EEN EIGEN BIJDRAGE VOOR DE HUISARTS EN DE INHOUD VAN DE ZORG: EEN STUDIE NAAR (ON)BEDOELDE GEVOLGEN

NIVEL
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
T 030 2 729 614/615
F 030 2 729 729

April 1998

D.M.J. Delnoij
P.P. Groenewegen
C.C. Ros

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL)
postbus 1568 3500 BN Utrecht - tel. 030-2729700/fax 030-2729729

Voorwoord

Sinds 1 januari 1997 geldt voor ziekenfondsverzekerden de Algemene Eigen Bijdrage-regeling. Ziekenfondsverzekerden betalen sindsdien een eigen bijdrage van 20% van de kosten van onder meer medisch-specialistische, farmaceutische en paramedische zorg en een bedrag van fl. 8 per ligdag in het ziekenhuis tot een maximum van fl.100 (65-plussers en een aantal groepen uitkeringsgerechtigden) of fl.200 per jaar. Al sinds de invoering staat dit systeem, met name het vaste jaarlijkse maximum, ter discussie. Regelmatig wordt gepleit voor invoering van een IZA-achtig systeem, waarin eveneens een procentuele eigen bijdrage geldt voor (para)medische zorg, maar tot een inkomensafhankelijk jaarlijks maximum.
Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft, ter ondersteuning van de discussie over een eventuele invoering van een IZA-achtig systeem, VB-Accountants opdracht gegeven tot een administratief-technisch onderzoek naar de mogelijkheid om voor ziekenfondsverzekerden een eigen bijdrage in te voeren voor de huisarts. De Landelijke Huisartsen Vereniging pleitte echter sterk voor een tweede studie waarin de mogelijke zorginhoudelijke gevolgen van invoering van een eigen bijdrage voor de huisarts zouden worden onderzocht. Het ministerie heeft het NIVEL daarom opdracht gegeven tot het uitvoeren van een spoedonderzoek hiernaar, waarvan in het onderhavige rapport verslag wordt gelegd.

INHOUDSOPGAVE

1	INLEIDING	7
1.1	Achtergrond van het onderzoek	7
1.2	Vraagstelling	8
1.3	Uitgangspunten	8
1.4	Methode	10
2	SCENARIO'S VOOR EEN EIGEN BIJDRAGE VOOR HUISARTSGENEES-KUNDIGE ZORG EN GEVOLGEN VOOR DE POSITIE VAN HUISARTSEN	11
2.1	Inleiding	11
2.2	Aspecten van systemen voor eigen betalingen	11
2.3	Kenmerken van de structurele positie van huisartsen	15
2.4	Gevolgen van eigen bijdragen voor de positie van huisartsen	17
2.5	Conclusie	21
3	GEVOLGEN VOOR DE INHOUD VAN DE ZORG EN DE ARTS-PATIËNT RELATIE	22
3.1	Inleiding	22
3.2	Gevolgen van externe substitutie	22
3.3	Gevolgen van interne substitutie	25
3.4	Gevolgen van het verdwijnen van de inschrijving op naam	26
3.5	Gevolgen van invoering van een honorering per verrichting	27
3.6	Conclusie	28
4	IZA EN HET ZIEKENFONDS: ZIJN ER VERSCHILLEN IN ZORG?	30
4.1	Inleiding	30
4.2	Methode	30
4.3	Resultaten	31
4.4	Conclusie	35
5	EIGEN BIJDRAGEN VOOR DE HUISARTS IN HET BUITENLAND	37
5.1	Inleiding	37
5.2	Methode	38
5.3	Resultaten	38
5.4	Conclusies	42
6	SAMENVATTING EN DISCUSSIE	50
6.1	Samenvatting	50
6.2	Mogelijkheden voor verder onderzoek	54
6.3	Discussie	55
LITERATUUR		58

1. INLEIDING

Voor verschillende onderdelen van de gezondheidszorg moeten mensen (een deel van) de kosten zelf betalen. Voor het gebruik van huisartsenzorg hoeven ziekenfondsverzekerden tot nu toe geen eigen bijdragen te betalen. Dit rapport gaat over de mogelijke gevolgen van de invoering van eigen bijdragen bij het gebruik van huisartsenzorg. De gevolgen die centraal staan in deze studie zijn de zorginhoudelijke gevolgen en gevolgen voor de relatie tussen huisartsen en hun patiënten.

1.1 Achtergrond van het onderzoek

In de Nederlandse gezondheidszorg zijn 'eigen betalingen', betaling van ontvangen zorg door de patiënten zelf, voor een deel van de bevolking heel gewoon en voor een ander deel iets relatief nieuws. Particulier verzekerden betalen vanouds zelf voor de genoten zorg en afhankelijk van hun polis krijgen zij een deel of het gehele bedrag gerestitueerd. Ziekenfondsverzekerden daarentegen ontvangen de zorg vanouds in natura, zonder eigen betalingen. In de loop van de tijd zijn er enkele eigen bijdragen ingevoerd, waarvan de eigen bijdrage voor voorgeschreven geneesmiddelen (de 'geneesmiddelenknaak') en voor verwijzingen naar specialisten (het 'specialistengeeltje') de bekendste zijn. Beide waren overigens slechts een kort leven beschoren. Daarnaast bestaan er uiteraard ook Nederlandse voorbeelden van eigen bijdragen die reeds sinds jaar en dag gelden, bijvoorbeeld voor hulpmiddelen of gezinsverzorging.

Per 1 januari 1997 is een algemene eigen bijdrage ingevoerd in de Ziekenfondswet. Onder deze regeling betalen ziekenfondsverzekerden 20% van de kosten van zorg die voor ziekenfondsrekening komt. Het betreft daarbij de kosten van geneesmiddelen, hulpmiddelen, specialistische zorg en fysiotherapie/oefentherapie. Voor huisartsgeneeskundige zorg hoeft geen eigen bijdrage te worden betaald, om de toegankelijkheid van deze belangrijke basisvoorziening te garanderen.
De uitzonderingspositie van huisartsen in dit opzicht staat echter zo nu en dan ter discussie. Recent heeft de Minister van VWS opdracht gegeven een onderzoek te verrichten naar de administratief-technische mogelijkheden voor invoering voor ziekenfondsverzekerden van inkomensafhankelijke, procentuele eigen bijdragen die ook voor bezoek aan de huisarts gelden (vergelijkbaar met het zogeheten IZA-systeem voor gemeente- en provincie-ambtenaren). Dat onderzoek wordt uitgevoerd door VB-Accountants. De Landelijke Huisartsen Vereniging is sterk gekant tegen een onderzoek naar uitsluitend administratief-technische aspecten, mede omdat administratief-technische wijzigingen onbedoelde gevolgen kunnen hebben voor de arts-patiënt relatie en/of de inhoud van de zorg. Het nu voorliggende rapport is gericht op het a priori in kaart brengen van deze mogelijke, zorg-inhoudelijke gevolgen onder verschillende administratieve scenario's. Gezien de cruciale positie van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg en de rol die de huidige honoreringswijze in combinatie met de poortwachtersfunctie spelen bij het bepalen van deze positie is uiterste zorgvuldigheid en terughoudendheid geboden bij het overwegen van veranderingen. Een grondig en goed doordenken van mogelijke gevolgen is hiervoor noodzakelijk.

1.2 Vraagstelling

De hoofdvraag die we in deze rapportage zullen beantwoorden luidt:
Welke zorg-inhoudelijke gevolgen zou een heffing van eigen bijdragen voor huisarts-geneeskundige zorg hebben, gegeven de verschillende mogelijkheden om een eigen bijdrage voor huisartsgeneeskundige zorg administratief-technisch vorm te geven? We volgen in onze redenering twee stappen: de keuze voor een bepaald administratief-technisch scenario kan gevolgen hebben voor de structurele positie van huisartsen, als eerste aanspreekpunt in de zorg en als belangrijkste verwijzer naar meer gespecialiseerde zorgvoorzieningen. Veranderingen in de positie van huisartsen hebben op hun beurt gevolgen voor de inhoud van de zorg.
Zoals verderop nog zal blijken, beantwoorden we de onderzoeksvraag voornamelijk op basis van literatuurstudie. Dat betekent dat we afhankelijk zijn van de informatie die beschikbaar is en dat de antwoorden die we geven te beschouwen zijn als hypothesen. Deels zullen deze hypothesen worden getoetst via een secundaire analyse van de medische consumptie van ziekenfonds- en IZA-verzekerden en door het bestuderen van eigen bijdragesystemen in het buitenland. Gegeven het maatschappelijk belang van de problematiek die wordt onderzocht, vragen ze desondanks om verdere toetsing in vervolgonderzoek.

1.3 Uitgangspunten

Hoe een eventuele eigen bijdrageregeling voor de huisarts er precies uitziet, is op dit moment uiteraard niet bekend. Aangezien administratief-technisch vrijwel alles mogelijk, maar niet noodzakelijk voor de hand liggend, betaalbaar of verstandig is, moeten de administratief-technische scenario's die wij in dit rapport zullen schetsen recht doen aan een tweetal uitgangspunten, die ontleend zijn aan de huidige Algemene Eigen Bijdrageregeling in de Ziekenfondswet (Hutten e.a., 1997). In de eerste plaats gaan wij ervan uit dat het doel van een eventuele eigen bijdrage voor de huisarts niet alleen financieringsverschuiving zou zijn, maar ook consumptievermindering. Ten tweede veronderstellen wij dat eigen bijdragen voor de voorzieningen waarvoor nu reeds de Algemene Eigen Bijdrageregeling geldt, in enigerlei vorm zullen blijven bestaan.

Daarnaast veronderstellen we in deze rapportage dat het gedrag van ziekenfondsverzekerden niet zonder meer goed kan worden voorspeld door te kijken naar het huidige gedrag van particulier en IZA-verzekerden, voor wie immers reeds sinds jaar en dag een eigen bijdrage voor de huisarts geldt. Daarvoor bestaan twee redenen:
- Ziekenfondsverzekerden hebben een lager inkomen, een lagere sociaal-economische status en een slechtere gezondheidstoestand dan particulier verzekerden (Mootz, 1984; Van der Meer, 1998). Daardoor hebben eigen bijdragen bij hen een sterker remmend effect op de medische consumptie (Newhouse et al., 1981).
- De aard en omvang van medische consumptie wordt, voor zover de (gepercipieerde) gezondheidstoestand dat toelaat, niet alleen beïnvloed door financiële prikkels zoals een eigen bijdrage, maar ook door bestaande normen op dit gebied. Hoewel bijna 40% van de bevolking particulier verzekerd is worden deze normen in Nederland in sterke mate bepaald door de regels die gelden binnen de Ziekenfondswet (Groenewegen & Delnoij, 1997, p. 45-46). Ziekenfondsverzekerden zijn in verband met de abonnementshonorering van huisarts verplicht ingeschreven op naam van een vaste

huisarts(praktijk) en zij hebben niet rechtstreeks toegang tot een specialist, maar moeten verwezen zijn door de huisarts. Hoewel deze regels niet of in veel minder strenge mate gelden voor particulier verzekerden, hebben ook dezen in het algemeen een vaste huisarts en bezoeken zij de specialist meestal alleen op verwijzing van de huisarts. Dit gedrag kan veranderen als, mede onder invloed van de invoering van eigen bijdragen voor de huisarts, het gedrag van ziekenfondsverzekerden zou veranderen.

Voor dit laatste kunnen twee oorzaken worden aangegeven. In de eerste plaats is het zo dat veel particulier verzekerden eerst ziekenfondsverzekerd zijn geweest, namelijk aan het begin van hun arbeidzaam leven. In 1996 bijvoorbeeld was 74,4% van de Nederlanders tussen de 20 en 35 jaar ziekenfondsverzekerd (ter vergelijking: in de totale Nederlandse bevolking is 63,1% ziekenfondsverzekerd; zie tabel 1.1). Veel particulier verzekerden zijn dus in de periode van hun leven dat zij zelfstandig gingen wonen, een eigen huisarts moesten kiezen en, in het geval er kinderen kwamen, voor het eerst wat vaker gebruik gingen maken van medische zorg, 'opgevoed' binnen de regels van de ziekenfondsverzekering.

Tabel 1.1 Percentage ziekenfondsverzekerden per leeftijdscategorie in de Nederlandse bevolking (1996)

leeftijdscategorie	Percentage ziekenfondsverzekerden
0-19 jaar	55,2%
20-34 jaar	74,4%
35-64 jaar	58,4%
65 jaar en ouder	70,3%
totaal	63,1%

Bron: Berekening op basis van:
Ziekenfondsraad, Financieel Jaarverslag 1996, Amstelveen 1997, p. 27 statistische bijlage en CBS, Statistisch Jaarboek 1997, Voorburg/Heerlen 1997

In de tweede plaats is de handhaving van de norm met betrekking tot rechtstreeks specialistbezoek ook afhankelijk van het draagvlak dat hiervoor bestaat binnen ziekenhuizen en onder specialisten. In de periode voordat op grote schaal fusies tot stand kwamen tussen ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars, zeg maar tot en met de jaren tachtig, hadden ziekenhuizen en specialisten met hun destijds nog regionaal werkend ziekenfonds wèl een contractuele relatie en met landelijk werkende particuliere verzekeraars niet. Voor particulier verzekerden gold/geldt immers een restitutiestelsel, waardoor de rekening eerst naar de patiënt en via de patiënt pas naar de verzekering ging/gaat[1]. Door het bestaan van deze contractuele relatie en door de budgetonderhandelingen die het vroegere regionale ziekenfonds als marktleider in een regio voert met ziekenhuizen (en tegenwoordig ook met specialisten), is de kans groter dat aanbieders van zorg hun normen ontlenen aan de ziekenfondsfilosofie dan aan de meer liberale normen van de particuliere ziektekostenverzekering.

1. Inmiddels bieden veel particuliere verzekeraars die gefuseerd zijn met een ziekenfonds voor ziekenhuisverstrekkingen ook zorg in natura.

1.4 Methode

Dit onderzoek berust op drie pijlers: literatuuronderzoek naar mogelijke gevolgen van eigen bijdragen voor de huisarts, secundaire analyse van gegevens over IZA-verzekerden (onder de loongrens) in vergelijking tot ziekenfondsverzekerden, en literatuurstudie naar eigen bijdragensystemen in het buitenland.

De hoofdmoot van het onderzoek bestaat uit een analyse van beschikbare literatuur en inzichten omtrent de verbinding tussen (1) administratief-technische scenario's voor de inning/oplegging van eigen bijdragen, (2) de structurele positie van huisartsen in de Nederlandse gezondheidszorg en (3) de inhoud van de zorg en de arts - patiëntrelatie. Zoals in het volgende hoofdstuk zal blijken, hebben verschillende administratief-technische scenario's ook verschillende gevolgen voor de structurele positie van huisartsen in Nederland. Veranderingen in die structurele positie, op hun beurt, kunnen effect hebben op de inhoud van de zorg en de arts-patiëntrelatie.
De relatie tussen enerzijds de macro-structurele aspecten (de administratief-technische uitvoering van eigen bijdragen voor de huisartsen en de eventuele gevolgen daarvan voor de positie van huisartsen) en anderzijds de zorginhoudelijke gevolgen komt tot stand via het handelen van huisartsen, het gedrag van patiënten en de interactie tussen huisartsen en patiënten.
In de tweede en derde pijler van het onderzoek worden de aldus verkregen inzichten (of zo men wil hypothesen) vergeleken met een secundaire analyse van de inhoudelijke uitwerking van het IZA-systeem en met gegevens over eigen bijdragen voor de huisarts in het buitenland.

2 SCENARIO'S VOOR EEN EIGEN BIJDRAGE VOOR HUISARTSGENEESKUNDIGE ZORG EN GEVOLGEN VOOR DE POSITIE VAN HUISARTSEN

2.1 Inleiding

De effecten die kunnen worden verwacht van de invoering van een eigen bijdrage voor huisartsgeneeskundige zorg zijn deels afhankelijk van de administratief-technische uitwerking die men aan een dergelijke maatregel geeft. Invoering van een IZA-systeem in al zijn aspecten is bijvoorbeeld niet mogelijk zonder de honorering van huisartsen voor ziekenfondspatiënten en de daarmee samenhangende inschrijving van patiënten op naam te wijzigen. Voor IZA-verzekerden geldt namelijk een restitutiestelsel: zij betalen eerst zelf de huisartsen per consult of per visite en krijgen vervolgens 90% van de kosten daarvan vergoed. In de huidige situatie worden huisartsen echter voor ziekenfondsverzekerden rechtstreeks door het ziekenfonds per abonnement betaald. Verzekerden ontvangen zorg in natura en zijn op naam ingeschreven in de huisartspraktijk. Wil men een IZA-systeem doorvoeren dan vraagt dat om afschaffing van de honorering per abonnement waardoor ook de inschrijving op naam minder dwingend wordt. Wil men daarentegen het abonnementssysteem handhaven, dan kan men -om een voorbeeld te noemen- opteren voor een systeem waarbij patiënten bij elk bezoek aan de huisarts een vast bedrag aan de hulpverlener betalen (verg. het 'specialistengeeltje' indertijd). In dit hoofdstuk worden verschillende scenario's geschetst voor de invoering van een eigen bijdrage of meer in het algemeen, eigen betalingen voor huisartsgeneeskundige zorg, waarbij wordt aangegeven welke gevolgen de keuze voor een bepaald scenario zal kunnen hebben voor de structurele positie van huisartsen in de gezondheidszorg.

2.2 Aspecten van systemen voor eigen betalingen

Systemen van eigen betalingen voor huisartsgeneeskundige zorg kunnen variëren op een aantal belangrijke kenmerken. In dit hoofdstuk worden scenario's bedacht die van elkaar verschillen voor wat betreft de volgende aspecten :

A. Wie int de eigen betaling: huisarts of uitvoerende instantie (bijvoorbeeld ziekenfonds)?
B. Wanneer wordt de eigen betaling geïnd: direct op het moment van zorgconsumptie of achteraf?
C. Binnen welk type verzekeringsstelsel wordt de eigen betaling geïnd: een natura- of restitutiestelsel?
D. Welk soort eigen betaling betreft het: een vaste eigen bijdrage, een procentuele eigen bijdrage of eigen risico?

Tabel 2.1 Administratief-technische scenario's voor de inning van eigen bijdragen voor de huisarts en hun administratief-technische voorwaarden

restitutiestelsel		vaste bijbetaling		procentuele bijbetaling		eigen risico		*voorwaarden*
				IZA-systeem		Particuliere ziektekosten-verzekering		*- afschaffing abonnement*
		inning direct	inning achteraf	inning direct	inning achteraf	inning direct	inning achteraf	
zorg in natura	inning door huisarts	Analoog aan specialisten-geeltje/medicijnenknaak (inning door specialist/ apotheek)	Analoog aan de vroegere eigen bijdrage in de gezinszorg					*- betalingsverkeer HA-ZF* *- info ZF-HA over bereiken max.*
	inning door verzekeraar	niet van toepassing	VB-scenario en analoog aan algemene eigen bijdrage voor verpleegdagen ziekenhuis/ revalidatiekliniek	niet van toepassing	Analoog aan algemene eigen bijdrage ZFW voor o.m. spe-cialistische zorg/ geneesmiddelen	niet van toepassing	Analoog aan nieuwe vormen van geneesmid-delenverstrekking/ziekenhuiszorg in particuliere verzekering	*- info HA-ZF over aantal contacten of* *- (gedeeltelijk) afschaffen abonnement*
voorwaarden			*- registratie contacten**	*- afschaffen abonnement*	*- afschaffen abonnement*	*- afschaffen abonnement*	*- afschaffen abonnement*	

* Tenzij iedere ziekenfondsverzekerde een vast deel van het abonnementstarief zelf betaalt, ongeacht of zorgconsumptie plaatsvindt (verg. contributie thuiszorg)

De combinatie van deze negen mogelijkheden levert in theorie 24 verschillende scenario's op voor de inning van een eigen bijdrage voor de huisarts. In de praktijk is een aantal combinaties echter niet mogelijk of zeer onwaarschijnlijk. Binnen een restutiestelsel is bijvoorbeeld het onderscheid in moment van inning (direct of achteraf) en innende instantie (huisarts of ziekenfonds) niet relevant. De patiënt betaalt altijd de volledige rekening aan de zorgaanbieder en krijgt achteraf een deel van deze rekening (bij procentuele eigen bijdrage), niets (vóór het bereiken van een eigen risico) of het hele bedrag (na bereiken eigen risico) terug van de verzekeraar. Binnen een restitutiestelsel is daarom alleen het onderscheid in vaste of procentuele eigen bijdrage en eigen risico relevant. Een andere combinatie die in de praktijk niet voorkomt, is inning op het moment van zorgconsumptie door de verzekeraar.
Na aftrek van praktisch niet voor de hand liggende combinaties blijven twaalf mogelijke administratief-technische scenario's over voor de inning van een eigen bijdrage voor huisartsgeneeskundige zorg (zie tabel 1). In de cellen van de tabel is aangegeven waar de eigen betalingen van IZA-verzekerden en particulier verzekerden kunnen worden geplaatst. Daarnaast zijn voorbeelden opgenomen van eigen bijdragenregelingen voor andere voorzieningen dan huisartsenzorg. Als er niets staat in een cel, betekent dit niet dat de betreffende mogelijkheid niet kan voorkomen, maar dat er binnen de Nederlandse context niet direct een voorbeeld is aan te geven.
De diverse scenario's zijn slechts uitvoerbaar onder een aantal voorwaarden:

1. Een restitutiestelsel is theoretisch wel te combineren met abonnementshonorering (patiënt betaalt het abonnement eerst zelf en krijgt de kosten terug van het ziekenfonds), maar in de praktijk gaat een restitutiestelsel altijd gepaard met een honorering per verrichting, waarbij de patiënt dus eerst zelf de huisarts betaalt en deze kosten vervolgens geheel of gedeeltelijk vergoed krijgt. Invoering van een restitutiestelsel is dus feitelijk alleen mogelijk als het abonnement wordt afgeschaft.
2. Ook de invoering van een procentuele eigen bijdrage of een eigen risico vraagt om afschaffing van het abonnementssysteem ten gunste van een systeem van honorering per verrichting. Deze typen eigen betalingen worden immers geheven over een kosteneenheid (bijvoorbeeld 20% van de kosten van een consult bij de specialist), in tegenstelling tot een vaste eigen bijdrage, die in het algemeen geheven wordt over een volume-eenheid (bijvoorbeeld fl. 2,50 per recept). Aangezien het abonnement niet de kosten reflecteert van werkelijk genoten zorg, kan er moeilijk een procentuele eigen bijdrage of eigen risico over worden geheven.
3. Inning van eigen betalingen door de huisarts in een systeem van zorg in natura impliceert dat de huisarts op gezette tijden het totaal aan door hem geïnde eigen bijdragen overboekt op de rekening van het ziekenfonds. Met andere woorden, er is betalingsverkeer nodig tussen huisarts en ziekenfonds. Tenzij de eigen bijdragen natuurlijk een deel van het inkomen van de huisarts vormen, zoals dat bijvoorbeeld het geval is in Noorwegen. Wanneer de eigen bijdragen gebonden zijn aan een maximum, of in geval van eigen risico, is daarnaast een informatiestroom nodig van het ziekenfonds richting huisarts. De huisarts moet immers weten wanneer een verzekerde zijn maximum heeft bereikt en wanneer hij dus moet stoppen met innen. Deze informatie moet bovendien zeer actueel zijn.
4. Inning van een eigen bijdrage voor de huisarts door het ziekenfonds is alleen mogelijk wanneer het ziekenfonds weet wie huisartsgeneeskundige zorg heeft genoten. Wanneer gekozen wordt voor een variant met procentuele eigen bijdragen of een eigen risico zal het ziekenfonds automatisch over deze gege-

vens gaan beschikken, aangezien huisartsen dan per verrichting moeten worden betaald. Ziekenfondsen kunnen de gegevens dan afleiden uit de declaraties. Wordt een systeem van vaste eigen bijdragen gehanteerd dan kan het abonnement gehandhaafd blijven, maar moeten huisartsen het ziekenfonds voorzien van informatie over wie zorg gebruikt heeft en hoeveel. Eventueel zou kunnen worden gekozen voor een gemengde honorering (deels abonnement, deels honorering per verrichting) zodat huisartsen een financieel belang hebben bij het registreren van verrichtingen.

5. Ook de inning achteraf van eigen bijdragen impliceert dat ergens wordt bijgehouden wie in welke periode gebruikt heeft gemaakt van de huisarts. En ook hiervoor geldt dat dit uit het declaratieverkeer kan worden afgeleid wanneer ten behoeve van een procentuele eigen bijdrage of eigen risico een honorering per verrichting wordt ingevoerd. Bij een vaste eigen bijdrage zouden huisartsen zelf een registratie van contacten moeten bijhouden.

Het onderzoek dat door VB-Accountants wordt uitgevoerd naar de administratief-technische mogelijkheden van oplegging en inning van eigen bijdragen voor de huisarts, betreft de inning achteraf door de verzekeraar binnen een systeem met zorg in natura.

Een aantal van de vijftien mogelijke scenario's komt in Nederland ook werkelijk voor, zoals te zien is in tabel 1. IZA-verzekerden betalen binnen een restitutiestelsel een procentuele eigen bijdrage voor de huisarts; voor particulier verzekerden geldt een restitutiestelsel, veelal met eigen risico's.
Daarnaast komen bepaalde scenario's voor bij andere zorgvormen dan huisartsgeneeskunde of zijn daarop in het verleden van toepassing geweest. Het specialistengeeltje en de medicijnenknaak uit de jaren tachtig bijvoorbeeld, waren vaste eigen bijdragen die op het moment van zorgconsumptie werden geïnd door de zorgaanbieder (specialist, resp. apotheker). De medicijnknaak betrof een eigen bijdrage van fl. 2,50 per recept die afgerekend diende te worden in de apotheek. Het specialistengeeltje betrof een eigen bijdrage van fl. 25 voor een verwijzing naar de specialist. Beide maatregelen was geen lang leven beschoren, met name omdat zij niet het gewenste effect sorteerden, deels door onbedoelde reacties van de aanbieders van zorg op deze maatregelen zoals het voorschrijven van grotere hoeveelheden geneesmiddelen per recept (verg. Bakker, 1997; Starmans, 1998). Bij toepassing van dit scenario op de huisartsgeneeskunde zouden patiënten bij een bezoek aan de huisarts de eigen bijdrage moeten afrekenen in de praktijk. De huisarts zou de geïnde eigen bijdragen moeten opsparen en met een zekere regelmaat moeten overboeken naar het ziekenfonds. Omgekeerd zou het ziekenfonds de huisarts moeten inseinen wanneer een verzekerde zijn maximum heeft bereikt. De huisarts moet dan immers stoppen met het innen van de eigen bijdrage.
Vóór de harmonisatie van de eigen bijdragen in de thuiszorg gold voor gezinszorg een vaste eigen bijdrage van fl. 10 per uur (tot een inkomensafhankelijk maximum) die achteraf werd geïnd door de thuiszorgorganisatie zelf. Toepassing van deze variant in de huisartspraktijk zou betekenen dat de huisarts bijvoorbeeld een keer per maand of een keer per kwartaal een rekening aan zijn patiënten stuurt voor het innen van de eigen bijdrage. Daarvoor is het nodig dat hij een registratie van contacten voert, tenzij hij per verrichting wordt betaald en een en ander kan afleiden uit zijn declaraties. Ook in deze variant moet de huisarts de geïnde eigen bijdragen uiteindelijk overboeken naar het ziekenfonds en moet het ziekenfonds aan de huisarts doorgeven wanneer een verzekerde zijn maximum heeft bereikt.

In de thuiszorg (vroeger alleen voor het kruiswerk) geldt overigens een toegangsbijdrage (contributie) van fl. 55, die betaald dient te zijn één kwartaal voor zorgconsumptie. Vindt zorgconsumptie plaats zonder dat de toegangsbijdrage (op tijd) is betaald, dan geldt een toegangsbijdrage van 2,5 maal fl. 55. Iets dergelijks is voorstelbaar bij huisartsen. Ziekenfondsverzekerden zouden dan (een deel van) het abonnement vooraf zelf moeten betalen, zoals mensen lid zijn van een thuiszorgorganisatie, ongeacht of zij zorg gaan gebruiken of niet. Hiervan mag echter geen consumptieremmend effect worden verwacht (eerder het omgekeerde, als patiënten 'waar voor hun geld' willen).
Ziekenfondsverzekerden betalen vanaf 1 januari 1997 een algemene eigen bijdrage van 20% van de kosten van zorg die voor ziekenfondsrekening komt. Voor zorg door huisartsen en tandartsen en verloskundige zorg is deze algemene bijdrage niet verschuldigd. Voor verpleegdagen in een ziekenhuis of revalidatiekliniek is overigens een vaste eigen bijdrage van fl. 8,- per dag verschuldigd. De algemene bijdragen zijn voor de verzekerde (en zijn medeverzekerden) gemaximeerd tot f 200,- per jaar. Voor sommige groepen uitkeringsgerechtigden en AOW-gepensioneerden is het maximum vastgesteld op f 100,- per jaar. De eigen bijdrage wordt achteraf (per kwartaal of per maand) geïnd door het ziekenfonds. Wanneer dit zou worden toegepast op de huisartsgeneeskunde zou een honorering per verrichting moeten worden ingevoerd, aangezien anders niet duidelijk is over welke kosten een eigen bijdrage van 20% moet worden geheven. Het abonnement wordt immers ook betaald voor verzekerden die geen contact met de huisarts hebben.
Een laatste variant die in de Nederlandse gezondheidszorg ook in de werkelijkheid steeds vaker voorkomt, is zorg in natura gecombineerd met een eigen risico. Terwijl particuliere ziektekosten-verzekeraars in het verleden steeds een restitutiesysteem hanteerden, wordt tegenwoordig veelal overgegaan tot een systeem met zorg in natura bijvoorbeeld voor geneesmiddelen en ziekenhuiszorg. De apotheek of het ziekenhuis stuurt in dat geval de rekening rechtstreeks naar de verzekeraar. Wanneer de verzekerde echter zijn eigen risico nog niet heeft volgemaakt, krijgt deze alsnog een rekening van zijn verzekeraar. In de huisartspraktijk zou een dergelijk systeem ook kunnen worden toegepast, mits de huisarts per verrichting wordt betaald.

2.3 Kenmerken van de structurele positie van huisartsen

Voordat in deze paragraaf nader kan worden ingegaan op de gevolgen van een eigen bijdrage voor de structurele positie van huisartsen, is het nodig te definiëren wat die structurele positie dan wel inhoudt. In 1957 werd op de zogeheten Woudschoter-conferentie een soort beginselverklaring voor de huisartsgeneeskunde opgesteld, die luidde: "Het aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor een *integrale*, continue en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen. Deze zorg wordt gezien als het opheffen, in hun uitwerking beperken en waar mogelijk voorkomen van stoornissen in de gezondheid van individu en gezin (curatief, revaliderend en preventief)" [cursivering in het origineel].
Belangrijk in deze omschrijving zijn de termen integraal, continu en persoonlijk. Met integrale zorg wordt bedoeld dat naast lichamelijke aspecten ook aandacht bestaat voor de psychische en sociale aspecten van de gezondheid. Dit in tegenstelling tot de specialistische geneeskunde, die zich uitsluitend met bepaalde aspecten en vaak ook alleen met de lichamelijke kant van klachten van patiënten bezighoudt. De termen continue en persoonlijk zorg duiden op een zekere langdurigheid in de relatie tussen een huisarts en een patiënt en zijn gezin. Integrale, continue en persoonlijke zorg kan

het beste geleverd worden in een situatie waarin mensen voor langere tijd bij dezelfde huisarts blijven. Alleen dan kan een huisarts kennis vergaren over psychische en sociale achtergronden van een gezin en de individuele leden daarvan; kennis die hem kan helpen bij het beoordelen van de klachten van patiënten, met name van de mate waarin deze klachten somatisch van aard zijn. Uit Noors onderzoek is gebleken dat het één tot vijf jaar duurt (of een serie van vier tot vijf consulten binnen één jaar) voordat een huisarts een matige achtergrondkennis heeft opgebouwd over een patiënt (Hjortdahl & Borchgrevink, 1991). Voor ziekenfondspatiënten is in de huidige situatie een langdurige arts-patiënt relatie min of meer gegarandeerd via het abonnementsysteem. De huisarts ontvangt een vast bedrag per jaar voor elke ziekenfondspatiënt die in zijn praktijk is ingeschreven. De ziekenfondsverzekerde dient aan zijn ziekenfonds door te geven wie zijn huisarts is, opdat het ziekenfonds het abonnement op de rekening van de betreffende arts kan storten. Dit systeem staat kortweg bekend als de 'inschrijving op naam'. Ziekenfondsverzekerden kunnen van huisarts veranderen als zij dat willen, maar hun vrijheid wordt in deze beperkt door de onderlinge afspraken van huisartsen met betrekking tot het 'overnemen' van elkaars patiënten. Verder moeten zij in ieder geval administratieve handelingen ondernemen om overgeschreven te worden van de ene naar de andere huisarts. Naar schatting verandert in een doorsnee huisartspraktijk per jaar slechts 1,6% van de mensen van huisarts zonder dat er sprake is van een verhuizing (Groenewegen & Delnoij, 1997, p. 57). Voor particulier verzekerden, die de huisarts per consult of visite betalen, bestaat geen administratieve reden om ingeschreven te zijn bij één bepaalde huisarts, hoewel dit in Nederland ook voor de meeste particulier verzekerden vanzelfsprekend is. Particulier verzekerden bleken (in de situatie van zo'n tien jaar geleden) niet vaker van huisarts te wisselen zonder dat er van verhuizing sprake was dan ziekenfondsverzekerden. Of daarin gedurende het afgelopen decennium verandering is geweest is niet bekend.

Een andere voorwaarde voor het verlenen van integrale, continue en persoonlijke zorg is het Nederlandse verwijssysteem. Ziekenfondsverzekerden kunnen geen specialist bezoeken zonder dat zij zijn verwezen door de huisarts. De verwijskaart van de huisarts vormt de declaratie van de specialist voor de consulten van de patiënt en sommige, in het tarief inbegrepen verrichtingen. Uiteraard komen ziekenfondsverzekerden ook wel eens rechtstreeks bij een specialist terecht, bijvoorbeeld wanneer zij spoedeisende hulp nodig hebben. Zelfs in dat geval moeten zij echter achteraf een verwijskaart halen bij hun huisarts; opdat de specialist betaald kan worden voor de verleende zorg. Voor particulier verzekerden wordt veelal ook een verwijzing voor een bezoek aan de specialist geëist in de polisvoorwaarden. Uit recent onderzoek (Kulu-Glasgow e.a., 1997) is echter gebleken dat particuliere verzekeraars nauwelijks controle uitoefenen op de naleving hiervan.

Wanneer patiënten rechtstreeks, dus zonder verwijzing van de huisarts, een specialist zouden kunnen bezoeken, zouden huisartsen geen integrale zorg kunnen leveren. Door het verwijssysteem is de huisarts per definitie het eerste aanspreekpunt van patiënten in de gezondheidszorg. Daardoor krijgt de huisarts in zijn contacten met patiënten een breed scala aan klachten gepresenteerd. Uit een grootschalig internationaal onderzoek naar taakprofielen van huisartsen in Europa is gebleken dat huisartsen in landen waar patiënten rechtstreeks een specialist kunnen bezoeken een minder breed klachtenaanbod zien. Met name gezondheidsklachten van kinderen en van vrouwen worden daar relatief vaak direct voorgelegd aan een kinderarts of gynaecoloog (Boerma e.a., 1997).

De positie van de huisarts als eerste aanspreekpunt in de gezondheidszorg, die patiënten zoveel mogelijk zelf behandelt en indien nodig verwijst, betekent dat huisartsen een schifting moeten aanbrengen in de klachten van patiënten ('pluis of niet-pluis').

Huisartsen moeten in de eerste plaats, vaak samen met de patiënt, de beslissing nemen of verdere professionele zorg nodig is of dat het klachten betreft die in principe vanzelf overgaan danwel alleen zelfzorg behoeven. In de tweede plaats moeten huisartsen bij klacht die diagnostiek of behandeling vereisen of deze door de huisarts zelf kan worden toegepast, dan wel door de specialist. De huisarts heeft dus een sturende functie en zeeffunctie zowel in de richting van zelfzorg als in de richting van specialistische zorg.

Samengevat zijn de kenmerken van de structurele positie van huisartsen (vergelijk ook Starfield, 1992; 1996) in Nederland de volgende:

- eerste aanspreekpunt in de gezondheidszorg;
- continue zorg door inschrijving van patiënten op naam;
- selecteert wie in aanmerking komt voor zelfzorg, huisartsgeneeskundige zorg, specialistische zorg;
- levert integrale zorg (niet alleen lichamelijk, ook psycho-sociaal).

In de praktijk is dit niet alleen 'het model' voor de huisartsenzorg voor ziekenfondspatiënten, maar voor alle patiënten.

2.4 Gevolgen van eigen bijdragen voor de positie van huisartsen

De invoering van een eigen bijdrage voor huisartsgeneeskundige zorg heeft gevolgen voor de structurele positie van huisartsen in de gezondheidszorg. Die gevolgen ontstaan enerzijds doordat de absolute prijs die een patiënt moet betalen voor een bezoek aan de huisarts hoger wordt en doordat de relatieve prijs van het 'produkt' huisartsgeneeskunde hoger wordt ten opzichte van de prijs van bijvoorbeeld specialistische zorg (tenzij tegelijkertijd ook de prijs van specialistische zorg voor de consument zou worden verhoogd) en anderzijds doordat sommige administratief-technische scenario's alleen uitvoerbaar zijn indien het abonnement-systeem zou worden afgeschaft. Dat impliceert dat er geen administratieve noodzaak meer is voor de inschrijving van patiënten op naam van de huisarts en dat produktie en honorering van de huisarts niet langer losgekoppeld zijn, waardoor de financiële prikkels voor huisartsen sterk wijzigen.

De prijs van het 'produkt' huisartsgeneeskunde

Starmans (1998) onderscheidt twee typen effecten van eigen bijdragen: een substitutie-effect en financieringsverschuiving. Substitutie-effecten kunnen drie vormen aannemen: externe substitutie, interne substitutie en semi-externe substitutie. Van externe substitutie is sprake wanneer de consumptie van gezondheidszorg wordt vervangen door de consumptie van andere goederen, met andere woorden wanneer mensen afzien van consumptie van zorg. Daarbij hebben consumenten minder invloed op de hoeveelheid verleende zorg wanneer zij eenmaal onder behandeling zijn, dan op de initiële beslissing om al dan niet zorg te gaan gebruiken. Bij interne substitutie wordt van verschillende behandelingsopties waarvoor eigen bijdragen gelden de goedkoopste gekozen (bijvoorbeeld generieke geneesmiddelen). Bij semi-externe substitutie wordt zorgconsumptie waarvoor een eigen bijdrage geldt, vervangen door consumptie van zorg die wel verzekerd is, maar waarvoor geen eigen bijdrage geldt (Starmans, 1998, p. 12-13; zie ook Bakker, 1997, p. 66-67).

Externe substitutie

Eigen bijdragen die gericht zijn op het remmen van de consumptie van zorg hebben tot doel patiënten te prikkelen tot het maken van een afweging tussen zelfzorg en professionele zorg met betrekking tot onschuldige aandoeningen. De gedachte is, dat als mensen voor medische zorg moeten betalen, zij in het geval van onschuldige aandoeningen vaker zullen afzien van zorgconsumptie dan wanneer deze zorg gratis verkrijgbaar is. Het RAND-experiment heeft laten zien dat dit effect ook inderdaad optreedt (Newhouse et al., 1981; zie ook Bakker, 1997; Starmans, 1998). In het Nederlandse gezondheidszorgsysteem is echter tot op heden niet voor een eigen bijdrage voor huisartsenzorg gekozen. De inschrijving van patiënten op naam en de poortwachtersfunctie van de huisarts zorgen ervoor dat patiënten hun bezoek aan de huisarts niet onnodig uitstellen, terwijl de huisarts in de positie is om de selectie te maken tussen aandoeningen die min of meer vanzelf overgaan (waarbij dus feitelijk volstaan had kunnen worden met zelfzorg) en aandoeningen waarbij ingrijpen noodzakelijk is. Impliciet schuilt hier de gedachte achter dat een huisarts in het algemeen beter in staat is deze afweging te maken dan een patiënt. Niet voor niets hebben wij het Nederlandse systeem ook wel paternalistisch genoemd (Groenewegen & Delnoij, 1997). Om iedereen in staat te stellen zijn of haar gezondheidsprobleem als het ware ter selectie voor te leggen aan een huisarts, bestaan er geen financiële drempels in de toegang tot die huisarts. Wanneer zo'n financiële drempel wel wordt opgeworpen, zal naar verwachting een deel van de mensen niet meer of in een later stadium met onschuldige klachten naar de dokter gaan (een enkeling zal dit ook niet doen bij ernstige klachten). Vóór de 'zeef' die de huisarts vormt aan de ingang van de gezondheidszorg, wordt dus een extra 'zeef' geplaatst in de vorm van een eigen bijdrage. Daardoor vindt zelfselectie van patiënten plaats (meer dan nu het geval is), maar kan bovendien onbedoeld de werking van de poortwachtersfunctie van de huisartsen, de oorspronkelijke 'zeef' dus, worden bemoeilijkt. Dat heeft te maken met de relatieve prijs van het 'product' huisartsgeneeskunde.

Interne substitutie

De zorg van huisartsen wordt 'in natura' geleverd. Dat wil zeggen dat ziekenfondspatienten niet afzonderlijk betalen voor een bezoek aan de huisarts. Op het moment dat voor het bezoek aan de huisarts een eigen bijdrage moet worden betaald, wordt een bezoek aan de huisarts relatief 'duurder'. Er zijn twee alternatieven voor een bezoek aan de huisarts. Het eerste is niet naar de huisarts gaan (externe substitutie) en bijvoorbeeld door zelfmedicatie of rustnemen de klachten zelf behandelen. Het tweede alternatief is direct naar een andere arts gaan, in casu een specialist. Dit is interne substitutie. Door het feit alleen dat de kosten van het bezoek aan de huisarts hoger worden, wordt rechtstreeks specialistbezoek of bezoek aan de EHBO-afdeling van het ziekenhuis namelijk relatief aantrekkelijker voor mensen die denken dat ze uiteindelijk toch specialistische zorg nodig hebben. In de jaren tachtig bijvoorbeeld speelde in Denemarken een conflict over de honorering van huisartsen, waardoor patiënten tijdelijk geen zorg in natura ontvingen maar per consult moesten betalen en de kosten vervolgens konden declareren bij de regionale administratie (restitutiestelsel). Dit had tot gevolg dat het aantal bezoeken aan de EHBO (waarvoor niet betaald hoefde te worden) voor niet-acute klachten toenam (Krogsgaard et al., 1985).

Nu is het natuurlijk niet zo dat rechtstreeks specialistbezoek in alle gevallen door patiënten gezien zal worden als een alternatief voor een bezoek aan de huisarts. daarbij speelt de aard van de klachten een rol en de inschatting (danwel de wens) dat

men toch zal worden verwezen. In een - misschien beperkt - aantal gevallen zal er echter een verschuiving zijn in de richting van rechtstreeks specialistbezoek. Ook een betrekkelijk beperkte verschuiving kan evenwel grote gevolgen hebben. Tot nu toe is het zo dat zelfs onder de mensen die het meeste belang hebben bij rechtstreeks specialistbezoek (particulier verzekerden zonder verzekering voor de huisarts), nog slechts een kwart van de eerste bezoeken aan een specialist op eigen initiatief is. Dat komt voor een deel omdat het poortwachterssysteem door de Nederlandse bevolking wordt gezien als een vanzelfsprekendheid. Onder de volgende condities kan er echter een snelle transformatie optreden:

- de vanzelfsprekendheid wordt doorbroken door een toenemend aantal mensen dat rechtstreeks naar een specialist gaat,
- door een toenemend aantal overtreders van de regel gaat de handhaving meer moeite kosten en wordt daardoor minder strikt,
- en het gedrag van andere mensen wordt meer zichtbaar.

Het gevolg kan dan zijn dat de regel dat men eerst naar de huisarts gaat op grote schaal ter discussie wordt gesteld, zijn vanzelfsprekendheid verliest en - zoals zoveel regels die hun vanzelfsprekendheid verliezen- verdwijnt. Daarmee zou een belangrijk kenmerk van de structurele positie van huisartsen kunnen verdwijnen.
Naar verwachting zal een dergelijk proces niet onmiddellijk na invoering van een eigen bijdrage voor de huisarts zichtbaar worden. Waar wel een direct effect valt te verwachten is bij EHBO-bezoek aan het ziekenhuis. Hiervoor geldt namelijk dat ook in de huidige situatie reeds sprake is van een gestage stroom van patiënten die rechtstreeks de EHBO-afdeling bezoekt. Hoewel het overheidsbeleid en het beleid van de beroepsgroep zelf erop gericht is dat patiënten voor EHBO eerst de huisarts bezoeken, is dit met name voor de stedelijke bevolking bepaald geen vanzelfsprekendheid. Ook nu al komen daardoor op de EHBO-afdeling van een ziekenhuis hulpvragen terecht die ook door de eigen of dienstdoende huisarts hadden kunnen worden afgehandeld. In de literatuur worden percentages van dat 'oneigenlijke' deel gerapporteerd die variëren van 40 tot 75% (Engelenburg, 1992).

Semi-externe substitutie

Semi-externe substitutie valt bij invoering van een eigen bijdrage voor de huisarts niet of in slechts in zeer beperkte mate te verwachten. Het gaat bij semi-externe substitutie om een verschuiving van huisartsenzorg naar zorg die wel verzekerd is, maar waarvoor geen eigen bijdragen gelden. Binnen de reguliere zorg kan mogelijk zorg in het kader van geboortebeperking als uitvloeisel van verloskundige zorg (waarvoor geen algemene eigen bijdrage geldt) worden verleend door verloskundigen, maar voor zover dit al optreedt, is het potentiële consumptie-effect daarvan marginaal. Verder is het denkbaar dat ziekenfondsverzekerden met een aanvullende verzekering die het gebruik van alternatieve geneeswijzen dekt, meer gebruik zullen gaan maken van alternatieve geneeswijzen.

Afschaffing inschrijving op naam

Een abonnementsysteem is alleen uitvoerbaar indien patiënten bij een specifieke huisarts of praktijk zijn ingeschreven. In Noorwegen bijvoorbeeld, waar men bezig is de inschrijving van patiënten op naam van de huisarts stapsgewijs in te voeren, moet om die reden tevens een gedeeltelijke abonnementshonorering worden ingevoerd. Van oudsher is in Noorwegen een deel van de huisartsen in dienstverband werkzaam en worden de vrijgevestigde huisartsen per verrichting betaald (Delnoij, 1995). Wanneer de inschrijving van patiënten op naam wordt ingevoerd zonder daaraan gekoppeld ook

de honorering te veranderen, bestaat er voor huisartsen geen negatieve financiële prikkel om ervoor te zorgen dat ze geen patiënten behandelen die zijn ingeschreven bij een andere huisarts. Deze vrijblijvendheid kan ertoe leiden dat patiënten niet steeds eerst hun eigen, vaste huisarts bezoeken. Dat blijkt uit een Fins experiment met de inschrijving van patiënten op naam zonder de 'bijbehorende' abonnementshonorering (Finse huisartsen zijn gesalarieerd): 70% van de huisartscontacten vond plaats met een andere dan de eigen huisarts of met een bedrijfsarts (Vohlonen e.a., 1989). Daarmee is niet gezegd dat dergelijke wisselende huisartscontacten ook in Nederland onmiddellijk op zulke grote schaal zouden gaan voorkomen. De Finse bevolking kwam immers uit een situatie waarin het volstrekt normaal was dat men geen vaste huisarts had en -afhankelijk van hoe het uitkwam of waar men het snelst terecht kon- nu eens de ene dan weer een andere huisarts of de bedrijfsarts bezocht. Ook in Nederland zou echter op den duur het principe van inschrijving op naam onder druk komen te staan. In een systeem met inschrijving op naam, maar zonder de administratieve noodzaak om daar de hand aan te houden, kan gemakkelijker van verschillende huisartsen gebruik wordt gemaakt.
Elders hebben wij echter betoogd (Groenewegen en Delnoij, 1997:111) dat de inschrijving op naam mogelijk gemakkelijker wordt geaccepteerd door patiënten dan de verplichting om verwezen te zijn voor men naar een specialist kan gaan. Door de afname van het aantal solo-praktijken hebben namelijk steeds meer mensen de mogelijkheid zo nu en dan een andere arts te raadplegen binnen de praktijk van de huisarts bij wie zij staan ingeschreven.

Koppeling produktie en honorering
Onder de nu geldende abonnementshonorering voor ziekenfondsverzekerden zijn produktie en honorering van huisartsen volledig losgekoppeld. Ongeacht hoe vaak een ziekenfondspatiënt de huisarts bezoekt en ongeacht wat de huisarts in een consult of visite doet, de honorering blijft gelijk. In de huidige Nederlandse situatie bestaat voor huisartsen feitelijk maar één alternatief voor abonnementshonorering: (gedeeltelijke) honorering per verrichting. Theoretisch kunnen alle Nederlandse huisartsen ook gesalarieerd worden, maar de vraag is bij wie zij dan in dienst zouden moeten treden en onder welke arbeidsvoorwaarden. Afgezien daarvan is ook bij een honorering in de vorm van een salaris invoering van een restitutiestelsel, een procentuele eigen bijdrage of een eigen risico niet mogelijk, omdat deze typen eigen betalingen worden geheven over een kosteneenheid.
Het koppelen van de produktie van een huisarts aan de honorering hoeft op het eerste gezicht geen ingrijpende gevolgen te hebben voor de structurele positie van huisartsen, behalve dan als door een verandering van honorering de inschrijving op naam zou verdwijnen, zoals zojuist is besproken. Honorering per verrichting als zodanig kan echter goed samengaan met de positie van een huisarts als eerste aanspreekpunt in de zorg en kan zelfs een extra stimulans bieden voor huisartsen om streng te selecteren wie in aanmerking komt voor specialistische zorg en wie niet. Huisartsen krijgen dan immers financieel belang bij het zelf behandelen van patiënten. Het is wel zo dat honorering per verrichting op gespannen voet kan staan met het leveren van integrale zorg. Dat geldt met name als de honorering geldt voor een groot aantal specifieke medische-technische verrichtingen. Het handelen van huisartsen wordt dan uiteengelegd in kleine deelaspecten. Met name de psychosociale zorg en gespreksvoering zouden hierdoor onder druk kunnen komen te staan, omdat honorering voor specifieke verrichtingen vooral de technische aspecten van het vak benadrukt (Flierman en Groenewegen, 1989). Dat vormde een aantal jaren geleden voor de Commissie

Biesheuvel één van de redenen om de afschaffing van honorering per verrichting voor specialisten te bepleiten, ten gunste van invoering van 'kijk- en luistergeld' (Commissie Modernisering Curatieve Zorg, 1994).

2.5 Conclusie

In welke mate de invoering van een eigen bijdrage voor huisartsgeneeskundige zorg gevolgen heeft voor de structurele positie van de huisarts, hangt sterk af van het gekozen administratief technische scenario. De huisarts in Nederland is het eerste aanspreekpunt in de zorg; levert continue en integrale zorg en selecteert wie in aanmerking komt voor zelfzorg, huisartsgeneeskundige zorg, specialistische zorg.
Een viertal mechanismen kan van invloed zijn op de positie van de huisarts, te weten: externe substitutie, interne substitutie, de inschrijving op naam en het honoreringssysteem. In welke mate de diverse scenario's interne en externe substitutie tot gevolg hebben en van invloed zijn op de inschrijving op naam en het honoreringssysteem verschilt. Het optreden van interne en externe substitutie is vooral afhankelijk van de hoogte van de eigen bijdrage. Het honoreringssysteem en daaraan gekoppeld de administratieve noodzaak van de inschrijving van patiënten op naam van de huisarts is aan verandering onderhevig indien een restitutiestelsel wordt ingevoerd, of een procentuele eigen bijdrage of een eigen risico in combinatie met zorg in natura. In het volgende hoofdstuk wordt ingegaan op de zorginhoudelijke gevolgen van deze eventuele veranderingen.

3 GEVOLGEN VOOR DE INHOUD VAN DE ZORG EN DE ARTS-PATIENTRELATIE

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van wat uit de literatuur bekend is met betrekking tot zorginhoudelijke gevolgen van externe en interne substitutie, het verdwijnen van de inschrijving op naam en de verandering van de honorering. Onder zorginhoudelijke effecten verstaan wij effecten op het aantal, de inhoud (diagnostiek, behandeling en verwijzing) en aard (consult of visite) en duur van de huisartscontacten. Voor zover hierover op basis van de literatuur iets kan worden gezegd, wordt ook aandacht besteed aan mogelijke gevolgen voor de arts-patiëntrelatie en voor de gezondheidstoestand van patiënten.

3.2 Gevolgen van externe substitutie

Eigen bijdragen kunnen tot gevolg hebben dat mensen afzien van de consumptie van zorg of deze uitstellen. Starmans (1998) noemt dit afzien van zorg externe substitutie. Aangezien in Nederland nooit een eigen bijdrage heeft gegolden voor de huisarts, kunnen we alleen op basis van buitenlandse ervaringen iets zeggen over de mogelijke invloed van zo'n eigen bijdrage op de inhoud van de zorg, de arts-patiënt relatie en de gezondheidstoestand.
Het beste en meest bekende onderzoek naar eigen bijdragen is het RAND Health Insurance Experiment (zie voor een uitgebreide beschrijving ook Bakker, 1997, p. 69-81; en Vereniging voor Volksgezondheid en Wetenschap, 1992). Dit was een randomized controlled trial waarin in totaal 7706 personen behorende tot 2756 gezinnen (representatief voor de bevolking van de VS) participeerden. De gezinnen werden op basis van het toeval geselecteerd. De verzekeringsvormen in het RAND-experiment varieerden in twee opzichten:

- de hoogte van de percentuele bijbetaling (0, 25, 50 of 95% van de kosten van zorg)
- de hoogte van de maximaal te betalen eigen bijdrage (5, 10 of 15% van het gezinsinkomen, met een maximum van $1000). In de vorm met een eigen bijdrage van 95% bedroeg het eigen risico maximaal $150 per persoon of $450 per gezin.

De verzekeringsvorm met een percentuele bijbetaling van 95% komt de facto neer op een eigen risico voor de kosten van zorg van $150 per persoon, of $450 per gezin. Voor de deelnemende gezinnen gold een vrije artsenkeuze onder een systeem van verrichtingenhonorering. Alle verzekeringsvormen kenden een brede dekking (ambulante en klinische zorg, geneesmiddelen, tandheelkundige zorg en geestelijke gezondheidszorg). In de vorm met 95% eigen bijdrage bestond geen eigen bijdrage voor het gebruik van ziekenhuisvoorzieningen (Newhouse et al., 1981).
Uit het RAND experiment bleek dat alle vormen van eigen bijdragen leidden tot een daling in de consumptie en/of de kosten van zorg. De mate waarin de consumptie van zorg daalde, varieerde echter sterk. Deze verschillen in effecten kunnen te maken hebben met het type eigen bijdrage (vaste of procentuele bijbetaling of eigen risico), maar ook met de verhouding van de hoogte van de eigen bijdrage tot de totale kosten van zorg (zie Delnoij, 1997). Starmans (1998, p. 33) komt op grond van een grondige

bestudering van de beschikbare literatuur tot de conclusie dat het grootste consumptieremmend effect kan worden verwacht van een procentuele eigen bijdrage van rond de 50% met een inkomensafhankelijk maximum van 5-15% van het gezinsinkomen, zonder mogelijkheden tot herverzekering en in ieder geval geldend voor ambulante zorg. Ambulante zorg en vooral eerste contacten met rechtstreeks toegankelijke zorg blijken namelijk gevoeliger te zijn voor eigen bijdragen dan vervolgconsumptie (zie ook Bakker, 1997).

Eigen bijdragen vormen dus een barrière voor de kostenbewuste patiënt om medische hulp in te roepen. Het is echter de bedoeling van eigen bijdragen dat zij alleen een barrière vormen bij relatief onschuldige problemen, waarbij bezoek aan een hulpverlener in feite onnodig is. Eigen bijdragen zouden patiënten met problemen die medische zorg behoeven of op korte of langere termijn ernstige gevolgen kunnen hebben, niet ervan moeten weerhouden om naar de huisarts te gaan. Evenmin zouden eigen bijdrage ertoe moeten leiden dat vooral de lagere inkomensgroepen een te grote financiële barrière ontmoeten bij het zoeken van medische hulp.
In het RAND-experiment is ook hiernaar onderzoek gedaan, door te kijken naar het hulpzoekgedrag voor relatief onschuldige en ernstige aandoeningen en naar verschillen tussen lagere en hogere inkomensgroepen. Shapiro et al.. (1986) vonden dat het artsbezoek voor onschuldige aandoeningen door de invoering van eigen bijdragen daalde met 30%. In de controlegroep bleef het artsbezoek voor onschuldige aandoeningen gelijk. De eigen bijdrage leidde in het algemeen niet tot een daling van het artsbezoek voor ernstige aandoeningen. Wel wijzen Shapiro et al.. (1986) op mogelijke inkomensverschillen. Eigen bijdragen zouden een sterkere barrière vormen voor mensen met een laag inkomen dan voor mensen met een hoger inkomen. De aanwijzingen die Shapiro et al. daarvoor in hun eigen onderzoek vinden, zijn niet sterk.
Keeler et al. (1987) vonden dat de groep verzekerden zonder eigen bijdragen significant minder verziend en bijziend was, minder vaak een hoge bloeddruk had en een betere mondgezondheidstoestand had. De niet significante verschillen in gezondheidstoestand tussen de groep met en de groep zonder eigen bijdragen waren echter niet consistent. De groep zonder eigen bijdrage scoorde beter op 10 onderdelen van een klachtenlijst maar slechter op 13 onderdelen. Keeler et al. (1987) concludeerden dat, gezien het aantal bestudeerde klachten (66 in totaal), de weinige gevonden significante verschillen op toeval zouden kunnen berusten.
In het RAND experiment trad ten gevolge van de eigen bijdrage een daling op in de vervolgconsumptie van patiënten. Zo daalden de kosten van geneesmiddelen in de experimentele groep met een eigen risico met 37,5%. Volgens Leibowitz et al. (1985, p. 1068) wordt deze daling echter veroorzaakt door het feit dat patiënten minder vaak contact hadden met een arts ten gevolge van het geldende eigen risico. Het effect van eigen bijdrage op verwijzingen naar een specialist is in het RAND-experiment niet onderzocht, omdat alle ambulante zorg (huisarts en specialist) rechtstreeks toegankelijk was.

De resultaten van ander Amerikaans onderzoek (Wedig, 1988) kwamen grotendeels overeen met de resultaten van het RAND-experiment: voor mensen met een slechte gezondheidstoestand bleek de vraag naar medische zorg minder prijsgevoelig te zijn dan voor mensen met een relatief goede gezondheidstoestand. Ook Wedig concludeert dat de prijs van de zorg vooral van invloed is op de initiële beslissing van de patiënt om wel of niet gebruik te maken van medische zorg. Indien patiënten zich eenmaal onder behandeling van een arts hadden gesteld (nadat dus de initiële beslissing was

genomen), bleek er geen invloed te bestaan van de gezondheidstoestand op de prijsgevoeligheid van de consumptie.
Lurie e.a. (1984) onderzochten in Californië de gevolgen van het beëindigen van Medi-Cal, een Medicaid programma voor volwassenen met een laag inkomen en in een slechte gezondheidstoestand die niet voor andere verzekeringen in aanmerking kwamen. Voor zorg moesten zij in het vervolg een eigen bijdrage betalen, met als gevolg dat het gebruik van voorzieningen afnam. De onderzoekers rapporteerden dat de gezondheidstoestand van deze mensen sterk terugliep, omdat ook het gepaste gebruik van zorg afnam. De gemiddelde bloeddruk steeg en de subjectieve gezondheid daalde. Ook waren patiënten minder tevreden met de zorg die ze ontvingen.
Cherkin e.a. (1990) bestudeerden de effecten van het heffen van eigen bijdragen op het gebruik van verschillende typen preventieve zorg in de staat Washington in de VS. De werknemers van een Health Maintenance Organization[2] (Group Health Cooperative of Puget Sound) moesten een vast bedrag bijbetalen voor medicijnen, doktersbezoek en bezoek aan de eerste hulp. Zij vonden geen bewijs dat het gebruik van cardiovasculaire medicijnen en kankerscreening afnam, maar de steekproef was hiervoor wellicht te klein. Wel vonden ze een behoorlijke daling in het aantal inentingen van vijf jaar oude kinderen. Het aantal lichamelijke onderzoeken nam met 14% af.
Magid e.a. (1997) bestudeerden de gevolgen van het heffen van eigen bijdragen voor eerste hulp bij deze zelfde werknemers in Washington State. Ze vonden geen verband tussen het al dan niet heffen van eigen bijdragen en het tijdstip waarop patiënten de eerste hulp bezochten met een hartinfarct. Soms wisten patiënten niet dat ze moesten betalen, maar ook binnen de subgroep die expliciet verteld was dat ze een eigen bijdrage verschuldigd waren, stelde men het bezoek aan de eerste hulp niet uit.
Roddy e.a. (1986) bestudeerden de gevolgen van de introductie in 1978 van een eigen bijdrage regeling voor mijnwerkers in de Verenigde Staten. De verzekerden moesten een vaste bedrag bij betalen van $7.50 voor een doktersbezoek (met een maximum van $150 per gezin) en $5 voor een medicijnvoorschrift met een maximum van $50. Bezoeken voor acute aandoeningen en klachten, als griep en luchtweginfecties, daalden meer dan ander doktersbezoek en het gebruik van preventieve zorg.

Het beschikbare onderzoek laat zien dat eigen bijdragen van invloed zijn op de beslissing van de patiënt om al dan niet naar de dokter te gaan. De invloed van eigen bijdragen is kleiner naarmate de gezondheidstoestand van de patiënt slechter is. Vooral voor onschuldige aandoeningen zullen patiënten minder vaak de huisarts consulteren. Indien de patiënt eenmaal hulp heeft gezocht, hebben eigen bijdragen nauwelijks nog invloed op de hoeveelheid medische zorg die vervolgens wordt geconsumeerd. De invloed van de hulpverlener is dus groot. Als de zorgbehoefte eenmaal door een hulpverlener is vastgesteld, dan is dat blijkbaar maatgevend voor het gebruik van zorg (Delnoij, 1997). Zoals ook Starmans (1998, p. 33) constateert, zijn in het algemeen geen nadelige gevolgen gevonden van eigen bijdragen op de gezondheidstoestand van patiënten. Naar eventuele gevolgen van het uit- of afstellen van consumptie op langere termijn is voor zover bekend geen onderzoek gedaan.
Veel van de kennis over de gevolgen van eigen bijdragen is gebaseerd op het RAND-onderzoek, dat qua opzet en setting afwijkt van de invoering van eigen bijdragen in een bestaande situatie in een gezondheidszorgsysteem. In het onderzoek in bestaande

2. Een Health Maintenance Organisation (HMO) is een organisatie die tegelijkertijd verzekeraar en aanbieder van zorg is. Artsen zijn in dienstverband of op contractuele basis werkzaam in of voor een HMO en worden vaak financieel medeverantwoordelijk gemaakt voor het bedrijfsresultaat.

situaties geldt vaak dat de effecten van specifieke aspecten van de invoering van eigen bijdragen niet goed van elkaar te onderscheiden zijn en vaak gekoppeld zijn aan andere veranderingen of omstandigheden.

Verwacht mag worden dat invoering van eigen bijdragen voor huisartsenzorg leiden tot minder bezoek aan huisartsen. Die daling zal het sterkst zijn voor minder ernstige klachten. Een belangrijk probleem bij deze laatste verwachting is dat in het onderzoek niet aan patiënten zelf is gevraagd of zij hun klachten 'onschuldig' vinden; het is vastgesteld door onderzoekers of deskundigen omschrijvingen van klachten te laten beoordelen. Vaak hebben patiënten hun huisarts nodig om gezamenlijk vast te stellen of een klacht onschuldig is. Het is denkbaar dat de vaak geconstateerde hogere consumptie van huisartsenzorg door lager opgeleiden (Van der Meer, 1998) is terug te voeren tot een dergelijke informatiebehoefte of behoefte aan geruststelling. Voorts is te verwachten dat een daling van het huisartsbezoek deels uitstel is en deels afstel. Het uitstel van huisartsbezoek zou zich kunnen vertalen in het 'opsparen' van meerdere klachten voor één consult met de huisarts.

3.3 Gevolgen van interne substitutie

Als door interne substitutie het rechtstreeks bezoek aan specialisten zou toenemen, heeft dat twee soorten gevolgen voor de inhoud van de zorg.
In de eerste plaats kan dan de sturende functie van de huisarts minder tot zijn recht komen doordat de huisarts letterlijk stukken informatie uit de sociaal-medische geschiedenis van patiënten gaat missen. De afwegingen die huisartsen maken worden ondersteund door de standaarden die vanaf het eind van de jaren tachtig voor een groot aantal veel voorkomende aandoeningen zijn opgesteld. De standaarden kunnen worden gezien als een weerspiegeling van hoe de huisartsen als collectief tegen hun beroepsuitoefening aankijken. Behalve adviezen om diagnostiek of controles uit te voeren of bepaalde geneesmiddelen voor te schrijven bevatten ze vooral ook adviezen om dingen niet te doen. Met andere woorden: ze weerspiegelen een duidelijke terughoudendheid van Nederlandse huisartsen als het om ingrijpen gaat. Daarnaast geven de standaarden aan individuele huisartsen steun om die terughoudendheid in praktijk te brengen, ook als patiënten het daar niet zo mee eens zijn. Als de structurele positie van huisartsen verandert als onbedoeld gevolg van de invoering van eigen bijdragen, zullen zij mogelijk minder in staat zijn om vast te houden aan hun terughoudend beleid.

In de tweede plaats is de zorg die mensen krijgen wanneer zij rechtstreeks naar een specialist gaan of rechtstreeks de EHBO bezoeken, mogelijk onnodig specialistisch. Dat komt doordat specialisten minder getraind zijn in en gespitst zijn op de zeeffunctie die huisartsen wel hebben.
Een huisarts kijkt door zijn positie in de gezondheidszorg anders tegen zijn patiënten aan dan een specialist. Ook al spreekt men meestal over de *patiënten* van een huisarts, zijn de meesten van hun niet ziek. Een huisarts is verantwoordelijk voor een groep mensen die in principe gezond zijn, tenzij het tegendeel blijkt. Zelfs als mensen de huisarts raadplegen, zal hij of zij ervan uitgaan dat er misschien niets aan de hand is of dat de klachten vanzelf overgaan (de afweging of professionele zorg nodig is of dat zelfzorg kan volstaan).
Een specialist heeft geen afgebakend deel van de bevolking waarvoor hij of zij

verantwoordelijk is. Het ziekenhuis heeft wel een verzorgingsgebied, maar dat is meer het gebied waaruit de patiënten worden gerecruteerd dan dat het om een populatie gaat waarvoor het ziekenhuis in algemene zin verantwoordelijk is. Als een patiënt de polikliniek bezoekt, moet de specialist ervan uitgaan dat er iets aan de hand is. Immers, de patiënt is (in de meeste gevallen) verwezen door een huisarts die de eerste schifting heeft gemaakt. Die heeft vastgesteld dat er met deze patiënt iets aan de hand is dat hij of zij niet zelf kan of wil afhandelen. Dat betekent dat de kans op de aanwezigheid van bepaalde ziekten en de verdeling van de ernst van ziekten heel anders zijn bij de patiënten die de huisarts raadplegen dan bij de patiënten op het spreekuur van een specialist.
De verschillende positie van huisartsen en specialisten heeft niet alleen invloed op de instroom van patiënten bij specialisten, maar ook op hetgeen specialisten doen. De gefilterde instroom en de andere verdeling van ernstige ziekten dan in de huisartspraktijk leidt ertoe dat specialisten bij onduidelijkheid over wat een patiënt mankeert langer zullen doorzoeken dan een huisarts. Waar een huisarts misschien zou zeggen 'het zal wel niets zijn' of 'laten we maar eens kijken of het niet vanzelf overgaat' zal een specialist eerder nader onderzoek (laten) doen (Grundmeijer en Van Weert, 1992).
Als mensen meer naar de specialist gaan zonder verwijzing door de huisarts, blijft de kijk van specialisten op hun patiënten grosso modo hetzelfde. Dat zit in de opleiding ingebakken. De specialist gaat er toch vanuit dat er iets aan de hand zou kunnen zijn met deze patiënten en zal geneigd zijn bij voorbeeld diagnostisch onderzoek uit te (laten) voeren.
Voor de specialisten zou een toename van rechtstreekse consulten betekenen dat zij een veel diverser aanbod aan klachten en aandoeningen op hun spreekuur zien. De instroom wordt dan immers minder gefilterd door huisartsen. Specialisten zouden daardoor meer relatief onschuldige aandoeningen zien. Dat is inefficiënt gebruik van hoog gespecialiseerde artsen (Groenewegen en Delnoij, 1997).

3.4 Gevolgen van het verdwijnen van de inschrijving op naam

Als door de wijze van invoering van eigen bijdragen voor de huisarts de inschrijving op naam minder dwingend wordt, zou dat zorginhoudelijke gevolgen kunnen hebben in de vorm van een vermindering van continuïteit van zorg.
Continuïteit van zorg is op twee manieren van belang voor de inhoud van de zorg. Het is een belangrijke voorwaarde voor de totstandkoming van een vertrouwensrelatie tussen huisarts en patiënt. Daarnaast geeft het de huisarts een unieke mogelijkheid om in de loop van de tijd kennis op te bouwen van de patiënt die daardoor niet in ieder consult opnieuw hoeft te worden verzameld.
Daarmee speelt continuïteit van zorg in op wat wel omschreven is als de twee basisbehoeften van de patiënt: een cognitieve behoefte ('the need to know and understand') en een emotionele behoefte ('the need to feel known and understood'). Deze beide behoeften van de patiënt corresponderen met de twee hoofdtypen van gedrag van de huisarts: affectief gedrag (gericht op het scheppen van een goede relatie) en instrumenteel gedrag (gericht op het oplossen van gezondheidsproblemen van de patiënt) (Bensing, 1991).
Op deze wijze gedefinieerd is continuïteit van zorg belangrijk in elk huisartsconsult. Kennis over de patiënt is bijvoorbeeld van groot belang bij chronische patiënten en patiënten die aan meerdere aandoeningen tegelijk lijden (veelal ouderen). Een huisarts heeft daarbij behoefte aan een overzicht over de verschillende klachten en aandoenin-

gen van een patiënt en kan de behandeling (met name medicatie) coördineren.
Wanneer huisartsen kennis hebben opgebouwd over achtergrond en geschiedenis van hun patiënten, vragen zij, blijkens een Noors onderzoek (Hjortdahl en Borchgrevink, 1991) minder laboratoriumdiagnostiek aan en kiezen zij vaker ervoor om het verloop van een ziekte even aan te kijken. Hetzelfde onderzoek vond bovendien aanwijzingen voor een verlaagd aantal voorschriften, maar een hoger aantal verwijzingen naarmate de dokter de patiënt en zijn ziektegeschiedenis beter kent. De keerzijde hiervan is overigens dat er fouten kunnen worden gemaakt doordat nieuwe informatie wordt ingepast in een bestaand beeld van de patiënt.
In een eerder genoemd Fins experiment met de invoering van patiënten op naam (Vohlonen et al., 1989) bleek dat weliswaar een zeer groot deel van de contacten in de experimentele groep niet plaatsvond met de huisarts bij wie men was ingeschreven, maar dat desondanks patiënten in de experimentele groep per leeftijds-, geslachts- en diagnosecategorie minder laboratorium- en beeldvormende diagnostiek en minder ECG's ondergingen dan patiënten in de controlegroep. Tevens omvatte hun behandeling vaker gespreksvoering. In twee van de drie regio's steeg het aantal verwijzingen naar een specialist, maar daalde het aantal verwijzingen naar een algemeen ziekenhuis. In de derde regio halveerde het verwijscijfer naar specialisten, terwijl het aantal verwijzingen naar een algemeen ziekenhuis slechts licht steeg.
Op grond van het weinige onderzoek dat is gedaan, verwachten we dat het minder dwingend worden van de inschrijving op naam zou kunnen leiden tot een toename van de tijd die wordt besteed aan het exploreren van de achtergrond van de patiënt en zijn of haar klachten en een toename van de hoeveelheid diagnostiek die wordt aangevraagd. Mogelijk zouden huisartsen ook minder vaak het risico nemen om de zaak even aan te kijken of te volstaan met gespreksvoering (Groenewegen en Delnoij, 1997). Ten slotte biedt het systeem van inschrijving op naam de mogelijkheid om programmatische preventie en screening op te hangen aan de huisartspraktijk. Immers, de populatie die moet worden opgeroepen voor screening of vaccinatie is bekend, terwijl bovendien de opkomst van patiënten en daarmee het bereik van de programma's wordt verhoogd doordat de huisartspraktijk een vertrouwd en bekend adres is. Uit recent onderzoek blijkt tevens dat patiënten die een goed contact hebben met hun huisarts het meer waarderen als hun huisarts preventieve onderwerpen aan de orde stelt (Hulshof e.a., 1998).

3.5 Gevolgen van invoering van een honorering per verrichting

Er is weinig onderzoek gedaan naar de gevolgen van verandering van honorering van artsen om de simpele reden dat honoreringssystemen niet zo vaak ingrijpend veranderen (Delnoij, 1994). Toch is er wel iets bekend, ook uit Nederlands onderzoek. De invoering van een gedeeltelijke honorering per verrichting voor ziekenfondsverzekerden heeft in Nederland namelijk in de tweede helft van de jaren tachtig geruime tijd ter discussie gestaan, omdat huisartsen onder abonnementshonorering geen financiële prikkels hebben om patiënten zoveel mogelijk zelf te behandelen en zo min mogelijk te verwijzen naar een specialist. Met subsidie van de Ziekenfondsraad vond een aantal experimenten plaats, waaronder het 'Verrichtingenprojecten Leiden-Alphen aan den Rijn'. In dit experiment werden huisartsen voor ziekenfondsverzekerden bovenop het abonnement apart betaald voor zeventien medisch-technische verrichtingen. De bedoeling was dat huisartsen voor deze verrichtingen minder vaak naar een specialist zouden verwijzen. De interventie had echter niet het gewenste effect op de verwijscijfers

per specialisme (Van Heyningen e.a., 1990). Dat kwam waarschijnlijk deels doordat de zeventien verrichtingen slechts een klein deel uitmaakten van het totaal aantal mogelijke redenen voor een verwijzing naar de specialist. De effecten van het experiment kunnen daarom als het ware zijn ondergesneeuwd (Delnoij e.a., 1992). In een ander onderzoek, naar de invoering van een gedeeltelijke honorering per verrichting in Kopenhagen, bleken huisartsen namelijk wel meer verrichtingen zelf uit te voeren en minder te verwijzen. De huisartsen in Kopenhagen werden aanvankelijk betaald per abonnement. In 1987 werd hun honorering veranderd in een gemengd systeem: 50% abonnement, 50% honorering per verrichting (consulten, visites en medisch-technische verrichtingen). Gevolg daarvan was dat het aantal consulten gelijk bleef, maar dat per consult 66% meer diagnostische en 80% meer therapeutische verrichtingen werden uitgevoerd. Voor een deel werden daarmee verwijzingen naar de tweede lijn voorkomen: het aantal verwijzingen naar particuliere specialisten daalde met 27%, het aantal verwijzingen naar specialisten in dienst van het ziekenhuis met 23% (Krasnik e.a., 1990, Flierman, 1991).
In een Amerikaanse Health Maintenance Organisation (HMO) werd de honorering van eerstelijnsartsen gewijzigd van een honorering per verrichting in abonnement; in 'omgekeerde'richting dus. Daardoor nam het aantal verwijzingen naar specialisten significant toe (Stearns e.a., 1992). Ook dat onderzoek duidt er dus op dat per verrichting betaalde artsen minder verwijzen dan per abonnement betaalde artsen. Mocht dit effect optreden ten gevolge van de invoering van een eigen bijdrage voor de huisarts die gepaard gaat met afschaffing van het abonnement, dan treedt dus een onbedoeld, maar gezien het niet aflatende streven naar substitutie van zorg, positief effect op. Wanneer een honorering per verrichting echter beperkt blijft tot consulten en visites en geen aparte tarieven voor specifieke medisch-technische verrichtingen bevat (wat in Kopenhagen en de Amerikaanse HMO wel het geval was) zal het substitutie-effect mogelijk niet zo groot zijn. Zoals uit het Deense experiment immers bleek, bleef het totaal aantal consulten onder de nieuwe honorering min of meer gelijk. De verklaring daarvoor is dat deze grootheid niet zo gemakkelijk door huisartsen zelf te beïnvloeden is als de inhoud van een consult (in termen van medisch-technische verrichtingen). Voor het totstandbrengen van een consult is de huisarts namelijk ook afhankelijk van zijn patiënten. Voor Deense huisartsen was het waarschijnlijk gemakkelijker om binnen een zelfde aantal consulten meer specifieke verrichtingen te doen, dan om het aantal consulten 'op te krikken'.
De koppeling van honorering aan productie kan door de invoering van eigen bijdragen ook een minder positief effect hebben. Indien in een gemengde honorering door een eigen bijdrage het aantal consulten terugloopt, zal daarmee ook het inkomen van huisartsen teruglopen (verg. ook Bakker, 1997, p. 66). Dat zou huisartsen ertoe kunnen brengen om binnen de consulten die plaatsvinden meer aandacht te besteden aan verrichtingen die afzonderlijk worden gehonoreerd. Daarmee ontstaat het gevaar van overbehandeling.

3.6 Conclusie

Als gevolg van de mogelijke veranderingen van de structurele positie van huisartsen die in het vorige hoofdstuk zijn beschreven, zouden er gevolgen voor de inhoud van de zorg, de gezondheid van patiënten en de arts-patiënt relatie kunnen optreden. In dit hoofdstuk hebben we op basis van bestaand onderzoek en inzichten uit de literatuur en aantal verwachtingen geformuleerd over deze mogelijke gevolgen. We vatten ze hier kort samen.

Met betrekking tot externe substitutie:
- invoering van eigen bijdragen voor huisartsenzorg leidt tot minder bezoek aan huisartsen;
- de daling zal sterker zijn voor minder ernstige klachten;
- er bestaan aanwijzingen dat de daling mogelijk sterker zal zijn voor mensen met lagere inkomens;
- huisartsen zullen minder in de gelegenheid zijn om bij te dragen aan verantwoorde afweging van wat door zelfzorg kan worden opgelost en wat professionele hulp vereist;
- patiënten zullen hun klachten meer gaan 'opsparen'.

Met betrekking tot interne substitutie:
- de sturende functie van de huisarts komt minder tot zijn recht doordat de huisarts stukken informatie uit de sociaal-medische geschiedenis van patiënten gaat missen;
- huisartsen zullen mogelijk minder in staat zijn om vast te houden aan hun terughoudend beleid, zoals geformuleerd in de standaarden;
- de zorg die mensen krijgen die rechtstreeks naar een specialist gaan of rechtstreeks de EHBO bezoeken, is mogelijk onnodig specialistisch;
- specialisten krijgen meer relatief onschuldige aandoeningen te zien, waardoor hun zorg mogelijk minder efficiënt wordt gebruikt.

Met betrekking tot de gevolgen van het verdwijnen van inschrijving op naam:
- bij frequentere wisseling van huisarts zal de vertrouwensrelatie tussen huisarts en patiënt moeilijker tot stand komen;
- de huisarts heeft minder mogelijkheden om in de loop van de tijd kennis op te bouwen van de patiënt die daardoor niet in ieder consult opnieuw hoeft te worden verzameld;
- er zal een toename zijn van de tijd die wordt besteed aan het exploreren van de achtergrond van de patiënt en zijn of haar klachten en een toename hoeveelheid diagnostiek die wordt aangevraagd;
- mogelijk zullen huisartsen ook minder vaak het risico nemen om de zaak even aan te kijken of te volstaan met gespreksvoering;
- de huisartspraktijk verliest zijn functie als raamwerk voor programmatische preventie en screening.

Met betrekking tot de gevolgen van een verandering van honorering:
- bij invoering van (gedeeltelijke) honorering per verrichting zullen huisartsen meer zelf gaan doen en wat minder gaan verwijzen;
- bij teruglopend aantal consulten als gevolg van een eigen bijdrage ontstaat bij (gedeeltelijke) honorering per verrichting het gevaar van overbehandeling.

4 IZA EN HET ZIEKENFONDS: ZIJN ER VERSCHILLEN IN ZORG?

4.1 Inleiding

Uit de literatuurstudie die ten behoeve van het vorige hoofdstuk is gedaan, is gebleken dat eigen bijdragen vooral effect hebben op de initiële beslissing van mensen om wel of niet naar de huisarts te gaan. Hebben zij eenmaal contact met de huisarts, dan bepaalt vooral deze de aard en hoeveel van zorg die verder wordt geconsumeerd. Verder is gebleken dat eigen bijdragen een sterker remmend effect hebben bij onschuldige klachten dan bij ernstige klachten. In dit hoofdstuk zal op basis van empirisch materiaal worden nagegaan of er verschillen bestaan tussen IZA-verzekerden onder de loongrens (voor wie een procentuele eigen bijdrage van 10% geldt voor huisartsgeneeskundige zorg) en ziekenfondsverzekerden (voor wie geen eigen bijdrage geldt voor de huisarts) voor wat betreft eerste contacten bij de huisarts en vervolgconsumptie. Een complicerende factor (die de vergelijking overigens wel realistischer maakt) is dat er naast een verschil in verzekering ook een verschil in honorering van de huisarts bestaat. Immers, IZA-verzekerden krijgen de zorg niet in natura, zoals ziekenfondsverzekerden (vergelijk tabel 2.1); zij betalen de huisarts per consult of visite en krijgen een deel van de kosten gerestitueerd.

We verwachten op basis van de literatuur en de inzichten die in het vorige hoofdstuk zijn beschreven dat IZA-verzekerden minder eerste contacten hebben met de huisarts, terwijl het aantal herhaalcontacten met de huisarts vanwege de honorering per consult mogelijk wat hoger is (ofschoon de invloed van de huisarts hierop minder groot is dan op verrichtingen binnen een consult, verg. Krasnik e.a., 1990). We verwachten dat het aantal voorschriften voor geneesmiddelen gegeven een contact gelijk is, maar dat het aantal verwijzingen naar de specialist gegeven een contact door het verschil in honorering mogelijk wat lager is. Daarnaast verwachten we dat de klachten waarmee IZA-verzekerden de huisarts bezoeken gemiddeld ernstiger zullen zijn en minder vaak psychosociaal van aard (als operationalisatie van 'relatief onschuldig') dan de klachten van ziekenfondsverzekerden. Verder is het denkbaar dat IZA-verzekerden klachten 'opsparen', waardoor ze per consult meer klachten aan de huisarts presenteren.

4.2 Methode

De analyses die in dit hoofdstuk worden gepresenteerd zijn gebaseerd op de in 1987/'88 uitgevoerde Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk (Bensing et al., 1991).Ten tijde van deze studie gold de Algemene Eigen Bijdrageregeling voor ziekenfondsverzekerden dus nog niet. In de Nationale Studie hebben 161 huisartsen gedurende drie maanden inhoudelijke gegevens over alle contacten met hun patiënten vastgelegd. Helaas is niet van de hele patiëntenpopulatie bekend of zij onder de IZA-regeling vallen. Dit is wel bekend voor een steekproef patiënten (van circa 100 per huisarts) met wie een interview is gehouden. Voor alle mensen die onder de IZA-regeling vallen uit deze steekproef en die een inkomen hebben onder de loongrens, is een vergelijkbare ziekenfondsverzekerde geselecteerd. IZA-verzekerden en ziekenfondsverzekerden zijn gematcht op de volgende kenmerken: leeftijd, geslacht, ervaren gezondheid, opleiding en burgerlijke staat. Door deze procedure is gestreefd naar een

beide groepen in de zorg die zij van huisartsen ontvangen, het gevolg zijn van het verschil in verzekeringssysteem en niet van verschillen in gezondheid. De mogelijkheden tot generalisatie van de uitkomsten naar alle ziekenfondsverzekerden worden echter weer beperkt doordat de geselecteerde ziekenfondsverzekerden afwijken van de groep ziekenfondsverzekerden als geheel. Daarom is de groep geselecteerde ziekenfondsverzekerden ook nog vergeleken met de totale groep. Aldus bestaat dit deel van het onderzoek uit de volgende vergelijkingen (zie figuur 4.1):

Figuur 4.1 Opzet van analyse van secundaire gegevens over IZA- en ziekenfondsverzekerden

	IZA-verzekerden	Gematchte ziekenfonds	Totale groep ziekenfonds
	<---------->		
Achtergrondkenmerken	per definitie geen verschil	<----------> vergelijking t.b.v. generaliseerbaarheid	
	<---------->		
Aspecten van zorggebruik	analyse verzekeringseffect	<----------> vergelijking t.b.v. generaliseerbaarheid	

De aspecten van zorggebruik waarop de onderzoeksgroepen worden vergeleken zijn:
- het al of niet bezoeken van de huisarts en de frequentie daarvan;
- de inschatting door de huisarts van de ernst van de klachten, de mate waarin ze levensbedreigend zijn en de mate waarin psychosociale aspecten een rol spelen bij de klachten;
- de aard van de klachten in termen van de ICPC (International Classification of Primary Care);
- het gemiddeld aantal klachten dat per contact wordt gepresenteerd;
- het aantal verwijzingen naar een specialist;
- het aantal contacten waarin een geneesmiddel wordt voorgeschreven.

De verschillen tussen de beide gematchte groepen in het aantal eerste en herhaalbezoeken aan de huisarts zijn getoetst met behulp van T-toetsen voor gematchte paren. Deze toets kan niet worden gebruikt voor de aard van de klachten en de vervolgconsumptie aangezien deze analyses plaatsvinden op het niveau van contacten en niet op het niveau van gematchte verzekerden.

4.3 Resultaten

In tabel 4.1 is de verdeling van IZA- en ziekenfondsverzekerden weergegeven naar gezondheidstoestand, opleiding en geslacht. Uit de tabel blijkt dat de gematchte paren identiek zijn voor wat betreft gezondheidstoestand, leeftijd en geslacht. Wat opleiding betreft zijn er kleine, niet significante verschillen die veroorzaakt worden doordat in sommige subcategorieën geen perfecte koppeling mogelijk was. In het algemeen is de matching echter geslaagd en zijn beide groepen verzekerden dus vergelijkbaar voor wat

betreft relevante achtergrondkenmerken. De aselecte steekproef ziekenfondsverzekerden is gemiddeld wat jonger, wat vaker vrouw, heeft iets vaker een LBO-opleiding en heeft een iets minder goede gezondheidstoestand. De verschillen met beide andere groepen zijn echter niet significant.

Tabel 4.1 Verzekerden naar gezondheidstoestand, opleiding en geslacht

	IZA-verzekerden (n=238)	Gematchte ziekenfonds-verzekerden (n=238)	Aselecte ziekenfonds-verzekerden (n=238)
Percentage verzekerden met een (heel) goede gezondheids-toestand	198 (83,2%)	198 (83,2%)	187 (78,9%)
Percentage vrouwen	111 (46,6%)	111 (46,6%)	134 (56,5%)
Gemiddelde leeftijd	38,1	38,4	36,2
Opleiding:			
lager onderwijs	64 (32,3%)	72 (36,2%)	66 (33,5%)
LBO	41 (20,7%)	42 (21,1%)	55 (27,9%)
MAVO	27 (13,6%)	27 (13,6%)	25 (12,7%)
MBO	34 (17,2%)	32 (16,1%)	31 (15,7%)
HAVO	14 (7,1%)	14 (7,1%)	7 (3,6%)
HBO/universiteit	18 (9,1%)	12 (6,0%)	13 (6,6%)

In tabel 4.2 is het gemiddeld aantal eerste contacten en het gemiddeld totaal aantal contacten per verzekerde met de huisarts weergegeven. Zoals verwacht hebben IZA-verzekerden minder eerste contacten met de huisartspraktijk dan ziekenfondsverzekerden. Per drie maanden heeft de gemiddelde IZA-verzekerde 0,29 eerste contacten met de huisartspraktijk, de gemiddelde 'gematchte' ziekenfondsverzekerde heeft er 0,40 en de gemiddelde 'aselecte' ziekenfondsverzekerde 0,47 eerste contacten. Het verschil tussen de aselecte steekproef ziekenfondsverzekerden en IZA-verzekerden is significant (modified LSD test, $p < .05$), maar berust niet op verschillen in verzekeringsvorm. Het verschil tussen IZA-verzekerden en de gematchte steekproef ziekenfondsverzekerden is namelijk net niet significant (paired t-test, $t=1.57$, $p=.06$). Met andere woorden: het verzekeringseffect is beperkt. De verschillen tussen de drie groepen voor wat betreft het totaal aantal contacten met de huisartspraktijk zijn niet significant, zoals verwacht werd. Dit impliceert wel dat het aantal herhaalcontacten binnen de groep IZA-verzekerden hoger is dan binnen de gematchte groep ziekenfondsverzekerden.

Tabel 4.2 Verzekerden naar gemiddeld aantal eerste contacten en gemiddeld totaal aantal contacten met de huisartspraktijk in drie maanden

Gemiddeld aantal contacten:	Iza-verzekerden (n=238)	Gematchte ziekenfondsverzekerden (n=238)	Aselecte ziekenfondsverzekerden (n=238)
eerste contacten	0,29	0,37	0,49
alle contacten	1,05	1,09	1,19

De nu volgende analyses zijn uitgevoerd op het niveau van contacten met de huisarts. Voor IZA-verzekerden is informatie beschikbaar over 436 contacten, de gematchte ziekenfondsverzekerden hebben 433 contacten en de aselecte steekproef van ziekenfondsverzekerden 450. Tabel 4.3 geeft de mate weer waarin de klacht van de patiënt naar de mening van de huisarts psychosomatisch van aard is, levensbedreigend of invaliderend. Deze aspecten zijn gemeten op een vijfpuntschaal waarbij 1 de laagste en 5 de hoogste score betrof. Naarmate het gemiddelde dus hoger is, zijn de klachten meer psychosomatisch, levensbedreigend of invaliderend. We verwachtten dat IZA-verzekerden door de eigen bijdrage die zij voor de huisarts moeten betalen minder vaak met psychosociale of onschuldige klachten naar de huisarts zullen gaan. Zij zouden dus lager op de schaal voor psychosomatiek moeten scoren en hoger voor de beide andere aspecten. In de praktijk blijkt dit niet zo te zijn, zoals te zien is in tabel 4.3. Het enig significante verschil betreft de mate waarin klachten psychosomatisch van aard zijn: in de aselecte steekproef ziekenfondsverzekerden is dit significant meer het geval dan in de gematchte steekproef ziekenfondsverzekerden en onder IZA-verzekerden. IZA-verzekerden en gematchte ziekenfondsverzekerden wijken niet van elkaar af, hetgeen betekent dat er geen verzekeringseffect is.

Tabel 4.3 Gemiddelde mate waarin klachten van verzekerden naar het oordeel van de huisarts psychosomatisch, levensbedreigend en invaliderend zijn (vijfpuntschaal 1= helemaal niet , 5=zeer sterk)

Mate waarin de klacht van de patiënt ...	IZA-verzekerden (n=436)	Gematchte ziekenfondsverzekerden (n=433)	Aselecte steekproef ziekenfondsverzekerden (n=450)
psychosomatisch is	0,99	0,97	1,27
levensbedreigend is	2,81	2,84	3,10
invaliderend is	2,63	2,80	2,94

Tabel 4.4 geeft een overzicht van het percentage klachten van verzekerden per ICPC-hoofdstuk. Vergeleken met IZA-verzekerden vinden in de aselecte steekproef ziekenfondsverzekerden relatief veel contacten plaats voor maag-darmaandoeningen en relatief weinig voor ziekten van het hart-vaatstelsel. Dat heeft te maken met verschillen in de achtergrondkenmerken van deze groepen, want in de gematchte steekproef ziekenfondsverzekerden is dit patroon niet terug te vinden. IZA-verzekerden en hun gematchte ziekenfondsverzekerden wijken vooral van elkaar af voor wat betreft neurologische aandoeningen (zenuwstelsel): IZA-verzekerden hebben hiervoor duidelijk vaker contact.

Omdat patiënten meerdere klachten kunnen presenteren in één contact, komen de percentages in Tabel 4.4 boven de 100 uit. Per 100 contacten is het aantal klachten dat wordt gepresenteerd door IZA-verzekerden wat hoger dan het aantal van de gematchte groep ziekenfondsverzekerden. De aselecte steekproef ziekenfondsverzekerden laat weer een hoger aantal klachten per 100 contacten zien.

Tabel 4.4 Klachten van verzekerden naar ICPC-hoofdstuk in percentages* van het aantal contacten.

ICPC-hoofdstuk	IZA-verzekerden	Gematchte ziekenfondsverzekerden	Aselecte ziekenfondsverzekerden
Algemeen	10,2	8,8	11,1
Bloed	1,4	1,0	0,3
Maag-darm	5,1	4,9	13,8
Oog	4,1	2,0	4,2
Oor	1,0	3,3	2,4
Hartvaatstelsel	21,5	20,3	11,4
Bewegingsapparaat	14,0	15,7	16,8
Zenuwstelsel	9,2	2,3	3,9
Psyche	16,0	16,0	18,9
Ademhaling	17,4	15,4	13,5
Huid	6,1	10,1	7,5
Endocrien/metabolisme	5,8	4,9	4,8
Urinewegen	2,7	3,3	3,6
Zwangerschap	2,0	3,6	5,1
Vrouwelijke genitaliën	3,8	2,0	4,8
Mannelijk genitaliën	1,4	0,7	1,2
Sociale problemen	3,8	1,6	3,0
Aantal klachten/100 contacten	125,5	115,9	126,3

* Percentages tellen niet op tot 100 omdat huisartsen de mogelijkheid hadden om per contact meer dan 1 diagnose of werkhypothese te noteren.

In tabel 4.5 tenslotte, is het percentage contacten met een verwijzing naar de specialist en met een recept voor een geneesmiddel weergegeven voor de drie groepen verzekerden. We verwachtten geen verschil tussen de IZA-verzekerden en hun gematchte 'ziekenfonds-partners' in het percentage contacten met een geneesmiddelenvoorschrift. Daarnaast is er mogelijk een lager percentage contacten met een verwijzing onder de IZA-verzekerden in vergelijking met de gematchte groep ziekenfondsverzekerden. Uit de tabel blijkt dat de gematchte ziekenfondsverzekerden in een hoger percentage van de contacten worden verwezen dan IZA-verzekerden (4,4% tegen 1,6%). Dit verschil is net

niet significant (chi2= 5.73, p= .06). Opvallend in deze tabel is het onverwacht grote verschil in het percentage contacten waarin een geneesmiddel wordt voorgeschreven: IZA-verzekerden krijgen in slechts 29,6% van de contacten een of meer recepten, de gematchte groep ziekenfondsverzekerden in 43,2% van de contacten. Dit verschil is significant (chi2= 31.6, p= .00) en lijkt dus een verzekeringseffect te zijn (maar mogelijk meer van de eigen bijdrage die IZA-verzekerden betalen voor voorgeschreven geneesmiddelen dan voor bezoek aan de huisarts *sec*). In de aselecte steekproef ziekenfondsverzekerde ligt het percentage contacten met een of meer recepten nog iets hoger: op 47,3%.

Tabel 4.5 Percentage van de contacten met een verwijzing naar een medisch specialist of een voorschrift voor een geneesmiddel per groep verzekerden

Percentage contacten met:	IZA-verzekerden	Gematchte ziekenfondsverzekerden	Aselecte ziekenfondsverzekerden
verwijzing specialist	1,6	4,4	3,1
voorschrift medicijn	29,6	43,2	47,3

4.4 Conclusie

Bij een vergelijking van het gezondheidszorggebruik van IZA-verzekerden en ziekenfondsverzekerden kunnen er verzekeringseffecten en honoreringseffecten optreden. Op basis van onze analyse van de literatuur verwachtten wij dat IZA-verzekerden minder eerste contacten hebben met de huisarts (verzekeringseffect), terwijl het aantal herhaalcontacten met de huisarts mogelijk wat hoger is (honoreringseffect). We verwachtten dat het aantal voorschriften voor geneesmiddelen gegeven een contact gelijk is, maar dat het aantal verwijzingen naar de specialist gegeven een contact door het verschil in honorering wat lager zou kunnen zijn. Daarnaast veronderstelden we dat de klachten waarmee IZA-verzekerden de huisarts bezoeken gemiddeld ernstiger zullen zijn en minder vaak psychosomatisch van aard dan de klachten van ziekenfondsverzekerden en dat IZA-verzekerden de klachten meer 'opsparen', zodat zij meer klachten per contact presenteren.

De analyses die in dit hoofdstuk zijn uitgevoerd bieden slechts een gedeeltelijke ondersteuning voor onze hypothesen. Weliswaar hebben IZA-verzekerden minder eerste contacten dan vergelijkbare ziekenfondsverzekerden, maar dit verschil is net niet significant. Dit kan te maken hebben met de relatief kleine aantallen verzekerden (n=238 per groep) waarover wij voor deze analyses konden beschikken, waardoor sprake is van een gebrek aan statistische power.

Tegengesteld aan onze verwachting hebben IZA-verzekerden een geringer percentage contacten met een medicijnvoorschrift. Dit verschil zou een verzekeringseffect kunnen zijn vanwege het feit dat IZA-verzekerden, behalve een eigen bijdrage voor het bezoek aan de huisarts destijds (1987/1988) ook een eigen bijdrage over de voorgeschreven geneesmiddelen moesten betalen. Het percentage contacten met een verwijzingen naar de specialist is lager voor IZA-verzekerden, maar dit verschil net niet significant. Dit verschil is op zich verklaarbaar als een honoreringseffect. Echter, de verschillen in verwijzen naar de specialist kunnen ook worden veroorzaakt doordat IZA-verzekerden geen administratieve verwijzingen (met name verlengingsverwijzingen en verwijzingen naar de oogarts) nodig hebben.

De klachten waarmee IZA-verzekerden de huisartspraktijk bezochten, waren niet minder

naar de oogarts) nodig hebben.
De klachten waarmee IZA-verzekerden de huisartspraktijk bezochten, waren niet minder psychosomatisch van aard of ernstiger dan de klachten van vergelijkbare ziekenfondsverzekerden. Wel presenteerden IZA-verzekerden een groter aantal klachten per contact dan de gematchte groep ziekenfondsverzekerden, maar niet meer dan de doorsnee ziekenfondsverzekerden. Dat laatste heeft mogelijk met een verschil in gezondheid te maken tussen enerzijds de doorsnee ziekenfondspatiënten en anderzijds de gematchte groepen.

De uitkomsten van deze secundaire analyse laten zien dat er verzekerings- en honoreringseffecten naast elkaar bestaan. Een lager aantal eerste contacten met de huisarts bij IZA-verzekerden (verzekeringseffect) wordt voor een groot deel gecompenseerd door meer herhaalcontacten (mogelijk een honoreringseffect), waarbij het aantal klachten per consult bij IZA-verzekerden hoger is (mogelijk een verzekeringseffect). Het lagere aantal contacten dat met een recept wordt afgesloten bij IZA-verzekerden zou een verzekeringseffect kunnen zijn, maar is mogelijk niet of slechts ten dele gerelateerd aan de eigen bijdrage voor de huisarts, maar rechtstreeks aan de eigen bijdrage voor geneesmiddelen. Een dergelijk effect zal mogelijk ook te zien zijn binnen de ziekenfondsverzekering sinds de invoering van de Algemene Eigen Bijdrageregeling (zij het in mindere mate omdat in de AEB niet met restitutie wordt gewerkt). Zoals gezegd, kan het verschil in aantal verwijzingen zowel een honoreringseffect als een administratief artefact zijn.

De IZA-verzekerden in deze secundaire analyse en de gematchte groep ziekenfondsverzekerden wijken af van de doorsnee ziekenfondspatiënten. Dat betekent dat de resultaten van deze analyse niet zo maar generaliseerbaar zijn naar alle ziekenfondsverzekerden. Vooral het oordeel van de huisarts met betrekking tot ernst, het psychosomatisch karakter en de mate waarin de klachten invaliderend zijn, verschilt voor enerzijds de twee gematchte groepen en anderzijds de doorsnee ziekenfondspatiënten. We veronderstellen daarom dat eerstgenoemde groepen een relatief gezonde selectie zijn. De implicatie daarvan voor de effecten van eigen bijdragen zou kunnen zijn dat deze voor de groep ziekenfondspatiënten als geheel minder sterke effecten heeft dan voor de groep IZA-verzekerden is gevonden. Want bij ernstigere klachten werken eigen bijdragen minder sterk.

Ten slotte moet een slag om de arm worden gehouden in verband met de betrekkelijk kleine aantallen onderzoekseenheden in deze analyse en door het feit dat de gegevens tien jaar geleden zijn verzameld. De belangrijkste verandering sinds die tijd is dat nu voor ziekenfondsverzekerden eigen bijdragen bestaan voor de meeste onderdelen van de zorg, met uitzondering van de huisartsenzorg. Het is niet uit te sluiten dat daardoor de verzekeringseffecten die in deze analyse zijn gevonden groter zijn dan ze in de werkelijkheid van vandaag de dag zijn.

In nieuw onderzoek naar de vergelijking van IZA-verzekerden en ziekenfondsverzekerden op het gebied van de omvang en inhoud van de huisartsenzorg is het van belang om te beschikken over grotere aantallen onderzoekseenheden, om nog beter rekening te kunnen houden met consumptieverschillen die gerelateerd zijn aan gezondheidsverschillen, en om episodes van zorg te bekijken.

5 EIGEN BIJDRAGEN VOOR DE HUISARTS IN HET BUITENLAND

5.1 Inleiding

De derde pijler van het onderzoek is opgebouwd rond buitenlandse ervaringen. In de eerste plaats zal een overzicht worden samengesteld van het bestaan van eigen bijdragen voor huisartsenzorg in de landen van de EU. Daarmee kan een internationale, empirische invulling worden gegeven aan de eerste stap van schema 2.1., te weten de relatie tussen de administratief-technische uitvoering van eigen bijdragen en de structurele positie van huisartsen (waarbij uiteraard geen uitspraak kan worden gedaan over de causale volgorde).
In de meeste landen in Europa en Noord-Amerika bestaan eigen bijdragen in de gezondheidszorg. In sommige landen wordt slechts voor een enkele voorziening een bijbetaling van de patiënt verwacht, in andere landen is het een belangrijk onderdeel van het financieringssysteem. Saltman en Figueras (1997) beschrijven dat over het algemeen in Europa meer nadruk wordt gelegd op de aanbodskant dan op de vraagkant. De uitgaven aan zorg worden bijvoorbeeld in de hand gehouden door het beheersen van het aanbod door middel van planning en budgettering en niet via het beperken van de vraag door middel van het heffen van eigen bijdragen. Wanneer er toch eigen bijdragen worden geheven lijkt het doel vooral het genereren van extra middelen en een verschuiving in deze middelen van publiek naar particulier en niet zozeer het afremmen van de vraag.
Bij het vergelijken van landen moet rekening gehouden worden met specifieke kenmerken van het betreffende systeem (Rovira, 1997). Het verstrekkingenpakket dat gedekt wordt is niet altijd hetzelfde, de groep verzekerden die in aanmerking komt voor het standaard pakket kan verschillen en het soort voorzieningen kunnen niet met elkaar vergeleken worden. Een voorbeeld is de huisarts; in Griekenland is degene die de functie van huisarts heeft vaak een specialist, terwijl in Nederland patiënten door een huisarts naar de specialist verwezen moeten worden.

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de eigen bijdragen die gelden in andere landen en dan met name voor de huisarts. De huisarts neemt in verschillende landen een verschillende positie in. In sommige landen wordt hij gezien als poortwachter en is hij ook werkelijk het eerste aanspreekpunt voor de patiënt. In andere landen is deze rol minder duidelijk. Patiënten mogen rechtstreeks naar een specialist, het ziekenhuis of kunnen medicijnen krijgen. De structurele positie van huisartsen, die in hoofdstuk 2 is beschreven voor Nederland, verschilt dus van land tot land. De verwachting is dat dit gevolgen zal hebben voor de eigen bijdragen die geheven worden. In een systeem waar de huisarts als poortwachter fungeert zal geen eigen bijdrage gelden voor de huisarts. Een ander verband zou kunnen bestaan tussen de manier waarop de huisarts wordt betaald en het eventuele heffen van eigen bijdragen. Bij een betaling naar verrichting wordt een procentuele eigen bijdrage verwacht, bij huisartsen die volgens een salaris worden betaald wordt een vast bedrag verwacht en bij een abonnementstarief wordt geen eigen bijdrage verwacht.

5.2 Methode

Eerst zijn twintig verschillende landen vergeleken voor wat betreft het heffen van eigen bijdragen voor de huisarts. Dit zijn de 15 landen van de Europese Unie en IJsland, Noorwegen en Zwitserland. Daarnaast zijn ook Canada en de Verenigde Staten opgenomen.

Per land wordt op basis van literatuurstudie informatie gegeven over de eventuele bijbetaling voor de huisarts. Deze informatie samengevat in een schema en opgenomen als appendix aan het eind van dit hoofdstuk. De landeninformatie is uit verschillende bronnen verkregen, voornamelijk uit overzichtsstudies waarin verschillende gezondheidszorgsystemen met elkaar vergeleken zijn. In het schema is per land met een voetnoot aangegeven waar de informatie vandaan komt. Er is gezocht naar de meest recente informatie op dit gebied. Het jaar waarop de gegevens van toepassing zijn staat tussen haakjes genoemd.
Per land worden de volgende aspecten belicht: de vorm van bijbetaling, de positie van de huisarts, de relatie tussen de verzekeraar en patiënt en dus de manier waarop een eigen bijdrage moet worden betaald, eventuele ander bijdragen in het systeem en groepen die zijn uitgesloten van eigen bijdragen. Deze verschillende aspecten zijn in hoofdstuk 2 met betrekking tot de situatie in Nederland al uitvoerig besproken.

In paragraaf 5.3 wordt het overzicht van de landen gecombineerd met tabel 2.1 waarin de administratief technische scenario's voor de inning van eigen bijdragen voor de huisarts besproken zijn. Hiermee wordt een inzicht verkregen in de verschillende systemen en de administratief-technische voorwaarden die in de landen bestaan.

Met behulp van deze nieuwe tabel kunnen de verwachtingen worden getoetst die in de inleiding zijn genoemd met betrekking tot de positie en honorering van de huisarts. Gezien de aard van de gegevens zijn de verwachtingen niet statistisch getoetst.

5.3 Resultaten

Het overzicht waarin de eigen bijdrage voor de huisarts in verschillende landen wordt beschreven, is aan het eind van dit hoofdstuk opgenomen. Van de twintig landen uit het overzicht, wordt in acht geen eigen bijdrage voor huisartsenzorg geheven (Canada, Denemarken, Duitsland, Griekenland, Groot-Brittannië, Italië, Nederland en Spanje). In vier landen wordt een procentuele eigen bijdrage geheven (Oostenrijk, Frankrijk, Luxemburg en Zwitserland) en in zes landen wordt een vast bedrag gevraagd (Finland, IJsland, Ierland, Noorwegen, Portugal, Zweden). In de overige twee landen (België en de Verenigde Staten) geldt een vast bedrag en een procentuele bijdrage.

Opvallend is dat met name in de Scandinavische landen, behalve in Denemarken waar de huisarts vrij toegankelijk is, een vaste eigen bijdrage voor de huisarts gevraagd wordt, die rechtstreeks aan de hulpverlener moet worden betaald. In IJsland, Noorwegen en Zweden zit er bovendien een verschil in het tarief tijdens en buiten kantooruren en privé en 'publieke' artsen.

In de meeste landen die eigen bijdragen heffen geldt er een bepaald maximum.

Hierboven is de zorg vrij verkrijgbaar. Soms tellen niet alle eigen bijdragen mee voor het maximum. In Zweden vallen eigen bijdragen voor medicijnen er bijvoorbeeld niet onder. In Noorwegen worden de eigen bijdragen bijgehouden op een speciale kaart, die wanneer het bedrag is volgemaakt, omgezet wordt in een 'free card'.
Ook in Portugal bestaat een vaste eigen bijdrage in eerste instantie voor het bezoek aan de huisarts en indien noodzakelijk ook nog voor diagnostiek of medicijnen. Dit is in de praktijk een tijdrovend systeem en administratief complex, want voorafgaand aan het bezoek moet het tarief bij een bepaald kantoor worden betaald en na afloop moeten eventuele extra kosten bij hetzelfde kantoor worden afgerekend.
Ook in Ierland is het systeem administratief erg complex. De volksverzekering voorziet in twee verschillende verstrekkingenpakketten, die niet allebei een zelfde eigen bijdrage systeem kennen. Sommige patiënten moeten dus wel voor de huisarts betalen en andere niet. In tabel 5.1 zijn de verschillende landen ingedeeld naar het soort eigen bijdrage dat wordt geheven en de kenmerken van het gezondheidszorgsysteem.
In de Verenigde Staten bestaan er binnen het systeem en ook binnen verschillende staten zoveel verschillen in eigen betalingen dat het moeilijk is een goede beschrijving van het systeem te geven. Wel valt op dat hier eigen betaling binnen de gezondheidszorg als normaal beschouwd wordt.

In tabel 5.1 worden de landen uit het schema in de bijlage gecombineerd met tabel 2.1 uit hoofdstuk 2 waarin verschillende scenario's binnen bepaalde administratief-technische voorwaarden worden beschreven. In een aantal gezondheidszorgsystemen bestaan meerdere betalingssystemen naast elkaar. De verschillende mogelijkheden zijn opgenomen in de tabel, zodat dezelfde landen vaker voor kunnen komen. Wanneer een bepaalde mogelijkheid niet voor de hele bevolking of voor alle huisartsen geldt is dat tussen haakjes aangegeven.

Uit de tabel blijkt dat er van de vijftien mogelijke administratief-technische scenario's voor het heffen van eigen bijdragen (zie hoofdstuk 2) in de praktijk slechts een beperkt aantal voor komen.
Wanneer er een procentuele bijbetaling geldt, betreft het vaak een systeem waar volgens een restitutiestelsel de kosten worden betaald (4x). Bij vaste eigen bijdragen zien we twee landen waarin een restitutiestelsel geldt en vijf waarin de zorg in natura verstrekt wordt.
Wanneer er geen eigen bijdragen voor de huisarts gelden betreft het vaak een systeem, waar zorg in natura wordt verstrekt (8x).

Tabel 5.1 Administratief-technische kenmerken van twintig gezondheidszorgsystemen en het heffen van eigen bijdragen voor de huisarts

restitutiestelsel			vaste bijbetaling		procentuele bijbetaling		eigen risico		Geen
			België Ierland (hogere inkomens)		België Frankrijk Luxemburg Zwitserland				*Canada* *Duitsland (part)* *Griekenland (private aanbieders)*
			inning direct	inning achteraf	inning direct	inning achteraf	inning direct	inning achteraf	
zorg in natura	inning door huisarts		Finland Noorwegen IJsland **Portugal** **Zweden**						*Denemarken* *Duitsland (zfd)* *Griekenland* ***(publieke aanbied)*** ***Groot-Brittannië*** ***Ierland (lage inkomens)*** ***Italië*** ***Oostenrijk*** ***Spanje***
	inning door verzekeraar								

* De Verenigde Staten is in dit schema niet opgenomen, omdat er binnen het gezondheidssysteem meerdere vormen van het heffen van eigen bijdragen bestaan.
** Nederland is in dit schema niet opgenomen, omdat in hoofdstuk 2 het Nederlandse systeem uitgebreid is besproken.

In tabel 5.2 wordt de relatie bekeken tussen de positie die de huisarts in het systeem inneemt en het wel of niet heffen van een eigen bijdrage voor de huisarts. De hypothese is dat in landen waarin de huisarts poortwachter is er geen eigen bijdrage geldt.

Tabel 5.2 Relatie tussen poortwachtersfunctie huisarts en het heffen van eigen bijdragen

	Poortwachter	Geen poortwachter
Eigen bijdrage huisarts	Finland, Noorwegen, Portugal (3x)	België, Frankrijk, IJsland, Ierland (hoge inkomens), Luxemburg, Zweden, Zwitserland (7x)
Geen eigen bijdrage huisarts	Canada, Denemarken, Groot-Brittannië, Ierland (lage inkomens), Italië, Spanje (6x)	Duitsland, Griekenland, Oostenrijk (3x)

Het blijkt dat er in systemen waar de huisarts als poortwachter wordt gezien, inderdaad over het algemeen geen eigen bijdrage voor de huisarts gerekend worden. In landen waar de huisarts deze positie niet heeft, is vaker een eigen bijdrage verplicht.

Om de relatie te onderzoeken tussen de wijze waarop de huisarts wordt betaald en de manier waarop een eventuele eigen bijdrage wordt geheven, zijn in tabel 5.3 de verschillende landen ingedeeld naar honorering van de huisarts en de verschillende soorten eigen bijdragen. In landen waar meerdere vormen van honorering naast elkaar bestaan wordt het dominante betalingssysteem genomen, behalve in het Ierse systeem, waar beide systemen een belangrijke plaats innemen. De verwachting is dat bij landen met een abonnementssysteem geen eigen bijdrage bestaat, bij een salaris een vaste eigen bijdrage en bij een verrichtingensysteem een procentuele eigen bijdrage.

Het blijkt dat in landen waarin huisartsen volgens een abonnementssysteem betaald krijgen, inderdaad nooit een eigen bijdrage geldt. Landen waarin huisartsen een salaris ontvangen kennen, zoals verwacht, meestal een vaste eigen bijdrage. In landen waar de huisarts per verrichting wordt betaald, is het beeld minder duidelijk. In vier gevallen bestaat er, zoals verwacht, een procentuele eigen bijdrage, maar in vier landen wordt geen bijdrage geheven. Er zijn hiernaast nog twee landen die een vaste bijbetaling voor de huisarts verplicht stellen.

Tabel 5.3 Samenhang tussen honorering huisarts en de manier van het heffen van eigen bijdragen

	Verrichting	Salaris	Abonnement
Procentuele eigen bijdrage	België, Frankrijk, Luxemburg, Zwitserland (4x)		
Vaste eigen bijdrage	België, Ierland (hoge inkomens) (2x)	Finland, IJsland, Noorwegen, Portugal, Zweden (5x)	
Geen eigen bijdrage	Canada, Denemarken, Duitsland, Oostenrijk (4x)	Griekenland, Spanje (2x)	Denemarken, Groot Brittannië, Ierland (lage inkomens), Italië (4x)

5.4 Conclusies

In de helft van de landen die we bekeken hebben is een eigen bijdrage voor huisartsenbezoek verplicht. Er blijkt een verband te bestaan met de positie die de huisarts in het gezondheidssysteem inneemt. Landen waarin de huisarts een poortwachtersfunctie heeft hanteren minder vaak een eigen bijdrage; van de negen is de huisarts in zes landen zonder betaling toegankelijk.
De manier van het heffen van eigen bijdragen blijkt samen te hangen met de manier waarop huisartsen betaald krijgen. Wanneer huisartsen voornamelijk door middel van een abonnement betaald krijgen, blijkt dat er nooit een eigen bijdrage wordt geheven. Dit lijkt voor de hand liggend, omdat een abonnement al inhoudt dat een bepaald bedrag is betaald en dat de patiënt hiervoor zo vaak mag komen als nodig is, zonder dat er per keer weer een bedrag geldt. Bij een vast bedrag per bezoek blijken patiënten vaak te moeten betalen wanneer de huisartsen een salaris ontvangt. De verwachting was dat een procentuele bijdrage zou samenvallen met een verrichtingensysteem, maar in de praktijk blijkt een verrichtingensysteem ook samen te gaan met een vaste bijbetaling of geen bijbetaling.
Het administratief-technische scenario dat wordt uitgewerkt in het onderzoek van VB-Accountants is in de 'Europese werkelijkheid' niet aangetroffen. Er kan dus geen gebruik worden gemaakt van specifieke ervaring die elders is opgedaan.

Appendix bij hoofdstuk 5: Eigen bijdragen voor de huisarts in internationaal perspectief- het landenoverzicht

Land	Bijbetaling Huisarts?	Algemeen	Natura/restitutie	Andere eigen bijdragen?	maximum bedrag/ uitgesloten groepen
België (1993) [2]	PROCENTUELE BIJBETALING + VASTE BIJBETALING thuisbezoek 25% bijdrage bezoek huisarts: $3 of $1	Patiënten staan niet vast ingeschreven bij een huisarts, maar kunnen kiezen. Huisartsen worden per verrichting betaald. Patiënten betalen een vaste bijbetaling per huisarts consult ($3), weduwen, wezen, gehandicapten en gepensioneerden betalen minder ($1) Een bezoek thuis kost ze 25% of 10% van de kosten.	restitutie	medicijnen: procentuele bijbetaling (0% of 25% of 50% met maximum) tandarts: procentuele bijbetaling (55%) hulpmiddelen: procentuele bijbetaling (40%) ziekenhuis: vaste bijbetaling	voor weduwen, wezen, gehandicapten en gepensioneerden geldt een beperkte eigen bijdrage
Canada (1995) [3]	GEEN	Provinciale overheden betalen huisartsen per verrichting. Voor de meeste specialismen is een verwijzing nodig van de huisarts.	restitutie	tandarts: varieert per provincie	
Denemarken (1994) [4]	GEEN voor 4% van de bevolking geldt VASTE BIJBETALING	Patiënten staan ingeschreven bij huisarts, 4% heeft geen vaste huisarts. Deze laatste groep moet een tarief betalen. De kosten worden betaald door de gemeentelijke/provinciale overheid. Huisartsen zijn poortwachters.	natura	medicijnen: procentuele bijbetaling (25-50%) hulpmiddelen: bijbetaling ($30) tandarts: procentuele bijbetaling (55%)	er is geen maximum aan het bedrag dat betaald moet worden
Duitsland (1997) [5]	GEEN	Patiënten staan ingeschreven bij een vaste huisarts. De meeste mensen zijn verzekerd bij een Krankenkasse en deze betaalt rechtstreeks aan de hulpverlener. Bij particulier verzekerden bestaat een systeem van restitutie. Huisarts is in principe eerste aanspreekpunt, maar verzekerden kunnen wel rechtstreeks naar specialist.	natura/restitutie	medicijnen:vaste bijbetaling $2,3,4 ziekenhuis: vast bijbetaling $7	kinderen onder de 18 hoeven niet voor medicijnen te betalen

Finland (1996) [8]	VASTE BIJBETALING varieert per regio: er geldt een maximum van $18 per jaar, of $9 per bezoek aan gezondheidscentrum voor de eerste drie bezoeken	36% van de patiënten is ingeschreven bij een vaste huisarts. Deze zijn allemaal in dienst bij een gezondheidscentrum. Per gemeente is het verschillend of mensen een bijdrage moeten betalen en zo ja hoe. Dit is of een maximum van $18 per jaar, of per bezoek een bedrag van $9, of alleen voor de eerste drie bezoeken een bijdrage. Huisarts is poortwachter.	natura	medicijnen: procentuele bijbetaling (50%) en vaste bijbetaling ($9) ziekenhuis: bijbetaling ($23)	kinderen zijn uitgesloten voor sommige bijdragen en er geldt voor medicijnen een maximale bijdrage per jaar
Frankrijk (1995) [5]	PROCENTUELE BIJBETALING iedereen betaalt 30%	Patiënt betaalt de kosten voor ziekte in eerste instantie zelf en wordt achteraf vergoed. Dit gerestitueerde bedrag zal nooit het totale bedrag zijn. De overheid stelt voor elke verrichting een eigen bijdrage van de verzekerde vast (ticket modérateur). Vaak wordt de eigenbijdrage weer terug betaald door het ziekenfonds. Huisarts is geen poortwachter en patiënten zijn niet op naam ingeschreven.	restitutie	medicijnen: procentuele bijbetaling 0%,35%,65% ziekenhuis: procentuele bijbetaling (20%) of bijbetaling ($9)	
Griekenland (1993) [1]	GEEN	Bijna iedereen valt onder een ziekenfonds. Patiënten bezoeken vaak een huisarts die een contract heeft met het fonds, maar dit kan ook een privé arts zijn (dan worden de kosten achteraf vergoed). Er is geen inschrijving op naam. Huisartsen zijn meestal in dienst bij een gezondheidscentrum. Patiënten hebben geen verwijzing nodig.	natura/restitutie	medicijnen: procentuele bijbetaling (20-25%) ziekenhuis: vaste bijbetaling wanneer zonder verwijzing (1000 drachmes)	

Groot Brittanië (1997) [3]	GEEN	National Health Service dekt alle ingezetenen. Patiënten kiezen een arts waarmee de bevoegde overheid een overeenkomst heeft gesloten. Patiënten hoeven hun arts niets te betalen, naast een honorarium krijgt de arts alle kosten vergoed. De huisarts is poortwachter en er is inschrijving op naam.		medicijnen: vaste bijbetaling van $9 per voorschrift of een jaarlijks ticket van $122 tandarts: bijbetaling van $7 controle bezoek en procentuele bijbetaling van 80% van een behandeling	veel groepen zijn uitgesloten van eigen bijdragen: kinderen jonger dan 16, ouderen, zwangere vrouwen, moeders van zuigelingen, economische zwakkeren
IJsland (1993) [4]	VASTE BIJBETALING tijdens kantooruren $8, buiten kantooruren $14	Huisartsen zijn in dienst van gezondheidscentrum en ontvangen een abonnementstarief en salaris. Dit is betaald door de overheid. Huisarts is geen poortwachter.	natura	medicijnen: vaste bijbetaling per categorie verschillend. tandarts: procentuele bijbetaling tot 100% specialist: vaste bijbetaling ($16) en procentuele bijbetaling (40%)	kinderen, ouderen en gehandicapten zijn vrijgesteld van eigen bijdragen of er geldt een lager percentage
Ierland(1994) [9]	VASTE BIJBETALING 62% van de bevolking betaalt $8 voor eerste bezoek (maximaal: $56 per jaar) voor 38% is toegang GEEN	De volksverzekering voorziet in twee verschillende pakketten verstrekkingen. Mensen onder inkomensgrens en boven 66 jaar (38%) hebben een uitgebreider pakket dan zij die het wel kunnen betalen (62%). De eerste groep moet een huisarts uit een lijst kiezen. Deze patiënten zijn ingeschreven op naam en de huisarts is voor hen poortwachter. Particuliere huisartsen worden per verrichting betaald.	natura/resitutie	medicijnen: eigen risico per maand hulpmiddelen: procentuele bijbetaling ziekenhuis: vaste bijbetaling van $27 per dag tot maximum van $270 per jaar	mensen onder inkomensgrens hebben minder eigen bijdragen

Italië (1992) [6]	GEEN	Patiënten kunnen een arts kiezen waarmee de lokale gezondheidseenheden een contractuele relatie hebben. De huisartsen worden betaald door een abonnementstarief (afhankelijk van patiëntkenmerken).	natura	voor veel voorzieningen gelden eigen bijdragen	mensen onder armoedegrens, gepensioneerden, ernstig gehandicapten en chronisch zieken en zwangere vrouwen zijn vrijgesteld
Luxemburg(1994) [1]	PROCENTUELE BIJBETALING iedereen betaalt 20% voor het eerste bezoek en 5% voor de vervolg bezoeken.	Bijna iedereen is verplicht verzekerd voor ziektekosten. Patiënten moeten eerst zelf betalen en krijgen het bedrag min de eigen bijdrage gerestitueerd. Patiënten betalen voor het eerste bezoek aan de huisarts altijd 20% van de kosten, voor vervolg bezoek is dat 5%. Patiënten staan niet ingeschreven bij een huisarts. Ze hebben vrije toegang tot elke arts (ook specialist zonder een verwijzing). De zorg wordt betaald per verrichting.	restitutie	medicijnen: procentuele eigen bijdrage (20%) ziekenhuis: vaste bijbetaling specialist: procentuele bijbetaling (20%)	moeder en kind zorg wordt vanuit de staat volledig vergoed
Nederland (1998) [7]	GEEN	63% van de bevolking is verplicht verzekerd en ingeschreven bij een vaste huisarts die volgens een abonnementsysteem wordt betaald. Particulier verzekerden hoeven niet bij een vaste huisarts ingeschreven te staan, maar zijn dat in de praktijk meestal wel. Zij betalen per consult, maar krijgen het bedrag later van hun ziektekostenverzekeraar terug.	natura/restitutie	medicijnen: 20%, specialist: 20%, ziekenhuis: $4 per dag	voor iedereen geldt een maximimum van $100, bij lage inkomens is dit $50 en bij chronisch zieken is er een compensatie van $45

Noorwegen (1995) [4]	VASTE BIJBETALING tijdens kantooruren $17, buiten kantooruren $24	Meer dan de helft van alle huisartsen werkt vanuit een privé praktijk en de rest is publiek. Ook de privé-artsen hebben meestal een contract met de regionale overheid. De huisartsen worden betaald door de gemeentelijke overheid, een betaling per verrichting door de landelijke overheid en patiëntenbijbetalingen. Patiënt betaalt een vast bedrag per consult tot een maximum. Betalingen worden op een kaart bij de patiënt bijgehouden en na bepaald bedrag heeft gehaald, krijgt patiënt een 'vrije kaart' en hoeft de rest van het jaar niet te betalen. Huisartsen fungeren als poortwachter, inschrijving op naam op experimentele basis.	natura	medicijnen: procentuele bijbetaling 30% met een maximum van $60 per 3 maanden. Voor kinderen, 67+ en gehandicapten geldt 10% bijbetaling tandarts: hoge procentuele bijbetaling specialist: vaste bijbetaling verschillend voor bezoek overdag en 's nachts ($24 of $29)	grootverbruikers zijn beschermd omdat de kosten onder een plafond moeten blijven
Oostenrijk (1994) [1]	PROCENTUELE BIJBETALING (10%) GEEN voor 80% van bevolking	Patiënten moeten in principe voor een ziekte-periode bij zelfde dokter ingeschreven zijn. Als zij arts bezoeken die een contract heeft met verzekeraar dan moeten ze een voucher (te krijgen via werkgever) overhandigen als bewijs dat ze verzekerd zijn. Bezoeken ze een arts die geen contract heeft dan betalen patiënten 20% van de kosten zelf. Huisarts is geen poortwachter en er is geen inschrijving op naam.	gemengd natura/restitutie	medicijnen: eigen risico en vaste bijbetaling ziekenhuis: vaste bijbetaling ($4-$5 per dag) en procentuele bijbetaling (10% voor eerste 26 dagen)	zwangere vrouwen en pasgeboren kinderen krijgen gratis medische zorg

Portugal (1992) [1,6]	VASTE BIJBETALING	Huisartsen werken vanuit een nationale gezondheidsdienst in een gezondheidscentrum of een erkende zelfstandige arts. Ze krijgen een salaris (arts-ambtenaren) of een vast bedrag per consult (erkende artsen). Van overheidswege is een vast bedrag per patiënt vastgesteld. Voor de huisarts geldt een aanzienlijke eigen bijdrage. Patiënten dienen zich te laten registreren, maar zijn in praktijk vrij hun keuze te herzien. De kwaliteit van publieke voorzieningen laat te wensen over en veel patiënten gaan liever naar privé-artsen. De huisarts is verwijzer voor de tweede lijn.	natura	medicijnen: procentuele bijbetaling (20-50%) tandarts: procentuele bijbetaling (25%) hulpmiddelen: procentuele bijbetaling voor visuele en gehoormiddelen specialist: procentuele bijbetaling (30%)	vrijgesteld zijn ontvangers van invaliditeits- rust of overlevingspensioen, zwangere vrouwen en kinderen beneden 1 jaar, gehandicapte jongeren en sociaal en economisch kwetsbaren
Spanje (1995) [3]	GEEN	Patiënten kunnen vrij hun huisarts kiezen, maar slechts één keer per jaar veranderen. De artsen ontvangen een vast bedrag voor elke verzekerde die bij hen geregisteerd is. Ze zijn geen eigen bijdrage verschuldigd voor doktersbezoek. De huisarts heeft een poortwachtersfunctie.	natura	medicijnen: procentuele bijbetaling (40% of 10%)	
Verenigde Staten (1993) [5]	PROCENTUELE BIJBETALING + EIGEN RISICO + VASTE BIJBETALING varieert per staat voor mensen onder medicare (ouderen): $100 eigen risico, 20% procentuele bijbetaling, bijbetaling: $5-7)	Patiënten kunnen gebruik maken van 'primary care specialists'. Bij HMOs en PPO is de keuze daarin beperkt. Hier fungeert de primary care specialist vaak als poortwachter. De zorgverzekeraar betaalt in principe achteraf de zorg terug.	restitutie	medicijnen: procentuele bijbetaling en soms vaste bijbetaling ziekenhuis: eigen risico en soms procentuele bijbetaling	voor mensen onder medicare (ouderen) gelden andere eigen bijdrage regels en per staat kunnen ook verschillen zijn.

Zweden (1994) [3]	VASTE BIJBETALING privé arts: $14.69 publieke arts: $11.30	Huisartsen zijn voornamelijk in dienst bij gezondheidscentra. 20% werkt vanuit een privé praktijk. Zij worden rechtstreeks betaald door de patiënt en voor een deel door de nationale overheid. Er is geen verwijzing nodig voor tweedelijnsvoorzieningen. Een provincie bepaalt zelf hoeveel eigen bijdrage geldt voor de huisarts.	natura	medicijnen: vaste bijbetaling ($12 voor het eerste recept, $1 voor extra medicijnen) ziekenhuis: $7 per dag	tandzorg tot 19 jaar gratis, voor ziekenhuiszorg betalen ouderen minder en tot 16 jaar is het gratis
Zwitserland (1993) [1]	PROCENTUELE BIJBE-TALING 10%	Bijna iedereen is vrijwillig verzekerd. Er is een minimaal basispakket dat de verzekeraars moeten garanderen. Patiënten zijn in principe vrij hun huisarts te kiezen, maar wanneer ze tot een "HMO" behoren is deze keuze al beperkt. Voor een "HMO" zijn echter geen eigenbijdrage verplicht. De kosten worden betaald uit de premies van verzekerden. Geen poortwachtersfunctie voor huisarts en geen inschrijving op naam.	restitutie	medicijnen: vaste bijbetaling $7 specialist: vaste bijbetaling $7	kinderen betalen minder dan volwassenen

* tussen haakjes staat het jaar waarop de gegevens van toepassing zijn.

[1] OECD (1994) The Reform of health care systems. A review of Seventeen OECD Countries. OECD
[2] Landbond der Christelijke Mutualiteiten (1993)
[3] Rubin, J.R. and D. Mendelson (1995) A Framework for Cost sharing policy analysis, The pharmaceutical Partners for Better Healthcare.
[4] Alban, A. and T. Christiansen (1995) Overview of the Structures of the Nordic Health Care Systems. in: The Nordic Lights, new initiatives in health care systems.
[5] Schneider, M. Rovira, J. Köse,A. and G. Rhodes (1998) Cost sharing and health funding in selected European Union member states (212-229).
[6] Adams, M., Bertels,J. Cocquyt,W. Jorens, Y. en D. Pieters (1992) De eigen bijdrage in de gezondheidszorg in de Europese Gemeenschap. Reeks gezondheidszorgverzekering en europa.
[7] Starmans, B.(1998) Patient charges in the Dutch sickness fund insurance scheme: an overview and discussion. In: The effects of patient charges on medical utilization, expenditure, and health. Dutch investigations and international evidence.
[8] Ministry of Social Affairs and Health. (1996) Health care in Finland.
[9] Abel-Smith,B. and E.Mossialos (1994) Cost Containment and health care reform: a study of the European Union. Health Policy 28 89-132

6 SAMENVATTING EN DISCUSSIE

6.1 Samenvatting

In de Nederlandse gezondheidszorg zijn 'eigen betalingen', betaling van ontvangen zorg door de patiënten zelf, voor een deel van de bevolking heel gewoon en voor een ander deel iets relatief nieuws. Particulier verzekerden betalen vanouds zelf voor de genoten zorg en afhankelijk van hun polis krijgen zij een deel of het gehele bedrag gerestitueerd. Ziekenfondsverzekerden daarentegen ontvangen de zorg vanouds in natura. Voor het gebruik van huisartsenzorg hoeven zij tot nu toe geen eigen bijdragen te betalen. In dit rapport hebben wij geprobeerd de mogelijke gevolgen in beeld te brengen van de invoering van eigen bijdragen bij het gebruik van huisartsenzorg met een nadruk op zorginhoudelijke gevolgen en gevolgen voor de relatie tussen huisartsen en hun patiënten.
Vanwege de grote tijdsdruk is er geen nieuw empirisch onderzoek verricht om deze gevolgen te schetsen. Er is gebruik gemaakt van gepubliceerde onderzoeksresultaten en inzichten uit de literatuur en er is een secundaire analyse uitgevoerd op bestaande gegevens over ziekenfondsverzekerden en IZA-verzekerden. Voor de laatste groep bestaat al lang een (procentuele) eigen bijdrage voor de huisarts.

In hoofdstuk 2 is een aantal mogelijkheden besproken voor de wijze waarop een eigen bijdrage voor de huisarts kan worden vormgegeven. De gedachtengang in dit hoofdstuk is dat de wijze waarop dat gebeurt, gevolgen kan hebben voor de positie van huisartsen in het gezondheidszorgsysteem (en in het derde hoofdstuk is dan beredeneerd wat voor gevolgen een verandering van de positie van huisartsen weer zou kunnen hebben voor de inhoud van de zorg en de arts-patiënt relatie). Belangrijke aspecten van de positie van huisartsen in Nederland zijn:

- eerste aanspreekpunt in de gezondheidszorg;
- continue zorg door inschrijving van patiënten op naam;
- selecteert wie in aanmerking komt voor zelfzorg, huisartsgeneeskundige zorg, specialistische zorg;
- levert integrale zorg (niet alleen lichamelijk, ook psycho-sociaal).

In de praktijk is dit niet alleen 'het model' voor de huisartsenzorg voor ziekenfondspatienten, maar voor alle patiënten (hierop zal verderop in de discussie nog worden teruggekomen).

Systemen van eigen betalingen voor de huisarts kunnen op vier punten verschillen:
- de inning van de eigen bijdrage (door huisarts of ziekenfonds);
- het moment van inning (op het moment van zorggebruik of achteraf);
- het type verzekering waarbinnen de eigen bijdrage wordt geheven (restitutie of natura);
- en de soort eigen bijdrage (vast bedrag of procentueel).

Een aantal combinaties van deze vier punten vereist meer of minder vergaande aanpassingen in de uitvoering van de gezondheidszorg. Invoering van een restitutiestelsel is bij voorbeeld feitelijk alleen mogelijk als het abonnement wordt afgeschaft. Ook de invoering van een procentuele eigen bijdrage of een eigen risico vraagt om afschaffing van het abonnementssysteem ten gunste van een systeem van honorering per verrichting. Indien de huisarts de eigen bijdragen int, dan moet er ofwel een financiële stroom van huisarts naar ziekenfonds komen of de eigen bijdragen moeten onderdeel van het

huisartseninkomen worden. En bij hantering van een inkomensafhankelijk maximum komt daar ook nog een informatiestroom bij. Inning van een eigen bijdrage voor de huisarts door het ziekenfonds is alleen mogelijk wanneer het ziekenfonds weet wie huisartsgeneeskundige zorg heeft genoten. Ook de inning achteraf van eigen bijdragen impliceert dat ergens wordt bijgehouden wie in welke periode gebruikt heeft gemaakt van de huisarts.
De invoering van eigen bijdragen voor de huisarts en daarmee gepaard gaande administratief-technische vormgeving hebben gevolgen voor de positie van huisartsen via vier mechanismen:

- de absolute prijs van een bezoek aan de huisarts wordt hoger waardoor patiënten hun bezoek aan de huisarts mogelijk uit- of afstellen;
- de relatieve prijs van het 'produkt' huisartsgeneeskunde wordt hoger ten opzichte van de prijs van bijvoorbeeld specialistische zorg, waardoor de regel dat men eerst de huisarts bezoekt vóór men naar een specialist gaat mogelijk onder druk komt te staan;
- sommige administratief-technische scenario's zijn alleen uitvoerbaar indien het abonnement-systeem zou worden afgeschaft; hierdoor is geen administratieve noodzaak meer voor de inschrijving van patiënten op naam van de huisarts;
- bij geheel of gedeeltelijke afschaffing van het abonnementssysteem zijn produktie en honorering van de huisarts niet langer losgekoppeld waardoor de financiële incentives voor huisartsen sterk wijzigen.

In hoofdstuk 3 is voor elk van deze mechanismen beredeneerd wat de mogelijke gevolgen voor de inhoud van de zorg en de arts-patiënt relatie zouden kunnen zijn. Puntsgewijs samengevat luiden die als volgt.
Als gevolg van het feit dat door een eigen bijdrage voor de huisarts de absolute prijs van een bezoek aan de huisarts hoger wordt, zouden de volgende gevolgen kunnen optreden (in de literatuur aangeduid als 'externe substitutie'):

- invoering van eigen bijdragen voor huisartsenzorg leidt tot minder bezoek aan huisartsen;
- de daling zal het sterkst zijn voor minder ernstige klachten
- de daling zal sterker zijn voor mensen met lagere inkomens;
- huisartsen zullen minder in de gelegenheid zijn om bij te dragen aan verantwoorde afweging van wat door zelfzorg kan worden opgelost en wat professionele hulp vereist;
- de kans bestaat dat patiënten hun klachten meer gaan 'opsparen'.

Als door de invoering van een eigen bijdrage voor de huisarts de regel dat men eerst de huisarts bezoekt vóór men naar een specialist gaat, onder druk komt te staan ('interne substitutie'), zijn de volgende gevolgen te verwachten:

- de sturende functie van de huisarts komt minder tot zijn recht doordat de huisarts stukken informatie uit de sociaal-medische geschiedenis van patiënten gaat missen;
- huisartsen zullen mogelijk minder in staat zijn om vast te houden aan hun terughoudend beleid, zoals geformuleerd in de standaarden;
- de zorg die mensen krijgen die rechtstreeks naar een specialist gaan of rechtstreeks de EHBO bezoeken, is mogelijk onnodig specialistisch;
- specialisten krijgen meer relatief onschuldige aandoeningen te zien, waardoor hun zorg mogelijk minder efficiënt wordt gebruikt. Als de administratieve noodzaak voor de inschrijving van patiënten op naam van de huisarts verdwijnt en patiënten daardoor vaker van huisarts wisselen, zijn de volgende gevolgen te verwachten:

- bij frequentere wisseling van huisarts zal de vertrouwensrelatie tussen huisarts en patiënt moeilijker tot stand komen;
- de huisarts heeft minder mogelijkheden om in de loop van de tijd kennis op te bouwen van de patiënt die daardoor niet in ieder consult opnieuw hoeft te worden verzameld;
- er zal een toename zijn van de tijd die wordt besteed aan het exploreren van de achtergrond van de patiënt en zijn of haar klachten en een toename hoeveelheid diagnostiek die wordt aangevraagd;
- mogelijk zullen huisartsen ook minder vaak het risico nemen om de zaak even aan te kijken of te volstaan met gespreksvoering;
- de huisartspraktijk verliest zijn functie als raamwerk voor programmatische preventie en screening.

Tenslotte is in dit hoofdstuk ook aandacht besteed aan een verandering van de financiele incentives voor huisartsen door koppeling van productie en honorering in (gedeeltelijke) verrichtingensystemen:

- bij invoering van (gedeeltelijke) honorering per verrichting zullen huisartsen meer zelf gaan doen en wat minder gaan verwijzen;
- bij teruglopend aantal consulten als gevolg van een eigen bijdrage ontstaat bij (gedeeltelijke) honorering per verrichting het gevaar van overbehandeling.

Hoofdstuk 4 is gewijd aan een secundaire analyse van gegevens die zijn verzameld in het kader van de eerste Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk in 1987/88, dus voor invoering van de algemene eigen bijdragenregeling voor ziekenfondsverzekerden. De analyse is uitgevoerd door voor alle mensen die onder de IZA-regeling vallen uit dit onderzoek en die een inkomen hebben onder de loongrens, een vergelijkbare ziekenfondsverzekerde te selecteren. IZA-verzekerden en ziekenfondsverzekerden zijn gematcht op de volgende kenmerken: leeftijd, geslacht, ervaren gezondheid, opleiding en burgerlijke staat. Door deze procedure is gestreefd naar een situatie waarin we er redelijkerwijs vanuit kunnen gaan dat eventuele verschillen tussen beide groepen in de zorg die zij van huisartsen ontvangen, het gevolg zijn van het verschil in verzekeringssysteem en niet van verschillen in gezondheid. Om eventuele generalisatie van de uitkomsten naar alle ziekenfondsverzekerden te kunnen beoordelen is er ook een vergelijking met de doorsnee ziekenfondsverzekerden gemaakt.
Op basis van hoofdstuk 3 verwachtten wij dat IZA-verzekerden minder eerste contacten hebben met de huisarts (door de eigen bijdrage voor de huisarts), terwijl het aantal herhaalcontacten met de huisarts mogelijk wat hoger zal zijn (doordat IZA-verzekerden per consult betalen). We verwachtten dat het aantal voorschriften voor geneesmiddelen gegeven een contact gelijk is, maar dat het aantal verwijzingen naar de specialist gegeven een contact door het verschil in honorering mogelijk wat lager zou zijn. Daarnaast veronderstelden we dat de klachten waarmee IZA-verzekerden de huisarts bezoeken gemiddeld ernstiger zullen zijn en minder vaak psychosomatisch van aard dan de klachten van ziekenfondsverzekerden en dat IZA-verzekerden de klachten meer 'opsparen', zodat zij meer klachten per contact presenteren.
De uitkomsten zijn slechts een gedeeltelijke ondersteuning voor onze hypothesen. Weliswaar hebben IZA-verzekerden minder eerste contacten dan vergelijkbare ziekenfondsverzekerden, maar dit verschil is net niet significant. Dit kan te maken hebben met de relatief kleine aantallen verzekerden (n=238 per groep) waarover wij voor deze analyses konden beschikken.
Tegengesteld aan onze verwachting hebben IZA-verzekerden een geringer percentage contacten met een medicijnvoorschrift. Dit verschil zou een verzekeringseffect kunnen

zijn vanwege het feit dat IZA-verzekerden, behalve een eigen bijdrage voor het bezoek aan de huisarts ook een eigen bijdrage over de voorgeschreven geneesmiddelen betalen. Het percentage contacten met een verwijzingen naar de specialist is lager voor IZA-verzekerden, maar dit verschil net niet significant. Dit verschil is op zich verklaarbaar als een honoreringseffect. Echter, de verschillen in verwijzen naar de specialist kunnen ook worden veroorzaakt doordat IZA-verzekerden geen administratieve verwijzingen (met name verlengingsverwijzingen en verwijzingen naar de oogarts) nodig hebben.
De klachten waarmee IZA-verzekerden de huisartspraktijk bezochten, waren niet minder psychosomatisch van aard of ernstiger dan de klachten van vergelijkbare ziekenfondsverzekerden. Wel presenteerden IZA-verzekerden een groter aantal klachten per contact dan de gematchte groep ziekenfondsverzekerden, maar niet meer dan de doorsnee ziekenfondsverzekerden. Dat laatste heeft mogelijk met een verschil in gezondheid te maken tussen enerzijds de doorsnee ziekenfondspatiënten en anderzijds de gematchte groepen.

De IZA-verzekerden in deze secundaire analyse en de gematchte groep ziekenfondsverzekerden wijken af van de doorsnee ziekenfondspatiënten. Dat betekent dat de resultaten van deze analyse niet zo maar generaliseerbaar zijn naar alle ziekenfondsverzekerden. De implicatie van het feit dat de gematchte groepen mogelijk een relatief gezonde selectie vormen, voor de effecten van eigen bijdragen zou kunnen zijn dat deze voor de groep ziekenfondspatiënten als geheel minder sterke effecten heeft dan voor de groep IZA-verzekerden is gevonden.
Doordat er op dit moment voor andere voorzieningen dan de huisarts voor ziekenfondspatiënten ook eigen bijdragen bestaan, is het niet uit te sluiten dat de verzekeringseffecten die in deze analyse zijn gevonden groter zijn dan ze in de werkelijkheid van vandaag de dag zouden zijn.

In hoofdstuk 5 is de blik naar het buitenland gewend. Voor een twintigtal westerse industrielanden is geïnventariseerd of men eigen bijdragen hanteert voor huisartsenbezoek en hoe die globaal zijn ingebed in het gezondheidszorgsysteem. Ook in het buitenland vinden we, net als in Nederland, situaties dat een deel van de bevolking wel en een deel van de bevolking geen eigen bijdragen voor de huisarts betaalt. *Grosso modo* geldt echter dat in de helft van deze landen geen eigen bijdragen voor de huisarts bestaan. In de meerderheid van de landen zonder eigen bijdragen geldt dat huisartsenzorg in natura wordt geleverd. De landen met eigen bijdragen voor de huisarts, gecombineerd met een natura-systeem hebben allemaal vaste bijbetalingen die direct door de huisarts worden geïnd. In de landen met eigen bijdragen voor de huisarts en een restitutiestelsel is procentuele bijbetaling het gangbare systeem. In de praktijk zijn er dus slechts enkele cellen uit tabel 2.1 (de administratief-technische scenario's voor de inning van eigen bijdragen) gevuld.
Onze verwachting bij de bestudering van de verschillen tussen landen was dat systemen met een huisarts als poortwachter minder vaak eigen bijdragen zouden hebben (om ruimte te geven aan de functie van de huisarts als adviseur van de patiënt in de afweging tussen zelfzorg en professionele zorg). Deze verwachting bleek uit te komen. Er zijn slechts drie landen met eigen bijdragen voor de huisarts die een poortwachtersfunctie heeft (Finland, Noorwegen en Portugal) en even weinig landen zonder eigen bijdragen en zonder poortwachtersfunctie (Duitsland, Oostenrijk en Griekenland).
Een tweede verwachting was dat het betalingssysteem van huisartsen en de soort eigen bijdragen in de praktijk met elkaar samenhangen. Er blijken, zoals verwacht, geen

landen te zijn waar de huisarts per abonnement wordt betaald en de patiënten een eigen bijdrage moeten betalen. Verder hebben alle landen met gesalarieerde huisartsen en eigen bijdragen voor de huisarts een vaste bijbetaling en hebben de meeste landen met een verrichtingenhonorering voor de huisarts en eigen bijdragen gekozen voor een percentuele bijdrage.

6.2 Mogelijkheden voor verder onderzoek

In dit rapport is voornamelijk gebruik gemaakt van literatuur en daarin verwoorde onderzoeksresultaten en inzichten. Dat heeft geleid tot een aantal verwachtingen over de mogelijke doorwerking van de invoering van eigen bijdragen voor de huisarts voor ziekenfondspatiënten.
Deze verwachtingen hebben wij getracht te toetsen via een secundaire analyse op data van de eerste Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. In die analyse is de medische consumptie van ziekenfondsverzekerden vergeleken met die van IZA-verzekerden, voor wie een eigen bijdrage van 10% van de kosten van huisartsenzorg geldt. Er zij nogmaals op gewezen dat de aantallen waarop deze vergelijking was gebaseerd klein waren en dat er inmiddels aan de kant van de ziekenfondsverzekerden iets veranderd kan zijn door invoering van de Algemene Eigen Bijdrage-regeling.
Een probleem waartegen we opliepen bij de secundaire analyse was dat naar een gedetailleerde uitsplitsing van de verzekeringsvorm wel was gevraagd in het gezondheidsinterview bij een honderdtal ingeschreven patiënten per deelnemende huisarts, maar niet in de 'volkstelling' die onder de volledige praktijkpopulaties was gedaan (circa 340.000 ingeschreven patiënten). Ook in de tweede Nationale Studie die op dit moment wordt voorbereid, zal een 'volkstelling' onder de volledige praktijkpopulatie van de deelnemende huisartsen worden uitgevoerd. Met het oog op de analyse van zorginhoudelijke verschillen tussen ziekenfondspatiënten, IZA-verzekerden en particuliere verzekerden met uiteenlopende eigen risico's zullen gedetailleerdere uitsplitsingen van de verzekeringsvorm moeten worden opgenomen.
Van zeer groot belang is daarnaast dat bij alle vergelijkingen die worden gemaakt tussen categorieën patiënten met uiteenlopende verzekeringsstatus, optimaal rekening wordt gehouden met verschillen in gezondheidstoestand. Immers, een basaal uitgangspunt in de gezondheidszorg is: gelijke zorg bij gelijke zorgbehoefte.

Mocht een eigen bijdrage voor de huisarts worden ingevoerd, dan is het van groot belang om na te denken over onderzoek waarmee een aantal van de in dit rapport geformuleerde verwachtingen nader zouden kunnen worden getoetst. Er zou tijdig een opzet moeten worden gemaakt voor een monitoring- en evaluatie-onderzoek waarin, gegeven de redenering in dit rapport, veel aandacht aan onbedoelde en langere termijn wordt besteed. Een leemte in de literatuur over de remmende werking van eigen bijdragen bleek te zijn de lange termijn gezondheidsconsequenties van uitstel of afstel van medische consumptie.
Onbedoelde gevolgen kunnen vooral dan optreden wanneer de inschrijving van patiënten op naam van de huisarts zou komen te vervallen of de positie van de huisarts als poortwachter tot specialistische zorg zou verzwakken. Met het oog daarop zou het goed zijn om met een zekere regelmaat het draagvlak te peilen onder de bevolking van het Nederlandse systeem van inschrijving op naam en verwijzing door de huisarts. Daarnaast zou ook het rechtstreeks specialistbezoek gemonitord kunnen worden.
Behalve door ontwikkelingen in Nederland te monitoren kunnen eventuele effecten van

afschaffing van de inschrijving op naam of de poortwachterspositie ook worden afgeleid uit internationale vergelijkingen. In de ons omringende landen zijn immers voorbeelden te vinden van gezondheidszorgsystemen waarin huisartsen geen vaste patiëntenpopulatie hebben en waar patiënten rechtstreeks toegang hebben tot een medisch specialist. Een lopend en een voorgenomen NIVEL-onderzoek zijn in dit verband interessant om te noemen.
Op dit moment wordt in Europees verband en met Europese subsidie een onderzoek uitgevoerd (gecoördineerd door het NIVEL) naar de relatie tussen de poortwachtersfunctie van de huisarts en de inschrijving op naam enerzijds en de communicatie tussen huisartsen en hun patiënten anderzijds. In het kader van dit onderzoek zijn videoopnamen van huisartsconsulten gemaakt in Nederland, Engeland, Duitsland, België, Spanje en Zwitserland; in de komende periode wordt dit nog aangevuld met Zweden, Estland, Polen en Roemenië. De resultaten van dit onderzoek zijn, hoewel het aantal landen beperkt blijft, zeer relevant voor de analyse van zorginhoudelijke gevolgen van het al dan niet hebben van huisartsen met een poortwachtersfunctie. Daarmee zijn de resultaten indirect (via de mogelijke onbedoelde gevolgen) ook relevant voor de discussie over eigen bijdragen voor de huisarts. In directe zin geldt dat een aantal van deze landen wel en andere geen eigen bijdragen voor de huisarts kennen.
Een tweede, voorgenomen onderzoek waarin een aspect van de positie van huisartsen zou kunnen worden bestudeerd, betreft een vergelijking van de instroom van patiënten bij specialisten (bij voorbeeld bij internisten) in landen met en zonder huisarts met poortwachtersfunctie. Zo'n onderzoek zou in eerste instantie kunnen worden uitgevoerd in Nederland en België. Het zou licht werpen op de mogelijke gevolgen van een erosie van de poortwachtersfunctie die als onbedoeld gevolg van de invoering van eigen bijdragen voor de huisarts zou kunnen optreden. Aandachtspunten bij zo'n vergelijking zouden kunnen zijn: de achtergrondkenmerken van patiënten die de internist op verwijzing of rechtstreeks consulteren, de klachten waarmee zij de internist consulteren en de diagnostiek of behandeling die wordt ingesteld.

6.3 Discussie

Met de invoering van eigen bijdragen voor de huisarts worden twee doelen beoogd: een afremming van het gebruik van zorg en een verschuiving van de financiering van de zorg. Voor deze laatste doelstelling is een efficiënt systeem van oplegging en inning van eigen bijdragen nodig. Daaraan is het onderzoek van VB-Accountants gewijd. Het blijkt dat het scenario dat door VB-Accountants wordt onderzocht, met zorg in natura en inning achteraf door zorgverzekeraars in de internationale praktijk niet voorkomt. Een land als Ierland dat qua verzekeringssysteem wel iets wegheeft van ons land heeft alleen bijbetalingen voor de hogere inkomens (gecombineerd met een restitutiesysteem) en geen eigen betalingen voor de lagere inkomens (gecombineerd met een naturasysteem en abonnementssysteem voor de huisarts).

De discussie in Nederland over de wenselijkheid van de invoering van eigen bijdragen voor huisartsenzorg zou men - sterk simplificerend - in twee stellingnamen kunnen samenvatten. De ene stellingname is 'tegen' met als argument dat daarmee unieke trekken van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem in de waagschaal worden gezet; de andere stellingname is 'voor' met als argument dat bijna de helft van de Nederlanders altijd al eigen betaling van de huisarts kent zonder dat de unieke trekken van het systeem zijn verdwenen. Beide stellingnamen hebben voor een deel gelijk, maar leggen

de nadruk op verschillende mechanismen die in gang worden gezet door het introduceren van eigen bijdragen.
De tegenstanders van eigen bijdragen leggen expliciet of impliciet de nadruk op het feit de regels en normen binnen de gezondheidszorg uitgaan van de vanzelfsprekendheid van de poortwachtersfunctie van huisartsen, ook voor die patiëntengroepen voor wie dat helemaal niet zo strikt geldt en ook in de perceptie van zorgaanbieders en -verzekeraars. De voorstanders van eigen bijdragen leggen de nadruk op de werking van financiële prikkels voor meer eigen (financiële) verantwoordelijkheid van verzekerden.
Beide, zowel regels en normen als financiële prikkels, zijn van invloed op het gedrag van gebruikers (en aanbieders) van gezondheidszorg en op de interactie tussen zorggebruikers en aanbieders. Het is daarom van belang om in een analyse van de mogelijke zorginhoudelijke gevolgen van de invoering van eigen bijdragen beide elementen te betrekken.
Het doel van het invoeren van eigen bijdragen voor huisartsenzorg is tweeledig: financieringsverschuiving door te komen tot een kostendeling tussen individu en collectief, en afremming van het zorggebruik door mensen tot een bewustere afweging te brengen. Op het doelgericht nastreven van deze beide doelen wordt de nadruk gelegd door voorstanders van de invoering van eigen bijdragen voor de huisarts. Ook de onderzoeksliteratuur wijst erop dat eigen bijdragen voor die vormen van zorg waarover mensen zelf beslissen grotere effecten hebben dan eigen bijdragen voor afgeleide zorgvormen waarbij de beslissing tot gebruik in sterke mate wordt beïnvloed door de aanbieders van zorg. Met andere woorden: als men de afweging van gebruikers wil beïnvloeden door eigen bijdragen, voer die dan in voor voorzieningen waarvoor geldt dat mensen zelf de afweging tot gebruik maken.
Aan de andere kant is het ook zo dat regels die het gedrag van mensen proberen te sturen, vaak onbedoelde neveneffecten hebben. De onbedoelde gevolgen van een eigen bijdragenregeling voor de huisarts die liggen op het terrein van de normatieve en institutionele inbedding van de gezondheidszorg hebben we in dit rapport centraal gesteld. Daarnaast zijn er mogelijk onbedoelde gevolgen op het terrein van de kosten van uitvoering en de lastenverdeling voor verzekerden; daaraan is hier geen aandacht besteed.

In zijn algemeenheid zijn er drie bronnen van onbedoelde gevolgen.

- De eerste bron van onbedoelde gevolgen is de verschuiving in de aantrekkelijkheid of kosten van een bepaalde optie, waardoor een alternatieve optie relatief (on)aantrekkelijker wordt. Hierdoor worden de afwegingen van mensen beïnvloed en treedt substitutie op.

In hoofdstuk 3 hebben we betoogd dat de invoering van eigen bijdragen voor de huisarts de afweging van sommige groepen mensen kan beïnvloeden. Daardoor treedt enerzijds substitutie naar zelfzorg op (afstel van doktersbezoek), terwijl anderzijds de aantrekkelijkheid van rechtstreeks specialistbezoek toeneemt. Het eerste heeft zijn positieve kanten indien daardoor huisartsen minder worden belast met consulten voor onschuldige klachten. Het probleem is echter dat de definitie van onschuldig niet voor iedereen hetzelfde zal zijn en ook voor arts en patiënt kan verschillen. Uit eerder onderzoek naar de werkbelasting en motivatie van huisartsen (Van Dierendonck e.a., 199.) blijkt dat huisartsen als hen gevraagd wordt wat zij als 'oneigenlijke hulpvragen' definiëren, niet de aard van de klacht of hulpvraag noemen, maar het tijdstip. Dat mensen (ook) met onschuldige klachten op het spreekuur komen zien huisartsen als een normaal onderdeel van hun werk. Dat er ook mensen zijn die met dergelijke klachten een nachtvisite wensen zien zij als ongewenst.

Huisartsen hebben niet alleen een taak bij de schifting van gezondheidsproblemen die doorverwijzing naar een specialist behoeven of niet, maar ook bij de schifting met betrekking tot zelfzorg en afwachten dan wel de inschakeling van professionele zorg. Om die functie goed te kunnen uitoefenen is een laagdrempelige huisartsenvoorziening wenselijk.

- Een tweede bron van onbedoelde gevolgen is gelegen in de onderlinge afhankelijkheid van het gedrag van mensen en in het feit dat er drempelwaarden zijn waar beneden bepaalde normen en regels stilzwijgend blijven bestaan, maar waarboven hun draagvlak in de bevolking snel verdwijnt.

De afwegingen van mensen worden beïnvloed door het aantal anderen dat een bepaald gedrag vertoond. Er is altijd wel een aantal mensen dat rechtstreeks naar een specialist gaat. De norm is echter dat men eerst naar de huisarts gaat. Ook bij particulier verzekerden is dat de norm, blijkens het toch beperkte rechtstreeks specialistbezoek. Een van de redenen daarvoor zou kunnen zijn dat veel particulier verzekerden een tijd lang ziekenfondsverzekerd geweest zijn en daarmee als het ware opgevoed zijn in het systeem.
Bij een geleidelijke toename van het aantal mensen dat rechtstreeks naar een specialist gaat, komt er echter een punt waarop er een omslag is van wat als normaal wordt beschouwd. Als huisartsen door een dergelijk soort omslag op grote schaal zouden worden gepasseerd ten faveure van rechtstreeks specialistbezoek heeft dat gevolgen voor de continuïteit van zorg bij de huisarts, maar ook voor de instroom van patiënten bij specialisten.

- Een derde bron van onbedoelde gevolgen van doelgerichte maatregelen is dat mensen het gedrag van anderen niet juist inschatten.

De verwachtingen die patiënten en huisartsen van elkaars gedrag hebben zijn van invloed op wat zij doen. Die verwachtingen zijn niet altijd correct en in het geval dat zij niet correct zijn kunnen er in de interactie misverstanden ontstaan die leiden tot onbedoelde uitkomsten. De invoering van eigen bijdragen voor de huisarts zou bijvoorbeeld kunnen leiden tot een verandering van de verwachtingen waarmee mensen naar hun huisarts gaan, die niet door huisartsen worden opgepakt. Dit kan tot onbedoelde veranderingen in de arts-patiënt relatie leiden. Een door eigen bijdrage toegenomen 'consumentenhouding' van patiënten zou op gespannen voet kunnen staan met het vaak terughoudende karakter dat de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap hebben.

Alles overziend is onze conclusie dat de positieve, bedoelde gevolgen van een eigen bijdragenregeling voor huisartsenzorg goed moeten worden afgewogen tegen de onbedoelde, veelal negatieve gevolgen. In zekere zin is het verwonderlijk dat een gezondheidszorgsysteem met zo'n groot deel particuliere verzekering als het Nederlandse een sterk huisarts georiënteerd karakter heeft. Het evenwicht dat blijkbaar bestaat in het systeem is tegelijk ook kwetsbaar en *kan* worden beïnvloed door de introductie van eigen bijdragen voor de huisarts. De naleving van normen en regels is betrekkelijk eenvoudig zo lang zij hun vanzelfsprekendheid behouden. En er is weinig zo moeilijk als het handhaven van normen en regels die hun vanzelfsprekendheid hebben verloren en dat geldt zeker ook voor het opnieuw introduceren van regels en normen die onbedoeld zijn veranderd.

LITERATUUR

Abel-Smith, B. and E. Mossialos. Cost Containment and health care reform: a study of the European Union. *Health Policy* (28) 89-132, 1994.

Adams, M., Bertels, J. Cocquyt, W. Jorens, Y. en D. Pieters. *De eigen bijdrage in de gezondheidszorg in de Europese Gemeenschap.* Reeks gezondheidszorgverzekering en Europa. Antwerpen/Apeldoorn, 1994.

Alban, A. en T. Christiansen. Overview of the Structures of the Nordic Health Care Systems. in: *The Nordic Lights, new initiatives in health care systems*, 1995.

Bakker, F.M. *Effecten van eigen betalingen op premies voor ziektekostenverzekeringen*, Rotterdam: Proefschrift, Erasmus Universiteit, 1997.

Bensing, J.M. *Doctor-patient communication and the quality of care. An observation study into affective and instrumental behavior in general practice.* Utrecht: NIVEL, 1991.

Boerma, W.G.W., J. van der Zee, D.M. Fleming. Service profiles of general practitioners in Europe. *British Journal of General Practice* 47 (1997), pp. 481-486.

Cherkin, D.C., Grothaus, L. Wagner, E.H. The Effect of Office Visit Copayments on Preventive Care Services in an HMO. *Inquiry* 1990;27(1):24-38.

Delnoij, D.M.J. *De invloed van zorgaanbod op zorggebruik.* In: D. Post, L.J. Stokx (red). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. VI: Zorgbehoefte en zorggebruik. Bilthoven/Maarssen: RIVM/Elsevier-De Tijdstroom, 1997; p. 99-118.

Delnoij, D.M.J. *Physician Payment Systems and Cost Control* (proefschrift). Utrecht: NIVEL, 1994.

Delnoij, D.M.J., T.J.J.M.T. Kersten, L.J. Stokx. *Geld, zorg en geldzorgen: de honorering van huisartsen als instrument voor kostenbeheersing.* Utrecht: NIVEL, 1992.

Engelenburg, J.L. *Medische hulpverlening buiten kantooruren in groot Den Haag.* Lelystad: Meditekst, 1992.

Flierman, H.A. *Changing the Payment System of General Practitioners* (proefschrift). Utrecht: NIVEL, 1991.

Flierman, H.A., P.P. Groenewegen. Een gemengd systeem van honorering per verrichting en abonnement: het Deense voorbeeld. *Huisarts en Wetenschap* 1989; 32: 212-218.

Groenewegen, P.P., D.M.J. Delnoij. *Wat zou Nederland zijn zonder de huisarts.* De positie van de huisarts in relatie tot de aard en kosten van de zorg. Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.

Heyningen, J.M. van, M.F.M.T du Moulin, J.D. Mulder. *Het Verrichtingen Onderzoeksproject Regio Leiden en Alphen.* Leiden: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden, 1991.

Hjortdahl, P., C.F. Borchgrevink. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *British Medical Journal* 303 (1991), pp. 1181-1184.

Hutten, J.B.F. *Evaluatie Algemene Eigen-Bijdrageregeling Ziekenfondsverzekerden: deelrapport I in- en uitvoering in de praktijk.* Utrecht: NIVEL, 1997.

Keeler, E.B., E.M. Sloss, R.H. Brook, B.H. Operskalski, G.A. Goldberg, J.P. Newhouse. Effects of cost sharing on physiological health, health practices, and worry. *Health Services Research* 22 (1987); 3: 279-306.

Krasnik, A., P.P. Groenewegen, P.A. Pedersen, P. Van Scholten, G. Mooney, A. Gottschau, H.A. Flierman, M.T. Damsgaard. Changing Remuneration Systems: Effects on Activity in General Practice. *British Medical Journal* 300 (1990): 1698-1701.

Krogsgaard, M.R. et al. Skadestuebelastning og indlæggelsesmonster under PLO-konflikten i efteraret 1984. *Ugeskrift for Læger* 1985; 147: 4025-4030.

Kulu-Glasgow, I., D. Delnoij, I. Hermans. Ziektekostenverzekeraars en de poortwachtersfunctie van huisartsen. *Medisch Contact* 52 (1997); 4: 127-129.

Landbond der Christelijke Mutualiteiten. *Informatie folder voor verzekerden*, 1993.

Leibowitz, A., W.G. Manning, J.P. Newhouse. The demand for prescription drugs as a function of cost-sharing. *Social Science and Medicine* 21 (1985): 1063-1069.

Lurie N, Ward NB, Shapiro MF, Brook RH. Termination from medical - does it affect health? *N Engl J Med* 1984; 311 (7):480-484.

Magid DJ, Koepsell TD, Every NR, et al. Absence of association between insurance copayments and delays in seeking emergency care among patients with myocardial infarction. *N Engl J Med* 1997; 336 (24):1722-1729.

Meer, J. B.W. van der. *Equal care, equal cure? Socioeconomic differences in the use of health services and the course of health problems.* Rotterdam: Proefschrift, Erasmus Universiteit, 1998.

Ministry of Social Affairs and Health. *Health care in Finland*, 1996.

Mootz, M. Gezondheid, medische consumptie en verzekering opnieuw bezien. *Medisch Contact* 1984; 39: 1201-1205.

Newhouse, J.P., W.G. Manning, C.N. morris, L.L. Orr, N. Duan, E.B. keeler, A. Leibowitz, K.H. Marquis, M.S. Marquis, C.E. Phelps, R.H. Brook. Some Interim Results from a Controlled Trial of Cost Sharing in Health Insurance. *The New England Journal of Medicine* 305 (1981): 1501-1507.

OECD. The Reform of health care systems. A review of Seventeen OECD Countries. *Health Policy Studies No.5*, 1994.

Roddy PC, Wallen J, Meyers SM. Cost sharing and Use of Health Services. *Medical Care* 1986; 24 (9):873-877.

Rubin, J.R. en D. Mendelson. *A Framework for Cost sharing policy analysis*, The pharmaceutical Partners for Better Healthcare, Basel, 1995.

Saltman, R., Figueras, J. *European health care reform: analysis of current strategies.* Copenhagen: WHO, 1997.

Rovira, J., Mompo, C., De Wildt, K., Schneider, M., Blasco, I. Comparing cost-sharing in European Union member states: a system-oriented framework. Leidl. R. (ed.), *Health care and its financing in the single European market.* Amsterdam: IOS press, 1998.

Schneider, M. Rovira, J. Köse, A. en G. Rhodes. *Cost sharing and health funding in selected European Union member states*, 1998 p212-229.

Shapiro, M.F., J.E. Ware, C. Donald Sherbourne. Effects of cost sharing on seeking care for serious and minor symptoms: results of a randomized controlled trial. *Annals of Internal Medicine* 104 (1986); 2: 246-251.

Starfield B. *Primary care: concept, evaluation and policy.* New York: Oxford University Press, 1992.

Starfield B. Is strong primary care good for health outcomes? in: Griffin J (ed). *The future of primary care.* London: Office of Health Economics, 1996.

Starmans, B. *The effects of patient charges on medical utilization, expenditure, and health* (proefschrift). Maastricht, 1998.

Stearns, S.C., B.L. Wolfe, D.A. Kindig. Physician Responses to Fee-for-Service and Capitation Payment.

Inquiry 29 (1992): 416-425.

Vereniging voor Volksgezondheid en Wetenschap. Standpunt eigen betalingen. *T Soc Gezondheidsz* 1992; 70: 3-11.

Vohlonen, I., M. Pekurinen, R.B. Saltman. Re-organizing primary medical care in Finland: the personal doctor program. *Health Policy* 13 (1989): 65-79

Wedig, G.J. Health status and the demand for health: results on price elasticities. *Journal of Health Economics* 7 (1988); 2: 151-163.