

Health maintenance organizations

Een structurele verandering in de Amerikaanse gezondheidszorg

DRS. F.T. SCHUT – DR. W.P.M.M. VAN DE VEN*

De laatste jaren doet de overheid pogingen de uit de pan gerezen kosten van de gezondheidszorg te beheersen. Daarbij is ook de vraag opgekomen of wellicht niet een deel van de gezondheidszorg voor privatisering en voor blootstelling aan bepaalde concurrentiemechanismen in aanmerking komt. In de Verenigde Staten heeft men daar met de „Health Maintenance Organizations” (HMO's) goede ervaringen mee, zo stellen de auteurs van dit artikel vast. In deze particuliere organisaties vallen de functies van verstreker en verzekeraar van medische diensten samen. De HMO's blijken tegen 10 tot 40 procent lagere kosten dan het traditionele gezondheidszorgsysteem minstens gelijkwaardige medische zorg te bieden.

Inleiding

Bij het bepalen van de richting van het toekomstige gezondheidszorgbeleid in Nederland lijken wij voor een belangrijke keuze te staan: gaan wij voort op de in de *Structuurnota Gezondheidszorg* (1974) uitgezette weg van overheidsregulering en planmatige aanpak van de gezondheidszorg of wordt het beleid omgebogen in een richting waarbij de ordening van (een gedeelte van) de gezondheidszorg in belangrijke mate wordt bepaald door het marktmechanisme? Tot voor kort is men er bijna als vanzelfsprekend van uitgegaan dat de eerstgenoemde optie de juiste is. Gevoed door de weinig bemoedigende resultaten van het gezondheidszorgbeleid sinds de verschijning van de *Structuurnota*, is er de afgelopen jaren gegronde twijfel gerezen over de houdbaarheid van deze vooronderstelling. Deze twijfel werd in belangrijke mate versterkt door recente ontwikkelingen in de Verenigde Staten, waar eind jaren zeventig een analoge discussie over het te voeren gezondheidszorgbeleid speelde. Door de snelle opkomst van concurrerende „Health Maintenance Organizations” (HMO's) lijkt zich thans een structurele wijziging te voltrekken in de wijze van organiseren, verstrekken en financieren van de gezondheidszorg in de VS. Deze verandering is daarom zo interessant omdat HMO's uit het oogpunt van zowel de kwaliteit als de kosteneffectiviteit van de zorgverlening een aantrekkelijk alternatief (doch niet noodzakelijk een volledig substituu) lijken te bieden voor het traditionele gezondheidszorgsysteem. Een en ander heeft in Nederland een discussie op gang gebracht over een herwaardering van de rol van het marktmechanisme in het gezondheidszorgbeleid¹). Veelal wordt in deze discussie verwezen naar het succesvolle beleid van HMO's in de VS. Tegen deze achtergrond zullen wij in dit artikel ingaan op de specifieke kenmerken en werkwijze van HMO's.

De indeling van dit artikel is als volgt. Na een korte typering van de Amerikaanse gezondheidszorg zal worden ingegaan op de vraag: „Wat zijn HMO's?” en zullen enige achtergronden en ontwikkelingen worden geschetst. Vervolgens worden bevindingen gepresenteerd over de werkwijze van HMO's, in het bijzonder met betrekking tot de kwaliteit van de zorg en de succesvolle wijze van kostenbeheersing. Tot slot worden enkele conclusies samengevat.

Korte typering van de Amerikaanse gezondheidszorg

Om de speciale positie van HMO's in het Amerikaanse gezondheidszorgsysteem te kunnen begrijpen is enige kennis van dit systeem noodzakelijk. Alvorens nader aandacht te besteden

aan het fenomeen HMO, worden daarom eerst enige relevante aspecten van de traditionele Amerikaanse gezondheidszorg beschreven²):

- het Amerikaanse gezondheidszorgsysteem kent geen stringente scheiding tussen eerstelijnszorg en tweedelijnszorg. De „primary-care physicians” („general practitioners”, „general internists” en „pediatricians”) werken dikwijls nauw samen met andere artsen en vervullen in veel mindere mate een portiersfunctie (verwijzing via de „primary-care physician” is niet nodig om een specialist te kunnen raadplegen) dan de huisarts in Nederland;
- in de regel worden artsen betaald per verrichting („fee-for-service”) terwijl ziekenhuizen betaald krijgen voor de kosten die zij maken („reimbursement-system”);
- de Amerikaanse gezondheidszorg wordt voor ca. 60% gefinancierd door de private sector (in Nederland is het aandeel van de private sector ca. 25%). Het aandeel van de publieke sector in de gezondheidszorg is echter snel toegenomen, van 25% in 1960 tot ruim 40% in 1980. Het grootste gedeelte van

* De auteurs zijn verbonden aan de vakgroep Algemene Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam. De in dit artikel weergegeven studie is mede mogelijk gemaakt dank zij een subsidie van Zilveren Kruis VGNC Ziektekostenverzekeringen. De auteurs danken drs. J.G. Veenbergen voor zijn waardevolle commentaar. De verantwoordelijkheid voor de inhoud van dit artikel berust geheel bij de auteurs. Voor een uitgebreide Nederlandstalige studie omtrent HMO's, zie F.T. Schut, *Health Maintenance Organizations: een geïntegreerde wijze van verstrekken en verzekeren van gezondheidszorg*, De Tijdstroom, Lochem (verschijnt februari/maart 1986, ca. 250 blz.).

1) Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, *Herwaardering van welzijnsbeleid*, rapport 22, Staatsuitgeverij, 1982. W.P.M.M. van de Ven, *Competitie in de Nederlandse gezondheidszorg*, voordracht tijdens congres van de Vereniging voor Gezondheidseconomie, 26 april 1985. F.F.H. Rutten en W.P.M.M. van de Ven, *Concurrentie tussen hulpverleners in de gezondheidszorg*, *ESB*, 29 mei 1985, blz. 521-525. H. Hagen (red.), *Concurrentie in de Nederlandse gezondheidszorg*, De Tijdstroom, Lochem, 1985.

2) Gegevens afkomstig van:

- R. Gibson, *National Health Expenditures, 1979*, *Health Care Financing Review* (zomer 1980);
- M.R. Raffel, *The U.S. health system: origins and functions*, John Wiley & Sons, 1980, blz. 406-407;
- KISG, *Jaarboek 1983*, blz. 8;
- Rx: competition; the spiralling costs of health care, *Business Week*, 8 feb. 1982, blz. 58-63;
- P.J. Feldstein, *Health care economics*, tweede editie, John Wiley & Sons, New York, 1983.

- de overheidsuitgaven aan gezondheidszorg bestaat uit gelden voor de nationale ziektekostenverzekeringssystemen „Medicaid” (ten bate van armen) en „Medicare” (ten bate van bejaarden);
- de uitgaven aan gezondheidszorg van de private sector bestaan voor 54% uit directe bijdragen van de consument (hetgeen neerkomt op ca. één derde van de totale gezondheidszorgbestedingen), terwijl 44% voor rekening komt van de particuliere verzekeraars en 2% uit overige bronnen wordt betaald (cijfers 1979). De eigen bijdragen van de consumenten zijn in tegenstelling tot in de meeste andere geïndustrialiseerde landen (waaronder Nederland) dus erg hoog. Dit wordt veroorzaakt door het feit dat het traditionele verstrekkingspakket doorgaans alleen ziekenhuiszorg en dure medische behandelingen omvat. Gespecificeerd naar categorie betaalden de Amerikaanse gebruikers van gezondheidszorg in 1979 direct 8% van de ziekenhuiszorg, 37% van de artsenhulp, 73% van de tandartshulp en 84% van de medicijnkosten;
 - ongeveer 5% van de Amerikaanse bevolking (9 à 11 miljoen mensen in 1976) is niet verzekerd voor medische zorg (ter vergelijking: in Nederland is het percentage personen zonder ziektekostenverzekering verwaarloosbaar klein);
 - kenmerkend voor het Amerikaanse gezondheidszorgsysteem is het feit dat werkgevers voor hun werknemers collectief een ziektekostenverzekering afsluiten. Slechts ca. 20% van de verzekerden (voornamelijk zelfstandigen) kiest individueel voor een bepaalde ziektekostenverzekeraar. In de regel kunnen werknemers eenmaal per jaar kiezen uit een aantal door de werkgever (eventueel in samenspel met de vakbonden) geselecteerde verzekeringsopties. De werkgeversbijdrage in de verzekeringspremie is vaak aanzienlijk. De consequentie van dit baangebonden verzekeringsstelsel is dat de ziektekostenverzekeraars geen vrije toegang hebben tot een groot gedeelte van de markt, maar daarvoor afhankelijk zijn van de werkgever;

- de meest gangbare wijze van premiestelling is wat men noemt „experience rating”, waarbij de premiehoogte afhankelijk is van de leeftijd, het geslacht en de gezondheidstoestand van (groepen) verzekerden. Deze manier van premiestelling moet worden bezien in de context van het baangebonden ziektekostenverzekeringssysteem. Doordat werknemers (plus gezinsleden) zich groepsgewijs verzekeren, zijn de consequenties van „experience rating” voor mensen met een hoog gezondheidsrisico minder nadelig dan in een systeem waar mensen zich individueel verzekeren. Bovendien dragen werkgevers doorgaans in belangrijke mate bij aan de verzekeringspremie. Daarnaast bestaan er voor bepaalde hoge risicogroepen, zoals armen en bejaarden, sociale-verzekeringssystemen (Medicaid en Medicare). Het zijn dan ook vooral zelfstandigen met een inkomen vlak boven de armoedegrens (voor Medicaid) en een hoog gezondheidsrisico, voor wie de premies nauwelijks op te brengen zijn (zij blijken dan ook dikwijls onverzekerd te zijn);
- de kosten van de Amerikaanse gezondheidszorg zijn evenals in Nederland enorm gestegen, van 4,4% van het Bruto Nationaal Produkt (BNP) in 1955 tot ca. 11% van het BNP in 1984. Deze kosten zijn als volgt over de verschillende categorieën verdeeld (cijfers 1979): ziekenhuizen 45,7%, artsen en tandartsen 28,7%, medicijnen en brillen 11,1%, verpleeghuizen 9,5% en overige kosten 5%.

Wat zijn HMO's?

Wat zijn HMO's en wat onderscheidt hen van het traditionele systeem van gezondheidszorg? HMO's zijn organisaties die verantwoordelijk zijn voor *zowel* de verstrekking *als* de verzekering van gezondheidszorg. De gebruikelijke driehoeksrelatie patiënt-hulpverlener-verzekeraar is dus veranderd in een tweezijdige relatie patiënt-HMO. HMO's stellen zich ten doel integrale, financieel toegankelijke medische zorg te bieden aan hun leden. De

premiebedragen van de leden vormen het budget waarmee de HMO moet rondkomen. HMO-artsen zijn meestal financieel mede verantwoordelijk voor de gang van zaken binnen de HMO. HMO's sluiten contracten met ziekenhuizen of nemen ziekenhuizen in eigen beheer, al naar gelang de onderhandelingspositie van de HMO dat toelaat of wenselijk maakt. HMO-leden betalen een vaste periodieke premie waarvoor zij aanspraak kunnen maken op een uitgebreid pakket verstrekkingen 3) zonder dat hiervoor noemenswaardige eigen betalingen vereist zijn. Ook de wijze van premiestelling wijkt af van de gebruikelijke „experience rating”: HMO's berekenen hetzij voor alle leden dezelfde nominale premie („community rating”) hetzij leeftijdsafhankelijke (maar gezondheidsonafhankelijke) premies („community rating by class”). De solidariteit onder HMO-verzekerden is dus groter dan onder traditioneel verzekerden. HMO's leggen nadruk op preventieve zorg („health maintenance”) en waar mogelijk op substitutie van dure klinische door goedkopere poliklinische zorg. Daarnaast nemen nascholing en intercollegiale toetsing een belangrijke plaats in. HMO's moeten concurreren met traditionele ziektekostenverzekeraars voor de werving en het behoud van verzekerden. De verstrenging van de functies van verstrekker en verzekeraar impliceert derhalve dat zowel een goede medische reputatie (goede kwaliteit medische zorg) als lage kosten (hoge efficiency) van wezenlijk belang zijn voor de overlevingskansen van een HMO. Bovendien zijn de door de federale overheid erkende HMO's met meer dan 50.000 leden (representatief voor meer dan de helft van het totale aantal HMO-leden) gehouden aan een wettelijke acceptatieplicht, zodat zij geen relatief ongezonde mensen („slechte risico's”) kunnen werven.

De term „Health Maintenance Organization” is in 1970 geïntroduceerd door Ellwood als verzamelterm voor twee verschillende organisatievormen, de „Prepaid Group Practice” (PGP) en de „Individual Practice Association” (IPA), die de bovengenoemde kenmerken gemeen hebben. Naast deze overeenkomsten bestaan er tussen PGP's en IPA's echter ook enkele fundamentele verschillen, die van beslissende invloed zijn op de werkwijze en het succes van deze organisaties. Reden om nader aandacht te besteden aan beide HMO-typen.

Prepaid Group Practice (PGP). Het oudste en het meest voorkomende HMO-type is de PGP. De eerste PGP's dateren reeds van omstreeks de eeuwwisseling. Een PGP is een door bedrijven, vakbonden, patiënten of verzekeraars opgerichte organisatie die artsen en andere hulpverleners in dienst neemt en veelal contracten sluit met ziekenhuizen of deze in eigen beheer neemt, ten einde de leden een uitgebreid pakket aan medische zorg te bieden. De PGP kan worden omschreven als een gesloten-panelorganisatie wat betekent dat artsen niet vrij kunnen toetreden tot de organisatie. PGP-leden zijn derhalve (behoudens uitzonderingen, b.v. voor eerste hulp) aangewezen op een afgebakende groep hulpverleners. Onder meer dank zij het gesloten-panelkarakter zijn PGP's in staat tot efficiënte interne planning en controle. De strakke planning van werktijden leidt voor artsen tot kortere en minder variabele werkweken. Dit wordt mede mogelijk gemaakt door de directe toegang tot specialisten te blokkeren door middel van de instelling van een verwijzingsstelsel via de „primary-care physician” (in Nederland vervult de huisarts een analoge rol). De strakke werkschema's voor artsen impliceren tevens dat patiënten niet altijd op het door hen gewenste tijdstip de door hen gewenste arts kunnen consulteren. De daaruit volgende noodzaak van onderlinge uitwisselbaarheid van patiëntgegevens heeft geleid tot een goede medische dossiervorming bij PGP's. Daarnaast spelen ook overwegingen van planning en controle een belangrijke rol bij het opzetten van een uitgebreid informatiesysteem. Dit informatiesysteem vervult een belangrijke rol bij de intercollegiale toetsing.

Zowel vanuit het management als op grond van intercollegiaal overleg worden richtlijnen en normen ontwikkeld voor medische behandelingen in specifieke situaties. In veel PGP's mogen ziekenhuisopnames pas plaatsvinden na toestemming van de medische staf of medisch directeur. PGP-artsen worden hetzij per patiënt hetzij met een vast salaris betaald. Daarboven ontvangen zij in veel gevallen een bonus die afhankelijk is van het bedrijfsresultaat en hun eigen handelen.

Individual Practice Association (IPA). De eerste IPA's wer-

Tabel 1. Aantal HMO's en het totale aantal leden, de gemiddelde gezinspremies, het jaarlijkse aantal ligdagen per 1.000 leden (gewogen gemiddelde), het jaarlijkse gemiddelde aantal artsconsulten per lid - naar omvang, bestaansduur, type en federale kwalificatiestatus - in 1983 (30 juni)

	Aantal HMO's	Aantal leden in 1983 (x 1.000)	Maandelijks gemiddelde gezinspremies in 1983 (in \$)	Gewogen gemiddelde jaarlijkse aantal ligdagen per 1.000 leden	Jaarlijks aantal artsconsulten per lid
Alle HMO's	280	12.490	172	408	3,6
Naar omvang:					
1- 4.999	54	133	167	456	3,4
5.000-14.999	83	741	174	463	4,0
15.000-24.999	42	842	174	434	3,3
25.000-49.999	61	2.062	168	425	3,4
50.000-99.999	19	1.257	191	440	3,2
100.000 of meer leden	21	7.455	166	392	3,6
Naar bestaansduur:					
Minder dan 1 jaar	24	102	178	—	—
1-2 jaar	61	674	173	430	3,6
3-5 jaar	67	1.401	177	416	3,6
6-9 jaar	65	2.087	165	411	3,5
10 of meer jaren	63	8.226	169	404	3,5
Naar type:					
PGP	181	10.602	168	400	3,5
IPA	99	1.889	179	452	3,7
Naar federale kwalificatiestatus:					
Met federale kwalificatie	165	9.478	174	407	3,5
Zonder federale kwalificatie	115	3.013	168	412	3,7

n.b.: De gegevens met betrekking tot de gezinspremies, het jaarlijks gewogen gemiddeld aantal ligdagen per 1.000 leden en het jaarlijkse aantal artsconsulten per lid hebben alleen betrekking op HMO's die deze gegevens konden (wildten) verstrekken, respectievelijk 221, 193 en 166 HMO's.

Bron: InterStudy, *National HMO Census 1983: Annual report on the growth of HMO's in the U.S.*, Excelsior, Minnesota, 1984, blz. 5, 6, 8, 9, 11, 12, 14, 15.

den in de jaren '50 opgericht door artsen met als voornaamste oogmerk de PGP's de wind uit de zeilen te nemen. Hoewel de ontwikkeling van IPA's vooral sinds het begin van de jaren '70 tamelijk succesvol verliep fungeerden zij echter eerder als katalysator dan als belemmering voor groei van het aantal PGP's. Met het IPA-concept werden bepaalde elementen uit het traditionele systeem (honorering per verrichting en zelfstandige praktijkvoering) gecombineerd met verschillende kenmerken van PGP's. In tegenstelling tot PGP's hebben IPA's een open-panelkarakter. Dit betekent dat artsen in het algemeen vrij kunnen toetreden tot de organisatie mits zij patiënten hebben die lid (willen) worden van de IPA en mits zij de volgende IPA-voorwaarden willen onderschrijven:

- acceptatie van intercollegiale toetsing;
- acceptatie van financieel risico: een gedeelte (meestal ca. 10-20%) van de beloning per verrichting wordt door de organisatie achtergehouden en pas uitbetaald wanneer het budget (het vooruitbetaalde premiebedrag) niet wordt overschreden.

Vanwege het open-panelkarakter is er dikwijls een groot aantal artsen aangesloten bij een IPA die meestal slechts een klein

3) Het minimum basispakket van federaal erkende HMO's omvat intramurale zorg, kortdurende geestelijke gezondheidszorg, thuiszorg, preventieve zorg (inclusief preventieve tandartszorg voor kinderen), medische hulp in noodgevallen, laboratorium- en röntgenonderzoek en behandeling tegen drugs- en alcoholverslaving. De eigen betalingen van de verzekerden zijn aan een bepaald maximum gebonden. Voor verstrekkingen die buiten dit pakket vallen kan men zich bij de HMO aanvullend verzekeren (eveneens een volledige natura-verzekering).

percentage (gemiddeld ca. 15%) IPA-leden in hun praktijk hebben. Het grote aantal IPA-artsen, die op verspreide lokaties zelfstandig een praktijk voeren en vaak slechts enkele IPA-leden in hun patiëntenbestand hebben, maakt effectieve planning uitermate gecompliceerd, terwijl het de feitelijke invloed die de organisatie op de artsen kan uitoefenen sterk beperkt.

Ook de homogeniteit van de PGP- en IPA-vorm is maar betrekkelijk. Binnen beide HMO-typen bestaan namelijk aanzienlijke verschillen wat betreft omvang (zie tabel 1), geografische spreiding en specifieke organisatorische kenmerken.

Achtergronden en ontwikkelingen

Hoewel de eerste verzekeringsorganisaties met HMO-kenmerken reeds dateren van omstreeks 1900, mogen zij zich pas sinds het begin van de jaren zeventig verheugen in een snel groeiende belangstelling. Twee factoren zijn van grote invloed geweest op de aanvankelijk trage ontwikkeling van HMO's.

Ten eerste betekende de opkomst van HMO's een potentiële economische bedreiging voor de gevestigde medische stand. In de jaren veertig en vijftig leidde een versnelde groei van het aantal HMO's dan ook tot felle reacties van de medische associaties in de verschillende staten, op landelijk niveau verenigd in de „American Medical Association” (AMA). Deze reacties bestonden onder andere uit boycotts, diverse aanklachten wegens schending van de beroepsethiek en het verhinderen dat HMO-artsen toegang kregen tot ziekenhuisfaciliteiten. Uiteindelijk zijn de medische associaties zelfs overgegaan tot het oprichten van eigen HMO's, de eerder genoemde IPA's, om de groei van de PGP's in te dammen, echter zonder veel succes.

Het Amerikaanse baangebonden ziektekostenverzekeringssysteem betekende een tweede belangrijke barrière voor de ontwikkeling van HMO's. Doordat de werkgever een collectieve ziektekostenverzekering afsluit voor zijn werknemers is de HMO afhankelijk van de werkgever om toegang te krijgen tot potentiële verzekerden. De HMO-wet van 1973 verplicht de werkgever echter om ten minste één in de regio gevestigde HMO ter keuze aan te bieden aan zijn werknemers, wat een belangrijke impuls betekende voor de ontwikkeling van HMO's.

De feitelijke aanzet voor de ontwikkeling van HMO's op grote schaal werd gegeven door Paul Ellwood. In het voorjaar van 1970 presenteerde Ellwood een voorstel onder de noemer „Health Maintenance Strategy” 4) waarin hij pleitte voor een toenemende rol van HMO's in het Amerikaanse gezondheidszorgsysteem. In dit voorstel werd tevens de naam „Health Maintenance Organization” geïntroduceerd. De federale overheid, geconfronteerd met snel stijgende kosten van gezondheidszorg, beschouwde HMO's als een aantrekkelijk alternatief voor uitgebreide regulering en trachtte de ontwikkeling van deze organisaties te stimuleren. Dit leidde in 1973 tot de federale HMO-wet, waarin HMO's een betere toegang tot de verzekeringsmarkt werd gegarandeerd. Sindsdien is het aantal HMO-leden aanvankelijk nog gematigd maar weldra zeer snel (ca. 15% per jaar) toegenomen, van ca. 3,5 miljoen in 1973 tot ca. 13,5 miljoen in 1984. Het aantal HMO's steeg in dezelfde periode van 72 tot ruim 300, terwijl het marktaandeel toenam van 2% tot bijna 7%. Gebaseerd op de groeicijfers uit de laatste jaren gaan zelfs de meest voorzichtige schattingen uit van een marktaandeel van 15 à 20% in 1990 5).

De sterke groei gaat gepaard met een toenemende concentratietendens. In 1983 behoorde ongeveer de helft van de 280 HMO's tot één van de 14 grote nationale HMO-ondernemingen, die samen goed waren voor driekwart van het aantal HMO-leden. Van deze nationale HMO-ondernemingen is meer dan de helft minder dan 10 jaar oud. Een andere, ten dele parallel verlopende, recente ontwikkeling is de oprichting van HMO's met winst oogmerk. Tot het eind van de jaren zeventig waren alle HMO's „non-profit”-organisaties. Door toedoen van de commerciële ziektekostenverzekeraars, die HMO's meer en meer als een bedreiging voor hun marktaandeel begonnen te beschouwen, zijn vanaf 1978 de eerste „for-profit”-HMO's opgericht. Deze werden weldra gevolgd door onafhankelijk ter beurze genoteerde HMO's (in 1983 waren er 7 HMO-ondernemingen op de beurs genoteerd met tamelijk groot succes).

Een bijkomend effect van de voorspoedige HMO-ontwikkeling is de oprichting van tal van organisaties die een variant vormen op het HMO-thema. Van deze HMO-achtige organisatievormen zijn de PCN („Primary Care Network”) en de PPO („Preferred Provider Organization”) het meest belangrijk en uitgekristalliseerd. Hier zal worden volstaan met een korte omschrijving, aangezien, om met Enthoven te spreken: „the value of studying them is for the innovative quality of their ideas rather than for the duration and breadth of their experience” 6).

Primary Care Networks (PCN's) zijn gebaseerd op de gedachte dat de „primary-care physician” (hoewel hiervan geen algemeen aanvaarde definitie bestaat, refereert de term gewoonlijk aan huisartsen, algemene internisten en kinderartsen) het best in staat wordt geacht om toe te zien op het doelmatig gebruik van medische voorzieningen. De PCN-arts wordt daarom (ten dele) financieel verantwoordelijk gesteld voor de kosten van verwijzing naar specialisten en ziekenhuisopname, terwijl het PCN-lid accepteert dat alle medische hulp wordt verstrekt door of via (d.m.v. verwijzing) deze arts. De „primary-care physician” functioneert in deze organisatie dus als portier van de gezondheidszorg.

Een *Preferred Provider Organization (PPO)* is een panel van een beperkt aantal hulpverleners (waaronder artsen en ziekenhuizen) die afspraken maken met verzekeraars of werkgevers over kortingen op hun tarieven. In ruil hiervoor worden de betrokken verzekerden of werknemers aangemoedigd van deze „preferred providers” gebruik te maken. Dit geschiedt meestal door voor de diensten van deze hulpverleners géén of in verhouding geringe eigen betalingen te vragen. PPO-artsen worden doorgaans per verrichting betaald. In tegenstelling tot HMO's hebben PPO's zich niet verplicht om een (uitgebreid) pakket aan medische diensten te leveren aan hun verzekerden. (In tegenstelling tot HMO's hanteren PPO's geen natura- maar een restitutie-systeem.) PPO-verzekerden hebben daarentegen wel meer vrijheid van artskeuze dan HMO-verzekerden, die volledig aangewezen zijn op de bij de HMO aangesloten hulpverleners.

Bevindingen over de werkwijze van HMO's

Een omvangrijke hoeveelheid onderzoek is verricht ten einde een vergelijking te kunnen maken tussen de prestaties van HMO's en het traditionele gezondheidszorgsysteem op het terrein van kwaliteit, gebruik, kosten en tevredenheid (van patiënten en hulpverleners). In vogelvlucht zal hier een aantal belangrijke bevindingen worden samengevat 7).

Selectie van verzekerden en artsen

Inzicht in de selectie van verzekerden en artsen is een essentiële voorwaarde voor een genuanceerde beoordeling van de resultaten van HMO's op het gebied van gebruik, kosten en kwaliteit van gezondheidszorg. Deze resultaten kunnen immers in belangrijke mate beïnvloed zijn door de samenstelling van het verzekerden- en/of artsenbestand.

De selectie van verzekerden moet worden gezien tegen de achtergrond van het baangebonden verzekeringsstelsel. Doordat een groot deel van de ziektekostenverzekeringen verloopt via de

4) P.M. Ellwood, N.N. Anderson, J.E. Billings, R.J. Carlson, E.J. Hoagberg en W. McClure, Health maintenance strategy, *Medical Care*, 9-3 (1971), blz. 291-298.

5) F.H. Seubold, Fifteen percent of the populace by 1990 forecast for HMOs, *Public Health Reports*, 98-6 (1983), blz. 620. E. Friedman, A decisive decade for HMOs, *Hospitals*, 58-8 (16 april 1984), blz. 96-99. Een belangrijke impuls voor de ontwikkeling van HMO's wordt gevormd door het groeiende artsenoverschot. Telde de VS in 1960 nog 251.900 artsen, in 1981 waren dit er reeds 466.600 terwijl er tegen het jaar 2000 naar schatting 700.000 artsen zullen zijn. Zie: G. Stewart, Doctors are entering a brave new world of competition, *Business Week*, 16 juli 1984, blz. 56-59.

6) A.C. Enthoven, *Health plan: the only practical solution to the soaring cost of medical care*, Addison-Wesley, Reading (Mass.), 1980, blz. 64.

7) Zie voor een uitgebreide analyse van de onderzoeksliteratuur: F.T. Schut, op. cit.

werkgever (ca. 80%, met uitzondering van Medicaid en Medicare), die voor werknemers verzekeringsopties selecteert en vervolgens per optie collectieve contracten afsluit, is de kans op selectie van goede of slechte risico's aanmerkelijk kleiner dan bij een systeem waarbij op individuele basis verzekeringen worden afgesloten (zoals in Nederland gebruikelijk is). Daarnaast lijken bij PGP's de volgende drie elementen een cruciale rol te spelen: de acceptatieplicht voor federaal erkende HMO's met meer dan 50.000 leden, het brede verstrekkingenpakket in combinatie met de geringe eigen betalingen en het gesloten-panelkarakter. De eerste twee elementen oefenen aantrekkingskracht uit op mensen met een grote verwachte vraag naar gezondheidszorg (i.c. een hoog gezondheidsrisico). Van het derde PGP-kenmerk gaat echter een tegengesteld effect uit. Immers, mensen met een hoog gezondheidsrisico zullen veelal een nauwe relatie met een „eigen” arts hebben en uit dien hoofde niet zo snel geneigd zijn om van een gesloten-panelorganisatie lid te worden, indien hiervoor de bestaande arts-patiënt-relatie moet worden verbroken.

Het beschikbare onderzoek 8) wijst overwegend op een overeenkomstig gezondheidsrisico tussen PGP- en traditioneel verzekerden. Het enige grootschalige experiment waarbij de methodologisch meest verantwoorde „randomized controlled trial” methode wordt gehanteerd 9) leidt tot de conclusie dat het gebruik en de kosten van medische zorg niet significant verschillen tussen de experimentele en controlegroep PGP-leden, met andere woorden dat er geen sprake is van selectie-effecten in de betreffende, qua kenmerken representatieve, PGP.

Het summiere onderzoek naar selectie van verzekerden in IPA's vormt een onvoldoende basis voor verantwoorde conclusies. Mogelijk worden IPA's geconfronteerd met „ongunstige” selectie van relatief ongezonde mensen omdat het open-panelkarakter doorgaans geen belemmering vormt voor het continueren van de bestaande arts-patiënt-relatie (mits de betreffende arts bereid is de IPA-voorwaarden te onderschrijven).

Dat PGP's goede en kostenbewuste artsen trachten te selecte-

ren lijkt onmiskenbaar, alhoewel onduidelijk is in hoeverre de werkwijze van deze organisaties hierdoor wordt beïnvloed. Van de kant van de artsen blijken vooral jongere medici, die gesteld zijn op intercollegiaal overleg, goede faciliteiten en kortere werkweken en minder belang hechten aan autonomie, een voorkeur te hebben voor PGP's. Het open-panelkarakter van de IPA sluit selectie van artsen vrijwel uit. IPA-artsen blijken qua opvattingen en kenmerken dan ook weinig te verschillen van artsen met een traditionele praktijk.

Kwaliteit van medische zorg

Kwaliteit is een problematisch begrip omdat het bepaald wordt door een groot complex van factoren en afhankelijk is van subjectieve waardeoordelen. Het is dan ook niet verbazingwekkend dat er weinig overeenstemming bestaat over wat moet worden verstaan onder kwaliteit van gezondheidszorg en op welke manier deze kwaliteit moet worden gemeten. Door Donabedian 10) is een vrij algemeen aanvaard conceptueel kader ontwikkeld waarmee het kwaliteitsvraagstuk op systematische wijze kan worden benaderd. Donabedian onderscheidt drie kwaliteitscriteria, te weten structuur-, proces-, en uitkomstmaatstaven, ter

8) Voor een belangrijke literatuurstudie op dit terrein, zie: S.E. Berklin en M.L.F. Ashcraft, HMO enrollment: who joins what and why: A review of the literature, *Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society*, 58-4 (1980), blz. 588-632.

9) W.G. Manning, A. Leibowitz, G.A. Goldberg, W.H. Rogers en J.P. Newhouse, A controlled trial of the effect of a prepaid group practice on use of services, *The New England Journal of Medicine*, 310-23 (1984), blz. 1505-1510. Dit onderzoek maakt deel uit van het RAND-ziektekostenverzekeringsexperiment.

10) A. Donabedian, *Medical care appraisal: quality and appraisal*, American Public Health Association, New York, 1968.

beoordeling van achtereenvolgens de kwaliteit van de hulpverleners, de hulpverlening en het resultaat van de hulpverlening. Drie overzichtsstudies, van Luft, van Wolinsky en van Cunningham en Williamson (1), geven een uitstekende analyse van de literatuur over de kwaliteit van de medische zorg in HMO's (grotendeels betrekking hebbend op PGP's).

Vasthoudend aan het kader van Donabedian concludeert Luft dat de kwaliteit van medische zorg in PGP's in vergelijking tot het traditionele systeem beter is indien gemeten met behulp van structuurmaatstaven (relatief meer hoog gekwalificeerde artsen, meer affiliaties met gerenommeerde ziekenhuizen en meer nascholing en toetsing), eveneens beter is indien gemeten met behulp van procesmaatstaven (betere dossiervorming, regelmatig lichaamelijk onderzoek en meer preventieve zorg) en ten minste gelijk indien gemeten met behulp van uitkomstmaatstaven. In principe sluiten uitkomstmaatstaven het best aan bij de opvattingen over de inhoud van het begrip kwaliteit van de zorg. In de praktijk stuit men bij het hanteren van dergelijke maatstaven op omvangrijke methodologische problemen. Betrouwbaar vergelijkend kwaliteitsonderzoek met uitkomstmaatstaven als kwaliteitscriterium is dientengevolge zeer schaars (12).

Wolinsky trekt op grond van een analyse van de negen meest geciteerde literatuurstudies over HMO's de volgende conclusie: „Although the evidence on the quality of care received in HMOs is not complete, the quality appears to be at least equal to, if not better than, that received in the average conventional insurance plans” (13).

Cunningham en Williamson (1980) onderzochten in totaal 90 artikelen over vergelijkende kwaliteitsstudies uit de periode 1958-1979 op methodologische opzet en op relevantie en betrouwbaarheid van de gekozen maatstaven. Van de 27 studies die de toets der kritiek konden doorstaan (afkomstig van 17 onafhankelijke onderzoeksprojecten) waren er 19 waarin werd geconstateerd dat in HMO's de kwaliteit van de medische zorg beter was dan in het traditionele systeem, terwijl in de overige 8 studies geen (ondubbelzinnig) kwaliteitsverschil tussen beide systemen werd waargenomen.

De goede kwaliteit van de medische zorg in PGP's lijkt vooral te danken aan een drietal factoren: ten eerste de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de PGP-artsen voor de algehele medische zorgverlening aan patiënten, ondersteund door een goed informatiesysteem; ten tweede de selectie van goede hulpverleners en ziekenhuizen; en ten slotte de concurrentie met andere verzekeraars en/of HMO's. De laatstgenoemde factor vereist enige toelichting. Een goede reputatie is voor een HMO essentieel om leden te werven en te behouden. Bovendien is een HMO als organisatie veel kwetsbaarder voor een slechte naam dan individuele artsen, vanwege een grotere herkenbaarheid en aanspreekbaarheid. Concurrentie tussen HMO's onderling en tussen HMO's en het traditionele gezondheidszorgsysteem kan dus behalve als stimulans tot kostenbeheersing eveneens dienen als een belangrijke kwaliteitsgarantie.

Ten slotte moet er op worden gewezen dat het merendeel van de vergelijkende kwaliteitsstudies betrekking heeft op middelgrote en grote gevestigde PGP's. IPA's en kleinere PGP's komen er wat betreft het aantal kwaliteitsstudies tamelijk bekaaid af. Dientengevolge rijst de vraag of het grote aantal recent opgerichte HMO's en andere HMO-achtige organisaties, zoals PCN's en PPO's, in kwalitatief opzicht vergelijkbare medische zorg verstrekken als hun gevestigde voorgangers.

Kosten en gebruik van medische zorg

Op grond van een uitgebreide literatuurstudie constateert Luft dat de totale kosten van medische zorg voor PGP-leden 10 tot 40% lager zijn dan voor IPA-leden en traditioneel verzekerden (14). Ondanks het feit dat PGP-leden bij behandeling vrijwel geen eigen betalingen verschuldigd zijn liggen de kosten dus beduidend lager dan in het traditionele systeem waar eigen betalingen wel gebruikelijk zijn. Recent onderzoek, waaronder het gezaghebbende RAND-experiment, bevestigt deze conclusie.

Deze lagere kosten worden grotendeels veroorzaakt door het geringere gebruik van intramurale zorg – gemiddeld hebben HMO's ca. 35% minder verpleegdagen per 1000 personen per jaar – hetgeen voornamelijk is toe te schrijven aan een sterke reductie van het aantal opnamen. Ook in IPA's ligt het aantal verpleegdagen 5 tot 25% lager, maar dit wordt gecompenseerd door een ca. 20% hoger gebruik van ambulante zorg, waardoor de kosten in IPA's ongeveer even hoog zijn als in het traditionele systeem.

Het voert te ver om in het kader van dit artikel uitgebreid in te gaan op de oorzaken van de succesvolle kostenbeheersing in PGP's. Wij zullen ons beperken tot het aanstippen van een aantal elementen die in de verklaring van de kostenverschillen een cruciale rol lijken te spelen. Zij laten zich rangschikken onder een viertal trefwoorden: financiering, organisatie, preventie en concurrentie.

1. *De financieringsstructuur.* De financieringsstructuur in HMO's en het traditionele systeem is fundamenteel verschillend. In het traditionele systeem zijn de verstrekking en de verzekering volledig gesplitst. Aan de kant van de zorgverlening is er sprake van nagenoeg volledige open-eindfinanciering: alle kosten worden door de verzekeraars, consumenten of overheid gedekt. De verzekeraars hebben doorgaans vrij weinig grip op de verstrekkers doordat de verzekerden volledig vrij zijn om te bepalen welke arts zij consulteren. Bij HMO's vallen de functies van verstrekker en verzekeraar samen. Het premiebedrag voor de verzekeraar is daardoor tegelijkertijd het budget voor de verstrekkers. Overschrijding van het budget betekent op den duur een faillissement voor de HMO (i.c. de verstrekkers). Zowel voor de organisatie als geheel als voor de hulpverleners afzonderlijk bestaan er dus prikkels om zo zuinig mogelijk om te springen met het verstrekken van medische zorg. Bij de in het traditionele systeem vigerende honoreringsstructuur, waarbij artsen per verrichting worden betaald en ziekenhuizen alle kosten van verpleging en exploitatie vergoed krijgen, wordt het verstrekken van meer en duurdere medische zorg gestimuleerd. Daar traditionele ziektekostenverzekeringen in de VS doorgaans alleen dure (intramurale) medische zorg vergoeden is de verstrekking van dure zorg bovendien vaak tevens in het financiële belang van de patiënt zodat de arts dubbel gemotiveerd zal zijn om dure voor goedkopere equivalente zorg te substitueren. De honoreringsstructuur van PGP-artsen wijkt sterk af van het systeem van betaling per verrichting. Zij ontvangen hetzij een vast basissalaris hetzij een vast bedrag per patiënt. Dit betekent dat zij geen financieel belang hebben bij het verstrekken van onnodig veel of dure medische zorg. Integendeel, naast een vast basissalaris of een vast bedrag per patiënt ontvangen PGP-artsen meestal een bonus die afhankelijk is van het resultaat van de PGP en hun eigen functioneren. Bovendien voorkomt het brede verstrekkingenpakket het probleem van de ongewenste substitutie.

2. *De organisatiestructuur.* Een gesloten panel van hulpverleners, die (indirect) gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de totale zorgverlening ten behoeve van een bepaalde groep leden, staat in schril contrast tot het traditionele systeem, waar veelal zelfstandig praktijkvoerende artsen uitsluitend verantwoordelijk zijn voor bepaalde behandelingen ten behoeve van een onbepaalde groep patiënten. Niet alleen biedt het gesloten-panelkarakter de mogelijkheid om goede en kostenbewuste artsen te selecteren, maar ook maakt het in combinatie met een goed functionerende staf en een goed informatiesysteem een betere interne planning (aanschaf en uitbreiding van faciliteiten, werktijden e.d.), controle (intercollegiale toetsing, richtlijnen of protocollen voor medisch handelen) en voorlichting (b.v. over medicijnen en technologische ontwikkelingen) mogelijk. Hierdoor kan efficiënter worden gewerkt en kunnen overbodige en inadequaatte verstrekkingen worden voorkomen. Bovendien wordt door de beperking van de directe toegang tot specialisten (door introductie van een verwijzingsstelsel) verhinderd dat zij worden geconfronteerd met klachten die niet op hun werkterrein liggen.

11) H.S. Luft, *Health Maintenance Organizations: dimensions of performance*, John Wiley & Sons, New York, 1981, hoofdstuk 10. F.D. Wolinsky, *The performance of Health Maintenance Organizations: An analytic review*, *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, 58-4 (1980), blz. 537-587. F.C. Cunningham en J.W. Williamson, *How does quality of health care in HMOs compare to that in other settings?*, *Group Health Journal*, 1-1, 1980, blz. 4-25.

12) In een vervolgstudie van het RAND-experiment zal de kwaliteit van de medische zorg tussen een PGP en verschillende traditionele opties worden vergeleken aan de hand van een groot aantal uiteenlopende uitkomstcriteria. Naar de publicatie van dit eerste vergelijkende kwaliteitsonderzoek volgens de „randomized controlled trial”-methode wordt derhalve reikhalzend uitgezien.

13) F.D. Wolinsky, op. cit., blz. 545.

14) H.S. Luft, op. cit., hoofdstuk 4, 5 en 6.

3. *De nadruk op preventieve zorg.* In tegenstelling tot de meeste traditionele ziektekostenverzekeraars bieden HMO's een goede verzekeringsdekking voor preventieve zorg. Het gebruik van preventieve zorg ligt dan ook hoger onder HMO-leden dan onder traditioneel verzekerden. Bovendien lijken HMO's meer aandacht te besteden aan de toetsing van de effectiviteit van de verschillende vormen van preventieve zorg. Vooral nog is echter niet duidelijk in hoeverre de betere preventieve zorg in HMO's curatieve behandeling voorkomt of vereenvoudigt. Betrouwbare kosten-batenanalyses met betrekking tot de verstrekking van preventieve zorg zijn zo goed als afwezig. Manning et al. concluderen in het eerder genoemde RAND-experiment dat het hogere gebruik van preventieve zorg in de betreffende PGP geen afdoende verklaring kan vormen voor de waargenomen kostenverschillen 15).

4. *Concurrentie.* Hoewel de financierings- en organisatiestructuur van PGP's zich dus leent voor effectieve kostenbeheersing resteert de vraag wat PGP's ertoe drijft om deze mogelijkheden te benutten. De belangrijkste drijfveer lijkt te worden gevormd door de concurrentie met andere verzekeraars en/of HMO's ter vergroting of ter behoud van het marktaandeel (aantal verzekerden). McClure merkt in dit verband op: „Note that it is the external incentive of competition with other HMOs and conventional physicians, rather than prepayment or the internal organization of the HMO itself, that supplies an HMO (or other health care plans) with the incentive for conservative practice. Prepayment without competition accomplishes little” 16). Concurrentie lijkt dus een noodzakelijke voorwaarde voor het goed functioneren van PGP's zowel uit het oogpunt van kwaliteit als uit het oogpunt van kosteneffectiviteit 17).

Dank zij de lagere kosten van medische zorg zijn PGP's in staat om, ondanks een aanmerkelijk breder verstrekkingenpakket en geringere eigen betalingen voor de verzekerden, een overeenkomstige en soms zelfs lagere premie te stellen dan de traditionele ziektekostenverzekeraars 18). Tot op heden hebben PGP's het gezocht in produktconcurrentie (breed verstrekkingenpakket, lage eigen betalingen) en hebben zij directe premieconcurrentie gemeden. De beslissing om deze strategie te volgen lijkt, behalve door de doelstelling van integrale zorgverlening en de wettelijke verplichting van een breed verstrekkingenpakket, tevens te zijn ingegeven door de overweging dat de werkgever doorgaans een aanzienlijk gedeelte van de verzekeringspremie betaalt, ongeacht de premiehoogte, waardoor de prijsgevoeligheid van de consument gering is 19).

Tot slot moet worden opgemerkt dat HMO's vooral zijn opgericht in regio's met relatief hoge medische consumptie en hoge kosten van gezondheidszorg. Dit wijst op rationeel marktgedrag van de zijde van HMO's. Daarnaast betekent het echter dat PGP's elders wellicht tot minder omvangrijke kostenbesparingen in staat zullen zijn.

Dat IPA's niet in staat zijn tot het realiseren van substantiële kostenbesparingen lijkt te wijten aan de volgende factoren. Ten eerste betekent de honoreringsstructuur van IPA-artsen (een per verrichting betaald bedrag dat deels afhangt van het bedrijfsresultaat) nauwelijks een aanzet tot kosteneffectiever handelen, te meer daar de meeste IPA-artsen slechts een klein gedeelte van hun inkomen van de IPA ontvangen 20). Een tweede factor betreft het open-panelkarakter van de IPA waardoor nauwelijks kan worden geselecteerd op goede en kostenbewuste artsen en wat in combinatie met zelfstandige praktijkvoering leidt tot een gefragmenteerde organisatiestructuur, hetgeen effectieve planning en controle sterk bemoeilijkt. Ten slotte kan, zoals reeds eerder ter sprake kwam, een gedeelte van het kostenverschil tussen PGP's en IPA's mogelijk worden verklaard door selectie van „slechte risico's” in IPA's (in dat geval zouden dus ook IPA's goedkoper werken dan het traditionele systeem).

Conclusies

Uit het voorafgaande kunnen de volgende conclusies worden getrokken.

- Met ca. 85% van het totale aantal HMO-leden zijn Prepaid Group Practices (PGP's) het belangrijkste HMO-type. PGP's zijn in staat om tegen 10 tot 40 procent lagere kosten dan het traditionele gezondheidszorgsysteem kwalitatief minstens gelijkwaardige medische zorg te bieden. Deze kostenbesparing komt vooral tot uitdrukking in een sterke reductie van het aantal ziekenhuisopnames.

- De goede kwaliteit medische zorg en de lage kosten kunnen worden verklaard uit de speciale financierings- en organisatiestructuur van de PGP, waarbij concurrentie met andere verzekeraars en/of HMO's een noodzakelijke voorwaarde vormt.
- PGP's hebben tot op heden gekozen voor produktconcurrentie en hebben directe prijsconcurrentie gemeden. Dank zij de lagere kosten kunnen PGP's tegen dezelfde premie als traditionele ziektekostenverzekeraars een veel breder verstrekkingenpakket met geringere eigen betalingen aanbieden.
- De resultaten van PGP's suggereren dat kostenbeheersing via de aanbodzijde veel effectiever kan zijn dan kostenbeheersing via de vraagzijde (eigen betalingen voor de consument).
- De kosten van medische zorg in Individual Practice Associations (IPA's) en in het traditionele gezondheidszorgsysteem komen sterk overeen. Weliswaar weten IPA's het ziekenhuisgebruik enigszins te beperken, maar dit wordt gecompenseerd door een hoger gebruik van extramurale zorg. Dat IPA's minder succesvol zijn dan PGP's lijkt voornamelijk te wijten aan de afwijkende honorerings- en organisatiestructuur, terwijl het mogelijk ook ten dele kan worden verklaard doordat IPA's vooral aantrekkelijk lijken voor mensen met een relatief hoog gezondheidsrisico.
- Het beschikbare onderzoek heeft voornamelijk betrekking op HMO's die voor 1980 zijn opgericht. Men kan zich afvragen of het grote aantal recent opgerichte HMO's tot overeenkomstige prestaties in staat is als hun voorgangers. Dit geldt met name voor HMO's met een expliciete winstdoelstelling, waarvoor tot voor kort geen precedent aanwezig was. Het is derhalve van belang de ontwikkelingen en literatuur op dit terrein nauwlettend te blijven volgen.
- HMO's maken in de VS een spectaculaire groei door. Verwacht wordt dat zij tegen 1990 een marktaandeel van ten minste 15-20% zullen hebben. Dit impliceert een structurele verandering van de Amerikaanse gezondheidszorg, waarbij een belangrijke accentverschuiving optreedt in de richting van concurrentie en marktgerichtheid.

F.T. Schut
W.P.M.M. van de Ven

15) W.G. Manning, et al., op. cit., blz. 1508.

16) W. McClure, Toward development and application of a qualitative theory of hospital utilization, *Inquiry*, 19-2 (1982), blz. 124.

17) Wanneer de sterke toename van het marktaandeel van HMO's doordat komt de vraag op hoe (regionale) monopolie- of kartelvorming kan worden voorkomen. Hier lijkt een belangrijke rol te zijn weggelegd voor de anti-trustwetgeving. Recente jurisprudentie op dit terrein maakt het voor HMO's bij voorbeeld wettelijk onmogelijk om meer dan 40% van de in een bepaalde regio gevestigde artsen te contracteren. Zie: C.D. Weller, Antitrust and health care: provider controlled health plans and the Maricopa decision, *American Journal of Law and Medicine*, 8-3 (1982), blz. 223-249.

18) Het gaat hierbij om gemiddelde premies. Doordat traditionele ziektekostenverzekeraars in tegenstelling tot HMO's hun premies laten afhangen van de gezondheidstoestand van de verzekerden is de variatie in premiehoogte groter en zijn mensen met een goede gezondheidstoestand bij PGP's dus relatief duur uit.

19) Holmer schat de prijselasticiteit van de vraag naar ziektekostenverzekeringen op -0,16 (M. Holmer, Tax policy and the demand for health insurance, *Journal of Health Economics*, 3 (1984), blz. 203-221). De laatste jaren lijkt er echter sprake van een kentering in de voorheen onverschillige houding van de werkgevers jegens de ziektekostenverzekeringen van hun werknemers, vooral vanwege de snel stijgende traditionele verzekeringspremies (gemiddeld ca. 20-25% per jaar). Zie: C. Cain, Employers tout HMOs to workers, but lack proof of plan's cost savings, *Modern Healthcare*, 14-3, (1984), blz. 84-86.

20) Holahan stelt zelfs dat deze honoreringswijze IPA-artsen aanspoort tot het doen van extra verrichtingen om zodoende een mogelijke korting op de honorering ten gevolge van budgetoverschrijding te kunnen compenseren (dit wordt ook wel het prisoners-dilemma genoemd). Zie: J. Holahan, Foundations for medical care: An empirical investigation of the delivery of health services to a medicaid population, *Inquiry*, 14-41, blz. 364.