraars Nederland (ZN)). Een van de pijnpunten was om tot een goede hoogte te komen van de vergoeding van een consulteenheid. Hiervoor is een aantal aannames gedaan (bijvoorbeeld over het totaal aantal te verwachten consulten). Dit leidde tot veel discussie, waardoor er geen afspraken konden worden gemaakt.

Uiteindelijk is Ella Vogelaar bemiddelaar in dit conflict geweest en is er een akkoord gesloten over de huisartsenbekostiging, het zogenaamde 'Vogelaarakkoord'. De doelstellingen van dit akkoord waren:

- Stimulering samenwerking tussen huisartsen (onderling) en andere eerstelijnszorgaanbieders.
- Verdere ontwikkeling van programma's chronische aandoeningen.
- Substitutie van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg.
- De beheersing van administratieve lasten.

Daarnaast zijn er modules ingevoerd om innovaties, samenwerkingsverbanden en bijzonder aanbod te kunnen financieren. Het Vogelaarakkoord is ten tijde van de uitvoering gemonitord, door onder andere Vektis en het NIVEL. Eind 2007 is er een gezamenlijke evaluatie van het Vogelaarakkoord gehouden. Daarbij hebben de partijen geconstateerd dat de huisartsenzorg zich sterk aan het ontwikkelen was en dat de huisartsenkosten waren gestegen, maar dat dat ook kwam omdat huisartsen een aantal werkzaamheden uit de tweede lijn overnamen.

In de drie jaar dat het nieuwe financieringsstelsel geldt, hebben de zorgverzekeraars, huisartsen en verzekerden ermee leren omgaan. Ondanks de hogere kosten hebben de partijen toentertijd besloten om de uitgangspunten van het Vogelaarakkoord te blijven onderschrijven.

Nu is er geen Vogelaarakkoord meer, maar worden de huisartsenkosten nog wel gemonitord. Met behulp van nieuwe gegevensbronnen op een nog dieper niveau dan tevoren.

De NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) heeft in 2009 een onderzoek laten uitvoeren naar de praktijkkos-

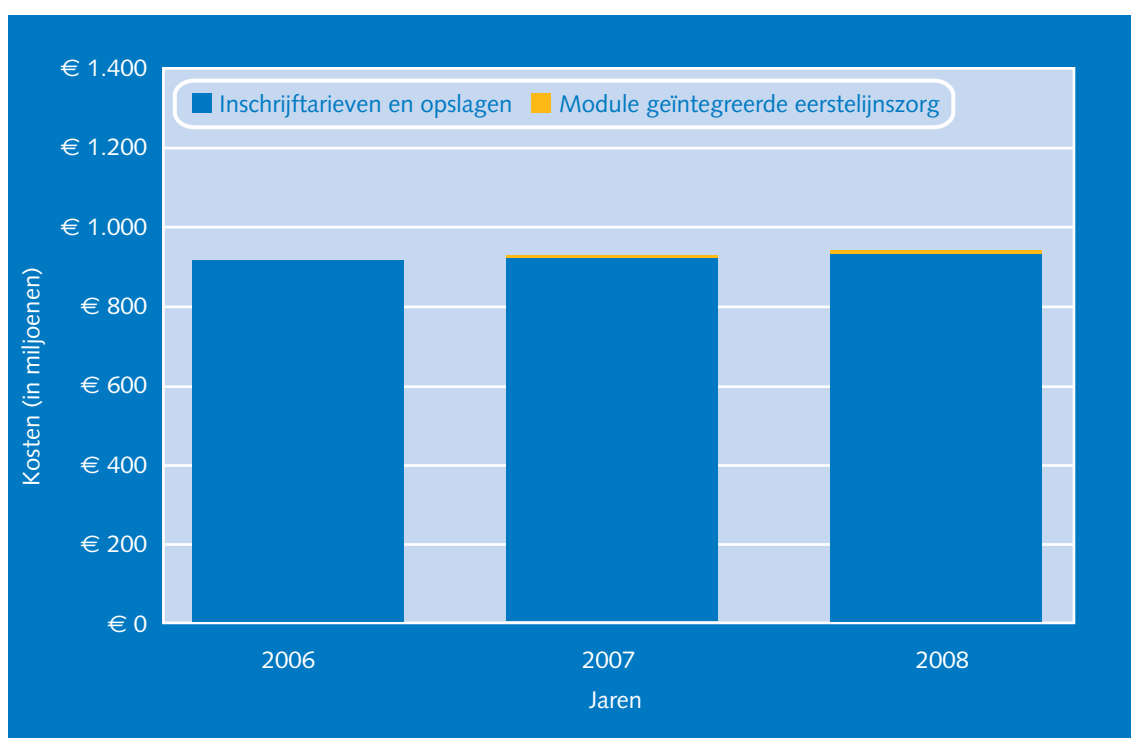
ten en opbrengsten van huisartsenpraktijken in 2006. Zij concludeerde onder andere dat huisartsen in 2006 366 miljoen euro ontvingen boven op hun inkomen, gemiddeld is dat per praktijk € 54.257,-. Een belangrijke oorzaak daarvan zijn de relatief hoge opbrengsten uit inschrijftarieven, consulten en innovatie. Naar aanleiding van dit onderzoek kan in de toekomst de hoogte van de inschrijftarieven en de tarieven van de consulten en innovaties mogelijk veranderen.

Inschrijftarieven en opslagen

Sinds de nieuwe Zorgverzekeringswet kan de huisarts voor elke patiënt een inschrijftarief declareren. Hier bovenop kan de huisarts verschillende opslagen, ook wel 'modules' genoemd, declareren. De modules mogen alleen gedeclareerd worden als daarover contractuele afspraken met de verzekeraar zijn gemaakt. De inschrijftarieven en de populatiegebonden vergoedingen zijn in de drie jaar nagenoeg gelijk gebleven. De Module Praktijkondersteuning Huisartsen is in aantal daarentegen toegenomen. Verder kan sinds 2007 de Module Geïntegreerde Eerstelijnszorg worden gedeclareerd.

Totale kosten

De kosten voor de inschrijftarieven en opslagen blijven door de jaren heen redelijk stabiel (zie figuur 2). Ze stijgen van 2006 op 2007 met minder dan 1%. De Module Geïntegreerde Eerstelijnszorg kan, zoals gezegd, vanaf 2007 worden gedeclareerd. Inclusief deze module stijgen de totale kosten voor de inschrijftarieven en opslagen van 2007 op 2008 met 1,5%.



Figuur 2 Totale kosten van alle inschrijftarieven en opslagen in 2006, 2007 en 2008 (bron: Vektis)

Inschrijftarieven

Een huisarts kan voor elke op naam ingeschreven patiënt een inschrijftarief declareren. Dit is €52,- per jaar; elk kwartaal declareert een huisarts €13,- per patiënt. In de afgelopen drie jaar wordt gemiddeld voor 97,4% van de bevolking een inschrijftarief gedeclareerd. De verzekerden voor wie geen inschrijftarief wordt gedeclareerd, zijn bijvoorbeeld mensen die in verpleeghuizen wonen of die niet bekend zijn bij een huisarts.

In 2006, 2007 en in het eerste kwartaal van 2008 kregen huisartsen €0,25 boven op het inschrijftarief als ze elektronisch declareerden. Hiermee wilden de deelnemers van het Vogelaarakkoord het elektronisch declareren stimuleren. In 2008 declareerden vrijwel alle huisartsen digitaal en werd het kwartje afgeschaft. Daarom namen de totale kosten voor de inschrijftarieven in 2008 iets af; het totaal aantal

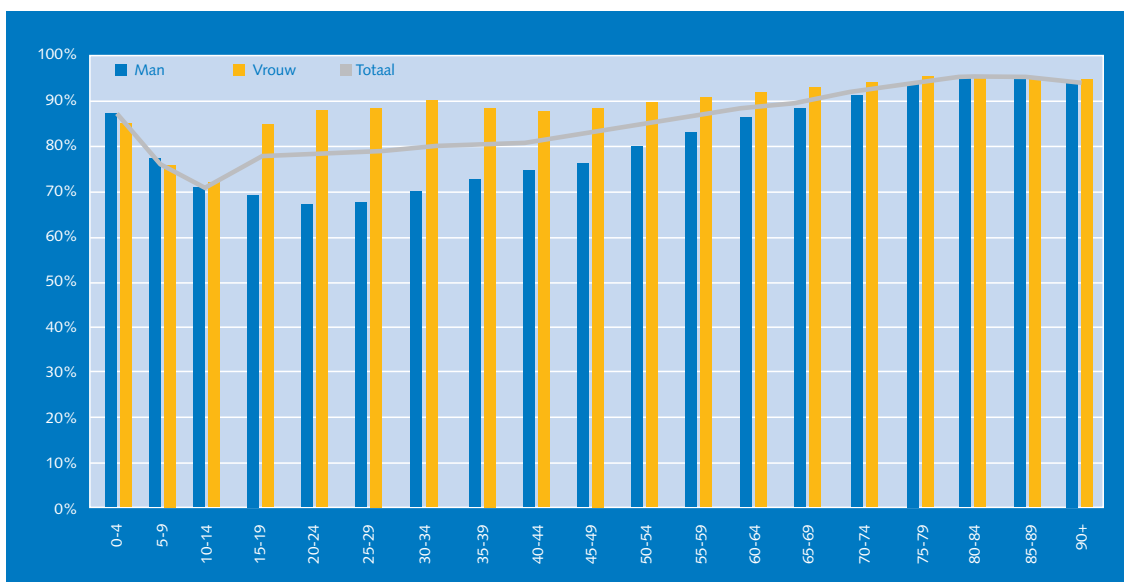
ingeschreven patiënten nam wel toe, maar er werd in het tweede tot en met het vierde kwartaal geen kwartje extra gedeclareerd. Dit wordt weergegeven in tabel 1.

Naast het inschrijftarief kan een huisarts ook een populatiegebonden vergoeding (pgv) declareren. Deze opslag kan een huisarts krijgen voor verzekerden vanaf 65 jaar oud en voor verzekerden woonachtig in de door de NZa aangewezen achterstandswijken. Deze aantallen zijn ook weergegeven in tabel 1. In totaal dalen de kosten van de persoonsgebonden vergoedingen van 2006 op 2007 met 1,5%. In 2008 stijgt het weer met 0,9%.

Inschrijftarieven	Aantal 2006	Aantal 2007	Aantal 2008	Stijging aantallen	
				2006-2007	2007-2008
Verzekerden tot 65 jaar, geen achterstandswijk	48.822	47.541	47.808	-2,6%	0,6%
Verzekerden vanaf 75 jaar, geen achterstandswijk (pgv)	5.210	5.132	5.187	-1,5%	1,1%
Verzekerden tot 65 jaar, achterstandswijk (pgv)	4.702	4.689	4.760	-0,3%	1,5%
Verzekerden van 65 tot 75 jaar, achterstandswijk (pgv)	4.718	4.586	4.589	-2,8%	0,1%
Verzekerden vanaf 75 jaar, achterstandswijk (pgv)	358	352	353	-1,6%	0,4%
Totaal	63.810	62.300	62.698	-2,4%	0,6%
Gemiddeld per verzekerde	3,95	3,86	3,88	-2,4%	0,6%

Tabel 1 Aantal inschrijftarieven (x 1.000) en percentuele stijgingen van 2006 op 2007 en van 2007 op 2008 (bron: Vektis)

Voor iedere ingeschreven verzekerde kan een inschrijftarief worden gedeclareerd. Dit betekent niet dat iedere verzekerde naar de huisarts gaat, zoals te zien is in figuur 3. In 2008 is voor 16,7% van de bevolking alleen een inschrijftarief gedeclareerd. Dit deel van de bevolking heeft dus geen enkele zorg van de huisarts gekregen. Als het wordt uitgesplitst naar geslacht is te zien dat mannen vaker alleen een inschrijftarief hebben dan vrouwen. Dit geldt vooral voor de verzekerden tussen de 5 en 39 jaar.



Figuur 3 Percentage verzekerden met meer dan alleen een inschrijftarief, uitgesplitst naar leeftijdscategorie in 2008 (bron: Vektis)

Opslagen

Een huisarts kan verschillende opslagen of modules declareren boven op het inschrijftarief. Deze zijn weergegeven in tabel 2. In het Vogelaarakkoord was oorspronkelijk opgenomen dat twee derde van de kosten voor praktijkondersteuners wordt vergoed door middel van de Module Praktijkondersteuning Huisartsen Somatiek en een derde door middel van de verrichtingen (consulten) van de praktijkondersteuner. De Module Praktijkondersteuning Huisartsen is €6,40 per ingeschreven patiënt per jaar; elk kwartaal declareert een huisarts €1,60. In 2007 en 2008 nam deze module met 8,9% toe.

Sinds 2008 is het ook mogelijk om de Module Praktijkondersteuning Huisartsen GGZ te declareren. Dit is €0,85 per kwartaal boven op het inschrijftarief. Verder is het sinds 2007 mogelijk om de Module Geïntegreerde Eerstelijnszorg te declareren. Dit is in 2008 bijna 3 miljoen keer gebeurd. De totale kosten voor deze module in 2008 bedroegen 8 miljoen euro.

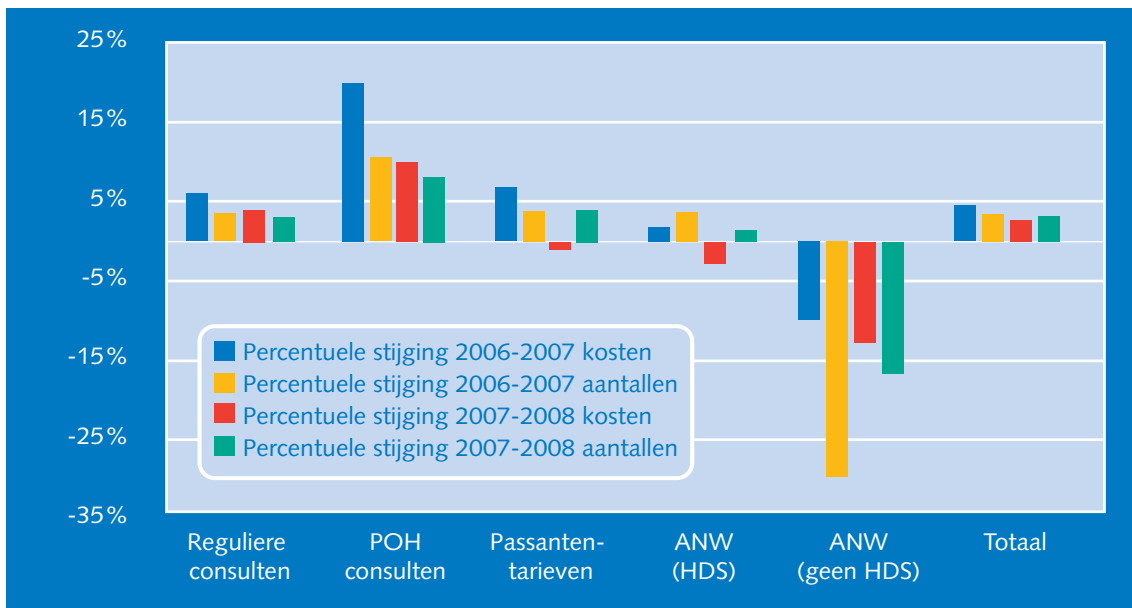
Soort opslag	Aantal 2006	Aantal 2007	Aantal 2008	Stijging aantallen	
				2006-2007	2007-2008
Module Praktijkondersteuning Somatiek	38.713	42.146	45.881	8,9%	8,9%
Module Praktijkondersteuning GGZ	-	-	2.169	-	-
Module Geïntegreerde Eerstelijnszorg	-	925	2.968	-	220,8%
Totaal	38.713	43.072	51.018	11,3%	18,4%

Tabel 2 Aantal gedeclareerde modules (x 1.000) en percentuele stijgingen van 2006 op 2007 en van 2007 op 2008 (bron: Vektis)

Er werden in 2008 in totaal bijna 106 miljoen consulten gedeclareerd, dit is 3,1% meer dan in 2007 en 7,0% meer dan in 2006. Vooral het aantal consulten bij de praktijkondersteuner is flink gestegen in de afgelopen drie jaar. Het aantal consulten in de avond-, nacht- en weekenddienst bij huisartsen die niet zijn aangesloten bij een huisartsendienstenstructuur zijn juist gedaald.

Algemeen

Er worden in de huisartsenzorg verschillende klassen van consulten onderscheiden, namelijk: reguliere consulten, praktijkondersteunerconsulten (POH-consulten), passantentarieven en avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW). De reguliere consulten zijn de consulten bij de huisarts. Sinds het nieuwe zorgverzekeringsstelsel hebben veel huisartsen een praktijkondersteuner (POH'er) in dienst. Praktijkondersteuners zijn opgeleid om in huisartsenpraktijken bepaalde taken van de huisarts over te nemen. De praktijkondersteuner voert uitsluitend taken uit die protocollair van de huisarts overgenomen kunnen worden. Het betreft vaak de zorg voor chronisch zieke patiënten (onder andere COPD, hoge bloeddruk, diabetes). Als een verzekerde bij een huisarts komt die zich buiten de woonplaats van de verzekerde bevindt en bij wie de verzekerde niet ingeschreven staat, dan mag de huisarts een passantentarief declareren. Voor deze verzekerde ontvangt deze huisarts dus geen inschrijftarief. Binnen de ANW zijn er twee soorten huisartsen: huisartsen die zijn aangesloten bij een huisartsendienstenstructuur (HDS) en huisartsen die dat niet zijn. Voor de eerste groep gelden er aparte tarieven voor consulten en visites. Voor de huisartsen die niet zijn aangesloten bij een HDS gelden dezelfde tarieven als bij de reguliere consulten.



Figuur 4 Procentuele stijging in kosten en aantallen van 2006 op 2007 en van 2007 op 2008 (bron: Vektis)

In figuur 4 wordt de procentuele stijging weergegeven in kosten en aantallen. Bij de aantallen gaat het om de absolute aantallen, niet om de consulteenheden. Het algemene beeld is dat de kosten en aantallen consulten stijgen. De stijging in kosten en aantallen was in 2007 groter dan in 2008 voor de meeste behandelaars. Alleen voor de ANW (geen HDS) is er duidelijk een daling in kosten en aantallen consulten.

De totale kosten worden weergegeven in tabel 3. Ook hier is te zien dat de kosten flink dalen voor de ANW (geen HDS). De kosten voor de praktijkondersteuner nemen juist flink toe. Totaal stijgen de kosten in 2007 met 4,8% en in 2008 met 2,5%.

	Totaal 2006	Totaal 2007	Totaal 2008	Stijging	
				2006-2007	2007-2008
Reguliere consulten	€ 659.660	€ 694.248	€ 724.045	5,2%	4,3%
Consulten POH	€ 29.925	€ 35.962	€ 39.738	20,2%	10,5%
Passantentarieven	€ 9.911	€ 10.467	€ 10.409	5,6%	-0,6%
ANW (geen HDS)	€ 6.914	€ 6.244	€ 5.484	-9,7%	-12,2%
ANW (HDS)	€ 218.567	€ 222.606	€ 214.280	1,8%	-3,7%
Totaal	€ 924.976	€ 969.528	€ 993.956	4,8%	2,5%

Tabel 3 Totale kosten (x € 1.000,-) en procentuele stijgingen van 2006 op 2007 en van 2007 op 2008 (bron: Vektis)

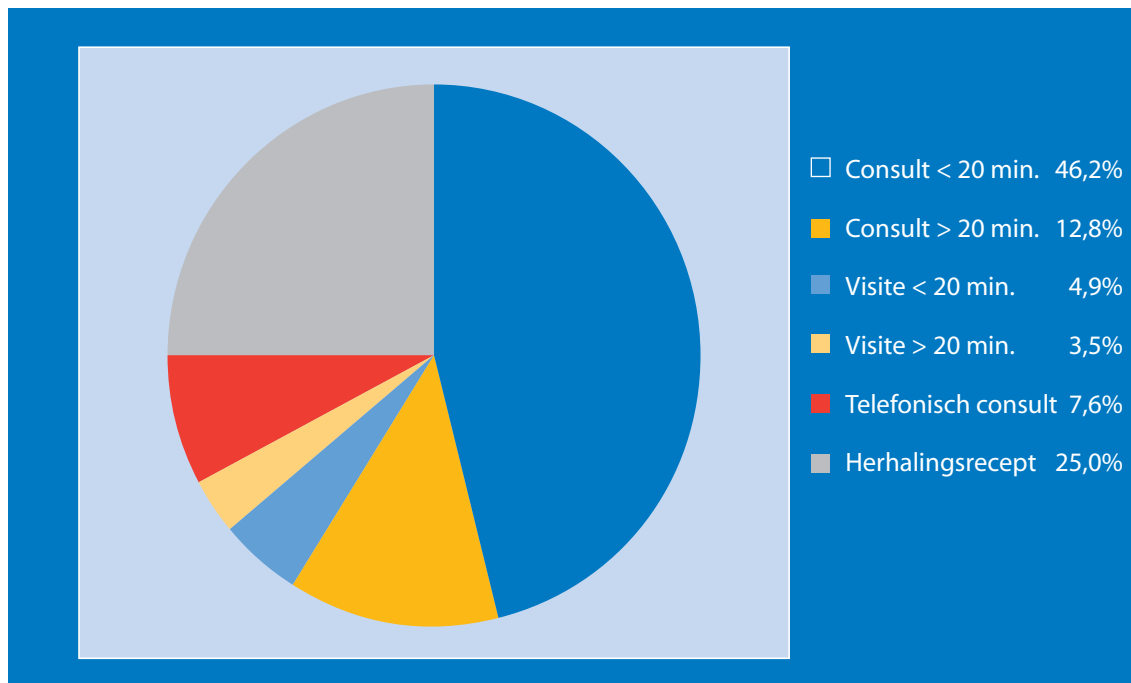
Binnen elke klasse worden er verschillende soorten consulten onderscheiden. Het standaardtarief voor een consulteenheid is € 9,-. Korte consulten en visites duren beide maximaal 20 minuten. Lange consulten en visites duren langer dan 20 minuten. Het telefonisch consult en het e-mailconsult, beide € 4,50 euro, kunnen alleen gedeclareerd worden als het een vervanging is van een kort consult. Een herhalingsrecept heeft een vast tarief van € 4,50, ongeacht het aantal receptregels en kan niet naast een consult of visite worden gedeclareerd. Vaccinaties zijn exclusief de kosten voor entstoffen en kunnen niet naast een consult of visite in rekening worden gebracht. Om de verhouding tussen de kosten van de verschillende verrichtingen weer te geven, worden vaak de gewogen consulten, ook wel consulteenheden, berekend. Een gewogen consult is gedefinieerd als de optelsom van het aantal ongewogen verrichtingen, waarbij iedere verrichting telkens met een bepaald gewicht wordt vermenigvuldigd.

In tabel 4 staan de aantal consulteenheden. Getoond wordt dat alle soorten consulten toenemen in de afgelopen twee jaar, behalve de ANW (geen HDS), deze aantallen nemen af. Ook hier geldt dat het aantal consulteenheden van de praktijkondersteuner het meest toeneemt.

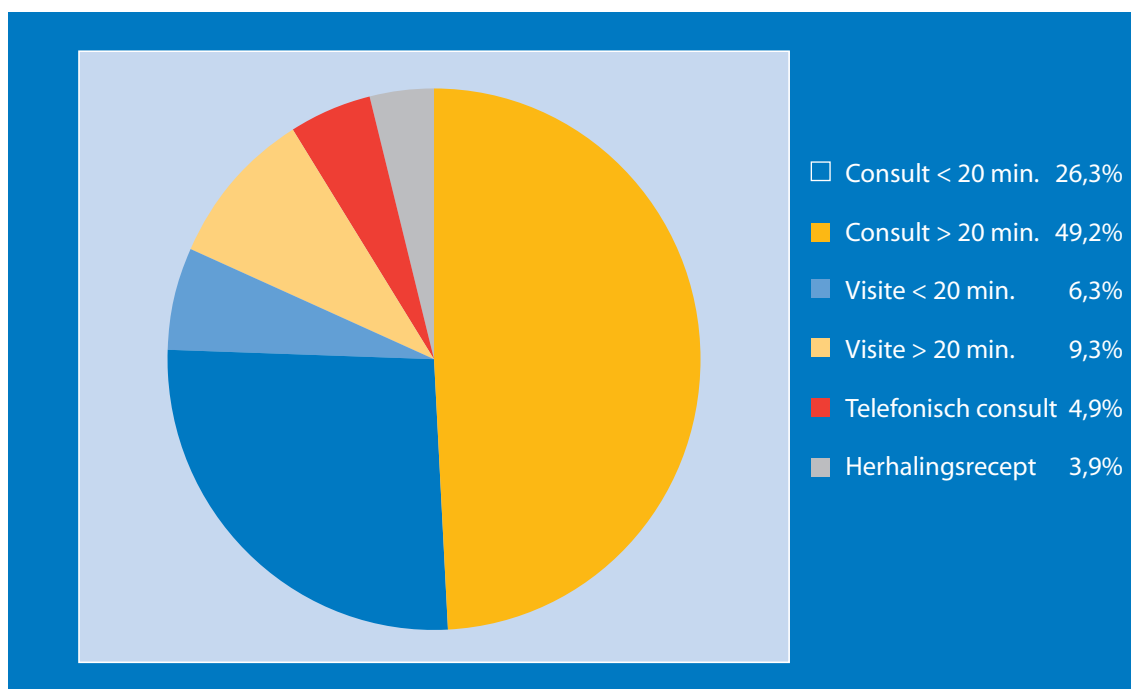
	Totaal 2006	Totaal 2007	Totaal 2008	Stijging	
				2006-2007	2007-2008
Reguliere consulten	91.758	95.017	97.938	3,6%	3,1%
Consulten POH	2.796	3.127	3.352	11,8%	7,2%
Passantentarieven	318	332	348	4,4%	4,7%
ANW (geen HDS)	134	95	79	-29,4%	-16,4%
ANW (HDS)	3.714	3.886	3.980	4,6%	2,4%
Totaal	98.721	102.457	105.697	3,8%	3,2%

Tabel 4 Aantal consulteenheden (x 1.000) en procentuele stijgingen van 2006 op 2007 en van 2007 op 2008 (bron: Vektis)

In figuur 5 is te zien hoeveel tijd een huisarts besteedt aan de verschillende soorten consulten in 2008. In figuur 6 is dit ook te zien voor de praktijkondersteuner. Dit is gedaan op basis van consulteenheden. De verschillen tussen beide soorten behandelaars zijn duidelijk te zien: huisartsen hebben het grootste deel van de dag gevuld met korte consulten en herhalingsrecepten, praktijkondersteuners doen op een dag juist veel lange consulten.

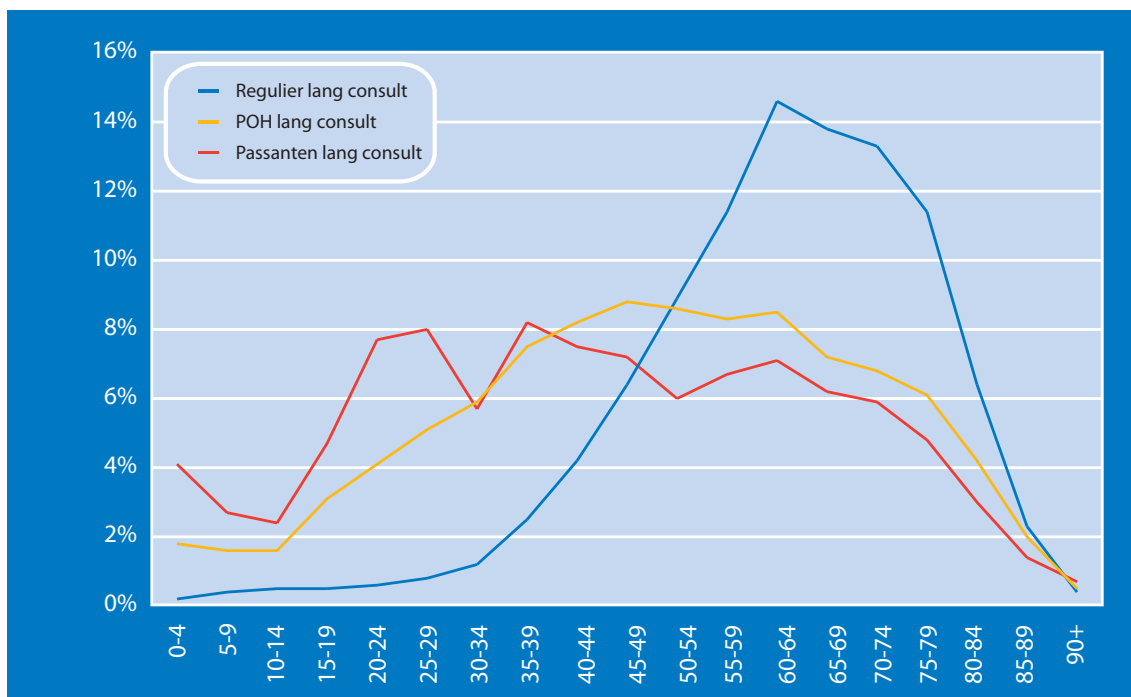


Figuur 5 Verdeling van soort consulteenheden voor de huisarts in 2008 (bron: Vektis)



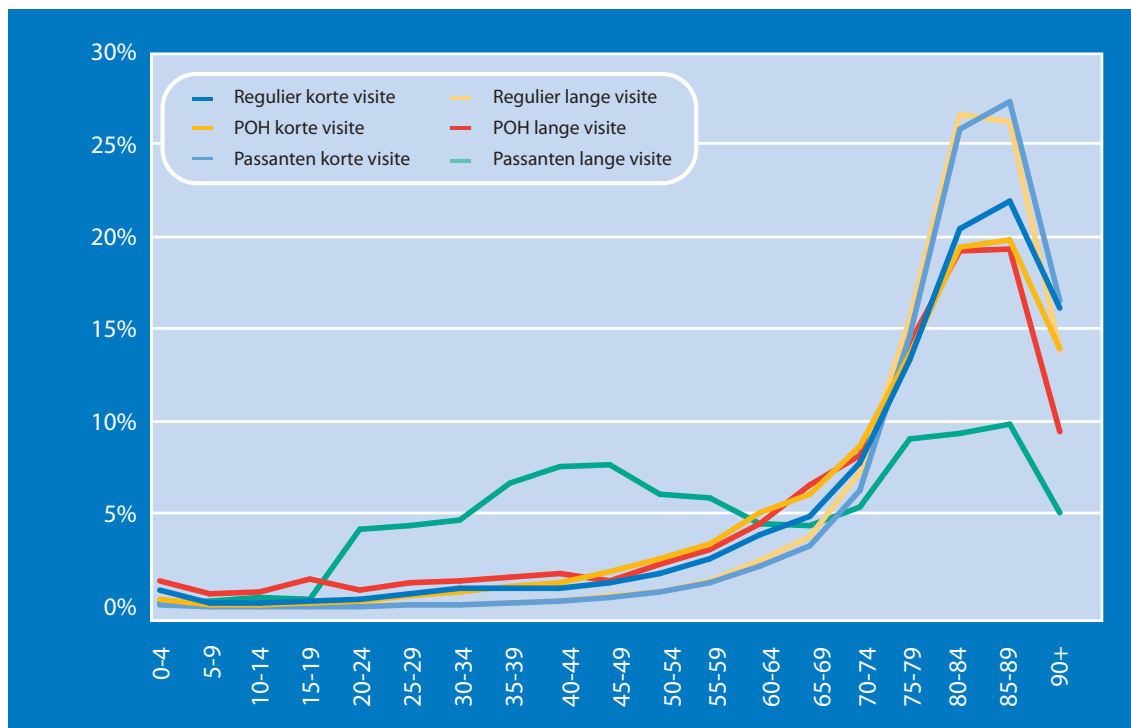
Figuur 6 Verdeling van soort consulteenheden voor de praktijkondersteuner in 2008 (bron: Vektis)

In figuur 7 wordt het aantal lange consulten in 2008 per leeftijdscategorie getoond. Te zien is dat deze lange consulten - bij de huisarts, bij de praktijkondersteuner en als passantentarif - voornamelijk bij de oudere bevolking voorkomen. Vooral de lange consulten bij de praktijkondersteuner komen relatief vaak voor bij het oudere deel van de bevolking.



Figuur 7 Aantal lange consulten uitgezet naar leeftijdscategorie in 2008 (bron: Vektis)

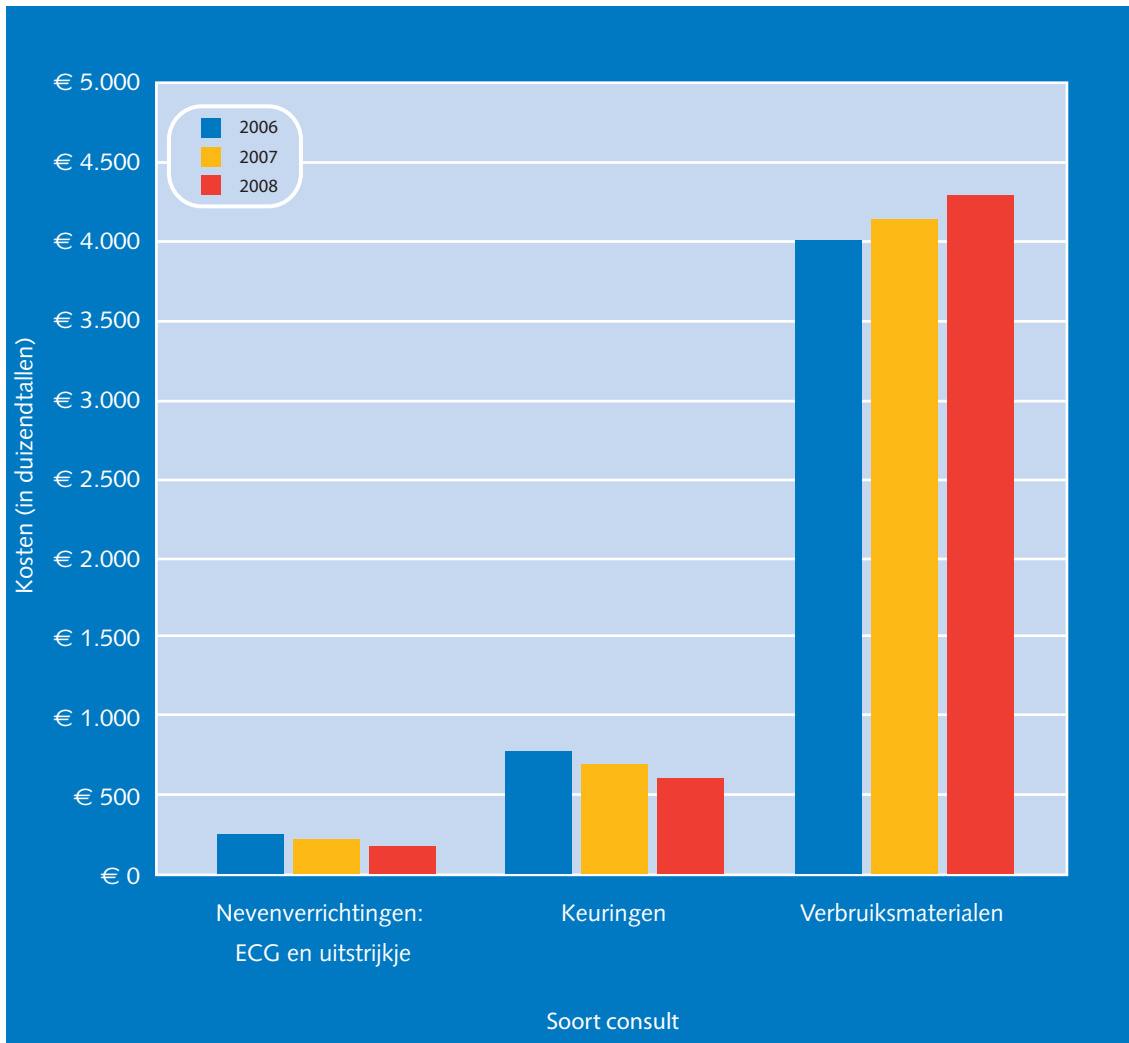
In figuur 8 is te zien dat in 2008 een groot deel van de verschillende soorten visites ook voornamelijk plaatsvindt bij de oudere bevolking. Ook hier geldt dat vooral visites door de praktijkondersteuner worden gedaan bij mensen tussen de 65 en 95 jaar. Het aantal passantentarieven wat betreft de lange visites zijn juist wat hoger bij de bevolking tussen de 15 en 50 jaar. Dit zijn consulten die met name tijdens vakanties plaatsvinden.



Figuur 8 Aantal visites uitgezet naar leeftijdscategorie in 2008 (bron: Vektis)

Overige consulten

In figuur 9 is het aantal overige consulten weergegeven. Deze consulten komen niet zo vaak voor en er gaan ook niet zoveel kosten in om. Te zien is dat de kosten voor de nevenverrichtingen en keuringen afnemen over de drie jaar. De kosten voor de verbruiksmaterialen nemen juist toe met respectievelijk 5,5% en 2,8%.



Figuur 9 Kosten van overige consulten in 2006, 2007 en 2008 (bron: Vektis)

Module Modernisering en Innovatie

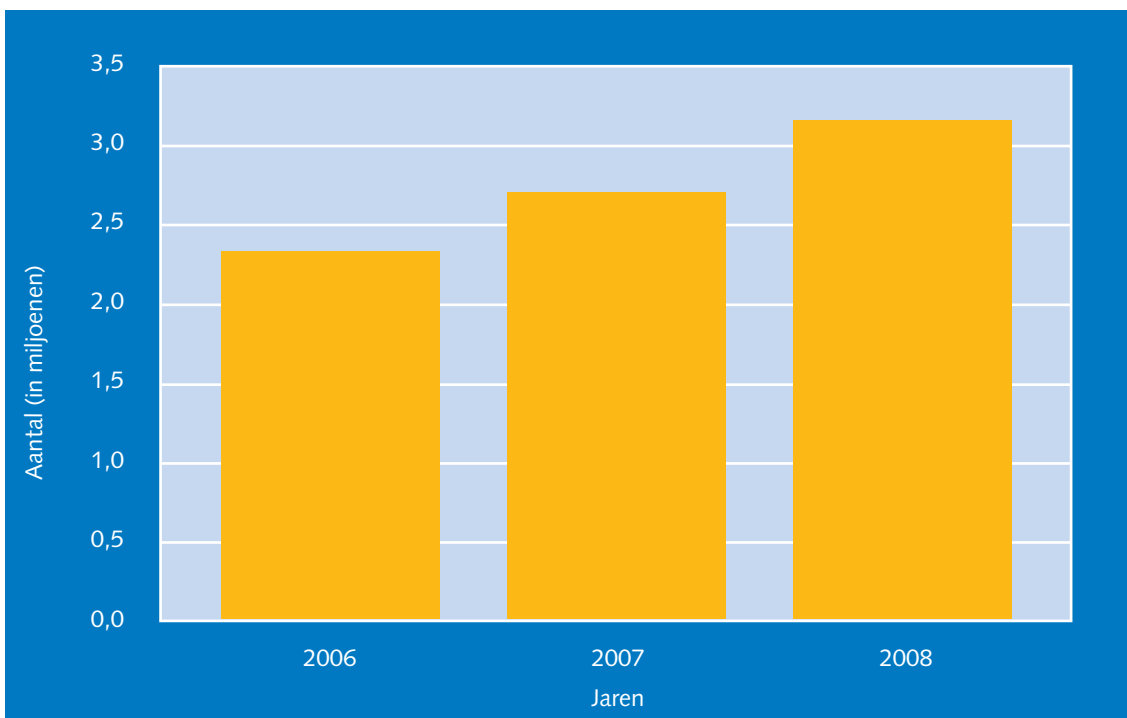
Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet is het voor een huisarts mogelijk om een groot aantal verrichtingen onder de Module Modernisering en Innovatie (M&I) te leveren en te declareren. Het doel hiervan is onder andere het substitueren van de verrichtingen van de tweede lijn naar de eerste lijn. Het aantal verrichtingen en projecten en de totale kosten hiervan nemen flink toe van 2006 naar 2008.

De Module Modernisering en Innovatie bestaat uit twee soorten behandelingen: verrichtingen (13xxx-code), waarbij uitgegaan wordt van betaling per verrichting, en projecten (14xxx-code), waarvoor een opslag op het inschrijftarief geldt². Het gaat hierbij om vrij onderhandelbare prijzen. Voor de verrichtingen heeft de NZa wel een maximumprijs vastgesteld. Verzekeraar en huisarts onderhandelen over de prijs. Huisartsen kunnen een bepaalde M&I-prestatie alleen declareren als ze een overeenkomst hebben met een zorgverzekeraar. De M&I-projecten zijn zorgverzekeraarspecifiek, codes horen bij een zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars kunnen zelf projecten opzetten en hier een prestatiecode aan verbinden. Vervolgens kunnen zij met de huisarts hier afspraken over maken. Voorbeelden van M&I-projecten zijn: samenwerking binnen ketenzorg, substitutie van zorg, stimulering diabeteszorggroepen.

Aangezien de gegevens over de M&I-projecten zeer zorgverzekeraarspecifiek zijn, zijn deze kosten niet geëxtrapoleerd, zoals bij de andere gegevens wel gebeurd is.

Aantallen en kosten

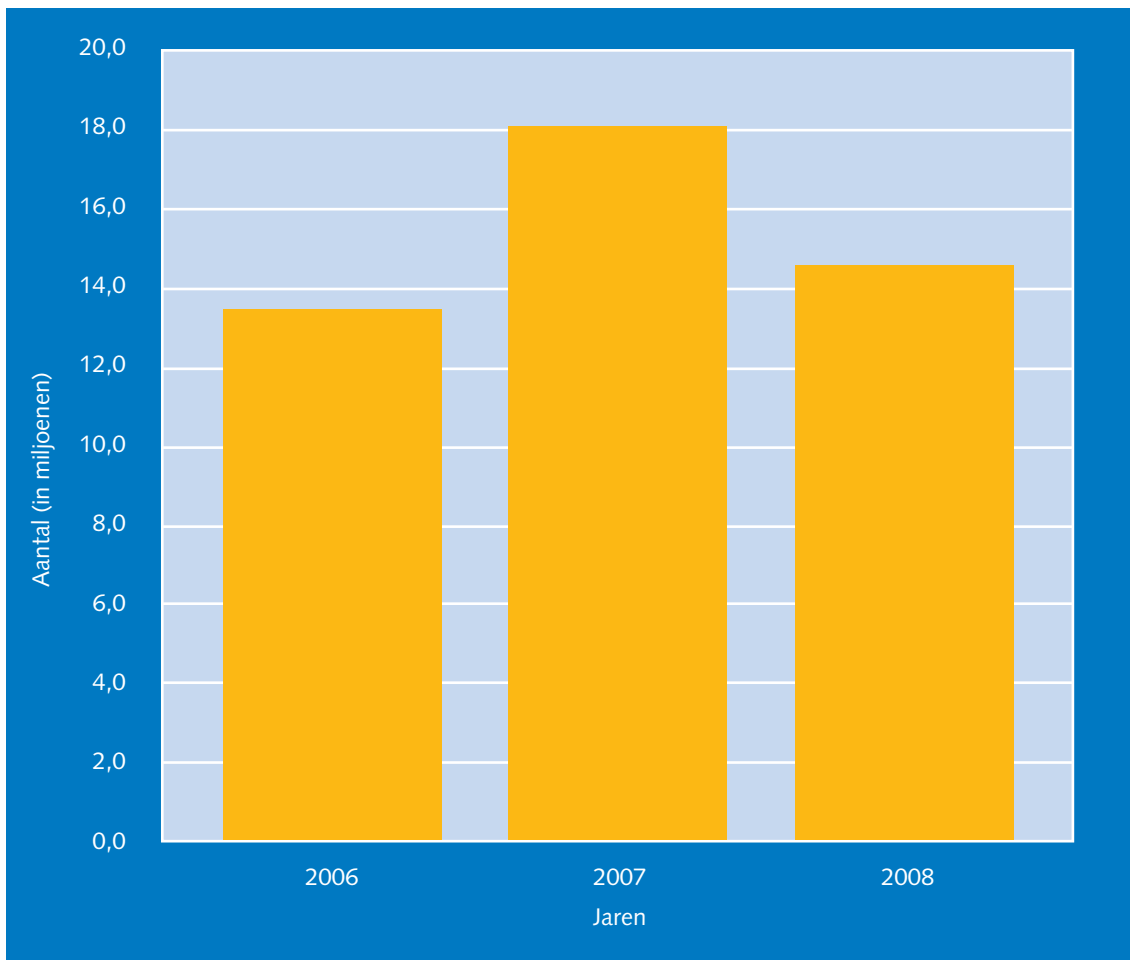
In figuur 10 zijn de aantallen M&I-verrichtingen in de drie verschillende jaren weergegeven. Te zien is dat de M&I-verrichtingen toenemen, met respectievelijk 18,9% en 15,1%.



Figuur 10 Aantal M&I-verrichtingen in 2006, 2007 en 2008 (bron: Vektis)

² Van de zorgverzekeraars die in ELIS (Eerstelijns Informatie Systeem, een detailinformatiesysteem van Vektis) hebben aangeleverd, varieert het percentage van de totale huisartsenkosten besteed aan M&I-projecten in 2007 van 0,7% tot 2,0%. Voor de M&I-verrichtingen in 2007 is dit 4,9% tot 6,8%.

In figuur 11 zijn de aantallen M&I-projecten weergegeven. De aantallen van 2008 zijn nog niet uitgedeclareerd en verwacht wordt dat ook in 2008 de aantallen gaan toenemen ten opzichte van 2007. In 2007 is het aantal met 32,2% gestegen ten opzichte van 2006.



Figuur 11 Aantal M&I-projecten in 2006, 2007 en 2008 (bron: Vektis)

In aantallen worden er dus meer M&I-projecten gedeclareerd (gemiddeld over drie jaar 15 miljoen) dan M&I-verrichtingen (gemiddeld bijna 3 miljoen). Voor de kosten is dit andersom. Er zitten veel meer kosten in de verrichtingen (gemiddeld over de drie jaar 117 miljoen euro) dan in de projecten (gemiddeld over drie jaar 9 miljoen euro). Dit verschil komt doordat de projecten worden vergoed door een opslag en bij de verrichtingen wordt er betaald per prestatie. Bij de gemiddelden voor de M&I-projecten moet wel vermeld worden dat er niet geëxtrapoleerd is, dus dat in werkelijkheid de kosten en aantallen hoger zullen zijn.

In 2006 waren er in totaal 95 verschillende M&I-projecten die gedeclareerd werden, in 2007 waren dit er 108 en in 2008 104. In dit laatste jaar zouden het er nog wel meer kunnen worden als er meer uitloopshade van 2008 bekend is. De aantallen M&I-verrichtingen die gedeclareerd konden worden in de drie jaar, is respectievelijk 46, 48 en 53.

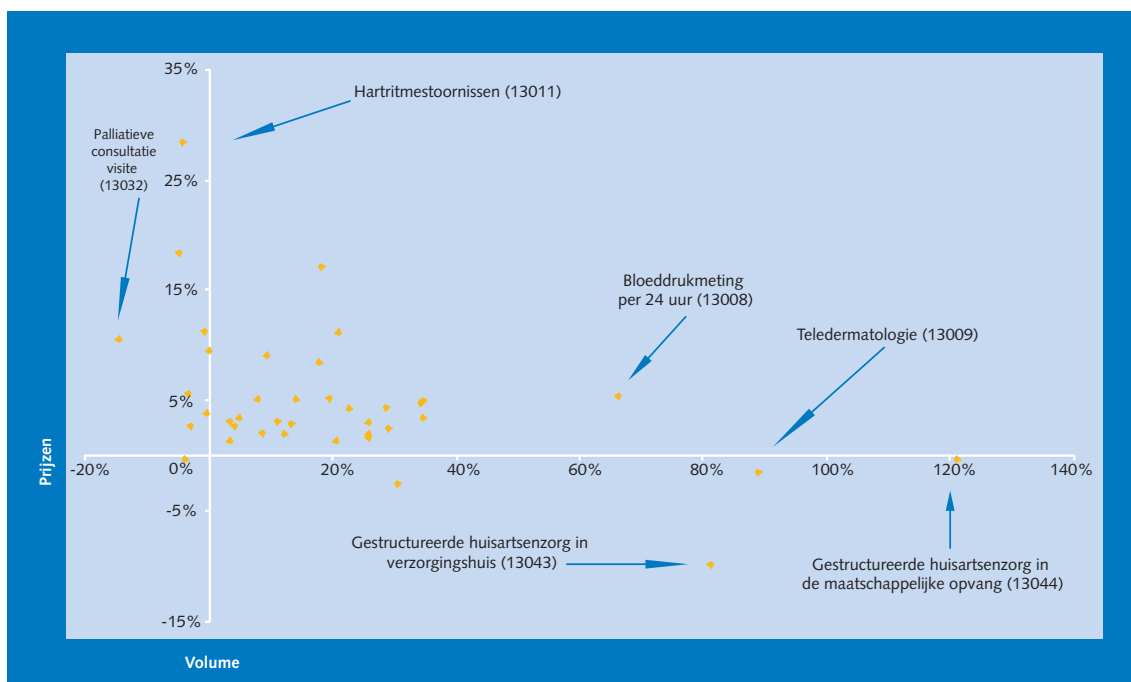
M&I-verrichtingen

Tabel 5 toont de M&I-verrichtingen die in 2008 de meeste kosten hebben. Voor deze verrichtingen is ook weergegeven hoe de kosten en aantallen waren in 2006 en 2007. De verrichtingen die in 2008 de meeste kosten hebben, scoorden in 2006 en 2007 ook al hoog. De meeste kosten voor alle drie de jaren zijn te zien bij 'Chirurgie'. De grootste aantallen zijn in 2006 en 2007 bij 'Chirurgie' en in 2008 bij 'Diabetes begeleiding per jaar'. Van de totale kosten en totale aantallen bij de M&I-verrichtingen wordt ongeveer 75% in beslag genomen door de top tien.

M&I-verrichting	Totale kosten 2006	Totale kosten 2007	Totale kosten 2008	Aantal 2006	Aantal 2007	Aantal 2008
Chirurgie	€ 26.780	€ 29.124	€ 31.869	401	432	432
Diabetes begeleiding per jaar	€ 9.177	€ 11.377	€ 13.575	325	416	454
Longfunctiemeting	€ 8.160	€ 9.940	€ 11.908	197	237	270
Gestructureerde huisartsenzorg in verzorgingshuis	€ 3.458	€ 5.588	€ 9.129	65	91	165
Intensieve zorg, visite > 20 minuten, dag	€ 5.984	€ 7.147	€ 8.971	84	98	116
ECG-diagnostiek	€ 4.568	€ 6.400	€ 8.205	94	131	164
Therapeutische injectie (Cyriax)	€ 7.196	€ 7.536	€ 8.051	285	294	306
Intensieve zorg, visite, dag	€ 5.137	€ 5.424	€ 5.881	124	128	135
Bloeddrukmeting gedurende 24-uur	€ 1.253	€ 3.017	€ 5.290	30	67	112
Verrichting ter vervanging specialistenbezoek	€ 3.048	€ 3.749	€ 4.364	111	136	154

Tabel 5 Meest voorkomende M&I-behandelingen in 2006, 2007 en 2008 (kosten x €1.000,-, aantallen x 1.000) (bron: Vektis)

In figuur 12 zijn van alle M&I-verrichtingen de percentuele stijging in prijs en in aantal van 2007 op 2008 weergegeven. Er zijn duidelijk een aantal uitschieters te zien. 'Gestructureerde huisartsenzorg in een verzorgingshuis' en 'Gestructureerde huisartsenzorg in de maatschappelijke opvang' nemen beide flink toe in aantal. 'Bloeddrukmeting per 24 uur' en 'Teledermatologie' nemen ook beide toe in aantal. De eerste neemt ook iets in prijs toe, de tweede daalt juist iets in prijs. 'Hartritmestoornissen' en 'Palliatieve consultatie visite' stijgen beide flink in prijs, in aantal nemen ze beide iets af. De precieze prijzen en aantallen van deze verrichtingen zijn te zien in tabel 6. De overige behandelingen, dit is ongeveer 90% van alle M&I-behandelingen, zijn bijna allemaal in volume en iets in prijs toegenomen.



Figuur 12 Percentuele verandering van 2007 op 2008 van volume en prijs voor M&I-verrichtingen (bron: Vektis)

M&I-verrichting	Aantal 2007	Aantal 2008	Prijs 2007	Prijs 2008
Hartritmestoornissen	9.070	8.657	€ 37,24	€ 47,85
Palliatieve consultatie, visite	932	795	€ 103,09	€ 114,05
Bloeddrukmeting per 24 uur	67.308	111.829	€ 44,82	€ 47,31
Gestructureerde huisartsenzorg in verzorgingshuis	91.362	165.348	€ 61,16	€ 55,21
Teledermatologie	10.517	19.844	€ 48,25	€ 47,56
Gestructureerde huisartsenzorg in de maatschappelijke opvang	18.472	40.795	€ 37,82	€ 37,75

Tabel 6 Prijzen en aantallen voor zes M&I-verrichtingen (bron: Vektis)

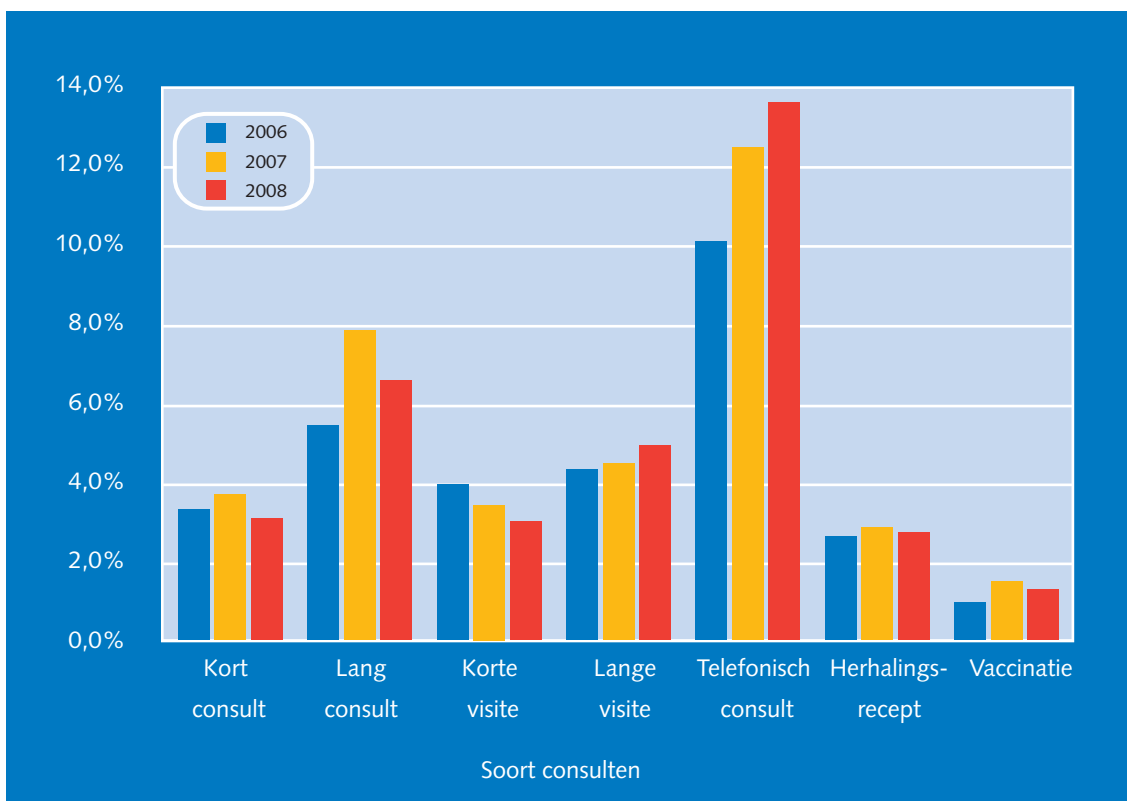
Diabetes mellitus

Een chronische ziekte die vaak voorkomt, is diabetes mellitus. Bij diabetes kan het lichaam de bloedsuikerspiegel niet meer in evenwicht houden. Dit kan ernstige gevolgen hebben, zoals een hartinfarct, een beroerte of een nierbeschadiging.

In Nederland hebben naar schatting 850.000 mensen diabetes. De meeste mensen, ongeveer 85%, met diabetes hebben diabetes type II.

Diabetes is een chronische ziekte en patiënten met diabetes gaan regelmatig naar de huisarts. Het blijkt dat verzekerden met diabetes relatief gezien vaak een consult van een POH'er hebben. Dit is te zien in figuur 13. In dit figuur zijn de verzekerden met de prestatiecode 'Diabetesbegeleiding per jaar' en de prestatiecode 'Diabetes – instellen op insuline' opgeteld. In ELIS zitten in 2006 57.000 mensen met een of beide prestatiecodes, in 2007 bijna 66.000 mensen en in 2008 bijna 60.000 mensen. Dit is respectievelijk 0,9%, 1,1% en 1,0% van het totaal aantal verzekerden in ELIS. Te zien is dat deze mensen een

aanzienlijk deel van de consulten POH voor hun rekening nemen. Vooral het telefonisch consult van de praktijkondersteuner wordt veel gebruikt door verzekerden met diabetes; bij één op de zeven telefoontjes bij de POH'er gaat het om een verzekerde met diabetes.



Figuur 13 Percentage consulten bij de POH'er dat een verzekerde met diabetes voor zijn rekening neemt (bron: Vektis)

Ontwikkelingen huisartsenzorg

Er zijn verschillende ontwikkelingen gaande in de huisartsenzorg. Zo gaat in de toekomst de geïntegreerde eerstelijnszorg een steeds grotere rol spelen. Hier zijn de eerste stappen al voor gezet met de Module Geïntegreerde Eerstelijnszorg voor Samenwerkingsverbanden. Verder wil het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de komende jaren de financiering van de huisartsenzorg herzien. Keten zorg gaat hierbij een belangrijke rol spelen.

Interview Hilda Paans

Hilda Paans, beleidsadviseur huisartsenzorg, verloskunde en kraamzorg bij de afdeling Zorg van Zorgverzekeraars Nederland, beantwoordt enkele vragen over de ontwikkelingen en de toekomst van de huisartsenzorg.

Wat zijn voor ZN de belangrijkste ontwikkelingen geweest op het gebied van huisartsenbeleid/huisartsenkosten de afgelopen jaren? Hoe kijken jullie daar als brancheorganisatie op terug?

"In 2005 hebben het ministerie van VWS, de Landelijke Huisartsen Vereniging en Zorgverzekeraars Nederland overeenstemming bereikt over de invoering van een nieuwe bekostigingssystematiek van de huisartsenzorg (het Vogelaarakkoord) voor de jaren 2006 en 2007. Het Vogelaarakkoord was mede gericht op de financiering van innovaties, samenwerkingsverbanden en bijzonder aanbod in het kader van de substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Er is gezocht naar een balans tussen een basisbekostiging en loon naar werken. Ter ondersteuning van de huisarts is de POH'er in de huisartsenpraktijk geïntroduceerd; de POH'er Somatiek voornamelijk voor de doelgroep chronisch zieken en de POH'er-GGZ voor de geestelijke gezondheidszorg. Het aantal verrichtingen in de Module Modernisering en Innovatie en de daarbij behorende kosten zijn sinds 2007 sterk gestegen. Deze verrichtingen kennen vrije prijzen en werden door de regionale dominante zorgverzekeraar afgesproken en door de verre verzekeraars tot 2008 verplicht gevolgd. Inmiddels is het verplichte volgen losgelaten maar dat heeft tot nu toe niet tot substantiële prijsdalingen geleid. In de huisartsenzorg is er een sterke toename van lange consulten en visites geconstateerd. Tevens is er een toename van de herhaalreceptuur. Veel huisartsen hebben zich inmiddels verenigd in zogenaamde 'zorggroepen'. In de meeste gevallen zijn deze zorggroepen nog mono-disciplinair samengesteld".

Wat zijn nu en voor de komende jaren onderwerpen die voor jullie hoog op de agenda staan?

"Het ministerie van VWS wil in de komende jaren overgaan naar een functionele bekostiging van de eerstelijnszorg en tevens naar versterking van die eerste lijn. Ook de huisartsenzorg zal in dat kader functioneel worden bekostigd. De invoering van ketenzorg is nauw verbonden met de herziening van de financiering van de huisartsenzorg. Vanaf 2010 moet het volgens het ministerie van VWS mogelijk zijn om ketenzorg voor vier ketens (diabetes, COPD (chronische obstructieve longziekten), CVR (cardiovasculair risicomanagement) en hartfalen) in te kopen. Daarvoor is het noodzakelijk om te beschikken over zorgstandaarden en kwaliteitsindicatoren. Voor deze vier genoemde ketens zijn die nog niet allemaal beschikbaar".

Wat moet er nog allemaal worden geregeld om zo ver te komen (tijdstip van invoeren, contact met patiëntenorganisaties)?

"In bestuurlijk overleg bij het ministerie van VWS wordt met alle partijen, waaronder ook de NPCF (Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie) gesproken over dit veranderingstraject. Over het bijbehorende tijdsplan voor invoering bestaat nog discussie.

In de huidige financieringssystematiek is de module Modernisering en Innovatie opgenomen. Een van de doelstellingen was om een verschuiving van werkzaamheden te stimuleren van tweede lijn naar eerste lijn. Hoe pakt dat uit in de praktijk?

“De doelstelling om te komen tot meer substitutie van de tweedelijnszorg naar de eerstelijnszorg heeft tot nu toe nog te weinig resultaat opgeleverd. Dit zal een nadrukkelijk onderwerp van gesprek zijn bij het vervolg”.

In heel veel sectoren worden intensief kwaliteitsindicatoren ontwikkeld door diverse partijen. Deze kwaliteitsindicatoren kunnen vervolgens een rol gaan spelen voor consumenten of bij de zorginkoop. Kun je iets vertellen hoe de status is bij eerstelijnszorg in het algemeen en huisartsenzorg in het bijzonder? Welke rol speelt ZN bij de totstandkoming van indicatoren en welke rol van indicatoren zien jullie in deze branche?

“De zorgverzekeraars zullen op basis van kwaliteit zorg willen inkopen. Daarvoor is transparantie van de geboden zorg noodzakelijk. In het project ‘Zichtbare Zorg’ (VWS) worden, in samenspraak met alle partijen, kwaliteitsindicatoren ontwikkeld. ZN is vertegenwoordigd in alle stuurgroepen en werkgroepen”.

Geïntegreerde eerstelijnszorg

Eerstelijnszorg heeft een centrale positie in het Nederlandse zorgstelsel. Aanbieders van eerstelijnszorg zijn het eerste aanspreekpunt van verzekerden die behoefte hebben aan zorg.

De eerstelijnszorg is rechtstreeks toegankelijke hulp en wordt in de directe omgeving van de verzekerde gegeven. Iedereen kan zonder beperking een beroep doen op een hulpverlener. Eerstelijnszorg kenmerkt zich door laagdrempelige toegang, zorg in de buurt, gericht op de mens in zijn omgeving. De hulpverlener kan een huisarts zijn, een tandarts, een psycholoog et cetera. Verder heeft het een ambulante karakter en is het gericht op coördinatie en continuïteit.

Geïntegreerde eerstelijnszorg is multidisciplinaire eerstelijnszorg die door meerdere zorgaanbieders met verschillende achtergrond in samenwerking geleverd wordt. Hierbij is regie noodzakelijk om het zorgproces rondom de verzekerde te leveren. De zorgaanbieders bieden en leveren gezamenlijk een geïntegreerd op elkaar afgestemd doelmatig zorgaanbod. De doelstelling van geïntegreerde eerstelijnszorg is zorgen voor meer samenhang in de zorg, betere organisatie van de acute zorg, meer innovatie, ondernemerschap en betere zorginkoop. Verder is het doel grotere transparantie, betere kwaliteit en vanzelfsprekende veiligheid. Ketenzorg is een samenwerkingsverband tussen zorgaanbieders die zowel zelfstandig als afhankelijk van elkaar functioneren. Hierbij is de patiënt het middelpunt.

Tot 2007 konden gezondheidscentra subsidie krijgen voor de extra kosten die werden gemaakt voor het verlenen van integrale eerstelijnszorg. Vanaf 2007 is deze subsidie komen te vervallen. Hiervoor in de plaats is de Module Geïntegreerde Eerstelijnszorg voor Samenwerkingsverbanden gekomen. Deze module kan uitsluitend in rekening worden gebracht om de structurele multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn door middel van een samenwerkingsverband te bevorderen. Deze samenwerkingsverbanden moeten vooraf onderhandelen met de zorgverzekeraar over de voorwaarden en het tarief van deze extra financiering. De module komt boven op het inschrijftarief en kan dus verschillend zijn per samenwerkingsverband. In 2008 is deze module 122 miljoen keer gedeclareerd en de kosten bedroegen in totaal 244 miljoen euro. Zoals te lezen is in het artikel over inschrijftarieven en opslagen zijn de totaalkosten van de huisartsenzorg door deze nieuwe module flink toegenomen in 2008.

Technische verantwoording

Eerstelijns Informatie Systeem (ELIS)

Sinds de invoering van het nieuwe bekostigingssysteem binnen de huisartsenzorg is er extra behoefte ontstaan aan informatie over de huisartsenzorg, in eerste instantie om de afspraken uit het Vogelaarakkoord te monitoren. In opdracht van Zorgverzekeraars Nederland en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft Vektis vanaf 2006 tweemaal per jaar de toegekende huisartsenkosten bij de zorgverzekeraars opgevraagd middels een enquête (Monitoring Vogelaarakkoord). In 2007 heeft Vektis het detailinformatiesysteem ELIS ontwikkeld. ELIS bestaat uit verschillende modules: huisartsenzorg, paramedische zorg, mondzorg en eerstelijns psychologische zorg.

ELIS ligt in lijn met de overige detailsystemen van Vektis zoals het Informatiesysteem Ziekenhuiszorg (IZiZ) en het Farmacie Informatie Systeem (FIS). ELIS bevat de bij de zorgverzekeraar ingediende huisartsennota's vanaf 2006. Dit is de declaratieschade. Verder worden in de ELIS-database onder andere het soort consult, behandelaargegevens en verzekerdengegevens geregistreerd. De verzekerden zelf zijn geanonimiseerd. De ELIS-bestanden worden op kwartaalbasis bij de zorgverzekeraars opgevraagd en dienen uiterlijk zes weken na afloop van het declaratiekwartaal ingediend te zijn bij Vektis.

De in ELIS vastgelegde detailinformatie kan voor verschillende doeleinden gebruikt worden. De belangrijkste daarvan zijn:

- Inzicht in de ontwikkeling van zorgvraag en kosten in de eerstelijnszorg.
- Inzicht in de effecten van zorginkoop binnen de eerstelijnszorg.
- Onderzoek naar vervanging van zorg uit tweede lijn door de eerste lijn.
- Informatie over ketenzorg en geïntegreerde zorg eerste lijn.
- Maken van kostenpatroonanalyses.
- Evalueren en voorspellen van (gevolgen van) beleidsmaatregelen.

Verder is het met ELIS ook mogelijk om meer te kunnen zeggen over de details van declaraties. Zo is het mogelijk om met dit detailinformatiesysteem te kijken naar groepen verzekerden, huisartsenposten of regio's.

Dekking

Van de jaren 2006, 2007 en 2008 bevat ELIS ongeveer 36% van de declaratie- en verzekerdengegevens. Er wordt hard gewerkt om dit in 2009 uit te breiden tot 75%. Deze 36% betreft de gegevens van dertien verschillende zorgverzekeraars. Dit representeert ongeveer 5,9 miljoen verzekerden. Voor 2006 hebben alle dertien zorgverzekeraars acht kwartalen met declaratieschade aangeleverd. Voor 2007 hebben alle zorgverzekeraars alle kwartalen van 2007 aangeleverd en de eerste twee kwartalen 2008 met de uitlooschade³ van 2007. Verder hebben bijna alle zorgverzekeraars ook de laatste twee kwartalen 2008 met de uitlooschade van 2007 aangeleverd. Bij de zorgverzekeraars die niet hebben aangeleverd in 2007, is een extrapolatie gedaan op basis van het declaratiepatroon in 2006. Voor 2008 hebben sommige zorgverzekeraars de eerste twee kwartalen aangeleverd, sommige de eerste drie en de meeste alle vier kwartalen. Ook voor de 2008-cijfers is er een extrapolatie gedaan. In dit geval op basis van het declaratiepatroon in 2007. Hierdoor zijn de jaren goed te vergelijken met elkaar. Daarna zijn alle cijfers opgehoogd naar 16,235 miljoen verzekerden. Dit geldt voor alle behandelingen (inschrijftarieven, consulten en M&I-verrichtingen), behalve voor de M&I-projecten. Deze zijn zeer zorgverzekeraarspecifiek en kunnen hierdoor niet opgehoogd worden. Deze gegevens zijn ook niet opgehoogd naar 16,235 miljoen verzekerden. Bij het interpreteren van de cijfers van M&I-projecten moet hier rekening mee gehouden worden.

³ Uitlooschade zijn de declaraties/behandelingen die in 2007 zijn uitgevoerd, maar waarvan de declaratie in 2008 is binnengekomen.

Geraadpleegde bronnen

Rapporten

Cijfers uit de registratie van huisartsen; NIVEL, 2008.

Monitor Huisartsenzorg 2008; NZa, 2008.

Dossier Geïntegreerde Eerstelijnszorg; NZa 2009.

Visiedocument Functionele bekostiging vier niet-complexe chronische zorgvormen; NZa, 2009.

Significant rapport Praktijkkosten en opbrengsten van huisartsenpraktijken; NZa, 2009.

Tariefbeschikking huisartsen; NZa, 2008.

Vektis Zorgmonitor, jaarboek 2007.

Vektis Zorgmonitor, jaarboek 2008.

Websites (bezoekt in april 2009)

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (www.minvws.nl).

Nederlandse Zorgautoriteit (www.nza.nl).

NIVEL Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH) (www.nivel.nl/linh/).

Zorgverzekeraars Nederland (www.zn.nl).



Colofon

Auteurs:

L.M.A. (Lisette) Gusdorf MSc.
Drs. M. (Marieke) Smit
B. (Bob) Voorbraak

Dank

Wij willen graag de volgende personen bedanken voor hun bijdrage aan de totstandkoming van dit onderzoek en het rapport:
Vektis: Jannie Aartse, Theo Gramser, Robin de Vries.
Zorgverzekeraars Nederland: Hilda Paans.

Redactieadres

Postbus 703
3700 AS Zeist
T 030-69 88 323
F 030-69 88 216
E-mail: info@vektis.nl
Internet: www.vektis.nl

Druk & Ontwerp

VDA-groep

Het gebruik van de inhoud van dit rapport is met bronvermelding toegestaan.

Disclaimer

De inhoud van deze publicatie is met de grootste zorgvuldigheid samengesteld. Wanneer er desondanks onjuistheden in mochten voorkomen, aanvaardt Vektis C.V. daarvoor geen aansprakelijkheid. Ook aanvaardt Vektis geen aansprakelijkheid voor enige directe of indirecte schade die zou kunnen ontstaan door het gebruik van de hierin aangeboden informatie.

Nadere informatie

Zijn er ook andere personen binnen uw organisatie geïnteresseerd om deze publicatie te ontvangen, dan kunt u extra exemplaren bestellen bij Vektis: 030-69 88 323 of info@vektis.nl. Deze publicatie is ook online te raadplegen op www.vektis.nl.

Voor inhoudelijke vragen over deze publicatie kunt u terecht bij:

Anne de Boo: telefoon: 030-69 88 423 of a.de.boo@vektis.nl
Marieke Smit: telefoon: 030-69 88 207 of m.smit@vektis.nl



informatie & standaardisatie voor zorgverzekeraars

Vektis C.V.

Postbus 703

3700 AS ZEIST

T 030 - 69 88 323

F 030 - 69 88 216

info@vektis.nl

www.vektis.nl