

Het Deense voorbeeld

Een gemengd systeem van honorering per verrichting en abonnement

H.A. FLIERMAN
P.P. GROENEWEGEN

De Deense huisarts heeft een breder arbeidsveld en is ook breder en langer opgeleid dan zijn Nederlandse collega. Zijn inkomen bestaat voor ongeveer de helft uit vergoedingen per verrichting; deze norm is landelijk overeengekomen tussen overheid en beroepsorganisatie. In algemene zin ligt in Denemarken de nadruk meer op de technische zorg dan op de persoonsgerichte medische zorg, terwijl binnen de technische zorg de nadruk meer ligt op diagnostisch onderzoek dan op curatieve zorg. Beide tendenzen zijn strijdig met een streven naar kostenbeheersing. Het Deense gemengde systeem van honorering per abonnement en per verrichting zou niet ongeclausuleerd moeten worden overgenomen.

Flierman HA, Groenewegen PP. Het Deense voorbeeld. Een gemengd systeem van honorering per verrichting en abonnement. Huisarts Wet 1989; 32(6): 212-8.

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.

Drs. H.A. Flierman, socioloog; dr. P.P. Groenewegen, socioloog.
Correspondentie: drs. H.A. Flierman

Dit onderzoek is financieel mogelijk gemaakt door steun van de Stafafdeling Beleidsontwikkeling van het Ministerie van WVC.

Inleiding

Het systeem van honorering van huisartsen staat in ons land al enkele jaren ter discussie. Zo is in *Huisarts en Wetenschap* in 1984 een discussie gevoerd tussen *Derksen* als voorstander van het voor ziekenfondspatiënten vigerende abonnementssysteem en *Van der Wal* als voorstander van een differentiatie van het abonnementssysteem.^{1,2} De laatste stelde een systeem voor waarin de hoogte van het abonnementsbedrag een afspiegeling is van de 'bewerkelijkheid' van groepen patiënten. Eerder stelde de Landelijke Huisartsen Vereniging voor de honorering voor ziekenfonds- en particuliere patiënten te uniformeren. Deze honorering zou het karakter van een abonnement moeten hebben, eventueel gedifferentieerd naar de hoeveelheid werk die verschillende groepen patiënten met zich meebrengen.³ De afgelopen jaren is het accent in de discussie verschoven naar meer aandacht voor de betaling van afzonderlijke verrichtingen, naast een abonnementshonorering: het gemengde systeem van honorering.^{4,5}

Als voorbeeld van een gemengd systeem wordt veelal verwezen naar de honorering van huisartsen in Denemarken. Daar verkrijgen de huisartsen hun inkomen voor ongeveer de helft uit een vast bedrag per patiënt per kwartaal, en voor het overige uit vergoedingen voor verrichtingen, die maandelijks gedeclareerd worden. Wat betreft de gezondheidszorg als geheel lijken de overeenkomsten tussen Denemarken en Nederland groter dan de verschillen. Wat betreft de positie van de huisarts zijn de voornaamste verschillen gelegen het bredere arbeidsveld van de Deense huisarts en in zijn bredere en langere opleiding (*kader*).

Doel van dit artikel is, de lezer meer inzicht te verschaffen in de manier waarop en de voorwaarden waaronder het gemengde systeem in Denemarken functioneert.

Honoreringssysteem en zorg

In zijn vergelijkende studie naar de wijze van honorering van huisartsen in 16 landen (waartoe Denemarken niet behoorde) komt *Glaser* tot de volgende generalisaties. Waar huisartsen in hun opleiding en werk-

zaamheden minder verschillen van specialisten, zijn ze meer gericht op technische zorg dan op persoonsgerichte zorg. En technische zorg laat zich beter dan persoonsgerichte zorg 'itemiseren': splitsen in vast omschreven deelhandelingen. Daardoor vormt deze gerichtheid een gunstige voedingsbodem voor een stelsel van honorering per deelhandeling, per verrichting. Omgekeerd bestendigt zo'n honoreringssstelsel de gerichtheid op technische zorg.⁹

Ook in de Nederlandse discussie speelt deze tegenstelling een rol. 'Artsen lijden aan een geweldige overschatting van de laboratorium-geneeskunde', en 'Ook de patiënt weet de kunst van „masterful inactivity”, afwachten en observeren, niet erg te waarderen', maar 'Het zijn de uitstrijkjes en bloedprikken en wat al niet die de zaak zo duur maken', zijn enkele opmerkingen van A.J. Dunning in een recent interview (*Elseviers Weekblad* 7 januari 1989). Bij de beoordeling van het functioneren van het gemengde Deense honoreringssysteem, lijkt het dus van belang of daarin ook een overwegend technische gerichtheid tot uitdrukking komt.

Het gemiddelde inkomen van de huisartsen bedroeg in 1985 f 211.003,-.* In een landelijke overeenkomst is vastgelegd dat alle inkomenselementen halfjaarlijks aan het prijspeil worden aangepast.

De bedragen per inkomenselement zijn erop ingericht dat de kosten van praktijkvoering bij een gemiddelde praktijk 25 procent van het totale inkomen zullen bedragen. Bij de geregelde heronderhandelingen wordt nagegaan of de verschillende normpercentages zijn gerealiseerd; zo niet, dan worden de bedragen per inkomenselement daaraan aangepast.

Het totale inkomen bestaat in eerste instantie uit een abonnementsdeel en een verrichtingendeel. Het abonnementsdeel bestaat uit abonnementshonoraria van f 12,- (in 1985) per ingeschreven 'groep 1'-verzekerde per kwartaal. Het verrichtingendeel bestaat uit vergoedingen per verrichting: elk arts-patiënt contact heet een

* 1985 is het meest recente recente jaar waarvoor financiële gegevens beschikbaar zijn.^{10,11} De bedragen zijn omgerekend op basis van Dkr. 1,- = f 0,2876.

Het Deense gezondheidszorgsysteem

Denemarken heeft ongeveer 5,5 miljoen inwoners, van wie ongeveer 40 procent in en rond Kopenhagen woont. De rest van het land is veel dunner bevolkt; de gemiddelde bevolkingsdichtheid is 121 inwoners per km². Ter vergelijking: de bevolkingsdichtheid in Nederland is 421 inwoners per km².

Het percentage inwoners van 65 jaar en ouder bedraagt zo'n 15 procent, tegen ruim 12 procent in Nederland. De levensverwachting van de Deense bevolking bij geboorte is nagenoeg gelijk aan die in Nederland, terwijl de (ongestandaardiseerde) sterfte wat hoger is.

De bestuurlijke organisatie van het land kent drie niveaus. Naast de rijksoverheid zijn er de *amten*, die vergelijkbaar zijn met de provincies in Nederland. Er zijn veertien *amten* en twee grote gemeenten, die in de praktijk dezelfde functie hebben (Kopenhagen en Frederiksberg). Het laagste bestuurlijk niveau is de 'kommune' of gemeente.

De Deense gezondheidszorg staat, ook wat betreft de positie van de huisarts, niet ver af van de Nederlandse.⁶⁻⁸

De ziektekostenverzekering heeft sinds 1961 het karakter van een volksverzekering, uitgevoerd door de provinciale overheid en gefinancierd door inkomensafhankelijke belastingheffing. Er zijn twee categorieën verzekerden; de keus tot welke categorie men wil behoren, is sinds 1973 vrij. Voor 'groep 1'-verzekerden is de medische zorg gratis, maar is de keuzevrijheid beperkt. Men dient zich in te schrijven bij een huisarts en tweedelijnszorg is alleen toegankelijk na verwijzing. Men kan in principe eenmaal per jaar van huisarts veranderen. Ongeveer 93 procent van de bevolking behoort tot groep 1. 'Groep 2'-verzekerden zijn niet ingeschreven bij een huisarts. Zij kunnen rechtstreeks specialistische hulp inroepen, maar moeten voor medische zorg buiten het ziekenhuis ongeveer de helft zelf betalen.

Er praktiseren in Denemarken bijna 3000 huisartsen; het aantal inwoners per huisarts (om en nabij de gemiddelde praktijk-

grootte) bedraagt ongeveer 1750. In Nederland is de gemiddelde praktijkgrootte zo'n 500 patiënten hoger. Omstreeks 40 procent van de Deense huisartsen werkt in een solopraktijk (in Nederland ongeveer 60 procent).

De specialistische zorg wordt voor een klein deel verzorgd door vrijgevestigde specialisten; dat zijn bijna uitsluitend oogartsen en KNO-artsen. De in ziekenhuizen werkzame artsen werken allen in dienstverband.

Het aantal ziekenhuisbedden is groter dan in Nederland: 6,9 per 1000 inwoners in 1986, tegen 4,7 in Nederland. De ziekenhuiszorg is op enkele uitzonderingen na (zoals het universiteitsziekenhuis van Kopenhagen) de verantwoordelijkheid van de *amten*. Er bestaat een planningsprocedure voor de ziekenhuissector, waarin de provincies een plan maken voor de voorzieningen in hun gebied. Dat plan bevat een beschrijving van de bestaande structuur, de te verwachten ontwikkelingen op het gebied van de inhoud van de zorg, en de behoefte aan gespecialiseerde afdelingen, personeel, investeringen, etc. De rijksoverheid kan richtlijnen doen uitgaan voor de provinciale plannen. In de afgelopen jaren zijn aldus aan de provincies richtlijnen gegeven zich te concentreren op de onderlinge afstemming van ziekenhuizen binnen een provincie en op verschuiving van klinische naar ambulante verzorging. Voor uitbreidingen van het medisch personeel van ziekenhuizen moeten de provincies altijd advies inwinnen bij een landelijke commissie. Deze adviezen worden in de praktijk altijd gevolgd.

Een verschil met de Nederlandse situatie is dat de huisartsen niet verwijzen naar een bepaalde specialist of groep specialisten, maar naar de opname-afdeling van het ziekenhuis, vanwaar de patiënten worden 'gedistribueerd'. Ook zijn er verschillen in ziekenhuisgebruik: het aantal opnamen per 1000 inwoners was in 1986 in Denemarken aanzienlijk groter (203 tegen 107 in Nederland), wat echter gepaard ging met een kortere gemiddelde ligduur (10,2 dagen tegen 12,3 in Nederland).

De opleiding van Deense huisartsen is de afgelopen twee decennia stapsgewijs sterk verlengd. Sinds 1983 moet men na het doctoraalexamen eerst een opleiding van 18 maanden volgen: 12 maanden praktijkstages op voorgeschreven ziekenhuisafdelingen en 6 maanden op een ziekenhuisafdeling naar keuze of in een huisartspraktijk. Om als huisarts te mogen werken, moet men daarna nog eens 60 maanden praktijkstages volgen, waaronder ten minste 12 maanden in een huisartspraktijk.

De huisartsen zijn vrije beroepsbeoefenaren, net de fysiotherapeuten en de tandartsen. Beleidsmatig en organisatorisch zijn deze vrije beroepsbeoefenaars de verantwoordelijkheid van de provincies. De administratieve afhandeling van hun declaraties vindt plaats op het niveau van de provincies; ook het vestigingsbeleid van huisartsen is op dat niveau geregeld. Het deel van de eerstelijns zorg dat in termen van de Nederlandse gezondheidszorg gekarakteriseerd zou worden als basisgezondheidszorg, thuisverpleging en maatschappelijk werk, is de verantwoordelijkheid van de gemeenten. De hulpverleners op deze terreinen zijn werkzaam bij een gemeentelijke dienst voor volksgezondheid en maatschappelijk werk. Binnen het eerste echelon is er in de praktijk een tamelijk sterke scheiding tussen de preventief gerichte zorgsoorten en de curatief gerichte zorgsoorten. De huisarts is het verbindende element doordat hij contacten met beide zorgsoorten heeft en in beide zorgsoorten werkzaam is.

Tot de taken van de huisarts horen de perinatale zorg (eventueel in samenwerking met een verloskundige) en jeugdgezondheidszorg (in samenwerking met een verpleegkundige die speciaal voor deze tak van zorg is opgeleid), overleg met de gemeentelijke dienst voor volksgezondheid en maatschappelijk werk (zoals voor advisering over de indicatiestelling voor opname in verpleeghuizen), en het opstellen van attesten. In dun bevolkte gebieden zijn de huisartsen bovendien werkzaam als schoolarts. En tenslotte werken de thuisverpleegkundigen onder toezicht van de huisartsen.

'basisverrichting' en wordt afzonderlijk gehonoreerd; sommige handelingen die binnen een arts-patiënt contact vallen of daaruit voortvloeien, worden bovendien nog extra gehonoreerd; dat zijn 'toegevoegde verrichtingen'.

De bedragen per abonnement en per basisverrichting zijn erop ingericht dat de inkomensdelen uit abonnementen en uit basisverrichtingen bij een gemiddelde praktijk even groot zullen zijn. De bedragen per toegevoegde verrichting zijn erop ingericht dat het inkomensdeel uit toegevoegde verrichtingen 7,3 procent bedraagt van het inkomensdeel uit abonnementen.

Overeenkomst

De overeenkomst waarin deze normen worden vastgelegd en uitgewerkt, wordt gesloten tussen de Deense LHV (Praktiserende Laegers Organisation – PLO) en de Ziekteverzekerings Onderhandelings Commissie, namens de overheid. De toepassing van de overeenkomst is vervolgens een taak van de provinciale overheden. Deze werken daarbij samen met de PLO in provinciale Samenwerkingscommissies.

Tot de taken van deze provinciale Samenwerkingscommissies behoort het beoordelen van de opgaven door afzonderlijke huisartsen van te vergoeden verrichtingen. Daartoe worden de gemiddelden per patiënt in iedere praktijk vergeleken met de provinciale gemiddelden. Bij die vergelijking worden twee normen gehanteerd. Enerzijds mogen de totale uitgaven per patiënt het provinciale gemiddelde met niet meer dan 25 procent overschrijden, en anderzijds mag het aantal basisverrichtingen (dus arts-patiënt contacten) per patiënt het provinciale gemiddelde met niet meer dan 40 procent te boven gaan. Als deze grenzen worden overschreden, stelt de Samenwerkingscommissie een onderzoek in. Leidt dit onderzoek niet tot een bevredigend resultaat, dan kan de Samenwerkingscommissie een huisarts een strafforting opleggen.

Zo worden de statistische overzichten van de Ziekteverzekerings Onderhandelings Commissie gebruikt bij de toepassing van de lopende overeenkomst. Ook bij de (tot voor kort tweejaarlijkse) heronderhandeling van de overeenkomst spelen deze

overzichten een rol. Het kan bijvoorbeeld blijken dat bepaalde normpercentages niet worden gerealiseerd. Ook kan blijken dat een verrichting of groep verrichtingen vaker of minder vaak wordt uitgevoerd dan de overheid wenselijk acht. Dat kan dan leiden tot een wijziging van de vergoeding.

De voornaamste uitgangspunten van de partijen in deze onderhandelingen zijn de volgende:

- Huisartsenorganisatie en overheid zijn het erover eens dat het te verwachten huisartsinkomen uit verrichtingen gelijk moest zijn aan het inkomen uit abonnementen. Men gaat ervan uit dat hierdoor de voordelen van beide honoreringssystemen worden verenigd: een actieve eerste lijn dankzij het verrichtingenhonorarium, en een brede aandacht voor de patiënt dankzij het abonnementshonorarium.
- Ten aanzien van de verdeling van het inkomen uit verrichtingen over de bedragen per afzonderlijke verrichting bestaat er

verschil van inzicht: de overheid wil daarin het belang van een verrichting voor volksgezondheid en maatschappelijk welzijn zien uitgedrukt; de PLO wil dat daarin het tijdsbeslag, de complexiteit en de kosten van een verrichting tot uitdrukking komen.

Verrichtingen

Van de verrichtingen die we in deze paragraaf beschrijven, vermelden we steeds de honoraria (c.q. de uitersten daarvan) en relatieve frequenties. De relatieve frequenties zijn gebaseerd op het totaal van 23.294.990 basisverrichtingen die in 1985 werden uitgevoerd in het gebied waarvoor de landelijke overeenkomst gold.

Basisverrichtingen

Er worden vier basisverrichtingen onderscheiden (*tabel 1*). In de bedragen voor consult, telefonisch consult en huisbezoek is het uitschrijven van een recept en/of een verwijzing inbegrepen. De honoraria voor

Tabel 1 Basisverrichtingen.

Verrichting	Honorarium	Aantal per verzekerde ^a
Consult	f 9,80	3
Telefonisch consult	f 5,50	2
Vernieuwen van recept	f 4,45	1
Huisbezoek	f 17,20	1
Totaal		7

^a 'Verzekerden' zijn personen van 16 jaar en ouder; kinderen tot 16 jaar zijn meeverzekerd met hun ouders/verzorgers. Cijfers over 1985.

Tabel 2 Groepen van toegevoegde verrichtingen.

Verrichtingengroep	Aantal per 1000 contacten ^b
Diagnostische onderzoeken	317
Perinatale zorg	83
Behandelingen	66
'Anticonceptieve' zorg	35
Sociaal-geneeskundige samenwerking	6
Attesten	1
Totaal	508

^b Inclusief huisbezoeken.

huisbezoeken zijn gedifferentieerd naar af te leggen afstand; het hier genoemde bedrag geldt voor een afstand van 0-4 km.

Alle genoemde bedragen gelden voor contacten 'tijdens kantooruren'; buiten kantooruren geldt door de week van 16 tot 20 uur en op zaterdag van 8 tot 20 uur een drievoudig honorarium; maandag t/m zaterdag van 20 tot 24 uur en op zon- en feestdagen van 8 tot 24 uur geldt 3,5 maal het honorarium; van 0 tot 8 uur geldt steeds het viervoudige.

De term 'sociaal-geneeskundige samenwerking' is de verzamelnaam voor het overleg met een gemeentelijke dienst voor volksgezondheid en maatschappelijk werk. Dat overleg vloeit slechts indirect voort uit arts-patiënt contacten. Laten we dat buiten beschouwing, dan zijn er 502 toegevoegde verrichtingen per 1000 consulten en huisbezoeken. In de overige 498 per 1000 is dus alleen sprake van advisering, uitschrijven van een recept en/of verwijzing, dus van handelingen die niet afzonderlijk worden gehonoreerd.

Toegevoegde verrichtingen

De toegevoegde verrichtingen zijn verdeeld in zes groepen (tabel 2).

- Om te beginnen zijn er 43 afzonderlijk gehonoreerde diagnostische onderzoeken; ook voorbereidingen voor diagnostische onderzoeken in de huisartspraktijk of elders worden daartoe gerekend. Eén van die voorbereidingen is de verrichting met de hoogste vergoeding van deze hele groep: voor een biopsie voor microscopisch onderzoek bij de patholoog is het honorarium f 34,25. Per 1000 consulten en huisbezoeken wordt deze verrichting echter maar één maal uitgevoerd. Urine-onderzoek met sticks heeft daarentegen een zeer lage vergoeding (tabel 3).

- De perinatale zorg omvat de jeugdgezondheidszorg, onderzoek van aanstaande en jonge moeders, en onderzoek en vaccinatie van jonge kinderen (tabel 4).

De vaccinaties van jonge kinderen omvatten drie vaccinaties tegen kinkhoest, drie gecombineerde vaccinaties tegen difterie, tetanus en polio, drie orale vaccinaties

tegen polio afzonderlijk, en drie gecombineerde vaccinaties tegen mazelen, bof en rode hond. De eerste daarvan vindt plaats als een kind vijf weken oud is; de laatste als het elf of twaalf jaar oud is. We zien dat Denemarken hier afwijkt van de in Nederland gangbare combinatie van difterie-, kinkhoest-, tetanus- en poliovaccinaties.

Het onderzoek van jonge kinderen omvat acht onderzoeken; de eerste als een kind vijf weken oud is, de laatste als het vijf jaar oud is. Het onderzoek van aanstaande en jonge moeders omvat in Denemarken vijf onderzoeken: de eerste daarvan vindt zo kort mogelijk na het begin van de zwangerschap plaats, de laatste negen weken na de bevalling. Tot die onderzoeken behoren het afnemen van bloed- en urinemonsters en het maken van een urinekweek. De opeenvolgende onderzoeken van aanstaande en jonge moeders verschillen naar inhoud en daarmee naar honorarium; de weergegeven bedragen zijn de uitersten.

- Vervolgens zijn er 27 afzonderlijk gehonoreerde behandelingen (tabel 5). Daarvan wordt de hulp bij bevalling met het hoogste bedrag vergoed: met manuele placenta-verwijdering f 222,80, en zonder die ingreep f 137,15. Hulp bij bevalling door de huisarts komt echter vrijwel niet meer voor (0,02 maal per 1000 consulten en huisbezoeken). Vervolgens is het hoogste honorarium voor een behandeling f 68,50. Dat is de vergoeding voor het behandelen van bijvoorbeeld een grote fractuur of luxatie. Maar ook deze grotere behandelingen zijn relatief zeldzaam: op elke 1000 consulten en huisbezoeken worden ze bij elkaar maar eenmaal uitgevoerd.

- De gehonoreerde verrichtingen die we hier gezamenlijk benoemen als 'anticonceptieve zorg' zijn bij elkaar vijf in getal; we vermelden ze in tabel 6.

- De honoraria voor overleg op de gemeentelijke dienst zijn gedifferentieerd naar af te leggen afstand; het hier genoemde bedrag geldt voor een afstand van 0-4 km (tabel 7).

- De laatste groep gehonoreerde verrichtingen is het uitschrijven van attesten (tabel 8). Met de perinatale zorg en de sociaal-geneeskundige samenwerking vormt dit dus een extra reguliere taak van de Deense

Tabel 3 Diagnostische onderzoeken.

Verrichting	Honorarium	Aantal per 1000 contacten ^b
Urine-onderzoek met sticks	f 2,15	48
Bloedmonster nemen	f 8,55	39
Hemoglobinemeting	f 4,35	35
Urinemicroscopie	f 6,50	26
Uitstrijkje	f 8,55	25
Overig	f 2,15 – f 34,25	144
Totaal		317

Tabel 4 Perinatale zorg.

Verrichting	Honorarium	Aantal per 1000 contacten ^b
Vaccinaties jonge kinderen	f 7,50	36
Onderzoek jonge kinderen	f 33,20	31
Onderzoek aanstaande/jonge moeders	f 16,20 – f 49,35	16
Totaal		83

^b Inclusief huisbezoeken.

huisarts, in vergelijking met zijn Nederlandse collega. Per 1000 consulten en huisbezoeken komt het uitschrijven van een attest echter niet meer dan eenmaal voor. Relatief zeldzaam als deze groep verrichtingen dus is, worden ze wel met relatief hoge bedragen gehonoreerd. Die bedragen zijn hoger naarmate een attest een uitgebreider diagnostiek vereist.

De eerste drie groepen toegevoegde verrichtingen (diagnostisch onderzoek, perinatale zorg, behandelingen) bevatten meer technische handelingen, terwijl de laatste drie ('anticonceptieve' zorg, sociaal-geneeskundige samenwerking, attesten) meer persoonsgerichte handelingen bevatten ('instructie', 'voorlichting', 'overleg met maatschappelijk werk', 'psychosociale zorg', 'verslavingszorg'). Verder zien we dat de toegevoegde verrichtingen in de eerste drie groepen vaker worden uitgevoerd dan die in de laatste drie. Technische handelingen lijken dus vaker te worden uitgevoerd dan persoonsgerichte.

In het functioneren van het gemengde Deense honoreringssysteem lijkt dus inderdaad een overwegend technische gerichtheid tot uitdrukking te komen, overeenkomstig wat we op grond van het onderzoek van Glaser verwachtten.

Voor- en nadelen

Verandering van het honoreringssysteem van huisartsen heeft op dit moment in ons land een breed draagvlak. Verschillende partijen die bij de verandering betrokken zijn, denken er hun doelen mee te kunnen bereiken.

Overheid

Bezien vanuit de overheid is het doel van een wijziging van het honoreringssysteem het totstandbrengen van verschuivingen van tweede- naar eerstelijnszorg. Van de groepen verrichtingen in de vorige paragraaf lijken de diagnostische onderzoeken en behandelingen daartoe de meeste mogelijkheden te bieden. Daarbij is een relativering echter wel op zijn plaats. Vergelijken we die twee groepen verrichtingen naar hun relatieve frequentie in Denemarken, dan zien we een bijna vijfvoudig overwicht

van diagnostische onderzoeken op behandelingen: 317 tegen 66, per 1000 consulten en huisbezoeken.

Hier is een vollediger citaat uit het eerder aangehaalde interview met Dunning op zijn plaats: 'Artsen lijden aan een geweldige overschatting van de laboratorium-geneeskunde, terwijl allang bewezen is dat al die onderzoeken niet bijdragen tot de besluitvorming en alleen maar andere mogelijkheden uitsluiten. Het is zoiets als schieten met hagel, terwijl een goede arts juist zijn ogen en oren en hoofd moet gebruiken om met het juiste wapen een welgemikte kogel af te kunnen schieten'.

Wellicht verklaart dat het vijfvoudige overwicht van zojuist.

Overtollig onderzoek is in de eerste lijn ongetwijfeld goedkoper dan in de tweede. Als die verschuiving echter plaatsvindt door een verandering van honoreringssysteem waardoor een technische gerichtheid wordt versterkt die weer de neiging tot overtollig onderzoek versterkt, is de kostenbeheersing wel ver uit het vizier geraakt. En die werd toch beoogd met de hele verschuiving.

Patiënten en tweede lijn

Vervolgens is van belang dat een wijziging

Tabel 5 *Behandelingen.*

Verrichting	Honorarium	Aantal per 1000 contacten ^b
Wratten verwijderen	f 25,70	14
Oren uitspuiten	f 17,15	13
Immobiliserend verband aanleggen	f 17,15	9
Eerste behandeling van grotere wond	f 34,25	8
Corpora aliena verwijderen uit oog, oorholte, neus of keel	f 17,15	4
Overig	f 17,15–f 222,80	18
Totaal		66

Tabel 6 *'Anticonceptieve' zorg.*

Verrichting	Honorarium	Aantal per 1000 contacten ^b
Controle t.a.v. het gebruik van een anticonceptiemethode	f 8,55	22
Eerste instructie in het gebruik van een anticonceptiemethode	f 17,15	8
Inbrengen van spiraaltje	f 34,25	3
Voorlichting en onderzoek na verzoek om zwangerschaps-onderbreking en/of sterilisatie	f 20,40	2
Voorlichting na verzoek om zwangerschapsonderbreking en/of sterilisatie	f 4,30	–
Totaal		35

^b Inclusief huisbezoeken.

van de honorering van huisartsen nog niets verandert aan de situatie aan de kant van de patiënten en van de tweede lijn.

Wat betreft de kant van de patiënten is de Deense situatie vergelijkbaar met de situatie van ziekenfondspatiënten in Nederland: verstrekkingen in natura en niet of nauwelijks eigen bijdragen. Op het moment dat wijziging van het honoreringssysteem gepaard gaat met veranderingen in de

situatie van de patiënten, wordt het moeilijk om het effect van het honoreringssysteem te traceren. Zo had een tijdelijke overgang van verstrekkingen in natura naar een restitutie-systeem (patiënt betaalt de huisarts en declareert het bedrag weer bij de verzekering) in Denemarken direct gevolgen voor de omvang en aard van het klachtenaanbod op de eerste-hulpafdelingen van ziekenhuizen. Toen er eind 1984 een conflict was

tussen de huisartsen en de overheid, moesten de patiënten het honorarium rechtstreeks aan de huisarts betalen, en konden ze het bedrag later bij de ziektekostenverzekering declareren. In deze periode nam het aantal bezoeken aan eerste-hulpafdelingen van ziekenhuizen duidelijk toe, terwijl de aard van de daar gepresenteerde klachten verschoof in de richting van een groter aandeel van acute, maar niet ernstige ziekten.^{12 13}

Wat betreft de situatie van de specialistische zorg, is van belang dat in Denemarken de ziekenhuisspecialisten (en dat zijn ze bijna allemaal) in loondienst zijn. Zij hebben daardoor een veel indirecter belang bij de omzet dan Nederlandse specialisten, die per verrichting of per ziektegeval worden betaald. Uit de Nederlandse situatie is bekend dat bij een in de tijd gelijkblijvend verwijscijfer van ziekenfondspatiënten de specialistische productie toch stijgt door een groter aantal declarabele verrichtingen per verwezen patiënt.

Huisartsen

Vanuit de Nederlandse huisartsen als beroepsgroep worden met een wijziging van het honoreringssysteem twee doelen nagestreefd: enerzijds een uniformering, waardoor de verschillen tussen ziekenfonds- en particuliere patiënten wegvallen en de administratieve regels voor alle patiënten dezelfde worden, en anderzijds het totstandbrengen van een meer directe relatie tussen de hoeveelheid werk en de verdienste. De huisarts die wat meer doet (althans van de apart gehonoreerde verrichtingen), wordt daar direct voor beloond. We zouden daaraan toe kunnen voegen: ook als hij tegelijk wat minder doet van de verrichtingen die niet apart worden gehonoreerd.

We raken daarmee één van de kernpunten van de 'theorie' achter het gemengde systeem. Die luidt: als huisartsen extra beloond worden voor bepaalde verrichtingen, dan zullen zij die verrichtingen vaker uitvoeren. Maar zullen volgens diezelfde redenering verrichtingen die in zo'n situatie niet extra beloond worden, niet minder vaak worden uitgevoerd?

Bezien vanuit de kwaliteit van de zorg is dit een belangrijke vraag. Het gevaar bestaat dat sommige verrichtingen te vaak, en

Tabel 7 Sociaal-geneeskundige samenwerking.

Verrichting	Honorarium	Aantal per 1000 contacten ^b
Telefonische raadpleging vanuit gemeentelijke dienst	f 5,50	4
Deelname aan overleg op praktijkadres met medewerkers van genoemde dienst, per eerst-besproken patiënt, met een maximum overlegduur van 15 min.	f 7,90	1
Deelname aan overleg op genoemde dienst, met dezelfde bepalingen	f 11,65	—
Deelname aan overleg per opvolgend besproken patiënt	f 7,90	—
Toeslag per patiëntoverleg van meer dan 15 min.	f 17,15	—
Totaal		6

Tabel 8 Attesten.

Verrichting	Honorarium	Aantal per 1000 contacten ^b
Lijkschouwing met overlijdensverklaring	f 20,40	1
Attest voor opname in een instelling voor kortdurende psychosociale zorg	f 42,20	—
Attest voor opname in een instelling voor verslavingszorg	f 34,60	—
Attest voor eerst opname in een psychiatrische inrichting	f 84,40	—
Attest voor heropname	f 31,35	—
Attest voor gedwongen opname	f 46,30	—
Totaal		1

^b Inclusief huisbezoeken.

andere te weinig uitgevoerd worden. En het zullen dan juist de moeilijker 'itemiseerbare' verrichtingen zijn (waarvoor men dus moeilijker tot overeenstemming over een adequate honorering komt), die te weinig uitgevoerd zullen worden. Terwijl die juist het schot hagel van zoëven kunnen omzetten in een welgericht schot.

Wellicht kan dit worden voorkomen als men de invoering van een nieuw honoreringssysteem koppelt aan de ontwikkeling en invoering van protocollen en standaarden en aan toetsing en (na-)scholing. Maar dan kan men zich afvragen of dit ook zonder verandering van de honorering niet zou kunnen leiden tot de gewenste doelen van substitutie (overheid) en erkenning en motivatie (beroepsgroep).

Toetsing

Toetsing in kwantitatieve zin van de produktie vindt in het Deense systeem plaats op een manier die overeenkomst met de activiteiten van adviserend geneeskundigen bij de Nederlandse ziekenfondsen. Een voordeel van een gedeeltelijk verrichtingensysteem is dat er over een groter aantal aspecten van het huisartsenwerk routinematig gegevens verzameld worden. Alle apart gehonoreerde verrichtingen worden immers ook geadministreerd. Deze gegevens kunnen niet alleen gebruikt worden voor de kwantitatieve toetsing. In het huidige Nederlandse honoreringssysteem van ziekenfondspatiënten zijn de gegevens die gebruikt kunnen worden als basis voor toetsing beperkt tot verwijzingen en het voorschrijven van medicijnen. Dit betekent tevens dat ook voor gezondheidszorgonderzoek slechts weinig gegevens beschikbaar zijn.

Tegenover het voordeel van meer gegevens over het handelen van huisartsen dat een (gedeeltelijk) verrichtingensysteem met zich meebrengt, staan evenwel de kosten die de administratieve afhandeling van declaraties en de controles daarop met zich meebrengen. Over de hoogte van deze kosten in de Deense gezondheidszorg hebben wij tot nu toe geen gegevens kunnen bemachtigen. In zijn literatuurstudie over de honorering van huisartsen stelt *Janssen* dat een goed gebruik van personal computers de registratiekant van de kosten binnen

een aanvaardbaar niveau zou kunnen houden.¹⁴ Dat is echter maar een deel van de kosten. Het abonnementshonorering heeft in ieder geval het voordeel van administratieve eenvoud.

Aparte honorering van een aantal verrichtingen zou tenslotte nog gevolgen kunnen hebben voor het kostenbudget van de huisartspraktijk. Bij een hogere frequentie van verrichtingen stijgen de variabele kosten, terwijl voor het uitvoeren van sommige verrichtingen – bijvoorbeeld het maken van ECG's – ook eenmalige investeringen nodig zijn. De vereiste investeringen zouden ertoe kunnen leiden dat gezamenlijke praktijkvoering voor huisartsen aantrekkelijker wordt.

Conclusie

Deze bespreking leidt niet tot een conclusie die zonder meer in het voordeel van het ene of het andere systeem uitvalt. Er zijn enerzijds onzekerheden over het optreden van de gewenste doelen (in casu verschuivingen van tweede naar eerste lijn) en over de administratieve kosten die een verandering met zich mee zal brengen; anderzijds lijkt het noodzakelijk om met het oog op de kwaliteit van de zorg een aantal veiligheidskleppen in te bouwen door opleiding, nascholing en toetsing.

Literatuur

- ¹ Derksen W. Het abonnementshonorarium dient gehandhaafd te blijven. *Huisarts Wet* 1984; 27(suppl 8): 65-7.
- ² Van der Wal G. Voor een differentiëring binnen het abonnementshonorarium. *Huisarts Wet* 1984; 27(suppl 8): 68-71.
- ³ Anoniem. Naar een nieuwe honorering. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1981.
- ⁴ Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, Bereidheid tot verandering. Den Haag: Distributiecentrum Overheidspublicaties, 1987.
- ⁵ Anoniem. De positie van de huisarts in de toekomst. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1987.
- ⁶ Bentzen N. Gezondheidszorg in Denemarken. *Med Contact* 1983; 38: 1633-6.
- ⁷ Scherjon SA. De organisatie van de Deense gezondheidszorg. *Tijdschr Soc Gezondheids-*

zorg 1983; 61: 266-70.

- ⁸ Groenewegen PP, Willemse R. Naar een sterkere eerste lijn? Deel 2: buitenlandse ervaringen. Utrecht: NIVEL, 1987.
- ⁹ Glaser WA. Paying the doctor. Systems of remuneration and their effects. Baltimore, London: John Hopkins, 1970.
- ¹⁰ Van der Zee J. Wat verdient de huisarts in het buitenland? IV: Denemarken (buiten Kopenhagen). *Praktijkmanagement* 1985; 1(7): 17-9. V: Denemarken (tweede aflevering): Kopenhagen, *Praktijkmanagement* 1985; 1(8): 14-5.
- ¹¹ Sygesikringens Forhandlings Udvalg, Sygesikringsstatistik 1984-1985. Kobenhavn: SFU, 1987.
- ¹² Krogsgaard MR, et al. Skadestuebelastning og indlaeggelsesmonster under PLO-konflikten i efteraret 1984. *Ugeskrift for Laeger* 1985; 147: 4025-30.
- ¹³ Wolthers OD, Stellfeld M. Skadestueanvendelser i en periode med patientbetaling for laegydselen i almen praksis. *Ugeskrift for Laeger* 1986; 148: 975-8.
- ¹⁴ Janssen RTJD. Honorering van huisartsen: een verkenning van effecten op kosten en kwaliteit van de gezondheidszorg. Den Haag: Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven, 1988. ■

Van kaarten, etiketten en computers

Vervolg van pag. 211.

- ⁷ Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1967; 11: 213-8.
- ⁸ Van Es JC. Patiënt en huisarts. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1984.
- ⁹ Huygen FJA. Family medicine. Nijmegen: Dekker en Van de Vegt, 1978.
- ¹⁰ Hobus PPM, Hofstra ML, Boshuizen HPA, Schmidt HG. De context van de klacht als diagnosticum. *Huisarts Wet* 1988; 31: 261-4.
- ¹¹ De Haan J. Van A5 naar A4; het verslag van een overschakelings proces. *Huisarts Wet* 1983; 26: 340-2. ■