

# Een gemengd huisartsen-bekostigingssysteem is optimaal

De wijze waarop de huisarts wordt bekostigd is van belang, omdat de huisarts een centrale rol heeft in de Nederlandse gezondheidszorg en mogelijk gevoelig is voor financiële prikkels. Het huidige gemengde huisartsenbekostigingssysteem blijkt optimaal te zijn: het houdt financiële prikkels in balans en minimaliseert het aantal perverse prikkels.

**D**e huisarts vervult vanwege zijn poortwachtersfunctie een belangrijke coördinerende rol in de Nederlandse gezondheidszorg. Mensen met gezondheidsklachten kunnen ziekenhuizen en medisch specialisten alleen bezoeken (met uitzondering van spoedgevallen), wanneer zij zijn doorverwezen door hun huisarts. Vanwege de omvangrijke medische kennis die de huisarts bezit en het langdurige karakter van de relaties met patiënten, is hij beter in staat te beoordelen welke gezondheidszorg iemand nodig heeft dan de patiënt zelf. Op die manier kunnen onnodige zorgkosten worden voorkomen (zie Gerdtham et al., 1998). Algemeen wordt verondersteld dat de beslissingen die een huisarts neemt gebaseerd zijn op de gezondheidstoestand- en klachten van een patiënt. Uit de empirische literatuur blijkt echter dat huisartsen zich in hun gedrag soms ook door financiële prikkels laten leiden (zie voor een overzicht Gosden et al., 2001). Dit maakt de wijze waarop huisartsen betaald worden belangrijk. Wanneer we er vanuit gaan dat huisartsen reageren op financiële prikkels, heeft de manier waarop huisartsen worden bekostigd namelijk niet alleen gevolgen voor de hoeveelheid gezondheidszorg die wordt verleend in de huisartsenpraktijk maar ook, door middel van de poortwachtersfunctie, op de hoeveelheid zorg die wordt verleend door ziekenhuizen.

Dit artikel geeft weer hoe een huisartsenbekostigingssysteem, een systeem dat efficiënt is en tevens de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg waarborgt, er uit zou moeten zien. Het is belangrijk dat het bekostigingssysteem de poortwachtersfunctie van de huisarts ondersteunt of tenminste niet belemmert.

De poortwachtersfunctie zou verder versterkt kunnen worden door huisartsen een budget te geven waarmee onder andere tweedelijnszorg moet worden ingekocht. De vraag of dit in de Nederlandse situatie wenselijk is, zal ook in dit artikel beantwoord worden.

## Huisartsenbekostiging

In de agencytheorie wordt de beloning van de agent (in dit geval de huisarts) vaak gerelateerd aan uitkomsten van zijn gedrag. Dit moet er voor zorgen dat de agent in het belang van de principaal handelt. In het opstellen van een contract voor huisartsen is zo'n koppeling echter problematisch. Idealiter zouden huisartsen beloond moeten worden voor gezondheidsverbeteringen die tegen zo laag mogelijke kosten zijn gerealiseerd. Echter, het is vaak moeilijk te verifiëren of de gezondheid van de patiënt is verbeterd, of dat tegen zo laag mogelijke kosten is gebeurd en of de huisarts wel verantwoordelijk is voor de gezondheidsverbetering, aangezien gezondheid door vele factoren wordt beïnvloed.

Anderzijds zijn er uitkomsten van huisartsengedrag die wel kwantificeerbaar zijn: het aantal consulten, visites en testen bijvoorbeeld. Het belonen van zulke uitkomsten kan echter leiden tot overproductie, omdat er geen directe relatie is tussen deze meetbare uitkomsten en gezondheidsverbetering. In tegenstelling tot andere principaal-agent situaties waarin meer productie altijd wenselijk is vanuit het standpunt van de principaal, is dit niet het geval voor de gezondheidszorg. Als de sociale marginale opbrengst van een extra consult of visite niet opweegt tegen de sociale marginale kosten, dan is het verschaffen van zo'n gezondheidsdienst niet wenselijk. Hoogstwaarschijnlijk vindt deze productie toch plaats, omdat de huisarts een prikkel ondervindt om zijn productie uit te breiden zelfs wanneer dit inefficiënt is.

Een ander nadeel van het koppelen van betalingen aan het aantal consulten, visites en testen is dat dit ten koste kan gaan van de kwaliteit, omdat er alleen beloond wordt voor volume en niet voor hoe dit volume tot stand komt. Wat er tijdens een consult wordt gedaan en dus welke kwaliteit wordt geleverd, is voor de bekostiging immers niet relevant. Echter, wanneer de huisarts een vaste beloning zou ontvangen voor zijn dienstverlening, zoals een salaris of een vast bedrag per patiënt (abonnementstarief) dan zou dat ook ten koste kunnen gaan van kwaliteit, omdat

de huisarts dan een perverse prikkel zou hebben om zijn inzet te minimaliseren.

Omdat het opstellen van een contract gebaseerd op gezondheidsuitkomsten niet mogelijk is en het geven van financiële prikkels door middel van andere betalingsmethoden tot perverse

---

**Het is belangrijk dat het bekostigingssysteem de poortwachtersfunctie van de huisarts ondersteunt of tenminste niet belemmert**

prikkels leidt, is het beter om een bekostigingssysteem te ontwerpen waarin financiële prikkels geneutraliseerd worden. Huisartsen staan dan bloot aan een minimaal aantal perverse prikkels en besteden daardoor de tijd en aandacht aan de zorg voor hun patiënten die zij noodzakelijk achten. Verder wordt het risico dat de intrinsieke motivatie (werklust) van de huisarts door financiële prikkels wordt geërodeerd, verkleind (zie Frey, 1997) en kan het de relatie tussen huisarts en patiënt verbeteren omdat de laatste zijn huisarts meer zal vertrouwen als hij weet dat deze in zijn besluitvorming en handelen niet of nauwelijks beïnvloed wordt door financiële prikkels.

## Een gemengd systeem

Een balans van financiële prikkels wordt het beste bereikt in een gemengd systeem van *capitation* (abonnementstarief) en *fee-for-service* (consulttarief). De perverse prikkels die ontstaan in een systeem dat alleen op capitation is gebaseerd, worden namelijk tegengegaan door het fee-for-service gedeelte van het bekostigingssysteem, en vice versa. Denemarken, Italië en Portugal zijn voorbeelden van landen met een gemengd huisartsenbekostigingssysteem.

Een voordeel van abonnementstarieven is dat ze geassocieerd zijn met een inschrijvingssysteem waardoor waardevolle vertrouwensrelaties tussen huisarts en patiënten kunnen worden ontwikkeld. Verder ontvangt de huisarts in feite een vast budget waardoor hij ook een prikkel heeft om kosten te minimaliseren en bij te dragen aan efficiënte besluitvorming.

Abonnementstarieven kunnen echter ook nadelig zijn. Omdat de huisarts vooraf verzekerd is van een vast inkomen, verschaffen ze de huisarts een prikkel om inzet te minimaliseren. De huisarts kan bijvoorbeeld zijn patiënten zo min mogelijk zien (dus het aantal consulten en visites verlagen) of ze sneller doorverwijzen naar een ziekenhuis of medisch specialist. Het zijn juist deze perverse prikkels die worden gemitigeerd door een extra fee-for-service gedeelte in het bekostigingssysteem te introduceren. Fee-for-service beloont de huisarts met een vast bedrag per consult (of visite of herhalingsrecept) waardoor hij minder geneigd zal zijn om zijn inzet te minimaliseren (bijvoorbeeld door meer door te verwijzen) dan in een systeem dat alleen op capitation is gebaseerd.

Op dezelfde wijze kan het introduceren van een capitation gedeelte in een fee-for-service systeem de perverse prikkels die fee-for-service genereert tegengaan. Omdat fee-for-service de huisarts beloont voor elke productie-eenheid, heeft deze een prikkel om zijn productie uit te breiden (bijvoorbeeld door middel van

## De vraag blijft echter wat de optimale mix van capitation en fee-for-service is

aanbodeïnduceerde vraag) totdat de marginale opbrengst (de fee) niet langer opweegt tegen de marginale kosten. Als nu een gedeelte van het huisartseninkomen uit abonnementsinkomen bestaat, kan de fee omlaag en zal dit de huisarts motiveren om zijn productie minder uit te breiden (dit wordt afgebeeld in figuur 1). Bovendien geeft het capitation gedeelte zelf ook een prikkel om niet te veel te produceren.

Om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te waarborgen, is het wel belangrijk dat het abonnementstarief wordt gecorrigeerd voor verschillen in de gezondheid van patiënten. De huisarts moet hogere bedragen ontvangen voor patiënten die meer zorg nodig hebben (zoals de ouderen bijvoorbeeld) omdat er anders risicoselectie zou kunnen plaatsvinden met als gevolg dat mensen die de gezondheidszorg het hardst nodig hebben moeilijkheden zouden ondervinden in de toegang ertoe. Helaas zijn zulke correcties nooit perfect (zie Newhouse, 1994). Het fee-for-service gedeelte komt hier van pas: het ontmoedigt risicoselectie omdat de huisarts meer fees ontvangt voor patiënten die meer zorg nodig hebben.

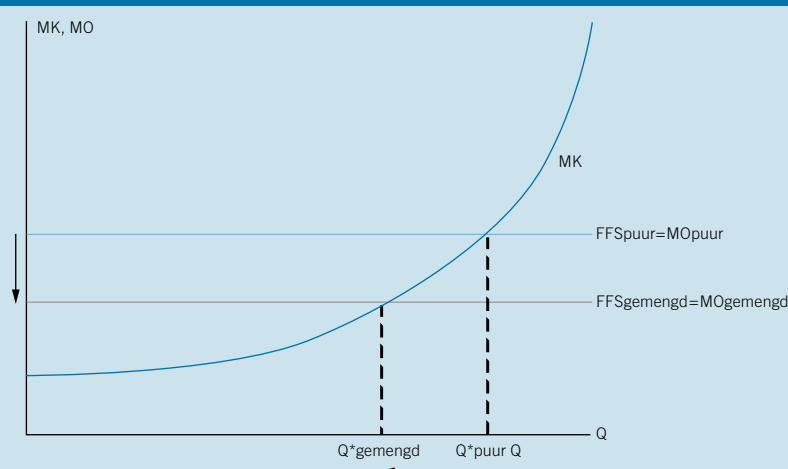
Een gemengd systeem van consulttarieven en abonnementsbetalingen is ook gunstig, omdat het financiële risico voor de huisarts wordt beperkt. De kosten van het dragen van risico, weergegeven door de zogenaamde risicopremie, kunnen beter worden gedragen door de verzekeraar: het verzekerenbestand van zorgverzekeraars is groter dan de patiëntenlijst van een huisarts waardoor risico's meer worden gespreid, en daarnaast worden onvermijdbare risico's achteraf onderling verevend tussen alle zorgverzekeraars. Een hoog financieel risico voor de huisarts zou bovendien kunnen leiden tot een verminderde uitvoering van de poortwachtersfunctie. Dit laatste risico zou kunnen worden verholpen door huisartsen juist meer risico te laten dragen; niet alleen over de eigen praktijkkosten, maar ook die van de vervolgcosten. Een huisarts krijgt in die situatie een budget, van waaruit hij de totale ziektekosten financiert. Hij draagt dus zelf de lasten van het doorverwijzen naar een specialist, en medicijngebruik. Groot-Brittannië heeft een dergelijk systeem gekend. In box 1 wordt deze optie voor de Nederlandse situatie geëvalueerd.

## Het Nederlandse huisartsenbekostigingssysteem

Vóór de invoering van het nieuwe zorgstelsel op 1 januari 2006 was het Nederlandse huisartsenbekostigingssysteem gebaseerd op het toenmalige onderscheid tussen publieke en particuliere verzekering (abonnementstarieven voor ziekenfondsverzekerden en consulttarieven voor particulier verzekerden). Sinds 1 januari 2006 kennen huisartsen een gemengd bekostigingssysteem, waarbij zij voor al hun patiënten zowel abonnementstarieven als

figuur 1

### Productie is lager in een gemengd systeem



De twee horizontale lijnen geven de marginale opbrengstenfunctie (MO) van de huisarts weer in een puur fee-for-service systeem en in een gemengd systeem en is in beide systemen gelijk aan de fee. De stijgende lijn stelt de marginale kostenfunctie (MK) van de huisarts voor. De marginale kosten zijn bij lage productie vrij constant maar stijgen naarmate de productie groter wordt omdat extra productie dan ten koste gaat van de vrije tijd van de huisarts. De optimale productie is daar waar MK en MO elkaar snijden en is dus kleiner in een gemengd systeem.

## Een budget voor de Nederlandse huisarts?

Het verschaffen van budgetten aan Nederlandse huisartsen, waarmee tweedelijnszorg en medicijnen moeten worden ingekocht en waarbij het budgetoverschot mag worden behouden, kan de efficiëntie van de gezondheidszorg mogelijk vergroten. De huisarts zou namelijk verantwoordelijk worden gesteld voor de financiële consequenties van zijn besluitvorming.

Het Britse *GP fundholding systeem* (1991-1999) gaf huisartsen de mogelijkheid om voor een dergelijk budget te kiezen. Toch is, om onder andere de volgende redenen, zo'n systeem niet aan te bevelen in de Nederlandse situatie:

- Het stelt de risico-averse Nederlandse huisarts bloot aan financieel risico. Deze zal daarom een compenserende risicopremie eisen waardoor het opstellen van een dergelijk contract erg duur wordt.
- In Nederland is de inkoop uitbesteed aan zorgverzekeraars. Indien de zorgverzekeringsmarkt goed werkt, ondervinden concurrerende zorgverzekeraars voldoende prikkels om zorg efficiënt in te kopen. In het Verenigd Koninkrijk daarentegen werd zorg ingekocht door overheidsinstanties die alleen een prikkel hadden om niet (véél) meer dan hun budget te besteden.
- Het zou de vertrouwensrelatie tussen huisarts en patiënt aantasten. Een huisarts met een budget heeft bijvoorbeeld een prikkel om minder snel door te verwijzen waardoor de patiënt zich zou kunnen afvragen of zijn huisarts werkelijk alles doet om hem te helpen. In het Verenigd Koninkrijk was de tevredenheid onder patiënten van budgethoudende praktijken inderdaad lager dan in praktijken waarin de huisarts(en) geen budget beheerde (zie Dusheiko et al., 2004).
- Huisartsen zouden een budgetsysteem als te controlerend kunnen ervaren (omdat het ultieme doel is, gezondheidskosten in de hand te houden) en niet als een erkenning van hun intrinsieke motivatie. In dit geval kunnen de financiële prikkels van het budgetsysteem intrinsieke prikkels verdringen (zie Frey, 1997).
- De positieve effecten van een budgetsysteem zijn te onzeker om zo'n drastisch stelsel in te voeren. Hoewel de empirische literatuur aangeeft dat Britse huisartsen gereageerd hebben op de financiële prikkels van het fundholding systeem (zie onder andere Croxson et al., 1998), is het onduidelijk of deze gedragsveranderingen efficiënt waren omdat de effecten ervan op de gezondheid van patiënten nooit zijn onderzocht. Patiënten waren in ieder geval minder tevreden (zie Dusheiko et al., 2004).

consulttarieven in rekening kunnen brengen. Deze verandering vormt wat betreft (financiële) prikkels dus een vooruitgang.

De vraag blijft echter wat de optimale mix van capitation en fee-for-service is. We zouden hier meer inzicht in kunnen krijgen door onderzoek te doen naar de invloed van het voormalige duale huisartsenbekostigingssysteem op de verschillen in zorgverlening aan particuliere en ziekenfondsverzekerden. Dit onderzoek zou waardevolle informatie opleveren over hoe Nederlandse huisartsen op de verschillende financiële prikkels van een capitation en fee-for-service systeem reageren. Deze informatie kan dan in beschouwing worden genomen bij het bepalen van de optimale mix van het gemengde bekostigingssysteem.

## Conclusie

Het is niet wenselijk om huisartsen sterke financiële prikkels te geven. Zo is het onmogelijk om de huisarts te belonen voor efficiënte gezondheidsverbeteringen en het belonen van uitkomsten die wel kwantificeerbaar zijn, leidt mogelijk tot overproductie. Verder kunnen sterke doelmatigheidsprikkels in de praktijkvoering (bijvoorbeeld door middel van abonnementstarieven) ten koste gaan van de poortwachtersfunctie van de huisarts en de kwaliteit van de gezondheidszorg. Het nieuwe gemengde Nederlandse huisartsenbekostigingssysteem vormt (in termen van prikkels) een verbetering ten opzichte van het oude systeem omdat het financiële prikkels in balans houdt en het aantal perverse prikkels minimaliseert.

## LITERATUUR

- Croxson, B., C. Propper en A. Perkins (1998) *Do doctors respond to financial incentives? UK family doctors and the GP fundholder scheme*. Bristol: Centre for Market and Public Organisation (CMPO).
- Dusheiko, M., H. Gravelle en N. Yu (2004) *The impact of budgets for gatekeeping physicians on patient satisfaction: evidence from fundholding*. York: Centre of Health Economics, University of York.
- Frey, B. (1997) On the relationship between intrinsic and extrinsic work motivation. *International Journal of Industrial Organization*, 15(4), 427-439.
- Gerdtham, U., B. Jönsson, M. MacFarlan en H. Oxley (1998) The determinants of health expenditure in the OECD countries. In: *Health, The Medical Profession and Regulation*, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Gosden T., F. Forland, I. Kristiansen, M. Sutton, B. Leese, A. Giuffrida, M. Sergison en L. Pedersen (2001) Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*, 6(1), 44-55.
- Newhouse, J. (1994) Patients at risk: health reform and risk adjustment. *Health Affairs*, 13(1), 132-146.