

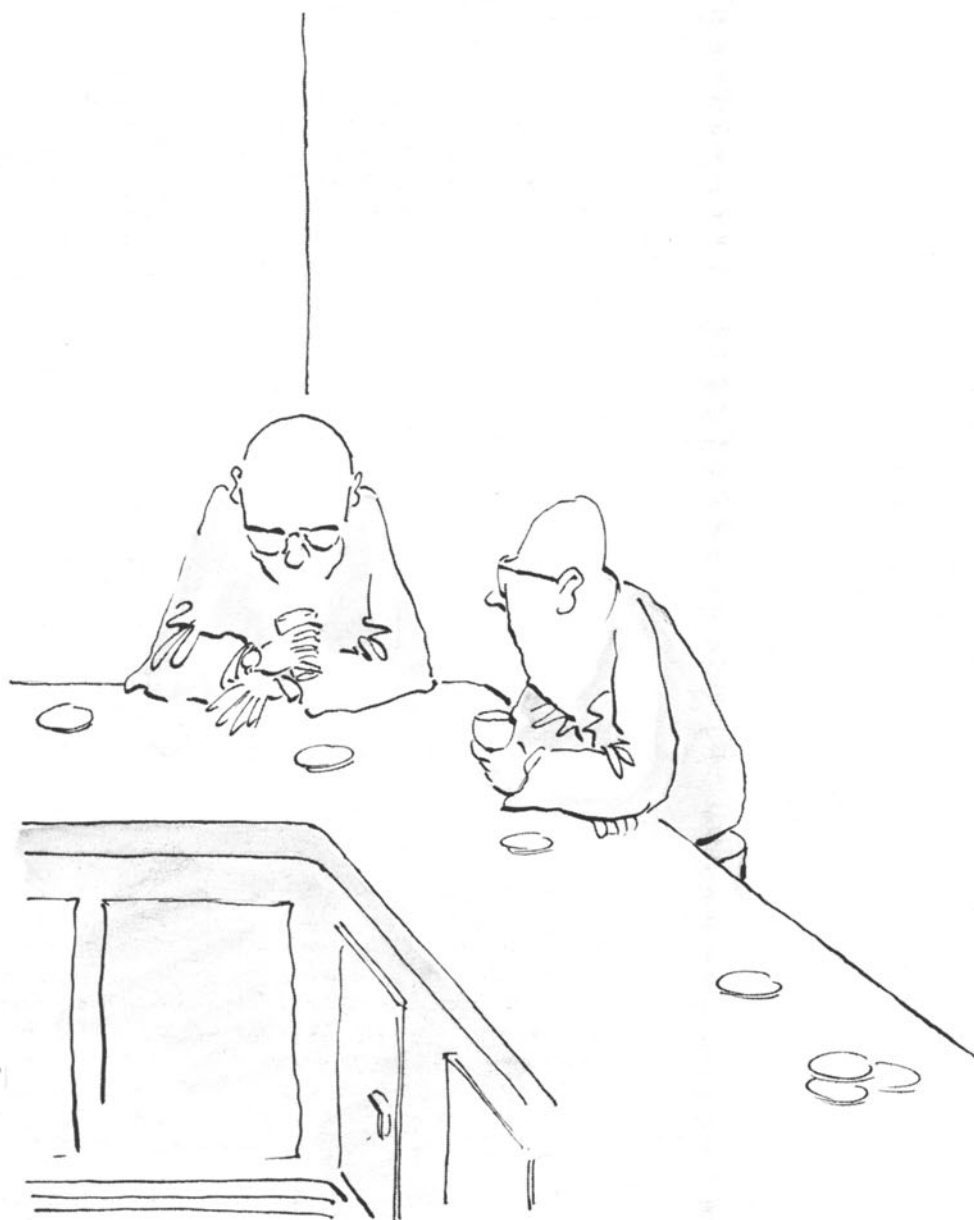
Gedifferentieerd of uniform honoreringssysteem?

In een speciale uitgave vol discussie over taakopvattingen mag enige aandacht voor de honorering van de huisarts niet ontbreken. Tenslotte is de honoreringsstructuur een van de randvoorwaarden bij de verwezenlijking van (nieuwe) taakopvattingen. Hoewel algemeen bekend is dat op dit punt de meningen verdeeld zijn, leveren de volgende twee

bijdragen zeker geen scherpe controverse op: een pleidooi voor een strikt verrichtingsysteem ontbreekt en beide auteurs komen elkaar een heel eind tegemoet.

Wellicht zijn er lezers die minder genuanceerd over deze materie denken en geneigd zijn de knuppel alsnog in het hoenderhoek te werpen.

OCH, ARMOE, ARMOE, DAT IS NOU METEEN
OOK WEER ZO'N GROOTWOORD, MAAR
JE GEEFT TOCH MINDER GAUW DAN
VROEGER ZO MAAR ES EEN DRANKJE
WEG AAN DEZE OF GENE...



W. DERKSEN

Het abonnementshonorarium dient gehandhaafd te blijven

In de jaren 1966 en 1971 zijn door de Commissie-Van der Ven en de Commissie-Donner de grondslagen gelegd voor het huidige honoreringssysteem voor huisartsenhulp. In deze bijdrage worden, na een historische inleiding, de voor- en nadelen besproken van het abonnementsstelsel, het verrichtingensysteem en een gemengd systeem. De auteur spreekt zich uit voor één – voor ziekenfonds en particuliere patiënten geldend – abonnementsstelsel op basis van het bestaande model, maar met mogelijkheden tot differentiëring. Tevens pleit hij voor onderzoek naar de mogelijkheid om tot een dienstverband voor de totale beroepsgroep te komen.

Inleiding

Niets is geheel waar en zelfs dat niet.

De honorering van de huisarts is sinds jaar en dag gespreksstof en zal dat voorlopig ook nog wel blijven. Wel is er in de loop van de tijd een wisselende context, waarbij het de laatste tijd vooral gaat om de stijgende kosten van de gezondheidszorg en de mogelijkheid om via versterking van de eerste lijn (een al jaren door velen beleden dogma, waarvan de uitwerking eerst een schuchter begin heeft gekregen) in de hogere echelons tot besparing te komen.

Nu is de discussie in de samenleving over de kosten tamelijk hypocriet omdat, op aandringen van onder anderen politici en belangengroepen, jarenlang geweldige uitbreidingen van het verstrekkingspakket hebben plaatsgevonden. Te denken valt, zonder volledig te zijn, aan de gezinsvervangende tehuizen en daginrichtingen voor gehandicapten in de AWBZ. Ter illustratie: premiepercentage AWBZ in 1969 1,0 procent met een totaalbedrag van circa f 880 miljoen, en in 1984 3,95 procent (overigens 0,5 te laag voor de kosten-dekkende premie) met een totaalbedrag van naar schatting circa f 8,5 miljard.

Recente historie

Om een niet te ver verwijderd startpunt te nemen, ga ik uit van de situatie 1966/

67, toen op basis van het rapport van de Commissie-Van der Ven¹ een honoreringsoepzet tot stand kwam voor huisartsenhulp voor ziekenfondsverzekerden. Vermeld zij voorts dat ten behoeve van de honorering van huisartsenhulp aan particuliere patiënten in 1971 het rapport Donner² tot stand kwam. Met deze rapporten, waarbij voor de ziekenfondsverzekerden het abonnementshonorarium gehandhaafd bleef en voor de particuliere patiënten het verrichtingensysteem, leek de systematiek van de honorering voor lange tijd vastgelegd. Dit was echter slechts schijn. Al in 1969 verscheen de interne rapportage van de Commissie 1-1-'71³ aan het Centraal Bestuur van de Landelijke Huisartsen Vereniging. Hierin werden de verschillende mogelijkheden van abonnementsverrichtingen en gemengd systeem met elkaar vergeleken. Dit rapport was opgesteld, omdat per 1 januari 1971 de overeenkomst met de ziekenfondsen die begin 1967 gesloten was, zou aflopen.

Nadien is deze overeenkomst in meerdere of mindere mate (beter ware te spreken van „in steeds mindere mate“) trendmatig aangepast. Na een voorbereiding van enkele jaren werd in 1981 de nota *Naar een nieuwe honorering*⁴ gepubliceerd, waarbij door de ledenvergadering van de LHV voor een verfijnd abonnementsstelsel werd gekozen.

De discussies binnen en buiten de LHV, de gedachten over herstructurering van

de gezondheidszorg, de problemen die kleven aan de ziekenfondshonorering voor huisartsen (abonnement) en specialisten (per verrichting) hebben tot gevolg gehad dat hierover steeds vaker is gepubliceerd, in *Medisch Contact*⁵⁻⁸ en uiteraard ook in dag- en weekbladen. Voor de beroepsgroep zelf zijn twee rapporten van groot belang voor de toekomst:

Ten eerste is dat het Interim rapport van de Werkgroep Honoreringstructuur Huisartsen (WHH), een gemengde werkgroep van LHV en de Ministeries van Economische zaken, Sociale zaken en Werkgelegenheid en (toen nog) Volksgezondheid en Milieuhygiëne.⁸ Hierin wordt een voorkeur uitgesproken voor een uniform landelijk honoreringssysteem met een abonnementskarakter. In de tweede plaats is er het rapport *Betaalbaar perspectief* van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) en het Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektenkostenverzekeraars (KLOZ).⁹ Hierin wordt gekozen voor een gemengd systeem: een deel van het honorarium in de vorm van een abonnement en daarnaast een verrichtingensysteem, met tevens premies en boetes.

Huidige honoreringssysteem

Voor de ziekenfondshonorering geldt het abonnementsstelsel op basis van het rapport-Van der Ven (1966). Uitgegaan werd van een normpraktijk van 2600 patiënten, volgens de toenmalige verdeling in Nederland bestaande uit 70 procent ziekenfondspatiënten (1800 „zielen“) en 30 procent particuliere patiënten (800 „zielen“).

Voor de arts in deze normpraktijk is nodig een

1. nettohonorering, met „aankleding“;
2. pensioenbijdrage;
3. kostenvergoeding.

1. Als zogenaamde vergelijkingsfiguur werd gekozen voor het salaris van een hogere ambtenaar, schaal 151 maximum (dat wil zeggen met acht periodes) waarop een verhoging werd toegepast (de „aankleding“) voor kinderbijslag, sociale voorzieningen, enz. Dit totaalbedrag werd gedeeld door 2600 (de normpraktijk) en zo kreeg men het netto honorarium per patiënt.

2. De pensioenbijdrage werd gelijkgesteld aan het werkgeversdeel van de

pensioenpremie zoals geldend voor het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds. Ook dit bedrag werd gedeeld door 2600 en dit gaf de pensioenbijdrage per patiënt.

3. In de kosten werden onder andere posten als vervoer, huisvesting en assistentie ondergebracht, opdat „de arts niet wordt belemmerd in de uitoefening van zijn beroep, maar dat, integendeel een effectieve beroepsuitoefening wordt bevorderd.”¹ Ten dele waren de posten op enquêtegegevens gebaseerd, ten dele werd hierover in onderhandelingen tussen LHV en GOZ (Gemeenschappelijk Overleg Ziekenfondsorganisaties) overeenstemming bereikt.

In de totale kostenpost werd nog een verdeling naar vaste en variabele kosten gemaakt. Voor de normpraktijk werd circa 90 procent als vaste kosten gezien (dus onafhankelijk van de praktijkgrootte) en circa 10 procent als variabel (afhankelijk van de praktijkgrootte). De vaste post werd gedeeld door 2600, waarbij de ziekenfondsen, onafhankelijk van praktijkgrootte en -samenstelling, nooit voor meer dan 70 procent van 2600 (= 1800) patiënten de vaste kosten behoeften te betalen. De variabele post werd gedeeld door 2850 (de toenmalige gemiddelde praktijkomvang) en dit bedrag liep onbeperkt door.

Op dit systeem zijn aanpassingen gekomen.

Na het conflict over de pensioenpremie in 1977 werd een verhoogde pensioenpremie overeengekomen, maar de ziekenfondsen hoefden die dan slechts tot maximaal 2000 verzekerden per praktijk te betalen. Dit was dus vooral gunstig voor de kleinere praktijken.

In 1983 is tussen overheid en LHV *Pakket '83* overeengekomen, waarbij de normpraktijk verlaagd werd van 2600 naar 2500 patiënten, overigens onder verlaging van het schaalsalaris van schaal 151 maximaal (achtste periodiek) naar schaal 151, zevende periodiek (en los van alle inhoudingen die op ambtenarensalarissen van toepassing waren, en ook op de nettohonorering van de huisarts werden toegepast).

Verder werd de pensioenkijk van 2000 naar 1600 patiënten en de knik voor de vaste kosten van 1800 naar 1600 patiënten verlaagd, dat wil zeggen dat het ziekenfonds-aandeel (70 procent) van de pensioenpremie en het bedrag voor vaste kosten in de schematische opzet van de normpraktijk niet meer door respectievelijk 2000 en 1800 werden gedeeld, maar door 1600. Ook hierbij weer een voordeel voor de kleinere praktijken – en dat zijn onderhand de meeste.

Voor het particuliere tarief geldt globaal dezelfde totaalopstelling op basis van netto, pensioen en kosten als voor het ziekenfondsdeel. Dit geheel wordt dan gedeeld door een aangenomen gemiddeld aantal verrichtingen in een particuliere praktijk van 2600 (nu 2500) patiënten, en dit levert het consulttarief op. Doordat het verrichtingencijfer voor de particuliere praktijk in feite achterblijft bij de veronderstelling, komen de huisartsen echter royaal te kort in hun particuliere honorarium.

Door de combinatie van ziekenfondsen en particuliere honorering, gebaseerd op een normpraktijk van thans 2500 patiënten met 70 procent ziekenfondsen en 30 procent particuliere patiënten, ontstaan bij elke afwijking van de standaard de mogelijkheid van over- en onderdekking, vooral in de kostensfeer.

Voorbeelden:

- Een praktijk onder de 2500 patiënten komt, los van de te weinig particuliere verrichtingen, nooit aan de vaste kosten die bij 2500 patiënten geacht worden betaald te worden.
- Een praktijk van 2500 patiënten met 90 procent ziekenfondsverzekerden komt nooit aan de vaste kosten, omdat deze bij 64 procent ziekenfondsverzekerden (namelijk maximaal 1600 ingeschreven verzekerden) ophoudt.

Uitgangspunten voor de honorering

Uitgangspunten zijn de volgende: „Continue medische hulpverlening wordt door de huisarts vanuit zijn individuele en specifieke deskundigheid aan de bevolking verleend. De huisarts verleent deze hulp aan de patiënt in het eigen leefmilieu, de huisarts doet dit uitgaande van de eigen verantwoordelijkheid van de arts en de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt, in samenwerking met de hulpverleners van het eerste echelon en in samenwerking met andere echelons en hij vervult daarbij een centrale functie. De arts zorgt, uitgaande van het bestaan van de mogelijkheid van pluriforme wijze van zorgverlening, de verzekeringsvorm buiten beschouwing latend, voor kwaliteit.”⁴

Het werk van de huisarts bestaat voor het grootste deel uit arts-patiënt contacten, waarvan het aantal voornamelijk door de patiënten bepaald wordt. Daarnaast zijn er niet-patiënt gebonden activiteiten, terwijl ook aanwezigheid als zodanig behoort tot de functie van de huisarts. Uitgangspunt moet ook zijn, dat het honorarium van de huisarts in verband moet staan tot de zorg en de tijd aan de patiënt, de praktijk en in het

algemeen aan de functie besteed, tot de daarmee samenhangende verantwoordelijkheid en tot de kosten gemaakt bij een redelijke praktijkvoering.

Om als beroepsgroep tot collectieve afspraken met patiënten en/of verzekeringsinstellingen te kunnen komen, is een theoretisch rekenschema en een bepaalde honoreringsvorm noodzakelijk. Welke vorm men ook kiest, standaardiseren en middelen blijft noodzakelijk, en het theoretisch model zal slechts voor een kleine groep exact opgaan. De daarmee samenhangende onbillijkheden voor de individuele huisarts (praktijk) moeten tot een minimum beperkt blijven en mogen de praktijkvoering niet in negatieve zin beïnvloeden. Bij de keuze van de honoreringsvorm moeten de voor- en nadelen van de verschillende systemen, zowel ten opzichte van de individuele patiënt, de individuele huisarts en de verzekeringsinstanties als ten opzichte van de gezondheidszorg in zijn geheel, tegen elkaar worden afgewogen.

Systemen

Uitgaande van bestaande systemen zou in ons land de discussie kunnen gaan over de volgende mogelijkheden.

1. *Abonnementssysteem*, een vaste honorering op jaarbasis per ingeschreven patiënt en gelijk voor alle patiënten, zoals nu voor ziekenfondsverzekerden geldt; in een abonnementssysteem is overigens ook een differentiatie denkbaar, bijvoorbeeld naar de volgende kenmerken:

- patiënt (bejaarden, culturele minderheden en andere extra bewerkelijke groepen);
- arts (leeftijd, dienstjaren);
- praktijksituatie (uitgestrekte landelijke gebieden, dan wel moeilijke verkeerssituaties in de binnensteden);
- extra verrichtingen (ECG, kleine chirurgie, IUD, etc.).

2. *Verrichtingentarief*, honorering per verrichting, zoals nu voor particuliere patiënten.

3. *Gemengd systeem*, te beschouwen als een combinatie van 1 en 2, waarbij naast een bedrag in abonnement (uiteraard een lager bedrag dan bij 1) een aparte honorering per verrichting komt.

4. *Dienstverband*. In de maatschappelijke discussie wordt steeds gepleit voor het in dienstverband laten functioneren van de medisch specialisten. Waarom men dat dan niet evengoed voor de huisartsen propageert, is mij officieel totaal onduidelijk, hoewel ik de diverse beweegredenen wel denk te kennen.

Wanneer ik de grote structurele veranderingen in het huisartsvak van de afgelopen decennia zie, en mij voorstel wat er de komende jaren op basis van bestaande en komende wetten en contracten nog zal komen, dan denk ik dat het tijd wordt om ons diepgaand te bezinnen of een keuze voor het dienstverband voor de beroepsgroep als geheel onderdehand niet verkieslijk zou zijn.

Voorkeur

Aansluitend op het motto bij mijn bijdrage wil ik mij relativerend opstellen. Voor elk systeem zijn pro's en contra's aan te voeren en ik zal dat dan ook doen om tot mijn uiteindelijke voorkeur te komen (zie ook het *schema*).

Primair is voor mij de keuze voor één systeem op basis van een theoretische honoreringsofstelling zoals in de rapporten – Van der Ven/Donner. Hoewel het bestaan van twee systemen (ziekenfonds en particulier) een zekere concu-

rentie kan bevorderen, lijkt mij zowel voor de maatschappij als voor het functioneren van de huisarts één systeem te prefereren: geen (soms gevoelsmatig) verschil meer in particuliere en ziekenfondspatiënten; een uniform systeem met registratie van patiënten geeft betere sturingsmogelijkheden; geen kostenover- of onderdekking (hoewel het een soort per praktijk geïndividualiseerde budgetfinanciëring wordt).

Het abonnementssysteem heeft het grote voordeel van de administratieve eenvoud voor huisarts en verzekeringsinstelling. Wanneer ik dit relateer aan de tijd die arts en praktijkassistente kwijt zijn aan financieel-administratieve werkzaamheden in verband met het verrichtingen-deel van de praktijk, dan vind ik dit ronduit zonde van de tijd. Die zou beter besteed kunnen worden aan arts-patiënt contacten, overleg, samenwerking en functioneel-administratieve bezigheden.

In het abonnement komen allerlei niet-patiëntgebonden activiteiten beter tot

hun recht. Tevens is het beter mogelijk, ongevraagd (maar ons inziens noodzakelijk) werk te verrichten (rouwbegeleiding, intensieve terminale zorg, eens binnenwandelen als je weet dat er ergens problemen zijn, begeleiding chronisch zieken). Wanneer ik mij uitvoerig met de behandeling van een ulcus cruris bezighoud, of iemand wat vaker thuis bezoek, hoeft in het abonnementssysteem niemand „kassa” te denken. Het geeft je meer vrijheid van handelen, zeker als het alternatief is het aanbieden van een rekening aan vaak laagbetaalden. Of moet je dan maar vele verrichtingen „vergeten” – naar mijn idee een ongewenste filantropie in een goed verzekeringsstelsel.

Voorstanders van een geheel of gedeeltelijk verrichtingensysteem vinden dat de huisarts hierbij, op basis van „loon naar werken”, meer zelf zal doen, minder zal verwijzen en daarom in het totaal van de gezondheidszorg kostenbesparend zal werken.

Hoewel een financiële prikkel niet onbelangrijk is, ben ik van mening dat taakopvatting op dit punt veel belangrijker is. Tevens vind ik dat controle op de omvang en kwaliteit van het huisartsenwerk (naast de uitwerking van de toetsing) beter kan geschieden aan de hand van bijvoorbeeld-, prescriptie- en fysiotherapiecijfers dan via een omvangrijk controle-apparaat op de diverse soorten verrichtingen, waarvoor wellicht ook nog verschillende tarieven (conform de Duitse *Gebührenordnung*) gelden.

Toch behoeft een abonnementssysteem niet rigide te zijn.

Al in het rapport-Van der Ven kwam de mogelijkheid voor differentiatie in bijvoorbeeld dun bevolkte gebieden, regio's met veel bejaarden of veel bedrijfsongevallen ter sprake, maar het onderwerp werd verder verwezen naar het overleg van de partijen. In de praktijk is dat alleen voor de „moeilijk bereikbare gebieden” gerealiseerd. Differentiatie naar praktijkomstandigheden – dun bevolkte gebieden, praktijk-samenstelling met extra bewerkelijke groepen als bejaarden, bepaalde probleemgroepen, leeftijd en dienstjaren van de huisarts, bepaalde vormen van samenwerking, enzovoort – zijn echter alle binnen een abonnementssysteem te realiseren.

Uiteindelijk kom ik dan tot een overtuigende keus voor een abonnementssysteem met differentiatiemogelijkheden.

Literatuur op p. 71.

Schema. Voor- en nadelen van drie honoreringssystemen.

Voor/nadelen	Systeem		
	verrichtingen	abonnement	gemengd
Financiële drempel (vooral bij eigen risico/bijdrage)	ja	nee	dubieus, ten dele
Inzicht in aantallen verrichtingen	ja	nee	ja
Bevordert zelfwerkzaamheid huisarts	ja	nee	ja, afhankelijk van verhouding abb/ver. in tarief
Administratief omslachtig, controleproblemen, kostenverhogend	ja	nee	ja
Polypragmasie aantrekkelijk	ja	nee	dubieus, ten dele
Preventief en niet-patiëntgebonden werk, beschikbaarheid moeilijk te honoreren	ja	nee	nee
Loon naar prestatie	ja	nee	dubieus, enigszins
Differentiatie beloning mogelijk (naar regio, praktijk-samenstelling, leeftijd arts, etc.)	nee	ja	ja
Inzicht van patiënt in kosten	ja	nee	onvoldoende
Patiënt wordt met kosten geconfronteerd (mits rekening niet rechtstreeks naar verzekeraar gaat)	ja	nee	onvoldoende
Lage drempel voor huisarts voor ongevraagde hulp	nee	ja	nee
Centrale positie huisarts door inschrijving op naam	nee	ja	ja
Volledige kostendeckking op ander niveau dan rekennorm mogelijk	nee	ja	ja
Onregelmatige geldstroom	ja	nee	ten dele
Percentage bevolking dat van systeem moet wijzigen (met uitsluiting van 4% zeevarenden, gevangenen, etc.)	70%	26%	96%

G. VAN DER WAL

Voor een differentiëring binnen het abonnementshonorarium

Dit artikel is bedoeld als een pleidooi voor een beleid dat is gericht op differentiëring binnen het honoreringssysteem. De auteur begint met een persoonlijke plaatsbepaling, waarin hij uiteenzet vanuit welke achtergrond dit stuk is geschreven. Vervolgens gaat hij in op een aantal kernbegrippen, zoals praktijkverkleining, abonnementssysteem, bewerkelijkheid, kwaliteit en taakopvatting. Het geheel mondt uit in een aantal voorstellen om aanzienlijke verschillen in bewerkelijkheid aan de (hulp)vraagzijde via differentiëring tot uitdrukking te brengen in het abonnementsysteem. Een eerste vereiste is nu dat de beroepsgroep zich hierover ten principale uitsprekt.

Inleiding

De in 1981 door de LHV aanvaarde nota *Naar een nieuwe honorering*¹ behelsde weinig nieuws. Het enige nieuwe was dat het vigerende abonnementsysteem van de ziekenfondsverzekering ook voor de particuliere patiënten zou moeten gelden.

Niet onbelangrijk. Maar de LHV-keus voor een uniform, landelijk geldend abonnementsysteem is een anachronisme. Het systeem is niet meer van deze tijd, zo het ooit bij de tijd geweest is. Niet dat het abonnementsysteem op zichzelf obsoleet is, maar het uniforme karakter ervan is verouderd, omdat de uniforme financiering tot gevolg heeft dat een belangrijke groep huisartsen met een „bewerkelijke” praktijk in de kou komt te staan. Deze huisartsen moeten harder en langer werken, óf met minder patiënten c.q. inkomen genoeg nemen, óf afbreuk doen aan de kwaliteit van hun werk.

Moeten kiezen tussen deze mogelijkheden of ze combineren, het blijft een immoreel dilemma. Daarom is verkleining van de bewerkelijke praktijk noodzakelijk. Met andere woorden: een specifieke praktijkverkleining, te realiseren via een vorm van differentiëring in het abonnementsysteem. Dit geldt des te meer in de huidige situatie, waarin immers een aanzienlijke algehele praktijkverkleining is uitgebleven.

In de volgende bijdrage wordt deze gedachtengang verder uitgewerkt.

Persoonlijke plaatsbepaling

Ik ben werkzaam in een zogenaamd wijkwelzijnscentrum (Dirk van Nimwegen-centrum). De praktijk maakt deel uit van een sociaal-medisch team – als het ware een gezondheidscentrum – dat is ingebed in een groter verband waarin onder meer ook juridische en tandheelkundige hulp wordt verleend. Samenwerken is dan ook een belangrijk onderdeel van mijn dagtaak.

De praktijk is gelegen in de Amsterdamse Kinkerbuurt, een stadsvernieuwingsgebied in een grootstedelijk milieu met veel psychosociale problematiek en een zeer vlottende bevolking (circa 30 procent per jaar); 30 procent van de bevolking behoort tot een etnische minderheid, 60 procent is uitkeringsgerechtigd.

Wat betreft kennis en vaardigheden acht ik mezelf een gemiddelde huisarts. Wel is het zo, dat in ons centrum getracht wordt actief in te spelen op een aantal in de maatschappij gewortelde ontwikkelingen, zoals democratisering van de hulpverlening en tegengaan van medicalisering. Daarnaast proberen we te participeren in nieuwe ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde: anticiperende geneeskunde, somatische fixatie voorkomen, methodisch werken, enz. Overigens doen we geen bevallin-

gen, weinig eerste hulp en kleine chirurgie, plaatsen wel veel spiraaltjes en nemen we deel aan consultatiebureaus. Al met al een bewerkelijke praktijk. Ik verricht mijn werk in loondienst. Voor het dienstverband heb ik bewust gekozen. Mijn belangrijkste overweging daarbij is, dat de arts zoveel mogelijk gevrijwaard moet worden van financiële belangen bij het doen of laten van bepaalde medische handelingen c.q. bij het hebben van een bepaald aantal patiënten. Met andere woorden, ik ben tegen een verrichtingsstelsel en heb moeite met het abonnementsysteem in zoverre als het de arts uitnodigt zijn praktijkbestand te maximaliseren. Niettemin acht ik het realistisch om in de Nederlandse situatie voor een abonnementsysteem te kiezen, zeker zolang een dienstverband voor alle huisartsen moeilijk te verwezenlijken is.

Tenslotte ben ik van mening dat de eerste lijn – in al haar breedte – versterkt moet worden. Dat dit nog onvoldoende gebeurd is, lijkt me eerder een gevolg van politieke onwil of bestuurlijk onvermogen, dan van geldgebrek. Investerings in de eerste lijn zijn relatief goedkoop en zullen kwaliteitsbevorderend en financieel besparend zijn. Herallocatie van middelen vanuit tweede naar eerste lijn is nodig en mogelijk.

Praktijkverkleining

Het is nu vrijwel gemeengoed dat een aanzienlijke algehele praktijkverkleining noodzakelijk is. Toch is het nog maar enkele jaren geleden dat de LHV na moeizame en langdurige discussie het uitgangspunt „praktijkverkleining” tussen alle andere „uitgangspunten voor een vestigingsbeleid” frommelde.² Maar het was aanvaard; zowel in *Uitgangspunten voor een vestigingsbeleid* als in *Naar een nieuwe honorering* zegt de LHV:... „Bij de huidige gemiddelde praktijkgrootte is optimale patiëntenzorg binnen een aanvaardbare dagtaak veelal niet mogelijk”. Er wordt aan toegevoegd: „Binnen het kader van een vestigingsbeleid dient daarom naar praktijkverkleining gestreefd te worden resp. Handhaven van de huidige rekennormpraktijk duidt op een voorbijgaan aan ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde, zoals die hebben plaatsgevonden sedert 1966.” (het jaar waarin de vigerende rekennorm werd vastgesteld).

De LHV streeft nu naar een vermindering van de huidige rekenorm van 2600 (2500) naar 2100 (2000). De LHV erkent dat voor praktijkverkleining argumenten zijn aan te voeren die een kwalitatief aspect hebben. Tot op heden echter, stelt de LHV, „is het niet mogelijk gebleken om een rechtstreekse relatie aan te tonen tussen verandering van de praktijkgrootte en de gevolgen daarvan voor de kwaliteit van de zorg. Men mag echter verwachten – en dit wordt ondersteund door enquêtemateriaal – dat bij de daling van de praktijkgrootte meer tijd aan de patiënt zal worden besteed”, en dat dit zal leiden „tot verbetering van de kwaliteit van de zorg in het eerste echelon”. En tenslotte wordt gesteld, dat „louter en alleen op grond van enquêtemateriaal waarbij het tijdsbeslag gemeten is blijkt dat uitgaande van de maatschappelijk aanvaarde dagtaak (8 uur, afgezien van de beschikbaarheids-taak – vd W) de huidige rekenorm te hoog is en zal moeten dalen”.

Op basis hiervan – en rekening houdend met de tijd benodigd voor samenwerking en nascholing – komt men dan uit op de genoemde rekenorm van circa 2000.

Prima tot zover. Behalve de verlaging tot 2500 vorig jaar – overigens gedeeltelijk door de huisartsen zelf gefinancierd – is een dergelijke praktijkverkleining echter nog steeds niet gerealiseerd.

Kosten

Macro-economisch kost een verdere daling tot circa 2000 zo'n 150 miljoen gulden per jaar. Inderdaad een hoop geld – zeker tegen de achtergrond van de huidige economische situatie – maar een schijntje op het totale bedrag dat in de gezondheidszorg en met name in de tweede lijn, omgaat.

Wie inhoudelijk en financieel echt een ombuiging in de gezondheidszorg wil, moet niet bang zijn voor dergelijke investeringen. De LHV dient zich daar sterk voor te maken. De VNZ overigens ook. Als de VNZ (terecht) geen verhoging van de ziekenfondspremies wenst en als in de onderhandelingen tussen LHV en VNZ geen herallocatie van middelen (van tweede naar eerste lijn) gerealiseerd kan worden, dient de overheid, op grond van haar verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de gezondheidszorg, daartoe wettelijke en financiële maatregelen te treffen. Dat is wat anders dan het gesjacher met eigen bijdragen en dergelijke.

Zolang een forse praktijkverkleining niet is verwezenlijkt, zullen vele Neder-

landse huisartsen niet de kwaliteit kunnen leveren die ze graag zouden willen leveren. Diverse auteurs hebben duidelijk gemaakt dat in de moderne huisartspraktijk gemiddeld per patiënt meer tijd nodig is dan voorheen.^{3 4} En dit geldt des te meer voor de groep huisartsen met een zogenaamde bewerkelijke praktijk, zoals Querido er een heeft beschreven.⁵ Zeker in de grote stad is dat het geval.⁶ Op dit moment heeft een Amsterdamse huisarts bijvoorbeeld gemiddeld zo'n 2000 patiënten. Nog meer toegespitst: zouden wij in ons centrum een aanvaardbare achturige werkdag aanhouden, dan zou 1600 het maximum te bedienen aantal patiënten per full-time huisarts zijn.

Wat in Amsterdam – maar daar niet alleen – plaatsvindt, is een feitelijke verkleining van de praktijk, zij het met een flinke inkomensdaling bij gelijkblijvende werklast. Maar zó was de roep om praktijkverkleining indertijd niet bedoeld.^{7 8} Het uniforme, landelijke geldende abonnementensysteem werkt thans als een financiële klem voor al die huisartsen die 2200, 2000 of 1800 patiënten kunnen bedienen. De uitwerking van een uniform bedoeld systeem is dus in het geheel niet uniform.

Abonnementensysteem

De nota *Naar een nieuwe honorering*¹ is opgesteld ten behoeve van het beleid op korte en middellange termijn. Het Centraal Bestuur en de ledenvergadering hebben echter in 1981 voorlopig gekozen voor het bestaande abonnementensysteem. De argumentatie hiervoor was dat andere knelpunten als praktijkverkleining en vestigingsbeleid beter zouden kunnen worden opgelost, als niet ook nog de invoering van een ander honoreringssysteem zou worden nagestreefd.

Het abonnementensysteem heeft voor de arts het voordeel van een regelmatig inkomen en zorgt voor een zekere continuïteit in de relatie tussen arts en patiënt: de arts voelt zich vaak ook persoonlijk verantwoordelijk voor de ingeschreven patiënten. Bovendien zullen mogelijke financiële belangen minder gemakkelijk interfereren met vak-inhoudelijke overwegingen, dan bij het verrichtingensysteem.

Daar staat het nadeel tegenover dat het abonnementensysteem voor de arts een prikkel kan zijn het aantal ingeschrevenen te maximaliseren. Daarbij kan de arts gestimuleerd worden de gemiddelde tijd per patiënt te laten dalen. Het gevolg kan bovendien zijn – zeker bij

grote praktijken – dat er meer naar de tweede lijn verwezen wordt dan medisch gezien wenselijk is. Tenslotte doet het abonnementensysteem geen recht aan de verschillen tussen huisartspraktijken, tenminste wanneer het een uniform systeem is.⁹

Het gevaar van maximaliseren van het aantal patiënten wordt enigszins – zij het te weinig – opgeheven door de „kostenknip”; verlagen van de rekenorm (dus praktijkverkleining) is hiervoor noodzakelijk. Dat geldt tevens voor het risico van onnodig veel verwijzen. Hiertoe kan bovendien een bijdrage geleverd worden door het verrichtingensysteem in de tweede lijn te wijzigen in een abonnementensysteem of liever nog in een dienstverband voor de specialisten.

Het grootste bezwaar is echter, dat het uniforme abonnementensysteem zich niet aanpast aan de individuele praktijk. Het risico ten aanzien van de te verlenen medische zorg wordt verschoven van de financier naar de huisarts. Dit leidt tot een onrechtvaardige situatie in de bewerkelijke praktijk. Deze nadelen kunnen naar mijn mening opgevangen worden met een gedifferentieerd abonnementensysteem: „een vaste honorering op jaarbasis per ingeschreven patiënt, waarbij dat vaste bedrag ten gevolge van bepaalde factoren hoger of lager kan zijn voor individuele patiënten of groepen van patiënten of voor individuele artsen of groepen van artsen.”¹

Het is buitengewoon jammer dat de LHV op voornamelijk praktische (?) gronden – moeilijke normstelling, ingewikkelde tariefonderhandelingen – een differentiatie in het abonnementensysteem heeft afgewezen. Want hoe moeilijk de uitwerking hiervan ook zal zijn, er niet voor kiezen betekent in de praktijk een keus voor koude sanering van de bewerkelijke praktijk. Dat is onaanvaardbaar en moet hoe dan ook vermeden worden. Een differentiatie van het systeem is echter een ingewikkelde zaak. Hoewel ik me op glad – en bovendien dun – ijs begeef, wil ik toch proberen een mogelijke aanzet daartoe te berde te brengen.

Bewerkelijkheid

Onder „bewerkelijk” versta ik een situatie waarin de dagelijkse praktijk van een bepaalde huisarts, in het algemeen of op onderdelen, qua aard en omvang van de werkzaamheden, verschilt van een „veronderstelde gemiddelde huisartspraktijk”, de rekenormpraktijk (*kader* op pag. 70).

Ik ga uit van een zekere mate van pluriformiteit, zowel aan de vraag- als aan de aanbodzijde van de hulp. Deze pluriformiteit wordt door de beroepsgroep ook uitdrukkelijk geclaimd. De pluriformiteit aan de aanbodzijde betreft dan niet alleen de inhoud van het huisartsgeneeskundig handelen, maar ook de financiële onderbouwing ervan via het vrije ondernemerschap en dienstverband.

Bewerkelijkheidsverschillen zijn pas financieel hanteerbaar – te gebruiken voor een differentiatie in het abonnement – als het om aanzienlijke verschillen gaat. Het begrip bewerkelijkheid kent een aantal aspecten. Wat dat aangaat, sluit ik me graag aan bij een poging van departement II van de LHV tot een fundamentele benadering van het bewerkelijkheidsvraagstuk.

De LHV stelde: „normering van de praktijkgrootte van huisartsen – in relatie tot de kwaliteit – betekent in feite een bepaling van de verwerkingscapaciteit van een huisartspraktijk”.¹⁰ De capaciteit is dan in beginsel een functie van:

- de zorgverlening door de huisarts (aard en omvang);
- de gewenste kwaliteit van de huisartshulp;
- het aanbod van hulpvragen (aard en omvang).

Het is duidelijk dat slechts door een diepgaande analyse van deze drie componenten én hun onderlinge relaties de verwerkingscapaciteit c.q. de bewerkelijkheid c.q. een optimale praktijkgrootte vastgesteld kan worden. Een praktijkvoorbeeld mag duidelijk maken dat deze drie componenten gerelateerd zijn, en ook hoe ze elkaar kunnen versterken:

Een bejaarde patiënt met meervoudige medische problematiek op driehoog achter, met kinderen op afstand en behoeftige burens is bewerkelijker voor de eerste lijn dan dezelfde bejaarde op de begane grond, enzovoorts. De bejaarde in een verpleeghuis laten opnemen vermindert de bewerkelijkheid voor de huisarts aanzienlijk. Op kwalitatief verantwoord niveau thuis behandelen c.q. verzorgen van deze patiënt echter is door wijkverpleegkundige, gezinsverzorgster, fysiotherapeut en huisarts – in overleg met specialisten – in principe uitstekend te doen, maar is een bewerkelijke aangelegenheid.

De LHV concludeert terecht dat het bepalen van de verwerkingscapaciteit langs genoemde fundamentele weg vooralsnog niet mogelijk is: daarvoor zijn onvoldoende geobjectiverde gegevens beschikbaar betreffende de samen-

stellende componenten. Toch kunnen de „bewerkelijke praktijken” hier niet op wachten.

Dat hoeft echter ook niet. Er bestaan al „precedenten” met betrekking tot differentiatie, of iets wat daar op lijkt, en er is ook wel wat onderzoek gedaan naar bewerkelijkheidsfactoren. Zo wordt verloskundige hulp apart gehonoreerd, wordt samenwerken in gezondheidscentra gesubsidieerd, en kennen we het aangepaste tarief voor moeilijk bereikbare gebieden. Zo is er onderzoek gedaan naar bewerkelijkheid van bejaarden, migratie, buitenlanders.

Zorg en kwaliteit

Er is in de afgelopen jaren een grote differentiatie ontstaan in taakopvatting, kennis en vaardigheid tussen de huisartsen onderling. Niet elke huisarts heeft bijvoorbeeld in dezelfde mate de invloed ondergaan van ontwikkelingen binnen de huisartsgeneeskunde als anticiperend werken, preventie van somatische fixatie, methodisch werken, enz. Een zekere pluriforme uitoefening van het vak mag, moet misschien zelfs wel het zout in de Nederlandse huisart-

Studies over bewerkelijkheid

De bewerkelijkheid van een praktijk vanuit de (hulp)vraagzijde wordt voor een belangrijk deel bepaald door de frequentie waarmee de huisarts wordt geraadpleegd. Op grond van een literatuurstudie en eigen onderzoek concludeert Cassée, dat men vaker gebruik maakt van de diensten van de huisarts, indien men

- meer, al dan niet op een objectief pathologisch substraat berustende, gevoelens van onwelbevinden heeft;
- minder barrières moet overwinnen, hetzij financieel, hetzij in sociaal opzicht;
- een meer traditioneel-magische ziektebenadering heeft;
- meer opleiding heeft gehad;
- vrouw is;
- ouder is (uitgezonderd de 0-5 jarigen).¹⁴

Met behulp van enquëtemateriaal vond Van der Zee, dat ouderen, vrouwen en personen met lagere sociaal-economische status een slechtere gezondheid hebben – gezondheid gedefinieerd als een combinatie van gezondheidstoestand en klagegenigheid – en de dokter vaker bezoeken. Dit geldt met name voor vrouwen in de vruchtbare leeftijd. Overigens waren kinderen van zijn onderzoeksmateriaal uitgesloten.¹⁵

Van der Zee's bevindingen lijken niet in tegenspraak met die van Cassée, behalve waar het „meer opleiding” en „lagere sociaal-economische status” betreft.

senpap zijn. Deze inhoudelijke pluriformiteit dient wel begrensd te zijn. In dit verband kan het in 1983 door de LHV uitgebrachte *Basistakenpakket van de huisarts* als ondergrens gaan fungeren. Op dit basispakket is iedere in Nederland praktizerende huisarts aanspreekbaar. „Uitgaande van deze gemeenschappelijke basis zal elke huisarts afhankelijk van zijn lokale situatie, persoonlijke kennis en vaardigheden en zijn levens- en maatschappijbeschouwing, vorm geven aan z'n functioneren”.¹¹

Wat mij betreft hoeft deze pluriformiteit niet in financiële pluriformiteit vertaald te worden. Ik ben erg huiverig voor het direct financieel belonen van huisartsen die zelf veel kleine chirurgie, kleine psychotherapie of kleine gynaecologie doen, zoals Mulder voorstelt.¹² Dit leidt tot een gemengd abonnement verrichtingsstelsel met alle nadelen van het verrichtingsstelsel. Ook het belonen van lage verwijscijfers zoals Sips suggereert,¹² kan een ongezone financiële prikkel voor de huisarts en een risico voor zijn of haar patiënten betekenen. Veel zelf doen en zo weinig mogelijk onnodig verwijzen zijn uitste-

Uit de Gezondheidsenquête van het CBS uit 1981 blijkt dat vrouwen in vrijwel elke leeftijdsgroep meer contacten met de huisarts hebben dan mannen. Het grootste verschil treedt op tussen de 20 en 30 jaar: de vrouwen hebben in deze leeftijdperiode twee à drie keer zoveel contacten als de mannen. Het verband tussen huisartscontact en leeftijd verloopt globaal als volgt: afnemend na de eerste tien levensjaren, daarna bij de mannen vrij constant stijgend tot tegen de pensioenleeftijd, dan een duidelijk dal en vervolgens sterk stijgend. Met uitzondering van de twintigers volgen de vrouwen ongeveer hetzelfde patroon.¹⁶ Al in 1960 toonde Van der Wielen aan dat bejaarden gemiddeld een driemaal zo hoge huisartsconsumptie hebben als de gemiddelde patiënt.¹⁷ Gegevens van Laane ondersteunen dit.¹⁸ Uit de genoemde gezondheidsenquête blijken boven-70-jarigen bijna tweemaal zo vaak een beroep te doen op de huisarts als de gemiddelde patiënt. Thomassen en later ook Van der Wal & Smeenk toonden aan dat verhuisde nieuwe patiënten veel vaker een beroep op de huisarts doen. Per verhuisde patiënt bleek dat per jaar 1,6 keer zoveel te zijn.^{19 20} Van der Wal & Smeenk gaven tevens een kwantitatieve onderbouwing van de wijd verbreide opvatting dat buitenlandse werknemers en hun gezinsleden de huisarts vaker nodig hebben dan de gemiddelde patiënt: 1,5 keer zo vaak.²⁰

kende doelstellingen, maar die dienen mogelijk gemaakt te worden door een algehele verkleining van de rekennorm-praktijk en een vergroting van de mogelijkheden om deze doelen binnen een aanvaardbare dagtaak na te streven.

In grote lijnen geldt een zelfde redenering voor het verhogen van de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen. Elke Nederlandse huisarts dient in staat gesteld te worden, binnen een aanvaardbare dagtaak tijd te kunnen vrijmaken voor samenwerking, nascholing en toetsing. Hiervoor is wederom een algehele praktijkverkleining noodzakelijk.

Mocht deze onvoldoende gestalte krijgen, dan ware te overwegen huisartsen die aan een bepaalde mate van – gecontroleerde – kwaliteitsbewaking willen meewerken, hiertoe financieel in staat te stellen. Dat zou op een vergelijkbare wijze kunnen gebeuren als de huidige subsidiëring van „multidisciplinaire samenwerking in gezondheidscentra”: een toeslag per patiënt, niet alleen voor samenwerken, maar ook voor nascholing en toetsing; met andere woorden een experimenteel stelsel met de uitdrukkelijke bedoeling dit op alle Nederlandse huisartsen van toepassing te maken.

Conclusie

De studies van Cassée en Van der Zee zijn de meest uitvoerige pogingen geweest om het vraagstuk van de bewerkelijkheid vanuit de (hulp)vraagzijde te benaderen.¹⁴⁻¹⁵ Een samenhangend beeld is er nog lang niet, en daar komt bij dat de meeste studies wel kwalitatieve noties opleveren, maar dat er nog weinig sprake is van kwantitatieve resultaten. Zowel voor- als tegenstanders van een differentiatie in het abonnementssysteem hebben dan ook zeker een wetenschappelijk alibi. Meer fundamenteel onderzoek is nodig; in het bijzonder ontbreekt het aan praktijkstudies. Het zou de beleidsinstanties – waaronder de LHV – dan ook sieren, als zij daadwerkelijk dergelijk onderzoek zouden stimuleren.

De bewerkelijke praktijken kunnen echter niet op de uitkomsten hiervan wachten. En nogmaals, dat hoeft ook niet. In de eerste plaats moeten we niet vergeten dat beleid maken meer aankomt op kiezen dan op weten. Als er een moeilijke beslissing genomen moet worden, is de roep om onderzoek tenslotte ook weleens een doekje voor het bloeden. In de tweede plaats zijn er ook

meer beperkte onderzoeken gedaan naar bewerkelijkheidsfactoren: studies met kwantitatieve uitkomsten, die uitstijgen boven het veronderstelde pluriforme karakter van de hulpvraagzijde.¹⁷ Wat mij betreft vormen de uitkomsten van deze studies evenzovele argumenten om de bewerkelijke praktijken – met name in de grote steden – een helpende hand te bieden, bijvoorbeeld door middel van een toeslag per bejaarde, gemigreerde en buitenlandse patiënt. Met andere woorden een speciële praktijkverkleining, door middel van een gedifferentieerd abonnementshonorarium, al was het maar in een voorlopige experimentele constructie.

Een eerste vereiste is nu dat de beroepsgroep zich ten principale uitspreekt voor een beleid dat gericht is op een vorm van differentiatie in het abonnementssysteem.

Dankbetuiging

Met dank aan Wouter Hogervorst, huisarts.

- ¹ Anoniem. Naar een nieuwe honorering [nota]. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1981.
- ² Anoniem. Uitgangspunten voor een vestigingsbeleid [nota]. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1980.
- ³ Buijze-den Hollander M, Knottnerus A. Wat is er tegen de kleine praktijk? Med Contact 1980; 35: 575-8.
- ⁴ Voorn Th. Nog een bewerkelijk praktijkje. Med Contact 1979; 34: 608-12.
- ⁵ Querido JD. Een bewerkelijk praktijkje. Med Contact 1979; 34: 235-9.
- ⁶ Anoniem. K.N.M.G. Ledencongres Amsterdam 1980. Gezondheidszorg in de grote stad. Med Contact 1980; 35.
- ⁷ Weel C van. Op weg naar praktijkverkleining. Med Contact 1980; 35: 242-4.
- ⁸ Wal G van der. Praktijkverkleining maatschappelijk vraagstuk. Med Contact 1980; 35: 256-61.
- ⁹ Oostveen PHM. Honoreringssystemen van huisartsen en specialisten [doctoraalscriptie]. Tilburg: Instituut voor Gezondheidszorg, 1979.
- ¹⁰ Anoniem. Waarom een minimum- en maximumnorm? [nota]. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1981.
- ¹¹ Springer MP, red. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1983.
- ¹² Mulder B. Naar een nieuwe honorering van de huisarts. Med Contact 1981; 36: 216-8.
- ¹³ Sips AJBI. Wordt huisartsgeneeskunde door praktijkverkleining versterkt? Med Contact 1984; 39: 113-6.
- ¹⁴ Cassée ETh. Naar de dokter. Meppel: Boom, 1973.
- ¹⁵ Zee J van der. De vraag naar diensten van

de huisarts [dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1982.

- ¹⁶ Anoniem. Contact met de huisarts in 1981. Maandbericht Gezondheidsstatistiek (CBS) 1983; 5: 5-10.
- ¹⁷ Wielen Y van der. De huisarts en de doeltreffendheid van zijn aandeel in de gezondheidszorg [dissertatie]. Assen, 1960.
- ¹⁸ Laane HM. De kosten van geneesmiddelen in het bejaardencentrum. Med Contact 1983; 38: 1571-2.
- ¹⁹ Thomassen JFM. Mobiliteit en gezondheid. Huisarts en Wetenschap 1978; 21: 85-93.
- ²⁰ Wal G van der, Smeenk RCJ. Bewerkelijkheid nader bekeken. Huisarts en Wetenschap 1984; 27: 309-10, 322.

Literatuur bij:
Derksen W. Het abonnements-honorarium dient gehandhaafd te blijven (pp. 65-67).

- ¹ Ven FJHM van der. Advies van de Commissie ex art. 49 lid 2 van de ziekenfondswet. 's-Gravenhage: Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, 1966.
- ² Donner AM. Advies van de Commissie huisartsentarieven voor particuliere patiënten. 's-Gravenhage: Ministerie van Economische Zaken, 1971.
- ³ Kommissie „1-1-71”. Interim advies en interim rapportage aan het C.B. van de L.H.V. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1969.
- ⁴ Anoniem. Naar een nieuwe honorering [nota]. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1981.
- ⁵ Mulder B. Naar een nieuwe honorering van de huisarts. Med Contact 1980; 35: 216-8.
- ⁶ Sips AJBI. Wordt huisartsgeneeskunde door praktijkverkleining versterkt? Med Contact 1984; 39: 113-6.
- ⁷ Bruins HB. Kostenbewaking in de gezondheidszorg. Med Contact 1984; 39: 148-9.
- ⁸ Huygen FJA. Kostenbeheersing in de gezondheidszorg. Med Contact 1984; 39: 320-1.
- ⁹ Werkgroep honorering huisartsen. Honoreringssysteem voor huisartsenzorg [interim rapport]. Leidschendam: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1982.
- ¹⁰ Anoniem. Betaalbaar perspectief. Uitgangspunten van een betaalbare gezondheidszorg in de toekomst. Bunnik: Stichting Projectorganisatie VNZ/KLOZ, 1984.