



Specialist en huisarts: een span

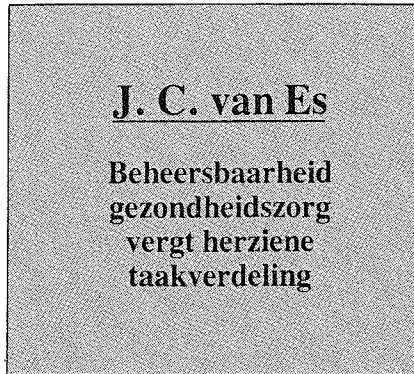
0105

In dit nummer van Medisch Contact wordt door Kerkhoff en Hagenstein-'t Mannetje aandacht besteed aan het effect van enkele honoreringsmaatregelen in de fysiotherapie (blz. 185). Het blijkt dat er inderdaad mogelijkheden bestaan ook tot in detail 'met de geldkraan te sturen': de keuze van een behandelwijze wordt mede bepaald door de hoogte van de honorering. Hieruit volgt niet alleen dat indicatiestellingen van fysiotherapeuten niet altijd aan stringente inhoudelijke eisen zijn onderworpen, maar ook dat hun niets menselijks vreemd is. Dit geldt ook voor andere mensen in de gezondheidszorg, onder anderen huisartsen en specialisten.

Het aangehaalde artikel vormt een aanleiding om op enkele financiële aspecten van het medisch handelen verder in te gaan. Dat is zinvol omdat iedereen een overheidsbeleid voor zich ziet waarin aan het terugdringen van kosten die uit belastingen en premies worden betaald een zeer hoge prioriteit wordt toegekend. Het is dan van belang na te gaan op welke wijze reeds genomen en aangekondigde maatregelen op het gebied van de gezondheidszorg zodanig worden gehanteerd dat ze zo min mogelijk schade aan de gezondheidszorg toebrengen of, in een optimistische bui gesteld, de kwaliteit bevorderen.

De overheid stuurt door middel van wet en van geld. Beperken we ons tot het laatste. Vorige week ben ik al ingegaan op enkele mogelijke gevolgen van een budgetteringsstelsel voor ziekenhuizen. Daarbij is het ziekenhuis als een autonome eenheid gezien, hetgeen in het budgetteringssysteem ook een impliciete veronderstelling is. Van hieruit redenerend is het echter zinvol te erkennen dat die autonomie niet bestaat: de patiëntenstroom die in een ziekenhuis moet worden 'verwerkt', wordt in eerste instantie bepaald door de instroom. Het is daarom goed het zoeklicht te richten op de voortdurend buiten het blikveld vallende relatie van intramurale gezondheidszorg en extramurale gezondheidszorg, in dit verband toe te spitsen op de relatie huisarts-specialist.

Weliswaar trekt de relatie van huisarts en specialist veel aandacht in woord en geschrift - de onderlinge samenwerking is niet zelden object van onderzoek en de materiële uitdrukking van de samenwer-



J. C. van Es

**Beheersbaarheid
gezondheidszorg
vergt herziene
taakverdeling**

king: het verwijzen, is veelvuldig object van registratie en onderzoek - maar in beleidsmatige beschouwingen zoekt men vergeefs naar het sturende effect dat de structuur van de honorering van huisarts en specialist bezit. Immers: de huisarts werkt grotendeels onder een honoreringsstructuur waarin het al of niet verwijzen van een patiënt, om maar weer eens een modieuze term te hanteren, budgettair neutraal is voor zijn eigen inkomen. De consequenties van een verwijzing zijn echter verre van budgettair neutraal: de specialist ontvangt een honorarium dat wordt gerelateerd aan het aantal patiënten dat naar hem is verwezen.

Het bestaan van een 'capitation fee' voor de huisarts en een 'fee for service' voor de specialist creëert een soort semipermeabele wand waardoor een betrekkelijk eenzijdige patiëntenstroom van huisarts naar specialist is ontstaan. Het grote manco is het ontbreken van een samenhang in de honorering van huisarts en specialist. Beiden hebben belang bij een verwijzing: de huisarts wint er tijd mee, de specialist geld. Dat het aantal verwijzingen niet nog hoger is, dankt men aan het enthousiasme waarmee veel huisartsen zich van hun taak kwijten en aan de vele specialisten die zich zoveel mogelijk met de essentialia van hun vak willen bezighouden; maar dit is dan het geval ondanks het honoreringstelsel. Er ontstaan al financieel remmende mechanismen; denk aan de invoering van het degressieve tarief. Ook van de ziekenhuisbudgettering kan op den duur een remmend effect op het aantal verwijzingen uitgaan. Toch zal het pas zoden aan de dijk zetten als de honoreringssystemen van huisarts en specialist met elkaar in relatie

worden gebracht. Theoretisch bestaan er twee mogelijkheden tot verbetering: de specialisten krijgen een vast inkomen, onafhankelijk van hun inspanning, of de huisartsen krijgen een inkomen waarin ook per prestatie wordt beloond.

Veel is er te zeggen voor het systeem dat in Denemarken (met uitzondering van Kopenhagen) bestaat: de huisarts ontvangt een betrekkelijk lage honorering per ingeschreven patiënt per jaar en daarnaast een honorarium voor bepaalde verrichtingen. Dit systeem biedt de mogelijkheid de activiteiten van huisartsen ten dele te sturen door bepaalde handelingen te stimuleren. In het huidige Nederlandse stelsel is dat niet mogelijk. De weerspiegeling hiervan vindt men in het Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg*: 'In tegenstelling tot andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg leidt een toename van de dienstverlening van de huisartsen dan wel de toename van het aantal huisartsen voor een belangrijk deel niet automatisch tot een toename van de kosten van de huisartsenhulp'. Dit heeft onder meer tot gevolg dat de overheid slechts één teugel heeft om de gezondheidszorg met financiële middelen te sturen: via de specialist; de andere teugel is bijna 'neutraal'. Dit blijkt ook duidelijk uit het FOG, waarin de kosten van de huisartsenhulp, waarvan de 'ontwikkeling zich bovendien op een relatief laag niveau beweegt**', nauwelijks aan de orde worden gesteld. Als er dan toch gestuurd moet worden, laat het dan op de goede manier gebeuren.

De invoering van een Deens systeem zou niet alleen een betere taakverdeling tussen huisarts en specialist teweegbrengen, maar bovendien de overheid voorzien van twee teugels, waarmee het span van de gezondheidszorg op de goede weg kan worden gebracht en gehouden. Een en ander heeft wel als consequentie dat huisartsen beter dan tot nu toe op het vervullen van een intensievere geneeskundige taak moeten worden voorbereid. De invoering van een meerjarige beroepsopleiding is daarvoor onmisbaar. ■

* FOG 1983, blz. 64.

** FOG 1983, blz. 65.