

# Loon naar werken

Vergelijking van een gedifferentieerd abonnement en een gemengde honoreringsstructuur voor huisartsen

D.M.J. Delnoij, D.H. de Bakker en  
P.P. Groenewegen

**Op verzoek van Biesheuvel c.s. berekende het Nivel hoe een uniform, gedifferentieerd abonnement voor de huisarts uitwerkt. Aanvullend berekende het de effecten van het stelsel dat de LHV voorstaat: gedeeltelijk vlak abonnement, vergoedingen voor consulten en visites. Een vergelijking.**

**I**N HET ADVIES van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg,<sup>1</sup> beter bekend als de commissie Biesheuvel, wordt onder meer voorgesteld de honorering van huisartsen voor ziekenfonds- en particuliere patiënten te uniformeren. Ook de ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging is recent akkoord gegaan met voorstellen tot uniformering van de honorering. De voorstellen van de LHV en de commissie-Biesheuvel verschillen echter voor wat betreft de honoreringssystematiek. In dit artikel willen we de effecten van beide voorstellen doorrekenen en vergelijken.

## Vraagstelling

In het huidige systeem worden huisartsen voor ziekenfondspatiënten per abonnement betaald en betalen particuliere patiënten per consult en visite. De LHV stelt de invoering voor van een uniform systeem dat - per patiënt - uit een vlak abonnementsdeel bestaat, waarin onder meer de praktijkkosten zijn ondergebracht, en een vergoeding voor consulten en visites.<sup>2</sup> De verhouding tussen beide delen is ongeveer 60 : 40. In het voorstel van de commissie-Biesheuvel wordt 80% van het inkomen van huisartsen verworven uit een naar leeftijd van de patiënt gedifferentieerd abonnement, waarbij drie categorieën gelden: jonger dan 65 jaar, 65 tot 74 jaar en 75 jaar en ouder, ongeveer in de verhouding 3 : 6 : 10. Voor het resterende deel van het inkomen worden afspraken gemaakt tussen zorgverzekeraars en huisartsen

over specifieke opslagen, gekoppeld aan specifieke functies.

In dit artikel stellen we de vraag, wat de consequenties van een verandering van honorering zijn voor de omzet van praktijken. Uit vergelijkend oogpunt is hiervan belang, in hoeverre de relatie tussen loon en werken verschilt en in hoeverre omzetverandering samenhangt met enkele kenmerken van de praktijken. Verder is het zinvol om na te gaan welke gevolgen alléén uniformering van de honorering voor ziekenfonds- en particuliere patiënten zou hebben. Immers, in de beide voorstellen wordt niet alleen de honoreringssystematiek gewijzigd, maar wordt ook voorgesteld te komen tot een *uniforme* honorering. Het betreft in zekere zin dus een dubbele verandering.

## Materiaal en methode

De gebruikte gegevens zijn afkomstig uit de Nationale Studie van Ziekten en Verichtingen in de Huisartspraktijk. Daarbij waren 102 praktijken betrokken, die in 1987 en 1988 drie maanden lang al hun contacten met patiënten vastlegden. Door toepassing van wegingsprocedure zijn de cijfers landelijk representatief.<sup>3</sup> Ofschoon de gegevens al weer zes à zeven jaar geleden zijn verzameld, zijn ze voor de onderhavige vraagstelling nog steeds goed bruikbaar. Immers, er is geen reden om aan te nemen dat de relaties tussen bijvoorbeeld de achtergrondkenmerken van patiënten en het aantal contacten met de huisartspraktijk veranderd zijn. De tarieven die worden gebruikt om de twee alternatieve betalingssystemen te vergelijken met de gangbare situatie in 1987/1988 zijn uiteraard wel tijdgebonden.

Op basis van de Nationale Studie zijn gegevens bekend over aantallen contacten, uitgesplitst naar de aard van het contact, kenmerken van de patiënt (in dit geval zijn leeftijd en verzekeringsvorm gebruikt) en samenstelling van de praktijken naar leeftijd en verzekeringsvorm. Daarnaast levert een dagboek dat alle deelnemende huisartsen een week hebben bijgehouden een indicatie op van de werkbelasting in termen van het aantal uren dat er wordt gewerkt.

Voor de door Biesheuvel en de LHV voorgestelde honoreringssystemen, alsmede voor de ter vergelijking doorgerekende variant 'alléén uniformering, geen differentiatie' zijn tarieven berekend, waarmee vervolgens de praktijkomzet is uitgerekend. De functiegebonden opslagen van de commissie-Biesheuvel zijn buiten beschouwing gelaten; met andere woorden: de berekende omzet bestaat voor 100% uit gedifferentieerde abonnements-tarieven.

Analoog aan de weging die door de commissie-Biesheuvel is gehanteerd, zijn bij het doorrekenen van de LHV-variant visites dubbel geteld, hoewel die volgens de huidige WTG-systematiek slechts anderhalf keer zo duur zijn als een spreekuurcontact. De netto-contactduur exclusief reistijd blijkt bij visites namelijk al anderhalf keer hogere te liggen dan bij spreekuurcontacten;<sup>4</sup> de factor 1,5 is daardoor zeker een onderschatting van de werkelijkheid.

De omzet in de (in 1987) gangbare situatie is berekend op basis van de (toen) geldende abonnements- en particuliere tarieven. Gemiddeld bedroeg de omzet in solo- en groepspraktijken in 1987 f 285.967,-. Voor de berekening van de alternatieve tarieven is uitgegaan van een budgetair neutrale situatie. Veranderingen van omzetten opzichte van de 'gangbare situatie' worden gerelateerd aan enkele kenmerken op praktijkniveau: het percentage ziekenfondsverzekerden (in verband met uniformering en kostenknik), het percentage 65-plussers in de praktijkpopulatie (in verband met de bewerkelijkheid), de locatie van praktijken (in verband met de verschillen in werkbelasting tussen grootstedelijke en plattelandspraktijken) en de praktijkvorm (eveneens in verband met het wegvallen van de kostenknik).

## Resultaten

Eerst wordt aandacht besteed aan de relatie tussen loon (omzet) en werkbelasting onder de drie doorgerekende varianten, daarna aan de vraag welk type praktijk erop vooruit- dan wel achteruitgaat ten gevolge van een verandering. Werkbe- **□**

lastig wordt in dit verband afgemeten aan het totaal aantal uren per week dat wordt besteed aan patiëntgebonden activiteiten. Correlaties zijn berekend tussen enerzijds de werkbelasting van huisartsen en anderzijds 1. de gemiddelde praktijkomzet in 1987, 2. de praktijkomzet na uniformering (zonder differentiatie), 3. de omzet volgens de variant-Biesheuvel en 4. volgens de LHV-variant. Deze berekeningen zijn alleen uitgevoerd voor huisartsen in solo-praktijken, omdat anders door de aggregatie van gegevens op praktijkniveau een schijnsamenhang ontstaat. De correlaties tussen omzet en werkbelasting zijn 0,53 onder de huidige honoreringssystematiek, 0,41 onder een uni-

form, ongedifferentieerd abonnement, 0,50 volgens de variant-Biesheuvel en 0,52 volgens de LHV-variant. Door invoering van een uniform, ongedifferentieerd abonnement wordt de relatie tussen loon en werken dus slechter. De door Biesheuvel c.s. en de LHV voorgestelde varianten reflecteren in min of meer gelijke mate de werkbelasting van huisartsen. De relatie loon en werkbelasting onder beide varianten is echter niet beter dan in de huidige situatie.

In het algemeen blijkt invoering van de LHV-variant de minst extreme veranderingen in praktijkomzet tot gevolg te hebben. De maximale achteruitgang ten opzichte van de omzet in 1987 bedraagt f 34.751,-

(minus 10%) tegenover f 48.966,- onder de variant-Biesheuvel (minus 19%). De maximale vooruitgang onder de LHV-variant is f 56.558,- (plus 19%), tegenover f 61.854,- onder de variant-Biesheuvel (plus 22%). Positief aan de LHV-variant is ook, dat deze voor een kleiner aantal praktijken erg extreme omzetveranderingen tot gevolg zou hebben, zoals te zien is in de *figuur*.

De verschuivingen in omzet zijn vervolgens gerelateerd aan het percentage 65-plussers en ziekenfondsverzekerden in een praktijk, praktijkvorm en urbanisatiegraad. De omzetverandering in relatie tot het percentage ziekenfondsverzekerden in een praktijk en in relatie tot de praktijkvorm laat geen opvallende verschillen zien tussen de variant-Biesheuvel en de LHV-variant. Beide honoreringssystemen verschillen meer in hun uitwerking met betrekking tot het percentage 65-plussers in een praktijk en urbanisatiegraad.

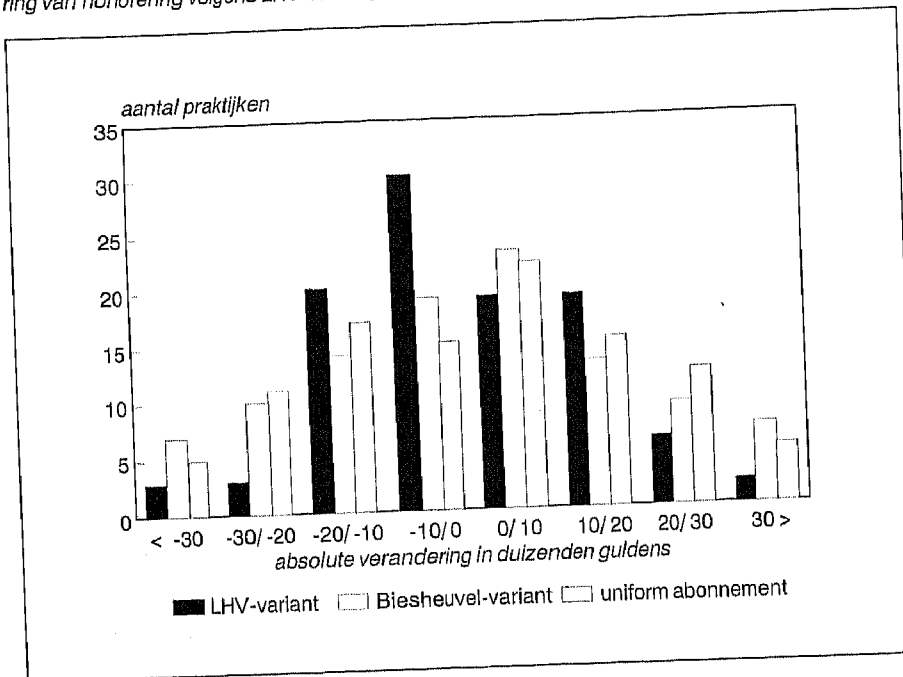
Uit de *tabel* blijkt dat een uniform, gedifferentieerd abonnement praktijken met veel 65-plussers bevoordeelt: 47% van de praktijken met meer dan 15% 65-plussers gaat er minimaal 6% op vooruit als het aan de commissie-Biesheuvel ligt. Onder de honorering die de LHV voorstelt gaat slechts 7% van deze praktijken er meer dan 6% op vooruit, terwijl bijna een kwart (24%) er minimaal 6% op achteruitgaat. Een nog groter verschil in effect treedt op voor praktijken die in de grote steden zijn gevestigd; bij de door Biesheuvel voorgestelde honorering gaat de helft van deze praktijken er minimaal 6% op vooruit, bij de door de LHV voorgestelde systematiek daarentegen gaat 63% van deze praktijken er minimaal 6% op achteruit.

**Conclusie en discussie**

De honoreringssystemen die zijn voorgesteld door de commissie-Biesheuvel en door de LHV verschillen weinig voor wat betreft hun relatie met het aantal uren per week dat een huisarts gemiddeld besteedt aan patiëntenzorg. De kanttekening die hierbij moet worden gemaakt is, dat het aantal uren dat huisartsen werken is vastgesteld onder het 'oude' honoreringstelsel: het reflecteert daardoor de keuzes die huisartsen hebben gemaakt onder dat honoreringstelsel, en die zijn niet noodzakelijk hetzelfde onder een ander stelsel.

De voornaamste verschillen tussen de LHV-optie en het voorstel-Biesheuvel zitten in de consequenties voor de praktijkomzet voor huisartsen, onderscheiden naar leeftijdssamenstelling en urbanisatiegraad. Al met al kan lijken de voorstellen van de commissie-Biesheuvel gunstiger uit te pakken dan de door de LHV voorgestelde systematiek.

*Figuur. Aantal praktijken naar omzetveranderingen (in duizenden gulden) ten gevolge van verandering van honorering volgens LHV-variant, variant-Biesheuvel en uniform abonnement (n = 102).*



*Tabel 1. Percentage praktijken (n=102) naar praktijkkenmerken en veranderingen in omzet per praktijk ten gevolge van invoering van een uniform abonnement, een uniform, gedifferentieerd abonnement (Biesheuvel) en een uniform gemengde honorering (LHV).*

praktijkkenmerken	uniform		Biesheuvel		LHV	
	< -6%	> 6%	< -6%	> 6%	< -6%	> 6%
<b>PERCENTAGE 65-PLUSSERS</b>						
minder dan 10% (n=33)	15	30	33	3	6	15
10 tot 15% (n=39)	5	23	10	21	15	13
meer dan 15% (n=30)	47	20	7	47	24	7
<b>URBANISATIEGRAAD</b>						
ruraal (n=39)	13	21	15	18	5	10
suburbaan (n=35)	26	20	14	17	17	14
urbaan (n=20)	25	30	30	30	10	15
grote stad (n=8)	25	50	-	50	63	-
totaal (n=102)	21	25	17	23	15	12

Onder Biesheuvel gaan praktijken met veel oudere patiënten er in vergelijking tot het huidige systeem meestal op vooruit, terwijl deze praktijken er onder de LHV-optie meestal op achteruitgaan. Hoe dit komt, kan als volgt inzichtelijk worden gemaakt: voor een ziekenfondsverzekerde van boven de 75 jaar ontving een huisarts in het oude systeem f 103,-, in de variant-Biesheuvel f 262,- en in de LHV-variant f 148,-. In de variant-Biesheuvel gaan huisartsen er dus meer op vooruit waar het gaat over hun zorg voor oudere ziekenfondspatiënten. Tegelijkertijd gaan ze er onder Biesheuvel minder sterk op achteruit waar het gaat over hun zorg voor particulier verzekerden boven de 75: een huisarts ontving hiervoor gemiddeld f 271,-; onder Biesheuvel wordt dat f 262,- en in de LHV-variant slechts f 148,-. Als we bovendien bedenken dat er een positieve relatie is tussen het percentage particulier verzekerden en het percentage ouderen in een praktijk, dan wordt duidelijk waarom praktijken met veel oudere patiënten er onder de LHV-variant op achteruitgaan. Een tweede opvallende uitkomst is, dat praktijken in de grote stad er onder de LHV-optie, in vergelijking met Biesheuvel,

vaker op achteruitgaan. Dat wordt veroorzaakt doordat grotestadspraktijken wel een hoog percentage ouderen hebben, maar niet een navenant hoger percentage visites. Uit ander onderzoek blijkt,<sup>5</sup> dat huisartsen in de grote stad een hogere subjectieve werkbelasting ervaren en vaker tekenen van 'burn-out' vertonen. Bovendien blijkt,<sup>6</sup> dat in de grote stad de gemiddelde contactduur langer is, met name door een ander probleem-aanbod. Een voor de grotestadshuisarts negatief uitwerkende verandering van de honorering moet daarom als een minpunt van de LHV-optie worden opgevat. Overigens kan voor praktijken in achterstandswijken, met een hoog percentage ziekenfondsverzekerden,<sup>7</sup> de verandering van honorering in beide opties gunstiger kan uitpakken, doordat de 'kostenknik' wordt afgeschaft. Nog niet aan de orde geweest zijn de administratiekosten. Onder Biesheuvel zullen deze gering zijn, omdat de leeftijd van de patiënt bij de verzekeraar bekend is. Onder de LHV-variant zal een administratie moeten worden ontwikkeld met declaraties van consulten aan de verzekeraar, tenzij het consultarief in de vorm van een eigen bijdrage wordt ge-

goten. Of dat zinnig is, is een andere discussie. •

*mw dr D.M.J. Delnoij,*

*dr D.H. de Bakker,*

*prof.dr P.P. Groenewegen,*  
Nivel, Utrecht

#### Literatuur/Noten

1. Gedeelde zorg: betere zorg. Zoetermeer: Commissie Modernisering Curatieve Zorg, 1994.
2. Beleidsnota honoreringsstructuur huisartsen. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, juni 1993.
3. Zie ook: Bakker DH de, Delnoij DMJ, Groenewegen PP. Een uniform, gedifferentieerd honorarium voor huisartsenzorg. In: Achtergrondstudies van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg.
4. Velden J van der, Bakker DH de, Claessen AAMC, Schellevis FG. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1991.
5. Groenewegen PP, Bakker DH de, Velden J van der. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport verrichtingen. Utrecht: Nivel, 1992.
6. Dierendonck D van, Sixma H, Groenewegen PP. Opgebrand. Een inventariserend onderzoek naar gevoelens van motivatie en demotivatie van huisartsen. Utrecht: Nivel, 1992.
7. Verhey RA, Bakker DH de, Velden J van der. De huisarts in de grote stad. Utrecht: Nivel, 1992.
7. Galesloot JAM, Bles GWAM. Huisarts in een achterstandswijk. Onderbetaald en overwerkt. Medisch Contact 1993; 48: 1359-60.

## Commentaar LHV

# Verdere differentiatie gewenst

**H**ET NEDERLANDS INSTITUUT voor Eerstelijns onderzoek (Nivel) heeft in de afgelopen maanden meerdere publikaties verzorgd over de inkomenspositie van de huisartsen in Nederland en de ontwikkelingen daarin.

Het is echter jammer, dat het Nivel zijn uitspraken nog steeds baseert op de gegevens uit de 'Nationale Studie'. Jammer, omdat deze gegevens - uit 1986 - toch wel wat verouderd kunnen zijn, maar vooral omdat vanaf de eerste discussies over de uitkomsten van de nationale studie onder meer door de LHV naar voren is gebracht dat de grotestadspraktijken niet representatief zijn meegenomen. In deze publikatie van het Nivel worden de gevolgen voor de omzet van de huisarts aangegeven bij invoering van enerzijds het door de LHV voorgestelde honoreringssysteem (deels abonnement, deels consultbetaling) en anderzijds het door Biesheuvel geïntroduceerde systeem van leeftijdsgebonden abonnementsbetaling. Hierbij heeft het Nivel vooral gekeken naar het omzeteffect voor de oudere praktijkpopulatie.

Het Nivel stelt vast, dat de LHV-variant de kleinste omzetschommelingen voor de individuele praktijken geeft. Voor een beroepsorganisatie als de LHV, die de belangen van al haar leden heeft te behartigen, zijn de gevolgen voor het microniveau van groot belang en mede een drijfveer voor haar beleidskeuzes.

Ook naar de opvatting van de LHV dient de beloning mede in relatie te staan tot de te leveren prestatie. De LHV heeft in haar beleidsnota over de honoreringsstructuur de mogelijkheid opengehouden om, naast het consultdeel dat de facto al tegemoet komt aan de wens van loon naar werken, in het abonnementsdeel te differentiëren. Hierbij zij opgemerkt, dat in het kader van differentiatie de vraag onder ogen moet worden gezien of differentiatie uitsluitend op basis van leeftijd voldoende recht doet aan verschillen in bewerkelijkheid. Zo zullen bijvoorbeeld ook factoren als de aanwezigheid in de praktijk van AIDS-patiënten, verslaafden of allochtonen hierop van invloed kunnen zijn. Dat over de criteria voor het bepalen van bewerkelijkheid de meningen kunnen verschillen,

blijkt wel uit de discussies over een normuitkeringenstelsel voor de zorgverzekeraars.

Een en ander neemt niet weg, dat ouderen een grotere bewerkelijkheid voor de huisarts impliceren. De wet-Van Otterloo, op grond waarvan vele bejaarden van de particuliere verzekering naar het ziekenfonds zijn overgeheveld, heeft zo tot vele telefoontjes naar de LHV geleid. Het betrof hier in het merendeel van de contacten het signaal van substantieel omzetverlies, mede in relatie tot het grotere aantal consulten voor ouderen. Overigens wordt thans serieus met de VNZ overlegd teneinde het verlies dat door de huisartsen wordt geleden door de initiatiefwet (door de LHV becijferd op circa 30 miljoen) enigszins te compenseren; dit kan door een leeftijdsdifferentiatie in te voeren.

In samenhang met een integraal beleidsplan voor de huisartsenzorg voor ouderen zal verdergaande differentiatie aan de orde worden gesteld. Dit beleidsplan zal de LHV dit najaar aan haar Ledenvergadering presenteren. •