

Het honoreringssysteem van artsen en kostenbeheersing in de gezondheidszorg

Diana M.J. Delnoij *

Het overheidsbeleid ten aanzien van de gezondheidszorg staat al sinds het midden van de jaren '70 in het teken van kostenbeheersing, het bevorderen van doelmatigheid (efficiëntie) en 'gepast gebruik'. Kostenbeheersing speelt zich af op het macroniveau. Doelmatigheid en gepast gebruik hebben betrekking op processen op microniveau. In dit artikel wordt nagegaan hoe deze beide niveaus met elkaar samenhangen en wat de rol is van het honoreringssysteem van artsen. Daarbij wordt achtereenvolgens aandacht besteed aan de invloed van verschillende manieren van honoreren (macroniveau) op het medisch handelen (microniveau) en op de transformatie van medische beslissingen op microniveau naar gebruik en kosten van

gezondheidszorg (macroniveau). Uit het onderzoek op microniveau blijkt dat honorering per verrichting artsen in het algemeen stimuleert om meer verrichtingen zelf uit te voeren en minder vaak te verwijzen. Het onderzoek rond de transformatie van medisch handelen naar kosten van zorg op macroniveau richt zich op de effectiviteit van macrobudgetten. Hoewel macrobudgetten theoretisch goede mogelijkheden tot kostenbeheersing bieden, wordt hiervoor in een internationale vergelijking geen empirische ondersteuning gevonden. In de discussie wordt geopperd dat macrobudgetten mogelijk alleen effect hebben indien deze met de nodige 'strengheid' worden toegepast.

Trefwoorden: honorering, kostenbeheersing, macrobudgetten, substitutie

Sinds de Structuurnota Gezondheidszorg¹ is substitutie van zorg één van de belangrijkste beleidsinstrumenten geweest om te komen tot een doelmatiger gebruik van zorg. Om substitutie van zorg te bevorderen is in Nederland in de jaren zeventig en tachtig een beleid gevoerd ter versterking van de eerste lijn ten opzichte van de tweede lijn.²⁻⁴ Daarnaast is bovendien een discussie gevoerd over het samenspel van de honorering van huisartsen en specialisten, dat een negatieve invloed zou hebben op substitutie van zorg.⁵ Deze negatieve invloed zou vooral gelden voor ziekenfondspatiënten. In tegenstelling tot de honorering voor particuliere patiënten, die de huisarts per consult en visite betalen, ontvangt de huisarts voor ziekenfondspatiënten een abonnement: een vast bedrag per patiënt per jaar. Huisartsen hebben daardoor meer belang bij het verwijzen van ziekenfondspatiënten naar een specialist dan bij het zelf behandelen van deze patiënten. Specialisten worden voor particuliere en voor ziekenfondspatiënten per verrichting betaald. Zij hebben dus geen belang bij het beperken van de hoeveelheid verleende zorg. Om verandering te brengen in deze 'dubbele incentive'⁶ tot onnodig gebruik van specialistische zorg, gingen aan het eind van de jaren tachtig stemmen op voor een verandering van de honorering van huisartsen voor ziekenfondspatiënten. Deze discussie mondde uit in twee door de Ziekenfondsraad gesubsidieerde experimenten, waaronder een experiment in Leiden en Alphen aan den Rijn waarin huisartsen voor een aantal medisch-technische verrichtingen apart werden betaald, bovenop het ziekenfondsabonnement.⁷⁻⁹ De honorering van specialisten heeft vooral sinds de invoering van de ziekenhuisbudget-

tering in 1983 herhaaldelijk ter discussie gestaan. Zowel door de Commissie Dekker¹⁰, als door de Commissie Biesheuvel¹¹ is bijvoorbeeld gepleit voor het onderbrengen van de specialistenhonoraria in het ziekenhuisbudget.

Uit deze discussies blijkt dat er een relatie wordt verondersteld tussen de manier waarop artsen worden betaald en de doelmatigheid en kosten van zorg. Het honoreringssysteem, kenmerk van een gezondheidszorgsysteem op macroniveau, zou invloed hebben op de beslissingen die individuele artsen nemen in hun contacten met patiënten (het microniveau). De optelsom van al die beslissingen op microniveau resulteert in een bepaald gebruik en kosten van zorg (op macroniveau). Onderzoek naar de relatie tussen honoreringssystemen en kosten van zorg kan daarom het beste plaatsvinden in twee stappen, waarbij volgens Wippler & Lindenberg¹² twee problemen dienen te worden opgelost: het brugprobleem (hoe is het honoreringssysteem van invloed op het handelen van artsen?) en het transformatie-probleem (hoe vindt de transformatie plaats van de gevolgen van individuele beslissingen naar kosten van zorg op macroniveau?).

Voor het oplossen van het brugprobleem kan gebruik worden gemaakt van inzichten uit de rationele-keuzetheorie door assumpties te formuleren over de wijze waarop artsen onder verschillende omstandigheden hun universele doelen - te weten *fysiek welzijn* en *sociale erkenning* - kunnen realiseren.¹² Voor het oplossen van het transformatieprobleem is in dit geval vooral kennis van het honorering- en onderhandelingsstelsel nodig. In dit artikel zal op beide problemen worden ingegaan.

HYPOTHESEN

In de gezondheidseconomie wordt ervan uitgegaan dat de arts binnen bepaalde restricties doet wat nodig is gezien

* D.M.J. Delnoij, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), Utrecht

de gezondheidstoestand van de patiënt.¹³ Vaak bestaat binnen de beroepsgroep echter (nog) geen overeenstemming over de vraag welke handelingen precies nodig zijn gezien die gezondheidstoestand. Dan heeft de arts een zekere beslissingsvrijheid en gaan zaken als een honoreringssysteem een rol spelen.¹³ Flierman¹⁴ vat de invloed daarvan als volgt samen: "Onder abonnementshonorering heeft de arts er belang bij om zo min mogelijk verrichtingen te doen en de patiënt snel te verwijzen. Zelf doen kost tijd en levert geen extra geld op. Onder verrichtingenhonorering is het in zijn belang om zelf verrichtingen uit te voeren en zo min mogelijk te verwijzen".

Salaris lijkt in zijn gevolgen voor het handelen van artsen op een abonnementshonorarium. 'Zelf doen' levert geen extra geld op en omdat tevens een afgesproken aantal uren wordt gewerkt, kost het ook geen extra tijd, maar ontstaan wachtlijsten.^{15,16}

Gebaseerd op het voorgaande worden twee hypothesen met betrekking tot het brugprobleem geformuleerd:

■ 1 Onder verrichtingenhonorering voeren artsen meer verrichtingen uit dan onder salaris of abonnementshonorering.

■ 2 Het invoeren van een honorering voor verrichtingen in plaats van of in aanvulling op het abonnementshonorarium van huisartsen leidt tot lagere verwijscijfers.

Hoe vindt nu de transformatie plaats van gedrag op microniveau naar uitkomsten op macroniveau? In hun streven om patiënten beter te maken en om binnen de mogelijkheden die daartoe overblijven, een optimale mix van inkomens en vrije tijd te bereiken, beïnvloeden individuele artsen (microniveau) de kosten van gezondheidszorg op macroniveau. De overheid en verzekeraars proberen op macroniveau die kosten zoveel mogelijk te beheersen. Daarmee kunnen zij tegelijkertijd grote invloed hebben op de inkomens van artsen (microniveau). Het micro- en macroniveau komen elkaar haast letterlijk tegen in de onderhandelingen tussen artsen en overheid of verzekeraars over tarieven.

In Westerse landen wint het gebruik van een macrobudget aan populariteit.^{17,18} Macrobudgetten gelden bijvoorbeeld in Canada, Duitsland, Nederland en mogen ook bij wet worden gebruikt in de Verenigde Staten en België.¹⁹⁻²² Aanbieders en financiers onderhandelen over een budget. De tarieven vormen daar vervolgens een uitvloeisel van. De combinatie van bepaalde honoreringssystemen met methoden van onderhandeling bepaalt theoretisch hoe beheersbaar de kosten van gezondheidszorg zijn. Als artsen in loondienst zijn of per abonnement worden betaald, zijn de uitgaven voor medische zorg beter voorspelbaar en beheersbaar dan bij verrichtingenhonorering. Vooral verrichtingenhonorering zonder gebruik van macrobudget biedt theoretisch weinig mogelijkheden tot kostenbeheersing. Een eenmalige verlaging van de tarieven, bijvoorbeeld, blijkt in dergelijke systemen vaak te worden gecompenseerd door een groter volume van verrichtingen. De kosten van gezondheidszorg blijven dan per saldo gelijk, of kunnen zelfs stijgen.²³⁻²⁸ Overigens kan compensatie via het volume ook onder een macrobudget plaatsvinden, maar daarvoor wordt dan in de volgende onderhandelingsronde opnieuw gecorrigeerd.

Gebaseerd op deze vooronderstellingen kan de volgende hypothese worden geformuleerd met betrekking tot de transformatie van micro- naar macroniveau:

■ 3 In landen waar verrichtingenhonorering niet wordt gecombineerd met macrobudgetten zijn de kosten van gezondheidszorg minder goed beheersbaar dan in landen waar wél een macrobudget wordt gehanteerd en/of in landen waar artsen niet per verrichting worden betaald.

METHODE

De hypothesen zijn getoetst met behulp van verschillende methoden. Voor hypothese 1 en 2 is allereerst een literatuurstudie gedaan, gebaseerd op een search in Medline (trefwoorden 'cost-and-cost-analysis' en 'fees-medical' gecombineerd met 'physicians' en 'dentists'). Daarnaast is een search gedaan in het bestand van de NIVEL-bibliotheek (trefwoord 'honorering'). Beide searches leverden samen ongeveer 900 titels op. Hieruit kon op basis van titel en abstract ongeveer 80% worden verwijderd, bijvoorbeeld omdat het een ingezonden brief betrof, of betrekking had op betalingssystemen voor ziekenhuizen in plaats van artsen. Bovendien genereerde het trefwoord 'cost-and-cost-analysis' een grote hoeveelheid kosten-effectiviteit analyses. Ook deze titels werden uit de selectie verwijderd. In de overblijvende titels is gezocht naar verslagen van empirisch onderzoek op het gebied van de invloed van honorering op het medisch handelen.

Voor hypothese 2 zijn daarnaast secundaire analyses uitgevoerd op gegevens uit de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk²⁹ om na te gaan in hoeverre voor Nederlandse huisartsen geldt dat het vaker zelf uitvoeren van verrichtingen leidt tot minder verwijzen. Hiertoe werden uit de Nationale Studie gegevens geselecteerd over 26 medisch-technische verrichtingen op het grensvlak van huisartsgeneeskundige en specialistische zorg. Geselecteerd werden alle ziekte-episodes waarin een diagnose werd gesteld die het uitvoeren van één van de 26 medisch-technische verrichtingen rechtvaardigen. Dat leverde in totaal 44,739 ziekte-episodes op. Vervolgens werd op huisartsniveau bekeken hoe vaak bij deze diagnose de betreffende verrichting werd uitgevoerd, dan wel een verwijzing naar een specialist plaats vond. In een multiple regressie analyse is nagegaan wat de invloed is van het aantal zelf uitgevoerde verrichtingen op het aantal verwijzingen onder constanthouding van het aantal relevante diagnoses.

De toetsing van hypothese 3, tenslotte, draagt het karakter van een internationale vergelijking, waarin de ontwikkeling van de kosten van gezondheidszorg in relatie wordt gebracht met honorerings- en onderhandelingsystemen (met name het gebruik van macrobudgetten) in tien Westerse landen: Canada, de Verenigde Staten, Finland, Zweden, Denemarken, Groot-Brittannië, Nederland, de Bondsrepubliek Duitsland (het vroegere West-Duitsland), België en Frankrijk. De gegevens over honorering en onderhandelingen zijn onttrokken aan de literatuur. Gegevens over de kosten van gezondheidszorg zijn verzameld door de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO).³¹

RESULTATEN

Het brugprobleem

Hoewel er veel is geschreven over honoreringssystemen, blijkt er maar weinig empirisch onderzoek naar te zijn gedaan. Vaak gaat het bovendien om cross-sectionele vergelijkingen tussen artsen in de Amerikaanse Health Maintenance Organisations (HMO's) en artsen in het 'traditionele' gezondheidszorgsysteem. Deze onderzoeken zijn weinig bruikbaar als het erom gaat de zuivere invloed van een honoreringssysteem vast te stellen, omdat beide groepen artsen op meer punten verschillen dan alleen het betalingssysteem. Zo werken artsen in HMO's overwegend in groepspraktijken en zijn zij onderworpen aan zogeheten 'utilization review' (bewaking van gebruik en kosten van zorg met behulp van productiecijfers).³² Bovendien kan er sprake zijn van een selectie van patiënten.

Uiteindelijk bleven drie cross-sectionele onderzoeken over waarin het handelen van artsen op verantwoorde wijze werd vergeleken onder verschillende honoreringssystemen.³³⁻³⁵ Twee van deze studies^{33,35} bevestigen hypothese 1. Het onderzoek van Rosen et al.³⁴ geeft geen duidelijk uitsluitsel. Hoewel bij deze cross-sectionele onderzoeken geen HMO-artsen betrokken waren, blijven toch problemen bestaan bij de interpretatie van de resultaten door mogelijke selectiviteit van de artsen en hun patiënten. Het is daarom beter om te kijken naar quasi-experimentele onderzoeken.

In de literatuur zijn, behalve het reeds eerder genoemde honoreringsexperiment in Leiden-Alphen aan den Rijn⁷, nog drie andere (quasi-)experimentele onderzoeken gevonden. Twee studies werden uitgevoerd in de Verenigde Staten. Hemenway et al.³⁶ bestudeerden de gevolgen van de introductie van een bonussysteem waarbij ambulante werkende artsen hetzij een vast bedrag per uur ontvangen, dan wel een percentage van de maandelijks omzet die zij genereerden, afhankelijk van wat het hoogste was. Deze tweede variant lijkt in zijn incentive-structuur op verrichtingenhonorering. De invoering van het nieuwe systeem leidde tot een toename van diagnostische verrichtingen en consulten. Stearns et al.³⁷ bestudeerden een verandering van honorering voor Amerikaanse eerstelijns-artsen die overgingen van een verrichtingenhonorering naar een abonnementshonorering. Eén van hun bevindingen was dat het aantal verwijzingen naar specialisten per patiënt significant toenam.

Een derde studie is uitgevoerd rond de verandering van huisartsenhonorering in Denemarken.^{14,38} In Kopenhagen veranderde in 1987 de honorering van een volledig abonnement in een gemengd systeem van abonnementshonorering en verrichtingenhonorering (consulten, visites en specifieke verrichtingen). Beide vormen van honorering dragen in ongeveer gelijke mate bij aan het inkomen van de huisarts. Het aantal consulten per 1000 patiënten bleef hierdoor gelijk, maar per consult gingen huisartsen kennelijk méér verrichtingen uitvoeren: het aantal diagnostische verrichtingen steeg met 66%, het aantal therapeutische verrichtingen met 80%. Voor een deel werden hiermee verwijzingen naar de tweede lijn voorkomen: het aantal verwijzingen naar vrijgevestigde specialisten daalde met 27%, het aantal verwijzingen naar specialisten in ziekenhuizen met 23%.

Uit de onderzoeken die in het buitenland zijn gedaan, blijkt al met al dat artsen meer verrichtingen gaan uitvoeren en minder gaan verwijzen als ze per verrichting worden betaald in plaats van per abonnement of salaris (en omgekeerd).

In Nederland is geëxperimenteerd met de invoering van een gedeeltelijke honorering per verrichting voor huisartsen in het eerder genoemde Verrichtingenproject Leiden-Alphen.⁷ Daarin bleek dat de invoering van de verrichtingenhonorering niet -zoals de verwachting was- leidde tot een daling van de verwijscijfers van huisartsen. Eén mogelijke verklaring daarvoor is dat het effect van minder verwijzen voor de 26 medisch-technische verrichtingen uit het experiment ondersneeuwde in het geaggregeerd verwijscijfer voor de verschillende specialismen. Die verklaring wordt ondersteund door het aanvullende onderzoek op basis van de Nationale Studie. Daaruit blijkt dat de 26 verrichtingen waarvoor een aparte honorering gold in drie maanden tijd 10.333 keer werden uitgevoerd. Op het totale aantal episoden in de Nationale Studie is dit slechts 3,3%. Met andere woorden, de verrichtingen zijn relatief zeldzaam in de huisartspraktijk en kunnen alleen daarom al geen grote verschuivingen in verwijscijfers tot gevolg hebben. Bovendien bleek op basis van het cross-sectionele onderzoek in de Nationale Studie dat het merendeel van de 26 verrichtingen weinig substitutie-gevoelig is. Voor slechts zes verrichtingen geldt dat huisartsen die deze verrichtingen vaker uitvoeren, significant minder vaak hiervoor verwijzen naar een specialist. Deze zes verrichtingen zijn: wondhechten en -verzorgen, steunpesarium aanbrengen, excisie van een naevus of lipoom, excisie van huid voor PA, excisie van een atheroomcyste en kleine chirurgie van een ingegroeide teennagel (noot).

Ten aanzien van hypothese 1 en 2 kan worden geconcludeerd dat in de meeste onderzoeken ondersteuning hiervoor wordt gevonden. Slechts twee uitzonderingen moeten worden genoemd: het cross-sectionele onderzoek van Rosen et al.³⁴ en het Verrichtingenproject.⁷

De transformatie

In landen waar verrichtingenhonorering niet wordt gecombineerd met macrobudgetten zijn de kosten van gezondheidszorg minder goed beheersbaar dan in landen waar wél een macrobudget wordt gehanteerd en/of in landen waar artsen niet per verrichting worden betaald. Deze hypothese wordt getoetst via een internationale vergelijking. In de tabel is voor tien Westerse landen weergegeven wat het overheersende betalingssysteem voor artsen is en wat de stijging van de kosten van gezondheidszorg is geweest tussen 1986 en 1991. Ingeval de honorering van artsen geheel of gedeeltelijk per verrichting plaatsvindt, is daarbij aangegeven of er een macrobudget wordt toegepast. Voor huisartsen in Nederland, Denemarken en het Verenigd Koninkrijk⁴⁰, die gedeeltelijk per verrichting worden betaald, gelden zogenoemde norminkomens. Bij het gebruik van norminkomens worden tarieven vastgesteld door eerst te onderhandelen over een gewenst inkomen per arts en dit vervolgens te delen door het gemiddeld aantal uitgevoerde verrichtingen per arts (bij verrichtingenhonorering) of door het gemiddeld aantal bij de arts ingeschreven patiënten (bij abonnements-

Land	Sector	Betalingssysteem	Kosten als % van BNP		Verandering 1986-1991
			1986	1991	
Duitsland (excl. oude DDR)	Ambulant	Verrichtingen + macrobudget	2,3	2,3	0,0
	Klinisch	Salaris			
	Totaal		8,6	8,5	-0,1
Canada	Ambulant	Verrichtingen + macrobudget ^a	2,0	2,2	+0,2
	Klinisch	Verrichtingen + macrobudget ^a			
	Totaal		8,8	10,0	+1,2
Zweden	Ambulant	Salaris	-	-	-
	Klinisch	Salaris			
	Totaal		8,5	8,6	+0,1
Engeland	Ambulant	Gemengd ^b	-	-	-
	Klinisch	Salaris			
	Totaal		6,1	6,6	+0,5
Denemarken	Ambulant	Gemengd ^b	1,8	2,2	+0,4
	Klinisch	Salaris			
	Totaal		6,0	6,5	+0,5
Finland	Ambulant	Salaris	2,4	3,1	+0,7
	Klinisch	Salaris			
	Totaal		7,4	8,9	+1,5
Nederland	Ambulant	Gemengd ^b	2,2	2,2	0,0
	Klinisch	Verrichtingen + macrobudget ^c			
	Totaal		8,1	8,3	+0,2
België	Ambulant	Verrichtingen	3,0	3,1	+0,1
	Klinisch	Verrichtingen			
	Totaal		7,6	7,9	+0,3
Frankrijk	Ambulant	Verrichtingen	2,3	2,6	+0,3
	Klinisch	Verrichtingen			
	Totaal		8,5	9,1	+0,6
VS	Ambulant	Verrichtingen	3,1	4,0	+0,9
	Klinisch	Verrichtingen			
	Totaal		10,8	13,4	+2,6

a: Macrobudgetten gelden in 5 van de 10 Canadese provincies, waaronder de grootste: Quebec
b: Engeland: mix van abonnement, verrichting en vaste tegemoetkoming; in praktijkkosten, Denemarken/Nederland: mix van abonnement en verrichting
c: Sinds 1989
Bron: OECD³¹, Delnoij³⁹

Tabel Betalingssystemen voor artsen in de ambulante en klinische sector van de gezondheidszorg, kosten van ambulante zorg en van de gehele gezondheidszorg als percentage van het bruto nationaal product (BNP) in 1986 en 1991, en stijging van de kosten tussen 1986 en 1991 in tien Westerse landen

honorering). In zijn uitwerking lijkt dit systeem op het gebruik van macrobudgetten met dit verschil dat er wordt onderhandeld over een gewenst inkomen in plaats van over een gewenst budget. Kostenbeheersing is theoretisch mogelijk doordat, net als bij een macrobudget, de tarieven worden verlaagd als het volume aan verleende zorg stijgt.

Uit de tabel blijkt dat er in werkelijkheid weinig samenhang bestaat tussen het overheersende betalingssysteem voor artsen en de kostenstijging in de gezondheidszorg. Duitsland, met zijn streng bewaakte macrobudgetten in de ambulante sector en gesalarieerde specialisten in zieken-

huizen, is er tussen 1986 en 1991 goed in geslaagd de kosten van gezondheidszorg op eenzelfde niveau te houden. Canada daarentegen heeft ondanks het gebruik van macrobudgetten een stijging van de kosten ondervonden. Ook in de Verenigde Staten, België en Frankrijk zijn de kosten gestegen, hetgeen voor die landen echter verwacht werd. Het betreft immers systemen met verrichtingen-honorering zonder macrobudgetten. De kosten van zorg zijn echter ook gestegen in Engeland, Denemarken en Finland; landen waar theoretisch goede mogelijkheden tot kostenbeheersing voorhanden waren.

De Nederlandse gezondheidszorg heeft het tussen 1986 en 1991 in feite beter gedaan dan verwacht mocht worden, gezien het feit dat de macrobudgetten voor specialisten pas sinds 1989 in werking zijn getreden. De kosten voor ambulante zorg (waaronder poliklinisch specialistenbezoek) zijn tussen 1986 en 1991 helemaal niet gestegen, terwijl de totale kosten van gezondheidszorg slechts toenamen van 8,1% van het bruto nationaal produkt in 1986 naar 8,3% in 1991. Van de tien landen in de tabel deden alleen Duitsland en Zweden het beter.

Al met al wordt voor hypothese 3 geen ondersteuning gevonden.

DISCUSSIE

De relatie tussen betalingssystemen en kosten van gezondheidszorg moet worden onderzocht in twee stappen. Eerst moet worden nagegaan wat de invloed is van een honoreringssysteem op het medisch handelen, vervolgens moet worden gekeken naar de effecten van het medisch handelen op de totale kosten van zorg.

Geconcludeerd kan worden dat artsen die per verrichting worden betaald meer zelf doen en minder verwijzen dan artsen die een abonnement of salaris ontvangen. Ondanks deze hogere produktie van per verrichting betaalde artsen leidt een honorering per verrichting niet noodzakelijk tot een ongebeheerde groei van de kosten van zorg. Als een macrobudget wordt toegepast, biedt dit in theorie de mogelijkheid om de kosten in de hand te houden. In een internationale vergelijking kan dit veronderstelde verband echter niet worden aangetoond. Dat komt uiteraard voor een deel omdat de ontwikkeling van kosten van gezondheidszorg niet alleen afhangt van de honorering van artsen en van hun onderhandelingen met financiers. De ontwikkeling van de kosten van zorg hangt ook samen met economische ontwikkeling, vergrijzing, urbanisatiegraad en dergelijke.⁴¹ Een andere verklaring is daarnaast, dat een macrobudget alleen effectief is als het met de nodige 'strengheid' wordt toegepast.¹⁷ Als artsen in onderhandelingen veel macht hebben, dan zouden zij erin kunnen slagen ieder jaar een hoger macrobudget (en dus betere inkomensvoorwaarden) toegekend te krijgen. Uiteraard is dan geen sprake van een beheerde ontwikkeling van de kosten.

NOOT

Zie voor de volledige resultaten van de multi-pele regressie-analyse rond de 26 verrichtingen: Delnoij³⁹, tabel 5.5, pp. 68-69.

ABSTRACT

Physician payment systems and cost control in health care

Health care policy in the Netherlands has been aimed at cost containment since the mid-seventies. This article explores the effect of physician payment systems on physicians' professional behaviour on the microlevel, and the impact that this behaviour in turn has on aggregated health care expenditures on the macrolevel. Results show that, on the microlevel, physicians tend to provide more services under fee-for-service remuneration than under capitation payment or salary. This can also lead to lower referral rates. Looking at the transformation of microlevel

behaviour into aggregated health care costs, attention has been paid to the role of expenditure caps and targets in cost control. In an international comparison no evidence was found that the use of expenditure caps or targets coincides with a more controlled growth of expenditures. In the discussion it is suggested that this could be due to the fact that powerful physician organisations might succeed in having higher budgets allocated to health care, even under the use of expenditure targets.

Key words: payment systems, cost control, health care expenditures, utilization

LITERATUUR

- 1 Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Structuurnota Gezondheidszorg. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1974.
- 2 NIVEL. Naar een sterkere eerstelijns? Deel 1: Het overheidsbeleid. Utrecht, 1987.
- 3 Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Nota betreffende het beleid terzake van de gezondheidszorg met het oog op de kostenontwikkeling. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1979.
- 4 Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1980.
- 5 Landelijke Huisartsen Vereniging. De positie van de huisarts in de toekomst. Utrecht, 1987.
- 6 Stokx LJ. De relatie huisarts-specialist. In: Bakker DH de, Kwartel AJ van der, red. Curatieve zorg in Nederland: feiten, ontwikkelingen, knelpunten. Utrecht: NZi/NIVEL, 1993.
- 7 Heyningen JM van, Du Moulin MFMT, Mulder JD. Het Verrichtingen Onderzoeksproject Regio Leiden en Alphen. Leiden: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden, 1991.
- 8 Stokx LJ, Gloerich ABM, Kersten TJMT. Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering. Utrecht: NIVEL, 1991.
- 9 Delnoij DMJ, Kersten TJMT, Stokx LJ. Geld, zorg en geldzorgen: honorering van huisartsen als instrument voor kostenbeheersing. Utrecht: NIVEL, 1992.
- 10 Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Bereidheid tot verandering. 's-Gravenhage: DOP, 1987.
- 11 Commissie Modernisering Curatieve Zorg. Gedeelde zorg: betere zorg. Zoetermeer: Hageman, 1994.
- 12 Wippler R, Lindenberg S. Collective phenomena and rational choice. In: Alexander J, et al., eds. The micro-macro link. Berkeley: University of California Press, 1987.
- 13 Evans RG. Strained mercy: the economics of Canadian health care. Toronto: Butterworth, 1984.
- 14 Flierman HA. Changing the payment system of general practitioners. Utrecht: NIVEL, 1991.
- 15 Eastaugh SR. Financial methods for paying the doctor: issues and options. In: Moreno JD, ed. Paying the doctor: health policy and physician reimbursement. New York: Auburn House, 1991.
- 16 Calnan M, Groenewegen PP, Hutten J. Professional reimbursement and management of time in general practice, an international comparison. Soc Sci Med 1992;33:209-16.
- 17 Hurst JW. Reforming health care in seven European nations. Health Affairs 1991;10(Fall):7-21.
- 18 Reinhardt UE. Fishbowl medicine or muddling through: some speculation of 21st century health care. Paper presented

- at Colloque Européen 'De l'analyse économique aux politiques de santé'. Paris, 16-18 December, 1992.
- 19 Neuschler E. Canadian health care: the implications of public health insurance (Research Bulletin). Health Insurance Association of America (HIAA), 1990.
- 20 Brenner G, Rublee DA. The 1987 revision of physician fees in Germany. *Health Affairs* 1991;10(Fall):147-56.
- 21 Ginsburg PB, Lee PR. Physician payment. In: Ginzberg E, ed. *Health services research: key to health policy*. Cambridge: Harvard University Press, 1991.
- 22 Kesenne J. Bijlage: Aanpassingen aan de Z.I.V.-wetgeving van 1963. In: Landsbond der Christelijke Mutualiteiten. *De mutualiteit vandaag en morgen: wettelijk kader, opdrachten en uitdagingen*. Antwerpen: Kluwer rechtswetenschappen, 1991:88-92.
- 23 Feldstein MS. The rising price of physician services. *Rev Econ Stat* 1970;52:121-33.
- 24 Hadley J, Holahan J, Scanlon W. Can fee-for-service reimbursement coexist with demand creation? *Inquiry* 1979;16:247-58.
- 25 Rice TH. The impact of changing medicare reimbursement rates on physician-induced demand. *Med Care* 1983;21:803-15.
- 26 Gabel JR, Rice TH. Reducing public expenditures for physician services: the price of paying less. *J Health Policy, Politics and Law* 1985;9:595-609.
- 27 Doorslaer E van, Geurts J. Supplier-induced demand for physiotherapy in the Netherlands. *Soc Sci Med* 1987;24:919-25.
- 28 Christensen S. Volume responses to exogenous changes in Medicare's payment policies. *Health Serv Res* 1992;27:65-79.
- 29 Bensing JM, Foets M, Velden J van der, Zee J van der. *De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: achtergronden en methoden*. Huisarts Wet 1991;34:51-61.
- 30 Foets M, Velden J van der. *Een Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, basisrapport: meetinstrumenten en procedures*. Utrecht: NIVEL, 1991.
- 31 Organisation for Economic Co-operation and Development. *OECD Health systems: facts and trends 1960-1991*. Paris, 1993.
- 32 Schut FT. *Health Maintenance Organizations: een geïntegreerde wijze van verstrekken en verzekeren van gezondheidszorg*. Lochem: De Tijdstroom, 1986.
- 33 Wilson SE, Longmire WP. Does method of surgeon payment affect surgical care? *J Surgeon Res* 1978;24:457-68.
- 34 Rosen HM, Sussman RA, Sussman EJ. The inclusion of capitation reimbursement in solo practice. *J Public Health Dentistry* 1978;38:184-92.
- 35 Hickson GB, Altemeier WA, Perrin JM. Physician reimbursement by salary or fee-for-service: effect on physician practice behavior in a randomized prospective study. *Pediatrics* 1987;80:344-50.
- 36 Hemenway DA, Killen A, Cashman SB, Lou Parks C, Bicknell WJ. Physicians' Responses to financial incentives, evidence from a for-profit ambulatory care centre. *New Engl J Med* 1990;322:1059-63.
- 37 Stearns SC, Wolfe BL, Kindig DA. Physician responses to fee-for-service and capitation payment. *Inquiry* 1992;29:416-25.
- 38 Krasnik A, Groenewegen PP, Pedersen PA, Scholten P van, Mooney G, Gottschau A, Flierman HA, Damsgaard MT. Changing remuneration systems: effects on activity in general practice. *Br Med J* 1990;300:1698-701.
- 39 Delnoij DMJ. *Physician payment systems and cost control*. Utrecht: NIVEL, 1994.
- 40 Groenewegen PP, Zee J van der, Haaften R van. *Remunerating general practitioners in western Europe*. Aldershot: Avebury, 1991.
- 41 Gerdtham UG, Sogaard J, Andersson F, Jönsson B. An econometric analysis of health care expenditure: a cross-section study of the OECD countries. *J Health Econ* 1992;11:63-84.

CORRESPONDENTIE-ADRES

D.M.J. Delnoij, NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel. 030-2319946