VERWIJSCIJFERS BELICHT

L.J. Stokx
D.H. de Bakker
D.M.J. Delnoy
A.B.M. Gloerich
P.P. Groenewegen

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
(NIVEL) Postbus 1568 3500 BN Utrecht telefoon: 030 - 319946

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Verwijscijfers Belicht

Rapport op verzoek van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

L.J. Stokx, D.H. de Bakker, D.M.J. Delnoy, A.B.M. Gloerich, P.P. Groenewegen. - Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)
Met lit. opg.
ISBN 90-6905-195-8
Trefw.: huisarts, medisch specialisten, verwijzen

Vormgeving / Omslag : M. Cornelius
Woordprocessor / Lay-out : M.v.d.Meulen

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD

A. TRENDS IN VERWIJSCIJFERS 1985-1991

1. INLEIDING 1

2. INVENTARISATIE VAN BESCHIKBARE GEGEVENS . 7
2.1. Inleiding 7
2.2. Verzamelde ziekenfondsgegevens 8
2.3. Gegevens uit de Nationale Studie 10

3. EXTRAPOLATIE-METHODE 11
3.1. Inleiding 11
3.2. Methode 11

4. TRENDS IN VERWIJSCIJFERS 13
4.1. Inleiding 13
4.2. Resultaten 13

5. SLOT 17

B. WAAR STAAT HET VERWIJSCIJFER VOOR?

6. INLEIDING 23

7. HET VERWIJSCIJFER ALS ADMINISTRATIEF GEGEVEN 27
7.1. Inleiding 27
7.2. Geschiedenis van FOZ verwijscijfers 27
7.3. Administratieve procedures 30
7.4. Verwijzen naar afzonderlijke specialismen 33
7.5. De korte kaart 36

8. HET VERWIJSCIJFER ALS MAAT VOOR HET HANDELEN VAN HUISARTSEN 41
8.1. Inleiding 41
8.2. Verwijzen en morbiditeit 43
8.2.1. Verwijzen in morbiditeitscategorieën 43
8.2.2. Verwijzen binnen leeftijds- en geslachtscategorieën 45
8.2.3. Verwijzing en vergrijzing 47
8.3. Verwijscijfers en het handelen van huisartsen 50

9. HET VERWIJSCIJFER ALS MAAT VOOR HET SLAGEN VAN HET SUBSTITUTIE-BELEID . . . 55
9.1. Inleiding 55
9.2. Verwijzingen van particulier verzekerden 55
9.2.1. Methode van vergelijking 58
9.2.2. Resultaten 59
9.3. Verwijscijfer en kosten van zorg 61
9.3.1. Case mix van de verwezen populatie 62
9.3.2. Vervolgkosten van verwijzen 66
9.3.3. Verwijscijfers en substitutie van zorg 68
9.3.4. Conclusies ten aanzien van kosten van zorg 71

LITERATUUR 73

VOORWOORD

Voor u ligt een rapport over verwijscijfers van huisartsen. Het is samengesteld op verzoek van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Gegevens over het aantal verwijzingen van huisartsen per 1000 ziekenfondspatiënten (het ziekenfondsverwijscijfer) werden tot voor kort gebruikt in het Financieel Overzicht Zorg (FOZ). De laatste in het FOZ gebruikte verwijscijfers betreffen het jaar 1986. Voor de periode daarna zijn deze om verschillende redenen niet meer beschikbaar. De leemte die hierdoor ontstaan is, wordt - voor zover mogelijk - opgevuld door dit rapport.

Het rapport bestaat uit twee delen. In deel A wordt op basis van zeer beperkte gegevens de trend in het ziekenfondsverwijscijfer doorgetrokken vanaf 1985 (het laatste jaar waarin de ziekenfondsverwijscijfers als betrouwbaar beschouwd kunnen worden) tot en met 1990.
In deel B wordt een aantal technisch-administratieve, inhoudelijke en beleidsmatige achtergronden geschetst bij het fenomeen verwijscijfers. Deze achtergronden zijn van belang voor een goed begrip van waar verwijscijfers voor staan en vooral ook waar ze niet voor staan.
Ondanks alle beperkingen die kleven aan het ziekenfondsverwijscijfer, waren in de periode tot 1986 voor beleid en onderzoek zinvolle analyses mogelijk. Op dit moment, in een periode waarin belangrijke veranderingen optreden in de Nederlandse gezondheidszorg, worden vergelijkbare cijfers node gemist. Voor de 'monitoring' van veranderingen op het kruispunt van huisartsenzorg en specialistische zorg is het van belang een systeem te ontwikkelen dat deze informatie weer oplevert en waarin een aantal bezwaren die kleven aan het ziekenfondsverwijscijfer, ondervangen worden.

Utrecht, september 1992

A. TRENDS IN VERWIJSCIJFERS 1985-1991

1. INLEIDING

Verwijscijfers hebben al een hele geschiedenis. Globaal gesproken kan deze voor wat betreft de hoogte van deze cijfers als volgt worden samengevat: Vanaf 1966 tot 1974 is er een sterke stijging te zien van ongeveer 390 naar ongeveer 470 verwijzingen per 1000 ziekenfondsverzekerden. In de periode tot 1981 treedt een zekere stabilisatie van het cijfer op, ondanks het feit dat de veroudering van de bevolking langzaam, maar zeker voortschrijdt en dat het aantal medisch specialisten in fors tempo blijft stijgen (vergelijk van der Zee 1985). De periode van de afgelopen tien jaar wordt in dit rapport nader onder de loep genomen.

Cijfers over verwijzen van huisartsen naar specialisten hebben altijd een belangrijke rol gespeeld in de Nederlandse beleidsdiscussies. Al vanaf de Structuurnota in 1974 is het beleid gericht geweest op substitutie van tweede naar eerste lijn. Omdat tweedelijnszorg in principe alleen toegankelijk is na een verwijzing door een huisarts, werd en wordt het aantal verwijzingen gezien als een belangrijke meetlat om het succes van het substitutiebeleid aan af te lezen.
Beleidsnota's en -voornemens analyserend kan men stellen dat bevordering van substitutie vanuit twee invalshoeken benaderd kan worden (Groenewegen en Sluijs, 1988):
- vanuit de gedachte dat minder beroep op de tweede lijn gedaan wordt als de eerste lijn haar taken op een adequate manier vervult, aangepast aan de zorgbehoefte van de patiënt;
- vanuit de gedachte dat taken van de tweede lijn kunnen worden verschoven naar de eerste lijn.
Het beleid is vooral gericht geweest op de eerste invalshoek, die ook omschreven kan worden als vergroting van het probleemoplossend vermogen van de eerste lijn. Het aantal verwijzingen van huisartsen naar specialisten zou bij succesvol beleid in principe moeten verminderen. De tweede invalshoek heeft weliswaar beleidsmatige aandacht gehad in de voorwaardenscheppende sfeer (men denken aan het toegankelijk maken voor huisartsen van diagnostische faciliteiten van ziekenhuizen), maar concrete maatregelen ter verschuiving van specifieke taken zijn daaruit niet voortgekomen. Gevolgen voor het aantal verwijzingen van huisartsen naar de tweede lijn zijn ook alleen te verwachten, indien het beleid zich zou richten op die sector van de gezondheidszorg waar deze taken die

mogelijk substitueerbaar zouden zijn, nu uitgevoerd worden, te weten de tweede lijn. Daarnaast geldt dat een eventuele daling van het verwijscijfer als gevolg van een verschuiving van concrete taken van tweede naar eerste lijn om twee redenen moeilijk vaststelbaar zal zijn. In de eerste plaats zullen de effecten van concrete verschuifbare taken slechts zichtbaar worden in een totaal verwijscijfer bij relatief omvangrijke verschuivingen; bij geringere verschuivingen kunnen ze alleen zichtbaar gemaakt worden door meer specifieke gegevens, zoals aan morbiditeit en verrichtingen gerelateerde informatie. In de tweede plaats bestaat de mogelijkheid van compensatie in de tweede lijn, mede door de aard van het honoreringssysteem van specialistische hulp.

Gegevens over het aantal verwijzingen worden vastgelegd door ziekenfondsen om administratieve redenen die verband houden met de declaratie en uitbetaling van specialisten. Tot en met 1986 werden deze gegevens centraal verwerkt en gerapporteerd door het Landelijk Informatie Systeem der Ziekenfondsen, het LISZ. Tot en met 1985 worden deze gegevens als betrouwbaar beschouwd. Deze gegevens waren toegankelijk voor wetenschappelijke analyses en zijn daar ook regelmatig voor gebruikt. Overigens merkte van der Zee in 1985 op dat men in ieder geval goed op de herkomst van de cijfers moet letten bij de interpretatie ervan.
Sinds enkele jaren worden verwijscijfers van ziekenfondsen niet meer centraal verwerkt en gerapporteerd. Dit betekent dat een belangrijke parameter voor evaluatie van substitutiebeleid niet langer beschikbaar is. In dit rapport wordt een poging gedaan om deze lijn weer op te pakken. Door extrapolatie en samenvoeging van een aantal gegevens wordt de meest waarschijnlijke trend in het aantal verwijzingen gereconstrueerd.

Er is discussie mogelijk over de wenselijkheid van een dergelijke onderneming. Het wetenschappelijk onderzoek op basis van verwijscijfers en de beschouwingen die daaraan gewijd zijn, hebben laten zien dat verwijscijfers zoals die door de administratieve procedures van ziekenfondsen gegenereerd worden, niet altijd eenduidig te interpreteren zijn. Dit heeft gevolgen voor de bruikbaarheid van verwijscijfers in de beleidsdiscussie over substitutie. Op problemen rond de interpretatie van verwijscijfers zal hieronder kort ingegaan worden (en in deel B van deze rapportage uitgebreider). Het standpunt dat hier ingenomen wordt is dat een gebrekkige meetlat beter is dan geen meetlat, maar dat men zich bij de

interpretatie van verwijscijfers bewust moet zijn van de beperkingen die aan deze cijfers kleven.

De verwijscijfers die tot voor enkele jaren gepubliceerd en voor nadere analyses gebruikt werden, hebben door de manier waarop ze tot stand komen alleen betrekking op ziekenfondsverzekerden. Dat is een beperking die met het dalen van het aantal ziekenfondsverzekerden als percentage van de Nederlandse bevolking in de loop van de tijd zwaarder is gaan wegen. Het percentage ziekenfondsverzekerden in de bevolking is gedaald van 68% in 1982 tot 62% in 1991. Aangezien het beleid met betrekking tot substitutie en versterking van de eerste lijn zich niet beperkt tot ziekenfondspatiënten, wordt het des te dringender ook uitspraken te kunnen doen over het verwijzen van particulier verzekerde patiënten naar specialisten. Bij een vergelijking van verwijscijfers voor ziekenfonds- en particulier verzekerden kunnen geen administratieve gegevens gebruikt worden om de eenvoudige reden dat die voor particulier verzekerden niet bestaan. Verder dient rekening gehouden te worden met de administratieve regels die gelden voor de verwijzing van ziekenfondspatiënten. Immers, de verwijzing van ziekenfondspatiënten is aan een maximale duur gebonden en die van particulier verzekerden niet, zodat men voor ziekenfondspatiënten een hoger verwijscijfer kan verwachten in verband met verlengingsverwijzingen. Ten slotte spelen eventuele verschillen in morbiditeit tussen beide groepen verzekerden een rol. Een soortgelijk probleem speelt overigens ook bij vergelijking van een groep verzekerden in de loop van de tijd, waarbij rekening gehouden zou moeten worden met de eventuele effecten van veranderde morbiditeitspatronen bij voorbeeld als gevolg van vergrijzing.

Voor een verantwoorde interpretatie van verwijscijfers is het van belang zich af te vragen hoe deze tot stand komen. Wanneer het verwijscijfer als meetlat voor het succes van substitutiebeleid wordt gebruikt, wordt er stilzwijgend vanuit gegaan dat verwijscijfers gegenereerd worden door beslissingen van huisartsen. Dat is echter slechts ten dele het geval. Bij de verwijzing zijn in principe drie handelende personen van belang: de huisarts, de patent en de specialist. Een deel van het verwijscijfer komt tot stand doordat huisartsen in hun consulten met patiënten tot de conclusie komen dat een patent verwezen moet worden. Huisarts en patent hebben beide invloed op het tot stand komen van die beslissing, maar de huisarts is uiteindelijk verantwoordelijk voor de verwijsbeslissing, ook al komt die tot stand op aandringen van de patent. Dit deel van de

verwijzingen is voor ziekenfonds- en particuliere patiënten grotendeels vergelijkbaar.
Het overige deel van de verwijzingen bestaat alleen voor ziekenfondsverzekerden. Als ziekenfondsverzekerden op eigen initiatief een specialist consulteren, dienen zij in verband met de declareerbaarheid van de verrichtingen van de specialist achteraf een verwijskaart van de huisarts ontvangen. Een voorbeeld van een geval waarin dit voorkomt is bij een bezoek aan de eerste hulpafdeling van een ziekenhuis. Een vergelijkbare situatie geldt voor het bezoek aan de oogarts voor refractie-afwijkingen. In de praktijk heeft de huisarts slechts weinig of geen invloed op het aantal van dit soort verwijzingen. De beslissing wordt vooral door de patiënt genomen. Op zich is dit deel van het verwijscijfer overigens wel door beleid beïnvloedbaar. In onderling overleg tussen huisartsen en ziekenhuizen kunnen gedragslijnen afgesproken worden met betrekking tot rechtstreeks bezoek aan de EHBO-afdeling (verg. Sixma, 1990). Huisartsen kunnen gestimuleerd worden om in het geval van refractie-afwijkingen zelf diagnostisch onderzoek te doen om ernstige pathologie uit te sluiten, waarna de patiënt kan volstaan met een bezoek aan een opticien (verg. Stokx, 1992).
Ten slotte komt een deel van het verwijscijfer tot stand doordat de verwijskaart voor ziekenfondspatiënten een beperkte geldigheidsduur van een jaar heeft. Indien een patiënt langer dan een jaar onder behandeling van een specialist moet blijven, dient een nieuwe verwijskaart uitgeschreven te worden. In dit geval ligt het initiatief grotendeels bij de specialist.
Samen worden deze laatste typen verwijzingen wel aangeduid als 'passieve verwijzingen', terwijl de eerste typen verwijzingen worden aangeduid als 'actieve verwijzingen'. In de praktijk zullen passieve verwijzingen vaak door de praktijkassistente worden afgehandeld.

De hoogte van het verwijscijfer van huisartsen, vooral het ziekenfondsverwijscijfer, is dus een heterogene parameter. Dit impliceert dat een hoog totaal verwijscijfer niet altijd een negatieve kwalificatie inhoudt en dat een laag totaal verwijscijfer niet altijd een positieve kwalificatie inhoudt. In zijn algemeenheid geldt dat aan de hoogte van het verwijscijfer op zich geen kwaliteitsoordelen verbonden kunnen worden (vergelijk bijvoorbeeld Knottnerus e.a., 1990). Daarvoor is een aantal aanvullende gegevens nodig: een standaard of protocol over het gewenste beleid in het geval van bepaalde klachten of ziekten, een registratie van het voorkomen van de betreffende klachten of ziekten, een registratie van het aantal verwijzingen bij deze klachten of ziekten en bij voorkeur ook een oordeel over

de kwaliteit van de verrichtingen die als alternatief voor de verwijzing door huisartsen uitgevoerd worden. Centraal bij een meer kwalitatieve beoordeling van verwijscijfers staan een registratie van het morbiditeitsaanbod in de huisartspraktijk en morbiditeitsspecifieke verwijscijfers. Geen van beide zijn beschikbaar in de verwijscijfers zoals die door de administratieve procedures voor ziekenfondsverzekerden gegenereerd worden. Deze gegevens zijn wel beschikbaar in speciaal daartoe opgezette registraties waarvan de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk de meest omvattende is (vergelijk voor gegevens over verwijscijfers uit deze studie Gloerich en Van der Zee, 1992 en Groenwegen e.a., 1992). Op morbiditeitsspecifieke verwijscijfers zal vooral in deel B van deze rapportage ingegaan worden.

Het substitutiebeleid dat in het begin van deze inleiding kort beschreven is, is vooral ingegeven door de wens tot kostenbeheersing in de gezondheidszorg. Dat roept de vraag op in hoeverre de ontwikkeling van het aantal verwijzingen als meetlat voor het succes van het substitutiebeleid tevens iets zegt over de kostenontwikkeling op macro-niveau. De verwijzing wordt ook daarom als een belangrijke parameter gezien omdat de verwijzing naar de tweede lijn vervolgkosten met zich meebrengt die verder gaan dan uitsluitend de kosten van specialistische hulp. Op de omvang van deze vervolgkosten heeft de huisarts weinig of geen invloed meer (Kersten, 1991). Tegen de achtergrond van deze constatering kan de recente invoering worden gezien van de zogenaamde korte kaart; een verwijzing die feitelijk bedoeld is voor een eenmalig specialistisch consult waarna de huisarts naar bevind van zaken kan besluiten tot verdere behandeling in de eerste lijn of tot de noodzaak van vervolg van de behandeling in de tweede lijn.
In zijn algemeenheid geldt dat er weinig of niets bekend is over de mate waarin verwijzingen kosten genereren in de tweede lijn en over de mate waarin een daling van het aantal verwijzingen besparingen in de tweede lijn oplevert. Daarbij speelt wederom de eerder genoemde mogelijkheid tot compensatie binnen de tweede lijn van een verminderd aantal verwijzingen een rol.

Al met al valt er nogal wat te zeggen over het op het eerste gezicht zo eenvoudige en aantrekkelijke gegeven 'het verwijscijfer'. De hierboven gegeven beperkingen en nuanceringen bieden een interpretatiekader voor de extrapolatie van de ontwikkeling van het aantal verwijzingen in Nederland. Een dergelijk extrapolatie is te zien als een 'tijdelijke noodmaatregel'

die vooral voortkomt uit het feit dat landelijke cijfers niet meer centraal verwerkt en gerapporteerd worden. Tegelijk geven deze overwegingen aan in welke richting men moet denken als men in de toekomst wil beschikken over een duidelijk interpreteerbare meetlat voor substitutiebeleid. Informatieverzameling aan de bron, in casu de huisartspraktijk verdient de voorkeur.

2. INVENTARISATIE VAN BESCHIKBARE GEGEVENS

2.1. Inleiding

In hoofdstuk 1 werd aangegeven dat de verwijscijfers van ziekenfondsen sinds enkele jaren niet meer centraal verwerkt en gerapporteerd worden. Dit heeft te maken met problemen die in de tweede helft van de jaren tachtig optraden bij het verzamelen van verwijscijfers. In het FOZ 1991 wordt opgemerkt dat de globale landelijke verwijscijfers vooral vanaf het jaar 1985 als onbetrouwbaar moeten worden beschouwd vanwege administratieve problemen, het specialistenconflict en fusieperikelen van de ziekenfondsen.
De verklaring voor de stijging van de LISZ-verwijscijfers voor 1986 kan gevonden worden in de zogenoemde kleine stelselwijziging in 1986: per 1 april 1986 gingen ongeveer 700.000 mensen over van een ziekenfonds naar een particuliere verzekering. Van deze groep ziekenfondsverzekerden zijn in 1986 de verwijskaarten voor een periode van drie maanden geregistreerd. Bij de berekening van het jaarcijfer hanteerde het LISZ echter het aantal verzekerden per 31 december van het kalenderjaar. Daardoor heeft het aantal verwijskaarten uit het eerste kwartaal van de groep verzekerden die naar de particuliere verzekering zijn overgegaan, geleid tot een relatief hoger aantal verwijskaarten per duizend ziekenfondsverzekerden.
In de jaren 1987 - 1989 heeft met name het specialistenconflict de verzameling van verwijscijfers parten gespeeld.
Die problemen bestonden eruit dat de normale administratieve routine met verwijskaarten niet meer werd gevolgd, maar patiënten kosten declareerden bij het ziekenfonds. Hierdoor was er geen zicht meer op het aantal verwijzingen. Dit fenomeen zorgde voor een onderregistratie-effect. Voor zover wel verwijzingen werden gedeclareerd door specialisten (op lijsten bij voorbeeld), was vaak geen onderscheid te maken tussen verwijzingen, die door huisartsen waren uitgeschreven en de relatief weinig voorkomende verwijzingen uitgeschreven door medisch specialisten naar elkaar. Deze laatste werden daardoor echter noodgedwongen wel in het verwijscijfer opgenomen, wat juist weer leidde tot een systematische ophoging van het verwijscijfer. De mate waarin de ziekenfondsen in hun administratie zijn getroffen door onder- en overregistratie-effecten hangt af van hoeveel en welke specialismen hebben deelgenomen aan het conflict

en de verscheidenheid in lengte van de periode, die het conflict in de verschillende delen van het land heeft geduurd. Bovendien zijn er verschillen tussen de ziekenfondsen voor wat betreft de datum waarop de administratieve routine weer in ere is hersteld. Dit laatste werd nogal eens veroorzaakt door het feit dat vele ziekenfondsen in deze periode met elkaar zijn gefuseerd, hetgeen organisatorische problemen en extra werkzaamheden met zich meebracht. De prioriteit is dan niet altijd even snel gelegd bij het herstellen van een verwijsadministratie die in het slop zit. Zeker zal dat niet het geval geweest zijn in die gevallen waar ook de automatiseringssystemen niet direct onderling compatibel waren.
Een en ander betekent dat over de periode 1986 - 1989 feitelijk geen landelijke verwijscijfers voorhanden zijn. In de paragrafen 2.2. en 2.3. zal worden beschreven welke pogingen in het werk zijn gesteld om zoveel mogelijk gegevens over verwijscijfers voor dit onderzoek te verzamelen en op basis van welke gegevens toch in hoofdstuk 4 getracht is de meest waarschijnlijke trend in het landelijke verwijscijfer te extrapoleren. Twee typen gegevens zijn daarvoor beschikbaar geweest: een zeer beperkt aantal ziekenfondsgegevens en gegevens uit de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk, uitgevoerd door het NIVEL.

2.2. Verzamelde ziekenfondsgegevens

Om zoveel mogelijk gegevens beschikbaar te krijgen over de periode na 1985 is allereerst contact gezocht met de Ziekenfondsraad en met de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen. Bij beide organisaties bleken geen betrouwbare verwijscijfers over 1985 - 1989 beschikbaar te zijn. Wel beschikte de Ziekenfondsraad over een verwijscijfer voor 1990, hetgeen beschikbaar werd gesteld met de uitdrukkelijke waarschuwing dat niet duidelijk is hoe betrouwbaar dit gegeven is. Het cijfer is gebaseerd op gegevens die door 34 van de 44 ziekenfondsen zijn verzameld. Weliswaar heeft dus een behoorlijk aantal ziekenfondsen verwijscijfers verzameld over 1990, het is echter niet duidelijk hoe betrouwbaar deze verzameling is. Van twee van deze 34 ziekenfondsen zijn de verwijscijfers buiten beschouwing gelaten voor de berekening van het in hoofdstuk 4 gepresenteerde cijfer, omdat de cijfers onwaarschijnlijk hoog, respectievelijk laag waren.
Nadat gebleken was dat bij de landelijke organisaties weinig tot geen gegevens voorhanden waren werd contact gezocht met een tiental regionale ziekenfondsen. Bij de meeste daarvan bleken geen verwijscijfers

bekend te zijn over de periode 1985 - 1989. Het specialistenconflict, het "specialisten-geeltje"*, fusieperikelen en de daarmee gepaard gaande automatiseringsproblemen werden als oorzaak voor het ontbreken van gegevens genoemd. Het berekenen van verwijscijfers over de jaren 1990 en 1991 verkeert bij de betreffende fondsen ook vaak in een nog redelijk pril stadium.
Uiteindelijk bleken verwijscijfers beschikbaar te zijn van vier regionale ziekenfondsen. De verwijscijfers van drie van de vier ziekenfondsen bleken evenwel onbetrouwbaar. Voor twee ziekenfondsen was duidelijk sprake van onderregistratie, waarschijnlijk een gevolg van het specialistenconflict. De verwijscijfers van het derde ziekenfonds vertoonden een dermate spectaculaire daling van het verwijscijfer in het ene jaar ten opzichte van het voorafgaande, dat ook hier ernstig moest worden getwijfeld aan de betrouwbaarheid van de gegevens. Uiteindelijk bleven daardoor slechts de verwijscijfers voor één Nederlandse regio over, waarvoor mag worden aangenomen dat de gegevens betrouwbaar zijn. Dit zijn gegevens uit het werkgebied van het vroegere ziekenfonds Drenthe Noord Overijssel (DNO): In het kader van het project Kostenbesparing door Kwaliteitsbevordering (uitgevoerd door het NIVEL met subsidie van de Ziekenfondsraad) is door ziekenfonds het Groene Land (fusieziekenfonds van DNO en RZZ) extra energie gestoken in het vastleggen van de verwijscijfers. Het ziekenfonds had zich in het kader van dit onderzoek verplicht tot het aanleveren van betrouwbare verwijscijfers over de periode 1985 - 1991. Bovendien hadden zowel ziekenfonds DNO als haar fusiepartner RZZ (samen het Groene Land) al een ruime traditie waar het het samenstellen van voor onderzoek toegankelijke data betreft. Uit een vergelijking van deze verwijscijfers met de aan LISZ ontleende verwijscijfers over 1981 - 1985 blijkt dat het ziekenfonds hierin naar alle waarschijnlijkheid is geslaagd, waardoor behalve de reeds aanwezige verwijscijfers van 1981 tot 1985 ook verwijscijfers vanaf 1986 beschikbaar konden worden gesteld (cf Stokx 1992).
Gegevens over het aantal verwijzingen van ziekenfonds HGL voor het DNO-gebied voor 1990 waren wel reeds beschikbaar maar zijn niet gebruikt, omdat ze mogelijk afwijken van de landelijke trend in verband met het daar uitgevoerde experiment Kostenbesparing door Kwaliteitsbevordering.

---

* Doordat een deel van de verwijzingen slechts iets meer kosten dan fl. 25,=, hebben veel patiënten niet de moeite genomen deze bij het ziekenfonds te declareren. Dit heeft geleid tot een niet nader te kwantificeren onderrapportage.

2.3. Gegevens uit de Nationale Studie

De Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk is uitgevoerd door het NIVEL in 1987 en 1988. De Nationale Studie is gebaseerd op een aselecte, niet proportioneel gestratificeerde steekproef van 161 huisartsen in 103 praktijken. In de Nationale Studie zijn vier meetinstrumenten toegepast: 1) patiëntenregistratie (gegevens over aantallen en kenmerken van ingeschreven patiënten), 2) patiëntenenquête en dagboek (onder een steekproef van patiënten over ervaren morbiditeit en dergelijke), 3) huisartsenquête en dagboek (praktijkgegevens, opvattingen en attitudes) en 4) contactregistratie (gedurende drie maanden contact-, morbiditeits- en verrichtingengegevens).

De gegevens die voor dit onderzoek zijn gebruikt zijn afkomstig uit de contactregistratie en de patiëntenregistratie. De contactregistratie vond plaats in vier periodes van drie maanden tussen 1 april 1987 en 31 maart 1988. Tijdens de contactregistratie zijn gedurende drie maanden door de huisartsen en hun assistentes voor alle contacten van patiënten met de huisartspraktijk gegevens bijgehouden over: 1) klachten, diagnoses en werkhypothesen, 2) diagnostiek in de eigen praktijk en elders, 3) behandeling, 4) prescriptie, 5) verwijzing (inclusief opname), 6) overleg naar aanleiding van het contact en 7) vervolgafspraken. In de patiëntregistratie zijn gedetailleerde gegevens van 335.000 patiënten/cliënten opgenomen omtrent: demografische gegevens (leeftijd, geslacht, burgerlijke staat), sociaal-economische parameters (beroep, opleiding, inkomstenbron, verzekeringsvorm) en nog diverse andere parameters.
Voor meer gedetailleerde informatie over de opzet van de Nationale Studie wordt verwezen naar Foets & Van der Velden (1990).

Onder 5) is genoemd dat er ook omtrent verwijzingen naar de medisch specialist gegevens bekend zijn. In tegenstelling tot declaratiegegevens van ziekenfondsen is hierbij tevens bekend of het incidente (nieuwe) of prevalente (verlengingsverwijzingen) betreft en wat de medische werkhypothese is op het moment van verwijzen. Omdat bovendien de leeftijden en het geslacht van de verwezen patiënten bekend zijn, kan in combinatie met demografische ramingen van het CBS een raming van het verwijsvolume in de toekomst worden gedaan. Opgemerkt dient te worden dat de verwijscijfers van de Nationale Studie (zie ook paragraaf 7.4) een zekere, echter niet-systematische, onderrapportage laten zien, welke overigens geen gevolgen heeft voor de in dit rapport gemaakte ramingen.

3. EXTRAPOLATIE METHODE

3.1. Inleiding

Zoals in het vorige hoofdstuk werd beschreven, zijn slechts van enkele ziekenfondsen gegevens voor meerdere jaren beschikbaar gekomen. Het is niet mogelijk op basis van alleen empirisch verzamelde verwijscijfers bij ziekenfondsen de trend in de periode na 1985 te schetsen. Van de gegevens van individuele ziekenfondsen lenen alleen gegevens van het ziekenfonds het Groene Land zich voor nadere beschouwing. Deze betreffen de periode 1981 tot en met 1989. Daarnaast beschikken we over gegevens van de Nationale Studie (1987/1988) en over gegevens van de meeste ziekenfondsen uit 1990 (Ziekenfondsraad).
Deze cijfers kunnen worden aangevuld met geëxtrapoleerde verwijscijfers voor de jaren 1985 tot en met 1991 door informatie over verwijscijfers uit de Nationale Studie te relateren aan gegevens over het aantal ziekenfondsverzekerden uit de Jaarverslagen van de Ziekenfondsraad. Hieronder wordt beschreven op welke wijze die extrapolatie heeft plaats gevonden.

3.2. Methode

Nationale Studie raming
Uit de contactregistratie van de Nationale Studie zijn verwijscijfers (aantal verwijzingen per patiënt) per leeftijdgeslachtscategorie en verzekeringsvorm bekend. Wanneer wordt aangenomen, dat deze verwijscijfers een stabiel kenmerk vormen voor een specifieke (leeftijds- en geslachts) categorie ziekenfondspatiënten, dan kan met behulp van gegevens over het aantal ziekenfondspatiënten (Jaarverslagen Ziekenfondsraad, 1988, 1990) voor 1985 tot en met 1991 landelijk het totaal aantal verwijzingen worden berekend.
Daarbij wordt te werk gegaan volgens de hier weergegeven formule:

(1) $VW_{ij} = VC_i * VZ_{ij}$,

waarbij VW = aantal verwijzingen
VC = verwijscijfer uit de Nationale Studie (1987/1988)
VZ = aantal ziekenfondsverzekerden

de subscripten i = de specifieke leeftijds- en geslachtscategorie
j = jaar

Nadat op deze wijze het aantal verwijzingen is geschat, kunnen verwijscijfers (verwijzingen per 1000 patiënten per jaar) worden berekend, volgens de volgende formule:

(2) $$EVC_j = \Sigma_i VW_{ij} / \Sigma_i VZ_{ij}, \text{ waarbij}$$

EVC = het geëxtrapoleerde verwijscijfer
VW = aantal verwijzingen volgens (1)
VZ = aantal verzekerden

de subscripten i = de specifieke leeftijdgeslachtscategorie
j = jaar

De resultaten van deze extrapolatie zijn grafisch weergegeven in figuur 4.1. en worden besproken in hoofdstuk 4.

DNO-raming

Van ziekenfonds het Groene Land zijn voor het werkgebied DNO verwijscijfers bekend over de jaren 1981 tot en met 1989. Van deze 'DNO' trend is aangenomen, dat die zou kunnen staan voor een landelijke trend, met uitzondering van het de afwijking van de verwijscijfers van DNO ten opzichte van de landelijke verwijscijfers.

Voor de jaren 1981 tot en met 1985 blijken de verwijscijfers voor het DNO-gebied consequent lager te liggen dan het landelijke verwijscijfer (gebaseerd op LISZ gegevens). Het verschil bedraagt gemiddeld over deze periode 50 verwijzingen per 1000 patiënten per jaar. Door de DNO-verwijscijfers voor de periode 1986 tot en met 1989 met dit verschil te verhogen, kan vervolgens een goede indruk worden verkregen van het landelijk verloop van de trend. Dit heeft wel tot gevolg dat de DNO-raming voor 1985 iets boven het werkelijke landelijke verwijscijfer ligt (op basis van LISZ-gegevens). Dit wordt veroorzaakt doordat het verschil DNO-landelijk verwijscijfer in 1985 iets kleiner was dan het gemiddelde verschil in de voorgaande jaren.

4. TRENDS IN VERWIJSCIJFERS

4.1. Inleiding

In dit hoofdstuk zal het beschikbare cijfermateriaal worden gepresenteerd. Recapitulerend bestaat dit uit de volgende gegevens: de LISZ landelijke verwijscijfers voor de jaren 1981 tot en met 1985, de verwijscijfers van het ziekenfonds Het Groene Land voor het werkgebied DNO over de jaren 1981 tot en met 1989, het "landelijke" verwijscijfer voor 1990, een extrapolatie van de trend in verwijscijfers op basis van de Nationale Studie (zie hoofdstuk 3) en een raming van het verloop van het landelijke verwijscijfer op basis van de DNO-cijfers.

4.2. Resultaten

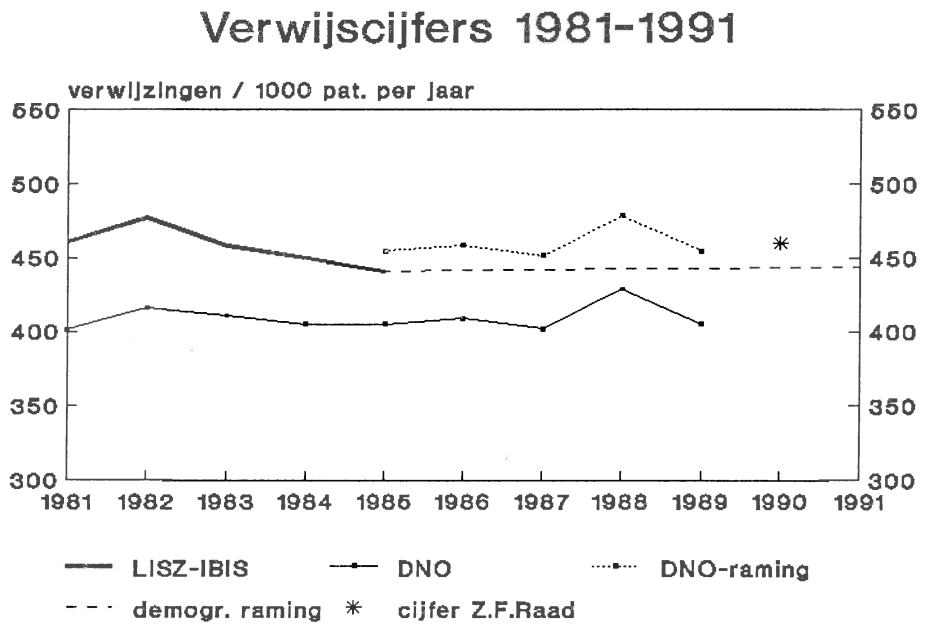
De beschikbare verwijscijfers zijn grafisch weergegeven in figuur 4.1. In figuur 4.1. wordt onderscheid gemaakt in empirische en geëxtrapoleerde gegevens: empirische gegevens zijn verbonden door middel van een ononderbroken lijn, terwijl bij geëxtrapoleerde gegevens gebruik gemaakt is van een stippellijn.

In figuur 4.1. is goed te zien dat de trend in verwijscijfers van het DNO-gebied in de periode 1981 tot en met 1985 ongeveer gelijk is aan de landelijke trend, waarbij het verwijscijfer alleen consequent lager ligt.

De raming van de trend in landelijke verwijscijfers over de periode 1985 - 1989 die is gebaseerd op de trend in het DNO-gebied (zie stippellijn) laat zien dat, naar verwachting het verwijscijfer in deze periode ongeveer gelijk is gebleven, met een afwijkend (hoger) cijfer voor 1988. Het verwijscijfer voor 1989 op basis van de DNO-raming bedraagt 455 verwijzingen per 1000 patiënten per jaar.
De geëxtrapoleerde verwijscijfers op basis van de Nationale Studie (onderbroken lijn) voor de periode 1985 tot en met 1991, laten zien dat op basis van demografische ontwikkelingen kan worden verwacht dat het verwijscijfer in de betreffende periode licht is gestegen. Voor 1990 wordt het landelijke verwijscijfer op basis van de demografische ontwikkelingen, geschat op ongeveer 444 verwijzingen per 1000 patiënten per jaar.

Zetten we het empirisch gevonden "landelijke" verwijscijfer voor 1990 op basis van de 32 ziekenfondsen tegen beide ramingen af, dan zien we dat de cijfers geen erg grote verschillen ten opzichte van elkaar vertonen: het landelijke verwijscijfer voor 1990 bedraagt namelijk 460 verwijzingen per 1000 patiënten.

Figuur 4.1.



bron: NIVEL, verwijscijfers belicht

Voor zover deze gegevens kunnen leiden tot een eenduidige interpretatie, dan lijkt de conclusie gerechtvaardigd, dat het verloop van de verwijscijfers tussen 1985 en 1990 redelijk stabiel is gebleven en dat zich in die tijd geen opmerkelijke ontwikkelingen hebben voorgedaan. De LISZ verwijscijfers eindigen in 1985 met 441 verwijzingen per 1000 patiënten per jaar. Op basis van demografische ontwikkelingen is geschat dat hier tussen 1985 en 1990 3 verwijzingen per 1000 patiënten zijn bijgekomen. De raming op basis van DNO-cijfers laat voor 1989 een cijfer van 455 verwijzingen per 1000 patiënten per jaar zien, terwijl het landelijke cijfer

voor 1990 uit komt op 460. Op basis van deze beide laatste cijfers ontstaat de indruk dat het verwijscijfer licht is gestegen. Aangezien echter noch de DNO-raming noch het verwijscijfer voor 1990 geheel betrouwbaar zijn, kan het hierbij gaan om een stijging die te wijten is aan het toeval.

5. SLOT

Het reconstrueren van de trend in het ziekenfondsverwijscijfer is geen eenvoudige opdracht gebleken. Betrouwbare cijfers van afzonderlijke ziekenfondsen over de periode 1986 tot en met 1990 bleken nauwelijks verkrijgbaar. Door problemen in de relaties tussen ziekenfondsen en specialisten, door de wijziging in het verzekerdenbestand als gevolg van de 'kleine stelselwijziging', door de invoering van de eigen bijdrage van patiënten bij de verwijzing en door technische problemen bij ziekenfondsen zijn betrouwbare cijfers niet beschikbaar. In deze situatie is de trend gereconstrueerd door gebruik te maken van drie bronnen.
In de eerste plaats is gebruik gemaakt van de cijfers van het ziekenfonds DNO. Doordat in de betreffende periode in het werkgebied van dat ziekenfonds een experiment uitgevoerd werd door het NIVEL waarin verwijscijfers een belangrijke rol spelen, is door het ziekenfonds voortdurend aandacht besteed aan een goede registratie van verwijscijfers. Het ziekenfondsverwijscijfer in het werkgebied van DNO is lager dan het gemiddelde in ons land. Door het verwijscijfer in het werkgebied van DNO op te hogen met het gemiddelde verschil in de periode voor 1986, is een trend gereconstrueerd voor de periode daarna.
In de tweede plaats is gebruik gemaakt van verwijscijfers voor ziekenfondspatiënten die verzameld zijn in de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Door deze verwijscijfers uit te splitsen naar leeftijd en geslacht kon een demografische raming gemaakt worden. Deze raming gaat ervan uit dat de leeftijds- en geslachtsspecifieke verwijscijfers, zoals die vast gesteld zijn in de registratie-periode van de Nationale Studie (april 1987 tot april 1988), constant zijn over de periode 1985 tot en met 1990. Alleen de verandering in de omvang en samenstelling van de populatie ziekenfondsverzekerden werkt door in deze raming.
De derde gegevensbron is ontleend aan de Ziekenfondsraad die in het kader van zijn controlerende taken op het gebied van de uitvoering van de Ziekenfondswet, regulier gegevens verzameld bij alle ziekenfondsen. Voor de ziekenfondsen waarvoor deze gegevens bekend waren voor het jaar 1990, is een gewogen gemiddelde berekend.
De conclusie op basis van deze gegevens is dat er naar alle waarschijnlijkheid geen daling van het ziekenfondsverwijscijfer heeft plaatsgevonden in de periode 1985 - 1990. Het lijkt er eerder op dat er een zeer lichte

stijging heeft plaatsgevonden, die naar onze inschatting deels samenhangt met de demografische ontwikkeling in de populatie ziekenfondsverzekerden. Echter ook veranderende morbiditeitspatronen, toename van technologische mogelijkheden en een toenemende mondigheid van de patiënt, spelen een belangrijke, edoch moeilijk kwantificeerbare rol in de fluctuaties van het verwijscijfer.
Wat betekent deze conclusie - waarvan nogmaals benadrukt wordt dat het een inschatting betreft - nu vanuit de in hoofdstuk 1 en de nog in deel B te bespreken achtergronden van enerzijds het substitutiebeleid en anderzijds inhoudelijke aspecten van de huisartsenzorg?

Van belang is te benadrukken dat het ziekenfondsverwijscijfer twee belangrijke componenten kent: nieuwe verwijzingen van huisartsen naar specialisten waarvoor de huisarts voor het grootste deel (met uitzondering van de administratieve verwijzingen en achterafverwijzingen) in het contact met de patiënt de beslissing neemt, en verlengingsverwijzingen waarvoor de specialist het initiatief neemt als de behandeling na een jaar niet afgerond is. Alleen de eerste component is indicatief voor een toe- of afname van de probleemoplossende capaciteit van de eerste lijn, maar beide componenten zijn niet te onderscheiden. Als de verhouding tussen beide componenten niet is veranderd, leidt onze inschatting van de trend in het verwijscijfer tot de conclusie dat de instroom in de tweede lijn ook in geringe mate toegenomen zal zijn, maar in een mate die dicht ligt bij wat op grond van demografische ontwikkelingen verwacht kan worden. Hier tegenover staat in dezelfde periode een toename van het aantal polikliniekbezoeken en met name van het aantal eerste polikliniekbezoeken (vergelijk FOZ 1992). Vooral dit laatste lijkt in tegenspraak te zijn met de inschatting van een slechts geringe toename van de instroom in de tweede lijn. Een vergelijkbare tegenspraak is ook geconstateerd in het Achtergronddocument 'het gebruik van eerstelijnszorg en ambulante specialistische zorg 1974 - 2005' van het Scenariorapport Eerstelijnszorg en Thuiszorg (STG, 1992).

Een eenduidige conclusie met betrekking tot de substitutie tussen eerste en tweede lijn valt in deze situatie niet te trekken. De les die eruit te leren valt is tweeledig: aan de ene kant dient bij toekomstige 'monitoring' van verwijscijfers het onderscheid gemaakt te worden tussen de verwijsbeslissingen van de huisarts en de verwijzingen die op initiatief van specialisten tot stand komen. Aan de andere kant zou cohortsgewijs onderzoek moeten plaats vinden van het traject dat patiënten doorlopen

vanaf de initiële verwijsbeslissing van de huisarts. Alleen dergelijk onderzoek kan licht werpen op de geconstateerde discrepantie tussen de ontwikkeling van het verwijscijfer en het aantal (eerste) polikliniekbezoeken.

Zoals in hoofdstuk 1 is aangegeven, zeggen ziekenfondsverwijscijfers op zich weinig over inhoudelijke aspecten van het handelen van huisartsen (in deel B zal hier nader op worden ingegaan). Op z'n hoogst zou men uit het feit dat naar onze inschatting het verwijscijfer niet veel meer gestegen zal zijn dan op grond van de demografische ontwikkeling te verwachten is, kunnen concluderen dat het handelen van huisartsen voor zover het directe gevolgen heeft voor het verwijscijfer ook niet of nauwelijks veranderd zal zijn. Desalniettemin heeft er gedurende de afgelopen jaren een belangrijke ontwikkeling plaats gevonden binnen de beroepsgroep huisartsen. De opkomst van onderlinge toetsing en het kwaliteits- en standaardenbeleid zou op den duur gevolgen kunnen hebben die zichtbaar worden in het verwijscijfer, zeker waar deze ontwikkelingen het terughoudende beleid van huisartsen versterken. Het experiment dat uitgevoerd is in het werkgebied van het ziekenfonds Het Groene Land (Stokx e.a., 1992), laat zien dat de effecten van gerichte nascholing en onderlinge toetsing (nog) niet terug te vinden zijn in een zo heterogene parameter als het globale ziekenfondsverwijscijfer, mede omdat kwaliteitsverbetering in sommige gevallen samengaat met juist een toename van het aantal verwijzingen, afhankelijk van de aard van het onderwerp en de situatie van de patiënt. De les die hieruit geleerd kan worden is dat verwijscijfers als indicatie voor ontwikkelingen in de inhoudelijke aspecten van het handelen van huisartsen alleen zinvol geïnterpreteerd kunnen worden wanneer gegevens bekend zijn over het morbiditeitsaanbod in de huisartspraktijk en over morbiditeitsspecifieke verwijscijfers. Verder dient ook rekening gehouden te worden met comorbiditeit en de ernstgraad van aandoeningen.
Daarnaast dienen kwalitatieve analyses van het verwijsproces plaats te vinden, waarbij aandacht besteed moet worden aan de invloed van medisch technologie, de veranderende patiëntenrol, en andere aanbodsfactoren (bij voorbeeld vervolgkosten in de tweede lijn).

B. WAAR STAAT HET VERWIJSCIJFER VOOR?

6. INLEIDING

Verwijscijfers hebben een belangrijke bron van informatie gevormd sinds de lancering van het substitutie-beleid in het midden van de jaren zeventig. Verwijscijfers zijn op grote schaal gebruikt in onderzoek, door het beleid en door ziekenfondsen. Het grote scala aan gebruikers en gebruiksmogelijkheden van verwijscijfers duidt erop, dat aan deze cijfers verschillende aspecten zijn te onderkennen. In dit deel B van het rapport zal aan een aantal van deze aspecten aandacht worden besteed. De centrale vraag die in dit deel van het rapport moet worden beantwoord, luidt: Wat is het verwijscijfer en waar staat het voor?

De twee belangrijkste aspecten van het verwijscijfer kunnen worden omschreven als enerzijds het verwijscijfer als administratief gegeven en anderzijds het verwijscijfer als onderzoeksgegeven. Verwijscijfers zijn in de eerste plaats administratieve gegevens. Zij worden niet primair verzameld om onderzoekers van materiaal te voorzien, maar omdat de door een huisarts uitgeschreven en door een specialist geaccepteerde verwijskaart voor een ziekenfondspatiënt, een declaratie-formulier is: op basis van bij het ziekenfonds gedeclareerde verwijskaarten worden specialisten betaald voor het verlenen van poliklinische hulp aan ziekenfondspatiënten. Aan de wijze waarop door ziekenfondsadministraties verwijscijfers worden verzameld, wordt aandacht besteed in hoofdstuk 7. Hierin wordt eerst ingegaan op de geschiedenis van het verzamelen van verwijscijfers, vervolgens op de administratieve procedures die daaraan ten grondslag liggen, daarna aan het verwijscijfer als optelsom van verwijscijfers naar afzonderlijke specialismen en tot slot zal worden ingegaan op een recente administratieve verandering in het declaratie-systeem van verwijskaarten, namelijk de invoering van de zogeheten "korte kaart".

Dat op basis van door ziekenfondsadministraties geregistreerde gegevens onderzoek mogelijk is, is (behalve misschien vanuit het standpunt van onderzoekers en beleidmakers) niet meer dan een prettige bijkomstigheid. Wanneer op basis van ziekenfondsverwijscijfers onderzoek wordt gedaan, dan liggen daaraan over het algemeen twee mogelijke redenen ten grondslag: het verwijscijfer kan worden bestudeerd om meer te weten te komen over het handelen van huisartsen, of het verwijscijfer wordt bestudeerd om het slagen van het substitutie-beleid van de overheid aan

af te meten. Voor beide typen onderzoek geldt dat het gebruik van verwijscijfers niet zonder problemen is.

Bij gebruik van het verwijscijfer als indicator voor verschillen in het handelen van huisartsen, stuit men al gauw op het probleem dat verwijscijfers meer een uitdrukking zijn van een bepaalde morbiditeit in een specifieke populatie, dan een indicator voor verschillen in stijl van praktijkvoeren tussen huisartsen. Het grootste deel van verwijzingen naar specialisten wordt eenvoudigweg rechtstreeks bepaald door de door patiënten gepresenteerde morbiditeit. In deze gevallen vraagt de ernst van de aandoening waaraan een patiënt lijdt en/of de complexiteit van uit te voeren diagnostiek en behandeling als vanzelfsprekend om een verwijzing. Daarnaast echter wordt een huisarts regelmatig geconfronteerd met gevallen waarin hij niet met zekerheid weet of diagnostiek en behandeling geïndiceerd zijn en zo ja, of hij één en ander zelf kan uitvoeren dan wel moet verwijzen naar een specialist. In deze gevallen hangt het al of niet verwijzen van een patiënt af van zaken als de mate van onzekerheid die een huisarts bereid is te accepteren, zijn taakopvatting en taakafbakening ten opzichte van de specialist, de medische hobby's die hij heeft, zijn werkdruk, de wijze waarop hij wordt betaald en de wensen van de patiënt.

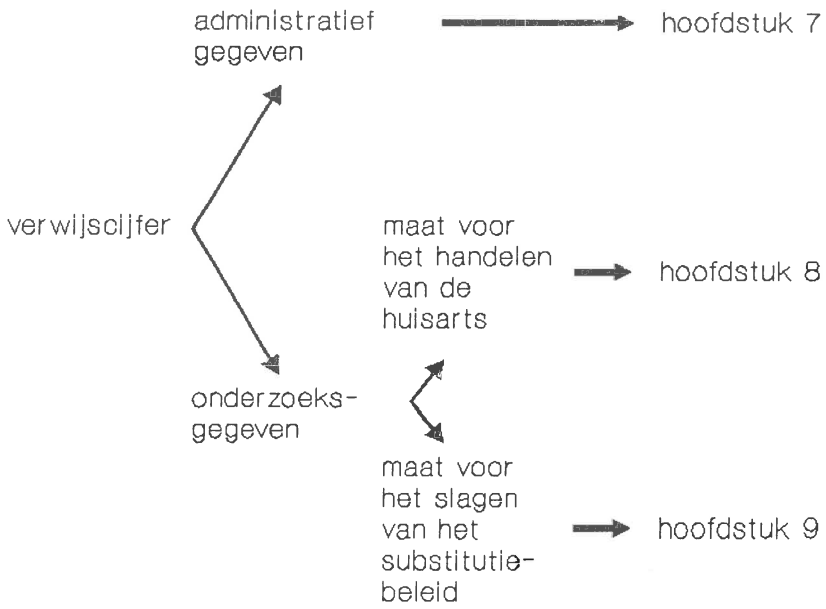
Bij het gebruik van ziekenfondsverwijscijfers voor het doen van uitspraken over het handelen van huisartsen, met name over hun verwijsbeleid, moet er dus rekening mee worden gehouden dat deze cijfers in de eerste plaats een uitdrukking zijn van morbiditeit in een populatie en pas in de tweede plaats van het handelen van huisartsen. In hoofdstuk 8 wordt op beide aspecten van het verwijscijfer ingegaan. Achtereenvolgens wordt in dat hoofdstuk aandacht besteed aan het verwijscijfer als uitdrukking van morbiditeit en aan het verwijscijfer als indicator voor de kwaliteit van het verwijsbeleid van een huisarts.

Zeker wanneer het ziekenfondsverwijscijfer in onderzoek wordt gebruikt om het slagen van het substitutie-beleid aan af te meten, dient zich een aantal problemen aan. Om te beginnen kan worden gesteld dat het substitutie-beleid de gehele gezondheidszorg en daarmee iedere gebruiker betreft, terwijl het ziekenfondsverwijscijfer uiteraard alleen informatie geeft over ziekenfondsverzekerden. Aangezien particulier verzekerden heden ten dage ongeveer 40% van de bevolking uitmaken, vormt het ziekenfondsverwijscijfer wellicht geen erg adequate maat voor het slagen van het

substitutie-beleid.
Een tweede probleem bij het gebruik van verwijscijfers als maat voor het slagen van het substitutie-beleid is dat verwijscijfers alleen informatie geven over de instroom van patiënten in de tweede lijn en niet over het gebruik en de kosten van zorg die het resultaat zijn van deze instroom. Aan deze beide problemen wordt aandacht besteed in hoofdstuk 9. In hoofdstuk 9 wordt eerst ingegaan op verwijzingen van particuliere patiënten en vervolgens op de relatie tussen verwijzen en vervolgkosten van zorg.

In de onderstaande figuur 6.1. wordt de opbouw van deel B van het rapport schematisch weergegeven.

Figuur 6.1. Schematische weergave opbouw Deel B



7. HET VERWIJSCIJFER ALS ADMINISTRATIEF GEGEVEN

7.1. Inleiding

Verwijskaarten worden bij ziekenfondsen niet verzameld om beleidsmakers en onderzoekers van informatie te voorzien, maar omdat specialisten via het declareren van verwijskaarten worden betaald voor het verlenen van poliklinische medische zorg aan ziekenfondspatiënten. De verwijskaart is te beschouwen als een waardepapier voor de specialist. Het verwijscijfer is daarom in de eerste plaats een administratief gegeven, dat via bepaalde administratieve procedures tot stand komt. In dit hoofdstuk zal eerst (in paragraaf 7.2.) worden ingegaan op de geschiedenis van verwijscijfers zoals die zijn gebruikt voor het Financieel Overzicht Zorg en vervolgens op de administratieve procedures volgens welke verwijscijfers tot stand komen (in paragraaf 7.3.). Tot slot zal (in paragraaf 7.4.) aandacht worden besteed aan het totale verwijscijfer als optelsom van verwijzingen naar afzonderlijke specialismen.

7.2. Geschiedenis van verwijscijfers in het FOZ

Tot 1990 zijn in het Financieel Overzicht Zorg van WVC (tot 1988 financieel overzicht gezondheidszorg en maatschappelijk welzijn geheten) verwijscijfers van de huisarts naar medisch specialisten opgenomen. Het betrof ziekenfondscijfers, die waren samengesteld op basis van gegevens van het Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen (LISZ). In het FOZ 1991 en 1992 zijn geen verwijscijfers meer opgenomen omdat uit een nadere beschouwing was gebleken dat zich bij het samenstellen van de verwijscijfers onregelmatigheden hadden voorgedaan.
Sinds enige jaren zijn geen LISZ- of andere verwijscijfers meer aanwezig.

Ondanks het feit dat in het jaarlijks pre-advies ten aanzien van het FOZ van de NRV geen aanbeveling staat tot het opnieuw verwerven van dit soort globale verwijscijfers voor het FOZ is nu vanuit WVC de wens kenbaar gemaakt om hier wederom over te kunnen beschikken. Het is daarom zinnig iets meer te weten omtrent de context waarin deze cijfers geplaatst dienen te worden.

De verwijscijfers in het FOZ worden weergegeven per 1000 patiënten. De enige nadere uitsplitsing die daarbij gemaakt werd betrof die naar de (ziekenfonds)praktijkgrootte van de huisartspraktijk. Inhoudelijke uitsplitsingen naar specialisme, diagnosecategorieën, soort verwijzing, polikliniek versus opname etc. konden niet worden gemaakt. Alleen in het FOZ van 1988 is hierop een uitzondering gemaakt. In dat jaar is een extra tabel toegevoegd met verwijscijfers uitgesplitst naar organisatievorm van de praktijk (solo, duo etc). Deze tabel is gemaakt door LISZ-gegevens en NIVEL-gegevens met elkaar te combineren.

Naast bovenstaande gegevens werden in het FOZ ook longitudinale overzichten weergegeven van het totale verwijscijfer.
Deze longitudinale overzichten zijn gebaseerd op tijdreeksen, die ophielden bij het jaar 1985. In het FOZ 1990 zijn gegevens van 1986 toegevoegd. De cijfers van het jaar 1986 laten een stijging in de orde van grootte van vijf procent zien, evenwichtig verspreid over alle categorieën van de praktijkgrootte (in aantallen ziekenfondsverzekerden). Dit gaf aanleiding tot het volgende commentaar:

> *"De geleidelijke daling van het aantal verwijzingen voor specialistische behandeling over de jaren 1981 tot en met 1985 is in 1986 omgeslagen in een stijging. In dit jaar zijn de aantallen teruggekeerd naar het niveau van 1981.*
> *Vooralsnog is voor deze omslag geen verklaring te geven. Wel dient in ogenschouw te worden genomen dat in het jaar 1986 de stelselwijziging heeft plaatsgevonden. Mogelijk heeft dit gevolgen gehad voor het gemiddelde gezondheidsrisico door een verandering in de populatie in ziekenfondsverzekering. Nader onderzoek van de cijfers over 1986 lijkt noodzakelijk".*

De verwijscijfers zijn in het FOZ 1991 niet meer opgenomen omdat nader onderzoek had geleerd dat bij het samenstellen van de verwijscijfers onregelmatigheden waren opgetreden. Daar wordt over opgemerkt:

> *"In het vorige FOZ werd op basis van LISZ-cijfers <aantal verwijskaarten per 1000 ziekenfondsverzekerden naar praktijkvorm> geconstateerd dat de geleidelijke daling van het aantal verwijzingen voor specialistische behandeling over de jaren 1981-1985 in 1986 omgeslagen was in een stijging. Voor een mogelijke verklaring is navraag gedaan bij ziekenfondsen, het NIVEL en de beroepsorganisaties. Dit heeft allereerst uitgewe-*

zen dat de globale landelijke verwijscijfers vooral vanaf het jaar 1985 als onbetrouwbaar moeten worden beschouwd vanwege administratieve problemen, het specialistenconflict en fusieperikelen. Een verklaring voor de stijging van de LISZ-verwijscijfers voor 1986 kan gevonden worden in de zogenoemde "kleine stelselwijziging" in 1986. Deze had tot gevolg dat per 1 april 1986 circa 700.000 mensen overgingen van een ziekenfonds naar een particuliere verzekering. Van deze groep ziekenfondsverzekerden zijn in 1986 de verwijskaarten voor een periode van drie maanden geregistreerd. Bij de berekening van het jaarcijfer hanteert het LISZ echter het aantal verzekerden per 31 december van het kalenderjaar.
Op deze wijze heeft het aantal verwijskaarten uit het eerste kwartaal van de groep verzekerden die naar de particuliere verzekering zijn overgegaan, geleid tot een relatief hoger aantal verwijskaarten per duizend ziekenfondsverzekerden. Op grond van het bovenstaande is de gebruikelijke FOZ-tabel van het aantal verwijskaarten per 100 ziekenfondsverzekerden naar praktijkomvang voorlopig komen te vervallen".

In het FOZ van 1992 wordt het gemis aan verwijscijfers gecompenseerd door de CBS-gezondheidsenquête te gebruiken over de consumptie van huisartsenzorg en medisch specialistische zorg. Daarbij wordt gebruik gemaakt van gegevens uit de jaren 1981, 1989 en 1990. Deze cijfers zijn echter moeilijk vergelijkbaar met de vroegere LISZ-IBIS verwijscijfers. Uit de CBS-gezondheidsenquête bleek bijvoorbeeld dat in 1990 41% van de bevolking een specialist bezocht. Het is evenwel niet duidelijk welk percentage ziekenfondspatiënten de specialist bezocht. Bovendien betekent het feit dat een patiënt in een bepaald jaar de specialist heeft bezocht, nog niet dat er in dat jaar ook een verwijskaart voor die patiënt is uitgeschreven: de specialist kan zijn bezocht op een verwijskaart die in het voorafgaande kalenderjaar is uitgeschreven.

In hoofdstuk 1 van dit rapport werd gesteld dat met het wegvallen van de LISZ verwijscijfers een belangrijke parameter voor evaluatie van het substitutie-beleid is verdwenen. De exercitie die in Deel A is uitgevoerd, werd in datzelfde hoofdstuk omschreven als het construeren van "een gebrekkige meetlat". Wil men in de toekomst weer kunnen beschikken over een duidelijk interpreteerbare maat voor de stand van zaken met betrekking tot substitutie, dan zal moeten worden nagedacht over het

verzamelen van informatie over verwijzingen door huisartsen naar medisch specialisten. Zoals in hoofdstuk 1 al werd gezegd, verdient informatieverzameling aan de bron (de huisartspraktijk) daarbij de voorkeur.

7.3. Administratieve procedures

In deze paragraaf wordt eerst de administratieve procedure beschreven zoals die voor het declareren van verwijskaarten tot 1 juli 1991 heeft gewerkt. Dit is de procedure waarop de tot nu toe door LISZ en in dit rapport gepubliceerde verwijscijfers zijn gebaseerd. Vervolgens wordt uitgebreider ingegaan op de belangrijkste veranderingen in het nieuwe verwijssysteem na 1 juli 1991. Overigens is de wijziging van het verwijssysteem er de oorzaak van dat ziekenfondsen het nog niet zo makkelijk hebben om verwijscijfers te berekenen voor het jaar 1991.

Situatie tot 1 juli 1991:
Een verwijskaart is een door de huisarts uitgeschreven en door de specialist bij het ziekenfonds ingediende en geaccepteerde declaratie voor poliklinische hulp gedurende één maand (voor specialisten in academische ziekenhuizen en mondheelkunde golden andere regels. Bij een verwijzing naar deze specialisten werd een kaart met een geldigheid van één jaar afgegeven, de zogeheten jaarkaart)
Tot 1 juli 1991 mocht een specialist op basis van een door de huisarts uitgeschreven verwijskaart binnen één jaar na afgifte van de verwijskaart, een beperkt aantal zogenoemde herhalingskaarten declareren indien de poliklinische hulp gedurende één maand voortgang moest vinden na afloop van de geldigheidsduur van de verwijskaart (of van een voorafgaande herhalingskaart).
Was de specialist van mening dat de patiënt na afloop van dit jaar verder onder zijn behandeling dient te blijven, dan moest een nieuwe verwijskaart worden uitgeschreven door de huisarts. Deze verwijskaarten, in verschillende onderzoeken ook wel verlengingsverwijzingen genoemd, worden in de ziekenfondsadministratie geregistreerd als een "gewone" verwijskaart.
Daarnaast bestonden er onder stringente voorwaarden af te geven verwijskaarten uitgeschreven door tandartsen, specialisten en verpleeghuisartsen.

De situatie na 1 juli 1991

Medio 1991 is de verwijssystematiek landelijk gewijzigd (Voor academische ziekenhuizen en voor de specialismen psychiatrie en mondheelkunde is het oude systeem van de jaarkaarten gehandhaafd).
Huisartsen kunnen tegenwoordig drie typen verwijskaarten uitschrijven:
Ten eerste een **korte kaart** (geldig voor één maand bij de heelkundige specialismen en twee maanden voor de beschouwende specialismen), voor die gevallen waarbij de huisarts de patiënt voor een beperkte tijd wil verwijzen.
Ten tweede een **jaarkaart**, indien de huisarts de patiënt een verwijzing met een geldigheid van één jaar wenst mee te geven.
Ten derde een **aanvullende kaart**, die de geldigheidsduur van de korte kaart verlengd tot één jaar (ter vervanging van de herhaalkaarten). De aanvullende kaart wordt door de huisarts op verzoek van de behandelend medisch specialist afgegeven indien de huisarts de visie van de medisch specialist deelt dat een voortgezette behandeling door de medisch specialist is aangewezen. Hiermee wordt de eerder afgegeven korte kaart omgezet in een jaarkaart. Deze jaarkaart geldt vanaf de aanvangsdatum van de korte kaart voor een periode van één jaar.

Gedurende de looptijd van een korte kaart kan dezelfde specialist/specialistenmaatschap (van één specialisme) geen tweede korte kaart declareren, ook niet bij een nieuw ziektegeval.
Gedurende de looptijd van een jaarkaart kan dezelfde specialist of specialistenmaatschap geen tweede kaart declareren. Bij een nieuw ziektegeval kan een korte kaart gedeclareerd worden.

Indien de behandelende specialist in de looptijd van een korte kaart overname van de behandeling door een andere specialist (van een ander specialisme) noodzakelijk acht, dan verwijst hij in principe de patiënt terug naar de huisarts met het advies de patiënt naar de tweede specialist te verwijzen. Hierop zijn om praktisch problemen te voorkomen, twee uitzonderingen: Dit levert de zogeheten korte verwijskaarten specialist op, die betrekking hebben op verwijzingen van de ene specialist naar een andere. Zo kan bij een spoedgeval, waarbij de allereerst door de patiënt geconsulteerde specialist verwijzing naar een specialist van een ander specialisme acuut nodig acht, de verwijzende specialist een korte kaart afgeven aan de tweede specialist zonder tussenkomst van de huisarts. Ditzelfde kan gebeuren in geval van pre-operatieve consultatie.
De geldigheid van een door de specialist uitgeschreven korte kaart kan

wederom door een aanvullende kaart van de huisarts tot een jaar worden uitgebreid.
Indien een specialist een patiënt langerdurend behandelt (jaarkaart), kan hij een specialist van een ander specialisme consulteren, waarbij uitsluitend een korte kaart aan de geconsulteerde specialist kan worden afgegeven. Aan deze wijze van samenwerking worden dezelfde voorwaarden verbonden als bij het afgeven van een korte kaart door de huisarts. Dat betekent dat de tweede specialist de adviesvragende specialist binnen twee weken na de looptijd van deze interspecialistische korte kaart rapporteert (met een afschrift aan de huisarts). Mocht de geconsulteerde specialist langerdurende behandeling noodzakelijk achten, dan vraagt hij een aanvullende kaart aan de huisarts.
Ingeval de behandelende specialist (in de looptijd van een korte kaart dan wel een jaarkaart) overname van de behandeling aan een andere specialist (van een ander specialisme) noodzakelijk acht, dan verwijst hij de patiënt terug naar de huisarts met het advies de patiënt naar de tweede specialist te verwijzen.

Opname (klinische behandeling, waaronder begrepen behandeling in dagverpleging) en overname beïnvloeden het poliklinische kaartsysteem niet.
In geval van een spoedopname geeft de huisarts een korte kaart of een jaarkaart af. Ingeval van spoedopname buiten de huisarts om, verzoekt de specialist de huisarts achteraf om de kaart op te sturen.

Ingeval van overname van de klinische behandeling door een specialist van een ander specialisme, verzoekt deze specialist de huisarts na ontslag om een korte kaart dan wel een jaarkaart, afhankelijk van de noodzaak tot korte of langere poliklinische nabehandeling, ingaande op de datum van de eerste poliklinische controle.

Resumerend kunnen we dus de volgende kaarten onderscheiden:
tot 1 juli 1991:
verwijskaart oude stijl (afgegeven door de huisarts)
jaarkaart academisch specialist (afgegeven door de huisarts bij verwijzing naar academisch ziekenhuis, en sommige andere specialismen, met een geldigheidsduur van één jaar)
verwijskaart specialist (afgegeven door specialist, tandarts of verpleeghuisarts)
herhalingskaart oude stijl (door de specialist ingediende declaratie)

Het verwijscijfer wordt samengesteld door de verwijskaarten oude stijl en de jaarkaarten oude stijl bij elkaar op te tellen en te delen door de verzekerdenstanden.

Na 1 juli 1991:
Korte verwijskaart huisarts (afgegeven door de huisarts. Geldig één of twee maanden)
jaarkaart huisarts nieuwe stijl (afgegeven door de huisarts naar specialist met een geldigheidsduur van één jaar)
jaarkaart academisch specialist (afgegeven door de huisarts, zie boven)
korte verwijskaart specialist (afgegeven door een medisch specialist. Geldig één of twee maanden)
aanvullende kaart huisarts (afgegeven door de huisarts ter aanvulling op de korte verwijskaart (van huisarts of specialist)).

Het verwijscijfer dient, wil het vergelijkbaar zijn met de cijfers uit eerdere jaren, in de nieuwe systematiek te worden samengesteld door de korte verwijskaart huisarts, de jaarkaart huisarts nieuwe stijl en de jaarkaart academisch specialist bij elkaar op te tellen en te delen door de verzekerdenstanden.

7.4. Verwijzen naar afzonderlijke specialismen

Aan het totale verwijscijfer zijn een groot aantal determinanten te onderscheiden. Eén van de uitsplitsingen, die ook altijd in de rapportage van LISZ werd opgenomen, is het specialisme waar naar is verwezen.
In de onderstaande tabel zijn op basis van materiaal van de Nationale Studie landelijk representatieve cijfers berekend voor de verwijzingen naar de verschillende specialismen. Daarbij is een onderscheid gemaakt naar het totaal aantal verwijzingen en de nieuwe verwijzingen. Dit is gedaan omdat op deze wijze de vergelijking tussen het verwijscijfer van ziekenfondspatiënten en het 'verwijscijfer' van particulieren op de meest zuivere wijze kan worden gemaakt zoals nader zal worden uitgelegd in paragraaf 9.2.
Het totale verwijscijfer voor alle specialismen (behalve de twee kleine specialismen maagdarm en radiotherapie) is hoger voor ziekenfondspatiënten dan voor particulier verzekerden.

Een eerlijker vergelijking is te maken wanneer we de nieuwe verwijzingen van beide typen verzekerden naast elkaar zetten. We zien dan een iets gematigder beeld. Voor vrijwel alle specialismen is het aantal nieuwe verwijzingen evenwel toch nog ruim hoger voor ziekenfondsverzekerden dan voor particulier verzekerden. Alleen voor de twee eerder genoemde kleine specialismen maagdarm en radiotherapie en voor neurochirurgie is het aantal eerste verwijzingen kleiner voor ziekenfondsverzekerden dan voor particulieren. Voor KNO en Kindergeneeskunde en cardiologie ligt het cijfer vrijwel gelijk voor beide typen verzekerden.

Tabel 7.1.: Verwijzingen per 1000 patiënten per jaar naar specialisme

	Ziekenfonds		Particulier	
	totaal	nieuw	totaal	nieuw
Oogheelkunde	44.72	19.56	12.72	9.20
KNO	23.36	16.84	19.04	16.80
chirurgie	37.72	28.12	24.00	20.84
plast chirurgie	3.28	2.48	1.76	1.68
orthopaedie	20.32	14.84	13.60	12.36
urologie	9.32	6.04	6.32	5.28
gynaecologie	20.92	13.92	12.92	10.72
neurochirurgie	0.72	0.40	0.48	0.48
neurologie	16.48	10.08	9.44	8.16
dermatologie	19.48	14.76	11.80	10.08
interne geneeskunde	28.40	15.56	13.64	11.64
kindergeneeskunde	7.40	4.80	5.28	4.72
maagdarm	0.44	0.40	0.84	0.84
cardiologie	13.40	5.68	6.80	5.44
longziekten	7.96	2.84	2.44	2.28
reumathologie	3.20	1.60	1.12	0.96
psychiatrie	5.04	3.28	2.24	1.60
revalidatie	1.80	0.84	0.32	0.24
mondziekten	1.44	1.08	0.72	0.68
radiotherapie	0.16	0.16	0.28	0.28
overige specialismen	4.12	2.80	2.56	1.80
totaal	269.68	166.08	148.32	126.08

Overall verwijscijfer (ziekenfonds plus particulieren) 226.40

Bron: NIVEL, Nationale Studie.

Het aandeel dat nieuwe verwijzingen innemen op het totaal aantal verwijzingen bij de verschillende specialismen verschilt aanzienlijk. Bij chirurgie is dit bij voorbeeld 75%, terwijl het bij longziekten slechts 36% is. Deze verhouding geeft inzicht in de mate van chroniciteit van de aandoeningen, die door de verschillende specialismen worden gezien.
Opgemerkt dient te worden dat door een niet-systematische onderrapportage in de Nationale Studie de absolute verwijscijfers lager zijn dan de cijfers van de ziekenfondsen. Voor de dwarsdoorsnedes zoals deze zijn gemaakt in dit rapport heeft dat echter geen consequenties.

Hier wordt tevens een vergelijking gemaakt tussen de laatst betrouwbare verwijsgegevens van LISZ (1985) en de gegevens van de Nationale Studie (1987-1988) voor de uitsplitsing naar specialisme gewogen naar de Nederlandse populatie.

Tabel 7.2.: Percentage verwijzingen van het totaal aantal verwijzingen voor ziekenfondspatiënten per specialisme

	1985 (LISZ)	1987/88(NS)
oogheelkunde	20.3	16.6
KNO	8.1	8.7
chirurgie	13.8	14.0
plastische chirurgie	1.2	1.2
orthopaedie	6.5	7.5
urologie	2.7	3.5
verloskunde/gynaecologie	7.4	7.8
neurochirurgie	0.4	0.3
neurologie	5.5	6.1
dermatologie/allergologie	6.9	7.2
interne geneeskunde	10.8	10.5
kindergeneeskunde	3.2	2.7
maag-, darm en stofw. ziekten	0.3	0.2
cardiologie	4.4	5.0
longziekten en tuberculose	2.7	2.9
reumatologie	1.0	1.2
psychiatrie	1.3	1.9
revalidatie	0.6	0.7
mondziekten (en kaakchirurgie)	2.8	0.5
overige specialismen	0.2	1.6

Bron: NIVEL/LISZ

Wat opvalt is dat over het algemeen de cijfers redelijk goed overeenkomen. Slechts bij oogheelkunde is het percentage duidelijk lager in het Nationale Studie materiaal. Door een iets andere definitie zijn mondziekten (en kaakchirurgie) en overige specialismen niet goed met elkaar vergelijkbaar. Bij De Nationale Studie valt kaakchirurgie namelijk onder de overige specialismen.

7.5. De korte kaart

In paragraaf 7.3. werd vanuit een meer administratieve blik ingegaan op de in 1991 gewijzigde systematiek, waarbij huisartsen de mogelijkheid hebben gekregen om een zogeheten "korte kaart" uit te schrijven. Op deze plaats gaan we in op een aantal inhoudelijke gezichtspunten met betrekking tot de korte kaart.

Na een jarenlange discussie bestaat vanaf juli 1991 de mogelijkheid voor huisartsen om te kiezen voor het uitschrijven van een korte verwijskaart. Dit geeft hen de mogelijkheid om patiënten in principe voor een korte periode te verwijzen naar een medisch specialist en daarna de patiënt weer terug te krijgen in de huisartspraktijk. Bij een verwijzing met een korte kaart vraagt de huisarts aan de specialist:
a. om een advies,
b. om een korte behandeling
c. om een combinatie van advies en korte behandeling.
De specialist zal, na beantwoording van de adviesvraag, dan wel na de korte behandeling, de patiënt terugverwijzen naar de huisarts binnen de daarvoor gestelde termijn.
Voorheen kon de specialist door middel van het uitschrijven van herhaalkaarten extra inkomsten verwerven tot een jaar na afgifte van een verwijskaart. Daarbij was de follow-up door de specialist in principe aan het oog van de huisarts onttrokken, tenzij de huisarts zich zelf actief inzette om meer informatie te verwerven omtrent het lot van de patiënt in de tweede lijn.
In de nieuwe systematiek dient de specialist indien hij na afloop van de periode van de korte kaart de behandeling wenst voort te zetten aan het einde van die periode en uiterlijk twee weken erna, de huisarts schriftelijk te rapporteren en zijn conclusie mee te delen. In die conclusie wordt tevens een aanbeveling gedaan omtrent verdere behandeling door de huisarts of door de specialist. Indien de huisarts besluit om de verdere

behandeling tegen advies van de specialist in toch zelf ter hand te nemen, zal hij de specialist hiervan per omgaande op de hoogte stellen, zodat een eventuele spreekuur-afspraak kan komen te vervallen.
Ingeval de huisarts besluit tot verdere behandeling door de specialist zal hij de door hem gewaarmerkte aanvullende kaart aan de specialist opsturen dan wel aan de patiënt meegeven. Hiermee geeft de huisarts in feit alsnog een jaarkaart voor de specialist af.

Ten aanzien van de nieuw ingevoerde korte kaart kunnen twee vragen worden gesteld:
1. Bij welke specialismen is het gebruik van korte kaarten vaker opportuun?
2. Welke aandoeningen lenen zich in het bijzonder voor het gebruik van de korte verwijskaart?

We bekijken eerst bij welke specialismen volgens huisartsen het meest aanleiding is om over te gaan tot het uitschrijven van een korte verwijskaart. We doen dit met behulp van een in het kader van het project Kostenbesparing door Kwaliteitsbevordering Groene Land verzamelde gegevens. De gegevens zijn verzameld in de periode mei 1989 tot en met januari 1991 en beslaat dus een periode vrijwel direct voorafgaand aan de wijziging van de verwijssystematiek. Plus minus 110 huisartsen hebben op een wat uitgebreider model van de traditionele verwijskaart omtrent een aantal aspecten extra informatie gegeven.
Eén van die aspecten betrof de bedoelde samenwerking met de specialist. Zij konden daarbij kiezen uit drie alternatieven:
1. een eenmalig consult
2. overname van de behandeling door de specialist
3. gezamenlijke behandeling van huisarts en specialist.

We beschouwen hier alle verwijzingen waarbij eenmalige consulten zijn bedoeld als verwijzingen waarbij in de nieuwe systematiek in ieder geval een korte kaart zou kunnen worden verstrekt.

In de tabel zien we dat 28% van alle verwijzingen in principe eenmalig bedoeld waren. De verschillende specialismen laten wat dat betreft grote onderlinge verschillen zien. Bij oogheelkunde bestaan het duidelijkst de mogelijkheden tot eenmalige verwijzing. Dit zal vooral om refractieverwijzingen gaan. Plastische chirurgie en psychiatrie staan aan de andere kant van het spectrum.

Tabel 7.3.: Percentage verwijzingen (N= 121434) waarbij de huisarts een eenmalig consult wenst (per specialisme)

Specialisme	Percentage verwijzingen waarin eenmalig consult wordt gewenst
1. oogheelkunde	46.2%
2. neurologie	31.4%
3 dermatologie	29.6%
4. KNO	28.3%
5. orthopaedie	27.8%
6. maagdarm	27.3%
revalidatie	27.3%
8. cardiologie	26.2%
9. rheumatologie	25.1%
10. interne geneeskunde	24.4%
kindergeneeskunde	24.4%
12. mondheelkunde/kaakchirurgie	23.1%
13. gynaecologie	20.8%
longziekte	20.8%
15 chirurgie	18.7%
16 overige specialismen	18.2%
17. urologie	17.8%
18. plastische chirurgie	10.7%
19. psychiatrie	4.9%
Totaal	28.0%

Bron: NIVEL/HGL

Om na te gaan welke aandoeningen zich bij uitstek lenen voor verwijzing met behulp van de korte kaart, is in tabel 7.4. de top tien van aandoeningen weergegeven, waarvoor huisartsen in het project Kostenbesparing door Kwaliteitsbevordering relatief vaak een eenmalig consult wensten.
Inderdaad blijken refractie-afwijkingen hoog in de top tien te staan, namelijk op een tweede plaats: in 57,4% van de verwijzingen voor refractie-afwijkingen, wordt door de huisarts een eenmalig consult gewenst. Daarnaast wordt tevens in ongeveer 45% van de verwijzingen een eenmalig consult bij de oogarts gewenst voor niet nader geclassificeerde oogklachten (vijfde plaats) en voor blindheid/visusvermindering (zesde plaats). Deze bevindingen komen overeen met de conclusie uit tabel 7.3., dat de korte kaart zich bij uitstek leent voor verwijzingen naar oogheelkunde. Symptomen en klachten van de keel (eerste plaats) en van de

stem (derde plaats) blijken daarnaast ook in aanmerking te komen voor een verwijzing met de nieuwe korte kaart.

Tabel 7.4.: Top tien van aandoeningen, onafhankelijk van het voorkomen, waarbij huisartsen een eenmalig consult wenst (percentage verwijzingen)

Klacht / aandoening	Percentage verwijzingen waarin eenmalig consult wordt gewenst
1. symptomen/klachten keel	63.8%
2. refractieafwijking	57.4%
3. symptomen/klachten stem	49.1%
4. moeheid	46.8%
5. oogklachten NEC	45.7%
6. blindheid/visusvermindering	44.6%
7. buikpijn/buikklachten	43.9%
8. gelokaliseerde buikpijn	42.9%
9. lagen rugpijn zonder uitstraling	40.1%
10. presbyacusis	39.6%
Gemiddeld	28.0%

Bron: NIVEL/HGL

8. HET VERWIJSCIJFER ALS MAAT VOOR HET HANDELEN VAN HUISARTSEN

8.1. Inleiding

In hoofdstuk 6 werd gesteld dat gebruik van ziekenfondsverwijscijfers als indicator voor verschillen in het handelen van huisartsen als belangrijkste probleem kent, dat verwijscijfers meer een uitdrukking zijn van een bepaalde morbiditeit in een specifieke populatie, dan een indicator voor verschillen in stijl van praktijkvoeren tussen huisartsen. In de literatuur over honoreringssystemen voor artsen is veel aandacht besteed aan de vraag welke overwegingen ten grondslag liggen aan beslissingen van artsen ten aanzien van gebruik van zorg; dit om te kunnen bepalen welke plaats de wijze waarop een arts wordt betaald, inneemt tussen alle mogelijke overwegingen. De conclusie waartoe de diverse auteurs (Wilensky & Rossiter, 1983, Evans, 1984, Rosen, 1989, Flierman, 1991) op dit terrein komen, luidt in grote lijnen, dat het handelen van een individuele arts in zijn contact met een individuele patiënt in de eerste en belangrijkste plaats wordt bepaald door de gezondheidstoestand (morbiditeit) van de patiënt in kwestie.
De arts heeft als belangrijkste doel het verbeteren of in stand houden van de gezondheid van de patiënt met alle hem daartoe ter beschikking staande middelen. De arts heeft geleerd om op deze wijze zijn vak uit te oefenen en de professionele ethiek laat hem ook geen andere keuze.

Aan de oprecht goede bedoelingen van artsen wordt in de literatuur dus niet getwijfeld. Wél wordt aangegeven dat artsen bij de uitoefening van hun vak te kampen hebben met een bepaalde mate van onzekerheid. Deze onzekerheid wordt veroorzaakt doordat binnen de medische wetenschap niet op alle terreinen overeenstemming bestaat over de vragen:

1. welke diagnostiek dient te worden gedaan bij bepaalde gepresenteerde klachten,
2. welke behandelingen dienen te worden toegepast bij bepaalde gestelde diagnosen en
3. welke arts (generalist of specialist) de meest aangewezen persoon is om een bepaalde behandeling uit te voeren.

Daar bovenop geldt nog dat in het begin van een ziekte-episode lang

niet altijd snel duidelijk is wat er precies aan de hand is met een patiënt.
Afhankelijk van de klachten die een patiënt presenteert, wordt de arts geconfronteerd met bepaalde mate van onzekerheid ten aanzien van de beslissingen die hij moet nemen. De mate van onzekerheid varieert met verschillende klachten en aandoeningen: ten aanzien van de uit te voeren behandeling bij een patiënt met een grote open wond bestaat uiteraard weinig onzekerheid; klaagt een patiënt daarentegen over bijvoorbeeld buikpijn, dan is er sprake van een vrij groot "grijs gebied" waarbinnen de arts niet met zekerheid weet welke diagnostiek en behandeling hier geïndiceerd zijn.
Voor het verwijzen van patiënten door huisartsen naar specialisten betekent dit het volgende. Het grootste deel van verwijzingen naar specialisten wordt rechtstreeks bepaald door de gepresenteerde morbiditeit: de ernst van de aandoening waaraan een patiënt lijdt en/of de complexiteit van uit te voeren diagnostiek en behandeling vragen als vanzelfsprekend om een verwijzing. Daarnaast echter wordt een huisarts regelmatig geconfronteerd met gevallen waarin hij niet met zekerheid weet of diagnostiek en behandeling geïndiceerd zijn en zo ja, of hij een en ander zelf kan uitvoeren dan wel moet verwijzen naar een specialist. In deze gevallen is het afhankelijk van zaken als de mate van onzekerheid die een huisarts bereid is te accepteren, zijn taakopvatting en taakafbakening ten opzichte van de specialist, de medische hobby's die hij heeft, zijn werkdruk en de wijze waarop hij wordt betaald, of de huisarts een patiënt al dan niet zal verwijzen.
Bij het gebruik van verwijscijfers moet er dus rekening mee worden gehouden dat deze cijfers in de eerste plaats een uitdrukking zijn van morbiditeit in een populatie en pas in de tweede plaats van het handelen van huisartsen.
Gegevens over de aandoeningen waaraan door Nederlandse huisartsen verwezen patiënten lijden en de ernst van deze aandoeningen zijn met name bekend uit de Nationale Studie en voor een beperkt aantal huisartsen uit het project Kostenbesparing door Kwaliteitsbevordering, eveneens uitgevoerd door het NIVEL. In de meeste onderzoeken naar verwijzen door huisartsen naar specialisten evenwel, wordt bij gebrek aan morbiditeitsspecifieke verwijscijfers gebruik gemaakt van de leeftijds- en geslachtsverdeling van een praktijkpopulatie als indicatoren van de morbiditeit onder de betreffende populatie. In dit hoofdstuk zal verder worden ingegaan op verwijscijfers als uitdrukking van morbiditeit en vervolgens op verwijscijfers als indicatoren voor de kwaliteit van het

handelen van huisartsen.

8.2. Verwijzen en morbiditeit

In deze paragraaf wordt ingegaan op de relatie tussen verwijzen en morbiditeit. Eerst zal aandacht worden besteed aan verwijscijfers binnen specifieke morbiditeitscategorieën, daarna aan verwijzen binnen leeftijds- en geslachtscategorieën. Tot slot zal aandacht worden besteed aan de te verwachten groei van het aantal verwijzingen in de toekomst, op basis van de toename van de bevolking, vergrijzing en ontgroening en de daarmee veranderende morbiditeit.

8.2.1. Verwijzen in morbiditeitscategorieën

Uit de gegevens van de Nationale Studie blijkt dat huisartsen 69,5 per 1000 ingeschreven patiënten per drie maanden verwijzen naar de tweede lijn (Groenewegen et al, 1992). De meeste verwijzingen vinden plaats naar de snijdende specialismen (42,4 per 1000 patiënten per drie maanden). Wanneer wordt gekeken naar aantallen verwijzingen per 1000 episoden* onderscheiden naar ICPC-hoofdstuk, dan blijkt dat de meeste verwijzingen naar de tweede lijn plaatsvinden voor klachten en aandoeningen van het oog (gevolgd door respectievelijk klachten en aandoeningen van de mannelijke en van de vrouwelijke genitaliën). De minste verwijzingen naar de tweedelijn vinden plaats voor aandoeningen uit het ICPC-hoofdstuk sociale problemen, gevolgd door psyche en ademhalingsorganen.
In tabel 8.1 is het aantal verwijzingen naar de tweede lijn weergegeven per 1000 episoden per drie maanden.
Wanneer wordt gekeken naar verwijzingen per morbiditeitcluster dan blijken eveneens grote verschillen op te treden. De meeste verwijzingen per 1000 zorgepisoden vinden plaats bij congenitale afwijkingen (412,6 verwijzingen per 1000 zorgepisoden), gevolgd door neoplasma's (312,6 per 1000 episoden) (Groenewegen, blz. 86). De minste verwijzingen naar medisch specialisten vinden plaats in het kader van preventie en sociale problemen (respectievelijk 12,4 en 13,4 per 1000 zorgepisoden).

---

* Een episode is een verzameling van één of meer contacten van een patiënt met de huisartspraktijk, die betrekking hebben op één en dezelfde ziekte/klacht/aandoening

Tabel 8.1.: Aantal verwijzingen naar de tweede lijn per drie maanden per 1000 zorgepisoden onderscheiden naar ICPC-hoofdstuk

ICPC-hoofdstuk	Aantal verwijzingen naar 2e lijn
oog	348,8
mannelijke genitaliën e.a.	271,0
vrouwelijke genitaliën e.a.	110,2
oor	97,9
zenuwstelsel	95,2
bewegingsapparaat	93,1
maag-darmkanaal	76,3
huid e.a.	72,8
urinewegen	69,0
endocr./metabolisme e.a.	67,8
hart-vaatstelsel	61,6
bloed e.a.	48,9
zwangerschap e.a.	46,5
algemeen e.a.	46,2
ademhalingsorganen	39,0
psyche	21,5
sociale problemen	12,5

Bron: NIVEL, Nationale Studie

Ter illustratie van de mate van voorkomen van bepaalde ziekten/aandoeningen waarvoor wordt verwezen naar medisch specialisten wordt in tabel 8.2 de top tien weergegeven van werkhypotheses/diagnoses waarvoor de meeste patiënten worden verwezen door huisartsen in de Nationale Studie.
Refractie-afwijkingen staan in ruim op de eerste plaats: meer dan 9% van het totaal aantal verwijzingen vindt plaats voor refractie-afwijkingen. De overige werkhypotheses/diagnoses laten een onderling verschil van maximaal een half procent zien.

Tabel 8.2 Top tien van diagnoses waarvoor de meeste patiënten worden verwezen (als percentage van het totaal aantal verwijzingen)

Diagnose		Percentage van totaal aantal verwijzingen
1.	refractie-afwijking	9.1
2.	angina pectoris	1.2
3.	acute beschadiging meniscus/kniebanden	1.0
4.	zwangerschap bevestigd	1.0
5.	cataract	1.0
6.	diabetes mellitus	1.0
7.	otitis media acuta/myrinigitis	0.9
8.	eczeem	0.9
9.	chronische bronchitis/CARA NEC	0.8
10.	niet etterige otitis media	0.7
totaal		17.6

Bron: NIVEL, Nationale Studie

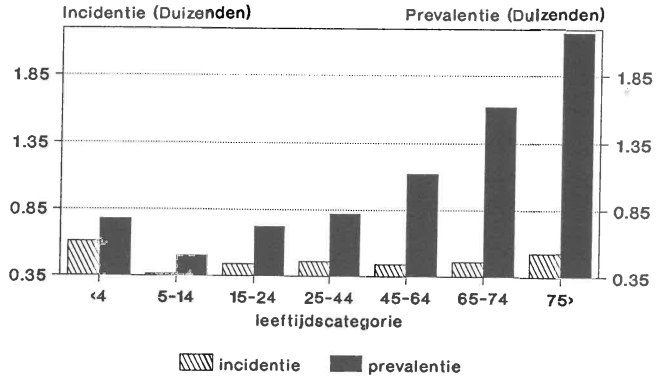
8.2.2. Verwijzen binnen leeftijds- en geslachtscategorieën

Als indicator van de morbiditeit in een praktijkpopulatie wordt vaak de leeftijds- en geslachtsverdeling van een populatie gebruikt, wanneer geen morbiditeitsspecifieke gegevens bekend zijn. In de figuren 8.1 en 8.2 zijn de incidentie per ICPC-hoofdstuk naar geslacht weergegeven en de incidentie en prevalentie van alle ICPC-hoofdstukken naar leeftijdscategorie.
Inderdaad blijkt zowel de incidentie, maar vooral de prevalentie van klachten en aandoeningen sterk toe te nemen met het vorderen van de leeftijd (figuur 8.1) en blijken vrouwen aan meer klachten en aandoeningen te lijden dan mannen (figuur 8.2), met name uit de hoofdstukken algemeen, bloed, maag-darmkanaal, hart-vaatstelsel, psyche, endocriene klieren/metabolisme en urinewegen.

Mét de morbiditeit en daarmee voor een deel mét de leeftijd neemt uiteraard ook de kans om verwezen te worden toe voor patiënten. In figuur 8.3 is het aantal verwijzingen per 1000 patiënten weergegeven naar leeftijd en geslacht van de patiënt. Uit figuur 8.3 blijkt dat oudere patiënten relatief meer worden verwezen dan jonge patiënten en dat, met name in de leeftijdscategorie 25 tot 44 jaar, vrouwen vaker worden verwezen dan mannen.

Figuur 8.1.:

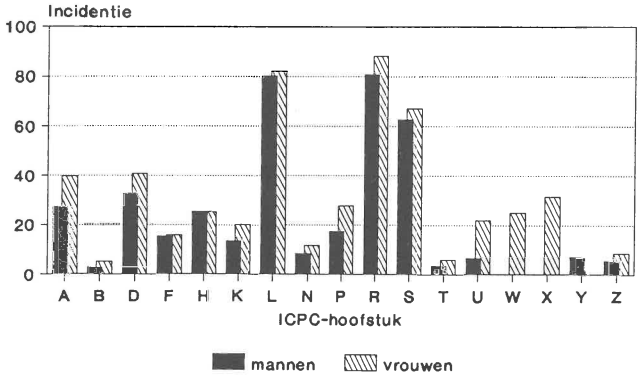
Incidentie en prevalentie van alle ICPC-hoofdstukken per 1000 pat. naar leeftijd



Bron: Van der Velden e.a., 1991, tabel 3.12, pp. 57

Figuur 8.2.:

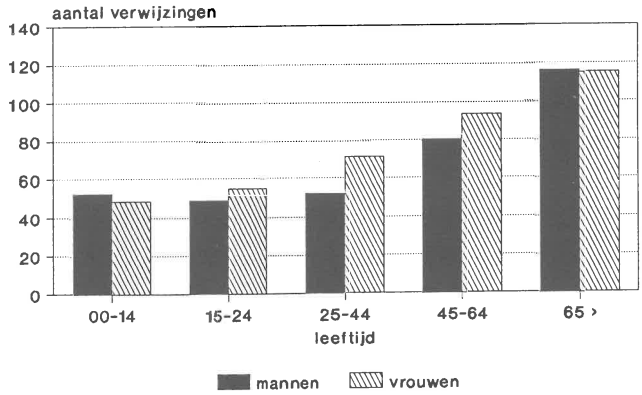
Incidentie per ICPC-hoofdstuk naar geslacht per 1000 patienten



Bron: Van der Velden e.a., 1991, tabel 3.11, pp. 56

A = algemeen, B = bloed, D = maag-darmkanaal, F = oog, H = oor, K = hart-vaatstelsel, L = bewegingsapparaat, N = zenuwstelsel, P = psyche, R = ademhalingsorganen, S = huid, T = endocrien/metabolisme, U = urinewegen, W = zwangerschap, X = vrouwelijke genitaliën, Y = mannelijk genitaliën, Z = sociale problemen

Figuur 8.3.: Verwijzingen per 1000 patienten per 3 maanden naar leeftijd/geslacht patient



Bron: NIVEL, Nationale Studie

8.2.3. Verwijzing en vergrijzing

In deze paragraaf wordt geprobeerd inzicht te verkrijgen in de gevolgen van wellicht de belangrijkste demografische verandering op korte en middellange termijn: de dubbele vergrijzing. Het aantal personen ouder dan 65, en met name het aantal personen ouder dan 80 jaar zal in aanzienlijke mate stijgen. Dit kan onder meer gevolgen hebben voor de morbiditeit. Deze gevolgen komen maar in beperkte mate tot uitdrukking in het verwijscijfer, omdat hierin de effecten van ontgroening, vergrijzing en groei van de bevolking tegelijkertijd zijn verdisconteerd.

In dit kader is het interessant om te kijken naar volume-ontwikkelingen in het aantal verwijzingen, door de verwijzingen per leeftijdscategorie met elkaar te vergelijken. Uitgaande van de verwijscijfers per leeftijdscategorie van de Nationale Studie, en aan de hand enerzijds van exacte opgaven van ziekenfondspatiënten door de Ziekenfondsraad, anderzijds van voorspellingen van het CBS over het te verwachten aantal personen per categorie voor de korte en middellange termijn kan een geïndexeerd volumeverloop worden berekend.

De gegevens met betrekking tot het aantal te verwachten personen in de jaren 1995, 2000 zijn afkomstig van het CBS (1990). In het Statistisch

Zakboek (1990) geeft het CBS de verwachting van het aantal inwoners in vijf leeftijdscategorieën (0-19, 20-44, 45-64, 65-79 en 80+). Op basis van gegevens van de Nationale Studie is voor elke leeftijdscategorie het aantal ziekenfondsverzekerden geschat (respectievelijk 59, 67, 61, 63 en 70%). Met behulp van de eveneens uit de Nationale Studie afkomstige verwijscijfers per leeftijdscategorie kunnen voor de jaren 1995, 2000, 2010 weer het aantal te verwachten verwijzingen worden berekend.

Het CBS geeft drie varianten van vooruitberekening. Hier is gekozen voor de middenvariant. De berekeningswijze gaat als volgt:

(1) $VW_{ij} = VC_i * VZij$,

waarbij VW = aantal verwijzingen
VC = verwijscijfer uit de Nationale Studie (1987/1988)
VZ = aantal ziekenfondsverzekerden
de subscripten
i = de specifieke leeftijdscategorie
j = jaar

Door het jaarlijkse aantal verwijzingen te indexeren, wordt het mogelijk een overzicht te krijgen van het relatieve verloop van het aantal verwijzingen. Als indexjaar is gekozen voor 1990. Indexering vindt dus plaats volgens

(2) $I_j = VW_j / VW_{1990} * 100$, waarbij

I = geïndexeerd aantal verwijzingen
VW = aantal verwijzingen
subscript j = jaar

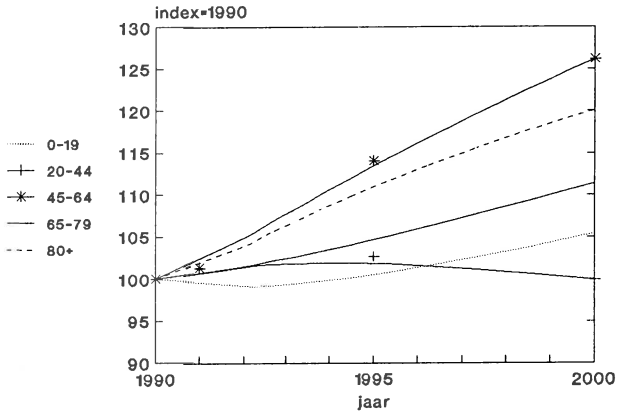
Samenvattend, het verloop is berekend voor ziekenfondspatiënten, in vijf leeftijdscategorieën (conform de indeling van het CBS): 0-19 jaar, 20-44 jaar, 45-64 jaar, 65-79 jaar en 80 jaar en ouder. Daarbij is uitgegaan van de volgende aannamen:

1. het verwijscijfer per leeftijdscategorie is constant in het beschouwde tijdvak 1990-2000.
2. Het percentage ziekenfondspatiënten per leeftijdscategorie voor de jaren 1995 en 2000 is gelijk aan dat van 1988 (Nationale Studie).

In figuur 8.4. zijn de resultaten grafisch weergegeven.

Figuur 8.4.:

Geraamd aantal ziekenfondsverwijzingen
1990 - 2000 (geindexeerd op 1990)



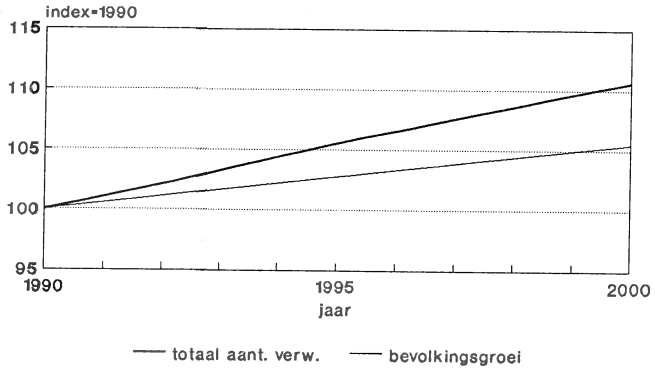
Bron: NIVEL, Verwijscijfers belicht

In de leeftijdscategorieën 45-64 en de ziekenfondspatiënten van 80 jaar en ouder zien we een grote toename van het aantal verwijzingen (respectievelijk 26% en 20%). In figuur 8.5. is de toename in het totaal aantal verwijzingen weergegeven, alsmede de groei van de bevolking in de periode 1990 tot 2010. In de figuur is te zien dat het totaal aantal verwijzingen sneller toeneemt dan de totale bevolkingsgroei: het totaal aantal verwijzingen groeit met 6% in 1995 (bevolkingsgroei 3%) en 11% in 2000 (bevolkingsgroei 5,5%).

Deze groei in het aantal verwijzingen zal niet alleen gevolgen hebben voor manpower planning, ook zullen veranderingen in het aan specialisten aangeboden morbiditeitspatroon plaats vinden, waardoor sommige specialismen meer dan andere met een toename in het aantal patiënten te maken zal krijgen. Naar verwachting zal het aantal verwijzingen op grond van chronische klachten disproportioneel toenemen, waardoor specialismen als bijvoorbeeld interne geneeskunde en reumatologie op niet al te lange termijn te maken zullen krijgen met een toenemend aantal patiënten, terwijl bij specialismen als KNO en kindergeneeskunde eerder sprake zal zijn van een afname (ceteris paribus!).

Figuur 8.5.:

Geraamde groei van het totaal aantal ziekenfonds verwijzingen en bevolkingsgroei 1990 - 2000 (geindexeerd op 1990)



Bron: NIVEL, Verwijscijfers belicht

8.3. Verwijscijfers en kwaliteit van huisartsgeneeskundig handelen

In de inleiding van dit hoofdstuk werd gesteld dat verwijscijfers van huisartsen voor een belangrijk deel worden verklaard door de morbiditeit waarmee zij worden geconfronteerd. Daarnaast hangt het verwijscijfer af van factoren als de mate waarin huisartsen bereid zijn onzekerheid te accepteren, hun taakopvatting, medische hobby's, werkdruk enzovoort. Daarmee is in feite al gezegd dat de hoogte van het verwijscijfer op zijn hoogst een gebrekkige indicator kan zijn voor de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen zonder kennis van de aan de huisarts aangeboden morbiditeit.

Niettemin bestaat grote behoefte aan parameters voor kwaliteit van zorg. Zo is het de bedoeling dat in het kader van de voorgenomen herregistratie van huisartsen inhoudelijke criteria een rol zullen gaan spelen. Nu is het ondoenlijk om alle Nederlandse huisartsen individueel op alle aspecten van de kwaliteit van zorg te toetsen. Er is daarom behoefte aan grovere indicatoren, waarmee extreme gevallen kunnen worden onderscheiden, bij wie vervolgens een meer diepgaand onderzoek naar de

kwaliteit van de geleverde zorg zou plaatsvinden. Op dit moment vormt het verwijscijfer een van de weinige uitkomstmaten voor de geleverde huisartsenzorg. De vraag kan worden gesteld of verwijscijfers wellicht bruikbaar zijn als een screeningsinstrument voor de kwaliteit van zorg. Als zou blijken dat bij bepaalde huisartsen of groepen huisartsen het verwijscijfer naar een specialisme stelselmatig hoger zou liggen en er zouden geen aanwijzingen zijn dat dit te wijten is aan een afwijkend morbiditeitsaanbod zou dat aanleiding vormen om bij die huisarts of groep van huisartsen nader onderzoek te doen naar de kwaliteit van zorg eventueel gevolgd door gerichte nascholing.

Mokkink (1986) stelt dat ziekenfondsverwijscijfers een algemene indicatie verschaffen ten aanzien de kwaliteit van het verwijsgedrag van huisartsen. Verwijscijfers vormen echter volgens hem geen nauwkeurige en gedetailleerde meetlat en ook is het 'cut-off-point' niet aan te geven, van waaraf het handelen inadequaat wordt. Ook stelt hij dat de 'meer verwijzingen' van veel verwijzende huisartsen vooral verwijzingen van niet-ernstige, 'self-limiting' aandoeningen betreffen. Hij tekent verder aan dat een kwalitatieve interpretatie van het verwijscijfer moet worden gezien tegen de achtergrond van de gehele werkwijze van de huisarts. 'Een laag verwijscijfer is bijvoorbeeld positiever te waarderen, wanneer het deel uitmaakt van een geïntegreerde werkwijze dan wanneer het deel uitmaakt van een minimum+recept werkstijl' (Mokkink, 1986, 121).

Mokkink heeft zijn stelling dat het ziekenfondsverwijscijfer een indicatie omtrent de kwaliteit van het verwijsgedrag van de huisarts verschaft niet empirisch kunnen valideren. Zo'n validatie is wel uitgevoerd door Knottnerus et al (1990), al is het slechts op basis van gegevens van vier huisartsen. Zij lieten een panel de verwijzingen van twee huisartsen met hoge verwijscijfers en twee huisartsen met gemiddelde verwijscijfers naar interne geneeskunde beoordelen. Er bleek geen verschil te zijn in het percentage van de verwijzingen waarbij sprake was van een duidelijke medische indicatie tussen de veel en gemiddeld verwijzende huisartsen. Hun conclusie luidde dan ook dat het gebruik van verwijscijfers om de kwaliteit van het verwijzen te beoordelen misleidend kan werken.

Een hoog verwijscijfer hoeft dus nog geen 'slecht' verwijscijfer te zijn. Aanwijzingen hiervoor komen ook uit het project 'Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering' (Stokx et al, 1992). Binnen dit project zijn huisartsen op een aantal specifieke thema's bijgeschoold en zijn de effecten

daarvan voor de zorgverlening nagegaan. Eén van de thema's betrof patiënten met visusstoornissen. Hiermee werd een afname van het aantal verwijzingen voor refractieafwijkingen beoogd en ook bereikt. Een ander thema betrof de kennis en vaardigheden van de huisarts om CARA te herkennen en om een deel van de patiënten, die op dat moment onder controle van de longarts stonden, zelf te controleren. Hiervan werd vanwege het beter herkennen van CARA meer eerste verwijzingen verwacht, maar daarnaast ook een afname van het aantal verlengingsverwijzingen door een adequate behandeling door de huisarts zelf. Het aantal eerste verwijzingen bleek inderdaad toe te nemen, maar in tegenstelling tot wat werd verwacht steeg het aantal verlengingsverwijzingen ook. We zien hieraan dat verbetering van de kwaliteit van herkenning en opsporing van CARA dus leidt tot een hoger verwijscijfer.

Al dit soort omstandigheden leiden ertoe dat er geen overeenstemming bestaat over de vraag hoe hoog het verwijscijfer zou moeten zijn. Ontwikkelingen in de richting van standaardisering van het huisartsgeneeskundig handelen, zoals bijvoorbeeld de ontwikkeling en implementatie van de NHG-standaarden, zouden op den duur kunnen leiden tot meer convergentie in de verwijscijfers van huisartsen.

Een laatste opmerking over verwijzen en de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen betreft de kwaliteit van de verwijzing zelf. Zo laat Kersten (1991) op basis van een analyse van 200 verwijsbrieven van de huisarts naar de internist het belang zien van het doen van een procedurevoorstel in een verwijsbrief. Als een huisarts, bijvoorbeeld, niet expliciet een consultatieve verwijzing doet, gaan internisten ook hoogst zelden als zodanig met de verwijzing om. De behandeling wordt dan óf overgenomen óf de patiënt wordt dan teruggestuurd naar de huisarts, maar zelden vindt consultatie plaats. Een consultatieve verwijzing leidt daarentegen zelden tot overname van de behandeling. Gezamenlijke behandeling komt helemaal niet voor, als de huisarts er niet om verzoekt. Het belang van een goede verwijsbrief wordt overigens door de beroepsgroep onderkend, getuige het feit dat er een NHG-standaard voor is.

De conclusie, die kan worden getrokken is dat er nogal wat haken en ogen zitten aan het in kwalitatieve termen interpreteren van verwijscijfers als los gegeven. Nergens is aangetoond dat huisartsen met een hoog verwijscijfer slechte huisartsen zijn of gemiddeld slechtere huisartsen zijn. Ook is niet aangetoond dat huisartsen met lage verwijscijfers goede

huisartsen zijn. Bij het interpreteren van de hoogte van het verwijscijfer moeten verder tenminste ook andere aspecten van de werkwijze van de huisarts worden betrokken. De vraag of aan veranderingen van het verwijscijfer in de tijd bij een gelijke populatie kwalitatieve interpretaties kunnen worden gehecht kan evenmin bevestigend worden beantwoord. We zagen in het project 'Kostenbesparing door Kwaliteitsbevordering' dat kwaliteitsverhogende maatregelen even goed tot een hoger dan tot een lager verwijscijfer kunnen leiden.
Dat er in het geheel geen relatie is tussen de kwaliteit van zorg en de hoogte van het verwijscijfer kan echter ook niet worden aangetoond. Het onderzoek van Knottnerus et al (1990) is hiervoor te kleinschalig. Nader onderzoek naar de relatie tussen kwaliteit van zorg en de hoogte van het verwijscijfer is daarvoor nodig. Dergelijk onderzoek sluit aan bij de aanbeveling van de programmacommissie Kwaliteit van Zorg om indicatoren en bijbehorende meetinstrumenten voor kwaliteit van zorg te gaan ontwikkelen en valideren.

9. HET VERWIJSCIJFER ALS MAAT VOOR HET SLAGEN VAN HET SUBSTITUTIE-BELEID

9.1. Inleiding

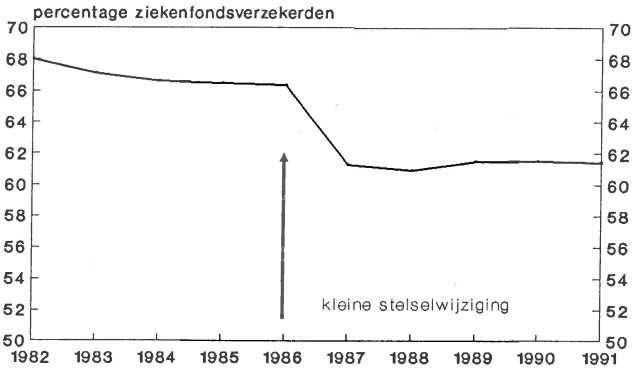
In dit hoofdstuk zal worden ingegaan op de bruikbaarheid van verwijscijfers voor het evalueren van het substitutie-beleid. Twee problemen werden daarbij in hoofdstuk 6 gesignaleerd: ten eerste zegt het ziekenfonds-verwijscijfer uiteraard niets over het gebruik van tweedelijnszorg door particuliere patiënten. Aangezien bijna 40% van de bevolking heden ten dage particulier verzekerd is, is het verwijscijfer voor ziekenfondspatiënten een weinig representatieve maat voor het evalueren van het substitutie-beleid. Ten tweede kunnen uit het verwijscijfer nauwelijks gegevens worden afgeleid omtrent de het volume van zorg en de kosten daarvan, die in de tweede lijn worden gegenereerd. Op elk van beide aspecten zal in de volgende twee paragrafen worden ingegaan.

9.2. Verwijzingen van particulier verzekerden

In hoofdstuk 1 werd al aangegeven dat het percentage ziekenfondsverzekerden in de Nederlandse bevolking gedurende de jaren tachtig is afgenomen van ongeveer 68% tot ongeveer 62% (zie ook figuur 9.1.). Het verwijscijfer per 1000 ziekenfondspatiënten wordt daarmee een steeds minder relevante maat om het substitutie-beleid en de poortwachtersfunctie van de huisarts aan te toetsen. Daar komt bij dat de populatie ziekenfondsverzekerden qua leeftijdsopbouw in afwijkt van de gehele Nederlandse bevolking, waardoor ziekenfonds verwijscijfers niet eenvoudig kunnen worden geëxtrapoleerd om tot een "landelijk" verwijscijfer te komen, nog afgezien van verscheidene administratieve problemen.
Ter illustratie van de verschillen in leeftijdsopbouw is in figuur 9.2. het percentage 65-plussers onder de ziekenfondsverzekerden en in de gehele Nederlandse bevolking weergegeven. In deze figuur is te zien dat over de periode 1982-1991 het percentage 65-plussers in de Nederlandse bevolking gelijkmatig is toegenomen van ongeveer 11,5% naar bijna 13%.

Figuur 9.1.:

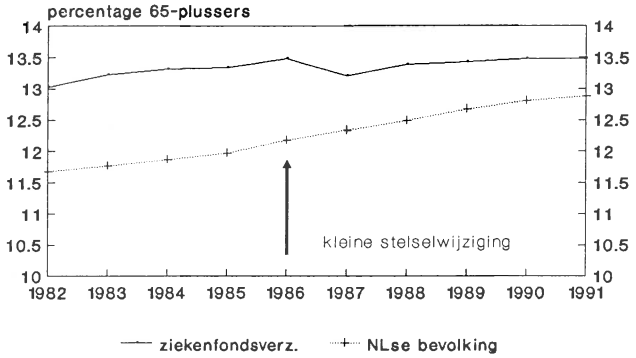
Ziekenfondsverzekerden als percentage van de Nederlandse bevolking



Bron: Jaarverslag Ziekenfondsraad 1990
Financieel Deel, Financiele Statistieken
Ziekenfondswet 1990, pagina 47

Figuur 9.2.:

65-plussers als percentage van ziekenfondsverzek. en Nederlandse bevolking



Bron: Jaarverslag Ziekenfondsraad 1990
Financieel Deel, Financiele Statistieken
Ziekenfondswet 1990

In de ziekenfondspopulatie daarentegen, is door de zogenoemde kleine stelselwijziging in 1986* het percentage 65-plussers toegenomen van ongeveer 13% naar ongeveer 13,5% in 1990. Over de gehele periode bezien ligt het percentage 65-plussers in de ziekenfondspopulatie hoger dan in de gehele Nederlandse bevolking. Met name ten gevolge van de kleine stelselwijziging is hetzelfde percentage in de ziekenfondspopulatie echter minder sterk gestegen dan in de gehele Nederlandse bevolking. De consequenties hiervan zijn onduidelijk omdat particulier verzekerden ook op een aantal andere punten verschillen van ziekenfondsverzekerden zoals bij voorbeeld sociaal-economische status.
Voor een zinvolle evaluatie van het substitutie-beleid zouden verwijscijfers van particuliere patiënten bekend moeten zijn. Verwijscijfers over particuliere patiënten worden evenwel door particuliere zorgverzekeraars niet verzameld, omdat particuliere patiënten niet dezelfde administratieve procedures kennen op hun gang door de verschillende echelons in de gezondheidszorg, zoals die gelden voor ziekenfondspatiënten. Of een particuliere verzekeraar een verwijzing van de huisarts eist voor een bezoek van een verzekerde aan een specialist, varieert sterk van maatschappij tot maatschappij en voor zover ten aanzien van verwijzen al eisen worden omschreven in de polisvoorwaarden, verschilt ook de controle op de naleving hiervan sterk tussen particuliere verzekeraars onderling. Voor zover al een verwijzing door de huisarts wordt gevraagd en de naleving daarvan wordt gecontroleerd, worden door particuliere verzekeraars toch geen aantallen verwijzingen geregistreerd. Voor ziekenfondsverzekerden vervult de verwijskaart een administratieve functie: de specialist declareert een verwijskaart ten behoeve van behandeling van een ziekenfondspatiënt. Voor particuliere patiënten declareren specialisten echter kosten van consulten en (neven)verrichtingen en geen verwijskaarten. Om die reden worden in de KISG-jaarboeken dan ook geen andere informatie aangetroffen omtrent specialistische hulp dan de kosten daarvan, bijvoorbeeld per verzekerde en per specialisme.
Het enige aanknopingspunt voor gegevens over verwijzingen van particuliere patiënten vormt de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. In deze paragraaf zal voor zover mogelijk worden ingegaan op verschillen in verwijscijfers tussen ziekenfonds- en particuliere patiënten per leeftijds- en geslachtscategorie.

---

* De "kleine stelselwijziging" vond plaats per 1 april 1986, op welke datum ongeveer 700.000 ouderen over gingen van ziekenfondsverzekering naar een particuliere verzekering.

9.2.1. Methode van vergelijking

Bij de vergelijking van de verwijzingen voor beide groepen in de Nationale Studie moet met een aantal zaken rekening worden gehouden.

Ten eerste kennen, zoals eerder werd aangegeven, particulieren geen verwijstraject zoals ziekenfondsverzekerden. Beide groepen patiënten kunnen bij een nieuw ziektegeval verwezen worden indien ze de huisarts bezoeken en deze daar een aanleiding voor vindt: Voor zowel particulier verzekerden als ziekenfondsverzekerden bestaan dan ook "nieuwe" verwijzingen, ook wel eerste verwijzingen genoemd. Voor ziekenfondspatiënten bestaan naast deze nieuwe verwijzingen ook nog administratieve verwijzingen zoals verlengingsverwijzingen (na een jaar), verwijzingen achteraf (na bij voorbeeld Eerste Hulp bezoek) en refractieverwijzingen, die ook in het verwijscijfer zijn opgenomen. Bij een vergelijking van verwijzingen in de Nationale Studie moet daarom alleen worden gekeken naar nieuwe (eerste) verwijzingen door huisartsen exclusief refractieverwijzingen.

Een tweede probleem dat helaas ook in de Nationale Studie niet kan worden ondervangen, is het feit dat weinig tot niets bekend is over de aantallen particuliere patiënten die niet eerst naar de huisarts gaan maar rechtstreeks (op eigen initiatief) naar een specialist. Er moet rekening mee worden gehouden dat de eerste verwijzingen van particuliere patienten naar specialisten een onderschatting vormen van het werkelijke gebruik van specialistische hulpverlening door particulieren.

Het derde probleem, dat samenhangt met het tweede, is dat verschillen in verwijscijfers sterk samen hangen met de noemer waarop de verwijzingen worden betrokken: het maakt nogal wat verschil of wordt gekeken naar bijvoorbeeld verwijzingen per 1000 patiënten of per 1000 contacten. Van Vliet en Van de Ven (1985) constateerden reeds dat particuliere patiënten veel minder contacten met de huisarts hebben dan ziekenfondsverzekerden. Voor een deel is dit het gevolg van verschillen in morbiditeit: particuliere patiënten zijn gemiddeld gezonder dan ziekenfondspatiënten. Voor een ander deel heeft dit te maken met verschillen in verzekeringsvorm: een deel van de particulier verzekerden is niet verzekerd voor de kosten van de huisarts en/of kent eigen bijdragen voor de kosten van medische zorg, hetgeen op zichzelf al een financiële drempel vormt voor het brengen van een bezoek aan de huisarts (Van Vliet & Van de Ven, 1985). In de Nationale Studie kan dit verschil worden gekwantificeerd: ziekenfondsverzekerden hebben ongeveer 1,3 contacten met de huisartspraktijk per patiënt per drie maanden en particulier verzekerden ongeveer 0,9 contacten per patiënt per drie maanden

(Groenewegen et al, 1992).
Voor de relatie met het aantal verwijzingen moet rekening worden gehouden met het feit dat particulier verzekerden op grond van een afwijkend morbiditeitspatroon minder contact hebben met de huisarts (en dus per 1000 particulier verzekerden minder worden verwezen dan ziekenfondsverzekerden). Tevens is het echter mogelijk dat particulier verzekerden op grond van hun verzekeringsvorm (bestaan van eigen bijdragen of onverzekerd zijn voor de huisarts) wellicht áls ze contact opnemen met de huisarts, gemiddeld zieker zijn dan ziekenfondsverzekerden die contact hebben met de huisarts. Hierdoor kan het verschil tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden kleiner zijn wanneer wordt gekeken naar aantallen verwijzingen per 1000 contacten, dan wanneer alleen wordt gekeken naar verwijzingen per 1000 patiënten.

9.2.2. Resultaten

Ter illustratie van de verschillen in verwijscijfers van particulier en ziekenfondsverzekerden zijn de tabellen 9.1. en 9.2. gemaakt naar Gloerich & Van der Zee (1992).

Tabel 9.1.: Aantal nieuwe/eerste verwijzingen van de huisarts naar de specialist per 1000 **patiënten** per jaar naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm

	ziekenfonds		particulier			
			met huisarts verzekering		zonder huisarts verzekering	
leeftijd	man	vr.	man	vr.	man	vr.
0 - 4 jaar	208	164	152	156	200	68
5 - 14 jaar	128	140	96	100	100	80
15 - 24 jaar	132	176	96	104	76	104
25 - 44 jaar	180	220	120	176	108	168
45 - 64 jaar	224	240	164	200	132	156
65 - 74 jaar	272	280	224	204	244	200
75 en ouder	284	284	268	260	272	188

Bron: NIVEL, Determinanten van verwijzen

Bij het gebruik van het aantal patiënten in de noemer is te zien dat vrouwen in de vruchtbare- en menopauzale leeftijd hogere verwijscijfers hebben dan mannen van dezelfde leeftijdscategorieën. Dit geldt voor alle drie de onderscheiden verzekeringsvormen.
Overigens is voor wat betreft de verzekeringsvorm voor vrouwen in alle leeftijdscategorieën eenzelfde patroon te herkennen. Ziekenfondsverzekerden hebben het hoogste verwijscijfer, particulieren met huisartsverzekering nemen een middenpositie in en particulieren zonder huisartsverzekering kennen de laagste verwijscijfers.
Ook bij mannen geldt dat ziekenfondsverzekerden de hoogste verwijscijfers kennen in alle leeftijdscategorieën. De beide onderscheiden soorten particuliere verzekeringen nemen in de verschillende leeftijdscategorieën voor mannen afwisselend een middenpositie of een lage positie in.

Tabel 9.2.: Aantal nieuwe/ eerste verwijzingen van de huisarts per 1000 **contacten** per jaar naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm

	ziekenfonds		particulier			
			met huisarts verzekering		zonder huisarts verzekering	
leeftijd	man	vr.	man	vr.	man	vr.
0 - 4 jaar	168	172	148	164	220	84
5 - 14 jaar	208	212	196	200	264	200
15 - 24 jaar	220	168	216	136	244	164
25 - 44 jaar	224	180	204	176	240	208
45 - 64 jaar	180	156	196	164	180	148
65 - 74 jaar	148	128	148	112	232	152
75 en ouder	116	100	136	100	140	80

Bron: NIVEL, Determinanten van verwijzen

Mannen van 15 jaar en ouder hebben bij het gebruik van het aantal contacten als noemer een hogere verwijsratio dan vrouwen in dezelfde leeftijdsklasse. Dit geldt voor alle drie de verzekeringsvormen.
Over alle leeftijdscategorieën bezien zien we het patroon dat per 1000 contacten mannen met huisartsverzekering het minst worden verwezen, mannen met een ziekenfondsverzekering een tussenpositie innemen en mannen zonder huisartsverzekering de hoogste verwijsratio's laten zien.
De belangrijkste uitzondering vormt de groep mannen tussen 45 en 64

jaar. In deze groep hebben mannen met een huisartsverzekering de hoogste verwijsratio. Voor vrouwen zien we een veel wisselender beeld.

In het onderzoek van Gloerich & Van der Zee (1992) is nagegaan welke factoren van invloed zijn op het wel of niet verwijzen door de huisarts van patiënten. Wanneer wordt gekeken naar het aantal **verwijzingen per 1000 personen** met een contact met de huisartspraktijk, dan blijkt het verwijscijfer sterk samen te hangen met verzekeringsvorm: ziekenfondspatiënten worden vaker verwezen dan particuliere patiënten. Daarnaast worden vrouwen minder verwezen dan mannen. Het effect van leeftijd stabiliseert na het 45e levensjaar: mensen boven de 45 worden wel vaker verwezen dan mensen onder de 45, maar het aantal verwijzingen neemt na het 45e jaar niet meer toe.
Indien het aantal **verwijzingen** wordt geanalyseerd **per 1000 contacten**, worden vrouwen eveneens minder vaak verwezen dan mannen, is het aantal verwijzingen het hoogst in de categorie 5 tot 15-jarigen en worden ziekenfondspatiënten vaker verwezen dan particuliere patiënten.
Indien **verwijzingen**, tot slot, op de meest gebruikelijke manier worden bekeken, namelijk in aantallen **per 1000 ingeschreven patiënten**, worden ziekenfondspatiënten vaker verwezen dan particuliere patiënten, worden mannen even vaak verwezen als vrouwen en neemt boven de leeftijd van 75 jaar het aantal verwijzingen per 1000 patiënten af (Gloerich & Van der Zee, 1991, p. 95-96).

9.3. Verwijscijfer en kosten van zorg

Nadat in de vorige paragraaf verwijzingen van particuliere patiënten aan de orde zijn geweest, zal in deze paragraaf nader worden ingegaan op de relatie tussen verwijscijfers en kosten van zorg. Verwijscijfers houden indirect verband met de kosten van gezondheidszorg, doordat zij een indicatie geven over de instroom vanuit de relatief goedkope eerste lijn naar de relatief dure tweedelijn: hoe meer patiënten worden verwezen naar de tweede lijn, des te hoger zullen in het algemeen de kosten van gezondheidszorg zijn. Toch is het vrijwel onmogelijk om op basis van verwijscijfers uitspraken te doen over de kosten van zorg, om de simpele reden dat de ene verwijskaart de andere niet is. Een verwijskaart die wordt uitgeschreven voor een patiënt die eenmalig bij een chirurg geholpen wordt aan een ingegroeide teennagel, zal bijvoorbeeld in veel mindere mate bijdragen aan de kosten van gezondheidszorg dan een

verwijskaart die wordt uitgeschreven voor een CARA-patiënt, die voortdurend onder behandeling van een longarts zal blijven. Het probleem bij het leggen van een verband tussen de hoogte van verwijscijfers enerzijds en kosten van zorg anderzijds is dat, ten eerste bekend zou moeten zijn wat de *case mix* is van de verwezen patiëntenpopulatie (aan welke aandoeningen leiden verwezen patiënten en in welke mate) en dat vervolgens bekend zou moeten zijn wat de vervolgkosten van een verwijzing zijn per ziektecategorie.
In het vervolg van deze paragraaf zal op de invloed van beide grootheden nader worden ingegaan.

9.3.1. Case mix van de verwezen populatie

Welke relatie bestaat er tussen de case mix van de verwezen patiëntenpopulatie enerzijds en specialistische hulpverlening volgend op een verwijzing anderzijds? Gesteld kan worden dat hiernaar tot op heden vrij weinig onderzoek is gedaan en wat er aan onderzoek is gedaan, kan over het algemeen niet meer dan een indicatie geven over deze relatie. Mokkink (1986, p. 97) schrijft hierover:

> " *Er is betrekkelijk weinig empirisch onderzoek verricht naar de invloed van de werkwijze van de huisarts op de omvang van de hulpverlening in de tweede lijn. Wel wordt door meerdere auteurs vanuit verschillende theoretische overwegingen een verband gepostuleerd tussen het verwijsgedrag van de huisarts enerzijds en het handelen van de specialist en de gevolgen daarvan anderzijds.* "

Mokkink (1986, p. 97-100) vat deze verschillende gepostuleerde verbanden samen in twee, aan elkaar tegengestelde, standpunten:

1. Er vindt snel na de eerste selectie van patiënten door de huisarts, een tweede selectie plaats van verwezen patiënten door de specialist, waardoor ten onrechte verwezen patiënten snel weer terug stromen naar de eerste lijn.
2. Een verwijzing leidt tot een bepaalde hoeveelheid hulpverlening, ongeacht de aandoening waarvoor wordt verwezen, waardoor patiënten hoe dan ook een bepaalde tijd in de tweede lijn blijven hangen.

In zijn analyses (1986, p. 103-115) vindt Mokkink ondersteuning voor elk van beide standpunten. Mokkink gaat er van uit dat huisartsen die relatief veel patiënten verwijzen, meer patiënten voor relatief onschuldige

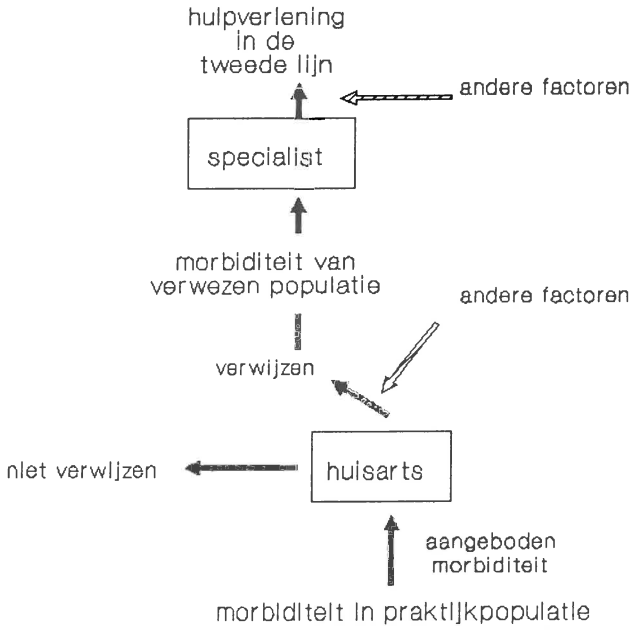
aandoeningen verwijzen dan huisartsen die relatief weinig patiënten verwijzen. Aangezien Mokkink slechts beschikte over morbiditeitsspecifieke verwijsgegevens van vier huisartspraktijken, is deze aanname niet erg hard te maken, maar, verondersteld dat deze hypothese klopt, dan blijkt uit zijn analyses dat bij de specialismen oogheelkunde en chirurgie de "tweede zeef" inderdaad werkt (ondersteuning voor standpunt 1), terwijl bij de specialismen gynaecologie en interne geneeskunde het verwijsgedrag van de huisarts en de (verondersteld) ernst van de aangeboden morbiditeit niet van invloed is op de hulpverlening die volgend op de verwijzing plaatsvindt (ondersteuning voor standpunt 2). Mokkink verklaart deze verschillen uit de aard van de specialismen: bij oogheelkunde en chirurgie "overheerst bijvoorbeeld het therapeutisch handelen en leidt het diagnostisch handelen vrij snel tot duidelijkheid omtrent de vraag in hoeverre therapeutisch handelen geboden is en zoja in welke vorm" (1986, p. 116) terwijl bij interne geneeskunde "het diagnostisch handelen duidelijk de overhand" heeft.
Ondersteuning voor standpunt 1 werd ook gevonden door Kersten (1991, p. 108-109), die een negatief verband vond tussen het, voor leeftijd en geslacht van de patiëntenpopulatie gecorrigeerde, verwijscijfer van huisartsen en het, voor leeftijd en geslacht van de *verwezen* patiënten gecorrigeerde, opnamecijfer: hoe meer patiënten door een huisarts worden verwezen, des te minder patiënten worden in het ziekenhuis opgenomen. Het negatieve verband bleek zowel voor interne specialismen te bestaan als voor heelkundige specialismen, analoog aan de resultaten van Mokkink, was het negatieve verband voor de heelkundige specialismen echter sterker.
In een recent proefschrift van Westert (1991) wordt ingegaan op verschillen in ligduur voor een tiental chirurgische verrichtingen tussen regio's en binnen regio's tussen verschillende ziekenhuizen. Westert gaat eerst de invloed na van een aantal medisch relevante kenmerken van patiënten op de ligduur. Vijf typen kenmerken worden geanalyseerd, die een indicatie moeten vormen van case mix, te weten: leeftijd van de patiënt, geslacht, het aantal gedeclareerde nevenverrichtingen en het aantal betrokken specialismen (beide als indicator voor de medische complexiteit van een casus) en tot slot, het wel of niet hebben herhaald van de chirurgische hoofdverrichting (dat wil zeggen, één van de tien chirurgische verrichtingen waarop het onderzoek zich heeft toegespitst) als indicatie voor het optreden van (post-operatieve) complicaties. Afhankelijk van de chirurgische verrichting, bleken deze vijf variabelen slechts 2 tot 39% van de variatie (R^2) in ligduur te verklaren. Verschillen in ligduur bleken voor een

groot deel te kunnen worden verklaard uit het zich conformeren aan de heersende "ligduurstandaard" onder artsen in één ziekenhuis, de beschikbare hoeveelheid bedden (hoe meer bedden, des te langer de ligduur) en het honoreringssysteem van specialisten (langere ligduur voor artsen in loondienst).

Ten aanzien van de relatie tussen morbiditeit en verwijzen kan het volgende worden geconcludeerd. Flierman (1991) stelt dat het handelen van huisartsen in hun contacten met individuele patiënten in de eerste en belangrijkste plaats wordt bepaald door de gezondheidstoestand van de patiënt en pas binnen de grenzen die worden gesteld door deze gezondheidstoestand door andere factoren (zoals het streven naar een hoog inkomen of voldoende vrije tijd). Zelden determineert de gezondheidstoestand van een patiënt het handelen van een huisarts volledig: in de meeste gevallen blijft een zekere beslissingsvrijheid over voor de arts om, ten eerste te beslissen of behandeling (c.q. diagnostiek) noodzakelijk is, en zo ja, of hij de noodzakelijke behandeling zelf zal uitvoeren of zal verwijzen naar een specialist. Beide beslissingen worden in meer of mindere mate bepaald door heersende standaarden en opvattingen ten aanzien van de situaties waarin al dan niet een behandeling moet worden toegepast en ten aanzien van de taakafbakening huisarts-specialist.
Aangenomen mag worden, dat wat geldt voor huisartsen in zekere zin ook op zal gaan voor specialisten. Ook de handelingen van specialisten zullen in de eerste en belangrijkste plaats worden bepaald door de morbiditeit van de verwezen patiënt in kwestie, maar binnen de, soms ruime, soms beperkte grenzen die worden gesteld door de gezondheidstoestand van een patiënt, heeft een specialist de keuze om te denken dat 1) behandeling (c.q. diagnostiek) noodzakelijk is en 2) zo ja, tussen het terugverwijzen van de patiënt naar de huisarts om de behandeling uit te voeren, of het zelf uitvoeren van de behandeling en 3) als hij tot het laatste besluit, heeft de specialist in theorie nog de keuze tussen hetzij poliklinisch behandelen, hetzij klinisch behandelen. Het is duidelijk dat in veel gevallen, deze keuzen in grote mate worden bepaald door de morbiditeit van een patiënt: bij een geperforeerde blindedarm zijn zowel terugverwijzen naar de huisarts als poliklinisch behandelen geen reële opties. Wanneer een specialist echter wordt geconfronteerd met een patiënt met vage klachten, die door de huisarts ten einde raad maar eens is verwezen, zijn de keuze-mogelijkheden uiteraard veel groter.
In schema (zie figuur 9.3.) kan het bovenstaande als volgt worden weergegeven: de huisarts beslist in de eerste plaats op basis van de hem

aangeboden morbiditeit en de tweede plaats op basis van andere factoren of hij een patiënt al dan niet zal verwijzen naar een specialist. De specialist, die wordt geconfronteerd met een naar hem verwezen patiënt, beslist eveneens ten eerste op basis van de morbiditeit van deze patiënt en ten tweede op basis van andere factoren, welke zorg in de tweede lijn zal worden verleend en hoeveel.

Figuur 9.3.:



Voor de relatie tussen verwijzen - gebruik van tweedelijnszorg - kosten van zorg betekent een en ander dat:

1) zonder morbiditeitsspecifieke gegevens over het handelen van de huisarts geen uitspraken kunnen worden gedaan over de vraag of een huisarts (te) veel, respectievelijk (te) weinig verwijst;
2) zonder morbiditeitsspecifieke verwijscijfers geen uitspraken kunnen worden gedaan over de beslissingsruimte die specialisten hebben ten aanzien van de hulpverlening in de tweede lijn;
3) zonder gegevens over deze beslissingsruimte die specialisten hebben ten aanzien van zorg in de tweede lijn, geen voorspellingen kunnen worden gedaan over de tweedelijnszorg die gegenereerd zal worden

door het verwijzen van patiënten naar specialisten.

9.3.2. Vervolgkosten van verwijzen

Naar de kosten van (tweedelijns)zorg per morbiditeitscategorie is zo mogelijk nog minder onderzoek gedaan dan naar het gebruik van zorg per categorie. Een vergelijking van de kosten van zorg voor verschillende ziektecategorieën is slechts uitgevoerd door Koopmanschap e.a. (1991). Overige studies naar kosten van zorg per ziektecategorie hebben slechts betrekking op een of enkele verschillende diagnosen of ziekten. Aangezien de studie van Koopmanschap e.a. betrekking heeft op kosten van zorg per diagnosegroep, is het moeilijk op basis hiervan uitspraken te doen over vervolgkosten van verwijzen. Wel wordt in het betreffende onderzoek onderscheid gemaakt in kosten van klinische verrichtingen per diagnosegroep.

Tabel 9.3.: Kosten van klinische verrichtingen, verpleegkundige zorg in het ziekenhuis en geraamde kosten huisartsgeneeskundige zorg per diagnosegroep in miljoenen guldens

Diagnosegroep	Verpleegkundige zorg	Klinische verrichtingen	Huisarts
hartvaatziekten	2037	251	189
kankers	1469	142	36
bewegingsstelsel	1206	148	108
uitwendige oorzaken	1161	109	79
spijsvertering	1117	113	52
symptomen	882	37	589
ademhalingsziekten	760	45	234
zwangerschap	751	87	34
geslacht/urineweg	712	133	58
psychiatrie	639	2	56
zenuwstelsel	583	98	115
endocriene ziekten	393	16	45
perinataal	351	2	1
dermatologie	227	8	77
infectieziekten	172	3	86
congenitaal	136	27	3
bloedziekten	107	4	21
niet toewijsbaar	0	0	11
totaal	12701	1225	1793

Bron: Koopmanschap e.a.

De resultaten van Koopmanschap e.a. met betrekking tot deze kosten zijn weergegeven in tabel 9.3. De kosten van klinische verrichtingen zijn gebaseerd op aantallen verrichtingen per diagnosegroep en de tarieven die voor medisch specialisten gelden voor deze verrichtingen. De kosten van huisartsgeneeskundige zorg zijn toegedeeld op basis van contactredenen (aantal keren dat de diagnosegroepen reden voor contact met de huisartspraktijk vormden), waarbij noodgedwongen ervan uit is gegaan dat de kostprijs per contact gelijk is. De kosten hebben betrekking op het jaar 1988.
Hoewel zeer informatief, zijn de cijfers van Koopmanschap e.a. op dit moment (nog) niet bruikbaar om uitspraken te doen over vervolgkosten van verwijzen. De meeste kosten zijn, zoals blijkt uit tabel 9.3., gemoeid met de meest voorkomende (ernstige) ziekten, zoals hart-vaat ziekten en kanker. Koopmanschap e.a. geven zelf aan:

> " *Met de uitkomsten van deze studie zijn uitdrukkelijk geen uitspraken mogelijk over de gemiddelde kosten per patiënt die lijdt aan een specifieke ziekte. Daarvoor zijn naast de kosten betrouwbare prevalentiecijfers noodzakelijk en deze zijn op dit moment vrijwel nooit voorhanden.* " *(1991, p. 47)*

In de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk zijn weliswaar gegevens beschikbaar over de prevalentie van aandoeningen. Deze cijfers hebben echter alleen betrekking op aan de huisarts gepresenteerde problemen in drie maanden en zijn geen weerspiegeling van het voorkomen van ziekten en problemen in de bevolking (Van der Velden e.a., 1991). Bovendien is vergelijking van de gegevens niet eenvoudig, omdat Koopmanschap e.a. gebruik hebben gemaakt van het ICD-9-classificatiesysteem (International Classification of Diseases), terwijl in de Nationale Studie gebruik is gemaakt van het ICPC-classificatiesysteem (International Classification of Primary Care). De ICD is sterk klinisch gericht en bevat daardoor vrijwel uitsluitend diagnoses en nauwelijks klachten en problemen die in de huisartspraktijk voorkomen. Vergelijking van de beide systemen is vaak moeilijk, omdat de ICPC-indeling meer dan de ICD-indeling is gebaseerd op lokalisatie van de aandoening. Zo is bijvoorbeeld de ICD-classificatie "kankers" niet als afzonderlijk hoofdstuk beschikbaar in de ICPC-classificatie (kankers zijn daar ondergebracht onder de afzonderlijke lokalisaties in het lichaam waar zij kunnen optreden, bijvoorbeeld het maag-darmkanaal, de ademhalingswegen en dergelij-

ke). Het rechtstreeks vergelijken van de prevalentie van aandoeningen in de huisartspraktijk met de door Koopmanschap e.a. berekende kosten, is daarom zeker in het kader van dit rapport niet mogelijk.

9.3.3. Verwijscijfers en substitutie van zorg

Aan het begin van dit hoofdstuk werd gesteld dat verwijscijfers doorgaans worden bestudeerd om hetzij inzicht te verkrijgen in het handelen van huisartsen, hetzij om informatie te winnen over substitutie en kosten van zorg. In de beide voorgaande paragrafen hebben we laten zien dat de relatie tussen verwijscijfers en gebruik en kosten van zorg complex van aard is, hetgeen één van de belangrijkste redenen zal zijn dat er zo weinig over bekend is. In deze paragraaf zullen we trachten te beredeneren wat er afgelezen zou kunnen worden aan verwijscijfers ter evaluatie van het substitutie-beleid.

In de inleiding van deel A van dit rapport werd gesteld dat er twee typen substitutie bestaan, voor zover het substitutie van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg betreft:

1. substitutie in de zin van het versterken van de eerste lijn opdat patiënten binnen de eerste lijn behandeld blijven worden en niet hoeven worden doorverwezen naar de tweede lijn;
2. het verschuiven van zorg die (nu nog) in de tweede lijn wordt verleend naar de (versterkte) eerste lijn.

Beide typen zouden kortweg kunnen worden aangeduid als het **vasthouden** van patiënten in de eerste lijn en het **terughalen** van patiënten uit de tweede lijn. Met name het vasthouden van patiënten binnen de eerste lijn zou tot uitdrukking moeten komen in een lager verwijscijfer. Het (eerder) terughalen van patiënten uit de tweedelijn zou met name tot uitdrukking moeten komen in een lager aantal herhaalkaarten. Het terughalen van patiënten uit de tweede lijn zou voorts afgelezen kunnen worden aan een daling van het aantal verlengingsverwijzingen, ware het niet dat verlengingsverwijzingen niet als aparte categorie zijn opgenomen in de ziekenfondsadministratie. Kortom, als verwijscijfers op basis van de ziekenfondsadministratie al een indicatie geven over het wel of niet optreden van substitutie van zorg, dan betreft het daarbij alleen substitutie van het eerste type: het vasthouden van patiënten binnen de eerste lijn.

Wat voor patiëntencategorieën moeten wij ons daarbij voorstellen? Verwijzingen kunnen plaatsvinden voor verschillende categorieën patiënten. Te denken valt aan mensen die voor een eenmalige, relatief kleine (chirurgische) ingreep worden verwezen, mensen die langere tijd onder

poliklinische behandeling van een specialist blijven (bijvoorbeeld diabeten), mensen die met somatiserende klachten voor verdere diagnostiek worden verwezen en mensen die intensieve zorg (waaronder intensieve verpleegkundige zorg) nodig hebben.
In termen van kosten van zorg is het voorstelbaar dat patiënten die in het kader van substitutie van zorg binnen de eerste lijn worden gehouden, in plaats van te worden verwezen naar een specialist, met name uit de eerste categorie afkomstig zullen, hetgeen niet de duurste categorie patiënten is. Een uitzondering daarop vormen patiënten die intensieve thuiszorg ontvangen.
Intensieve thuiszorg kan worden gedefinieerd als het verplegen thuis patiënten met een opname-indicatie voor een ziekenhuis of verpleeghuis. Waar dit soort substitutie van zorg plaatsvindt, wordt er veel bespaard op de kosten van tweedelijnszorg, met name op de hoge kosten van verpleging. De besparing in de tweede lijn wordt echter voor een groot deel teniet gedaan door de hoge kosten die ook in de eerste lijn zijn gemoeid met het verplegen en verzorgen van deze patiëntencategorieën.
Voor patiënten die in de eerste lijn worden gehouden en geen behoefte hebben aan intensieve verpleging en verzorging zullen de besparingen in de tweede lijn minder zijn, hetzelfde geldt echter voor de te maken extra kosten in de eerste lijn. Vaak worden medisch-technische verrichtingen aangehaald als substitutie-mogelijkheden op dit terrein. Om substitutie te bevorderen zijn gedurende de jaren tachtig stemmen opgegaan voor een gedeeltelijk honorering voor specifieke verrichtingen van huisartsen. Uit een onderzoek naar een verandering van honorering in Kopenhagen (van 100% abonnementshonorering naar 50% abonnement - 50% honorering per verrichting) bleek dat een daling van 20% optrad in het verwijscijfer, ten gevolge van het vaker uitvoeren van verrichtingen door huisartsen (Flierman, 1991).
De LHV sloot in 1990 een overeenkomst, die nog niet is geïmplementeerd, met de VNZ, voor een honorering voor 17 geselecteerde verrichtingen bovenop de gebruikelijke abonnementshonorering. Bij de effectiviteit van een op deze leest geschoeide honorering per verrichting (boven op het abonnement) kunnen echter vraagtekens worden geplaatst. Uit een onderzoek van Van Heyningen e.a. (1991) naar de invoering van een honorering voor 27 medisch-technische verrichtingen in de regio Leiden-Alphen bleek dat ten gevolge van deze interventie geen duidelijke substitutie-effecten waren opgetreden. Voor macro-veranderingen in het gebruik van zorg, zou het handelen van huisartsen over een veel breder vlak hebben moeten veranderen dan alleen voor de relatief beperkte

onderdelen waarop de honorering per verrichting was. Voor het honoreren van specifieke verrichtingen concludeerden Van Heyningen et al (1991, p. 86) al dat gekozen zou moeten worden voor verrichtingen die in voldoende hoge mate voorkomen en **kunnen** voorkomen in de huisartspraktijk.
Het merendeel van door huisartsen uitgevoerde medisch-technische verrichtingen komen hiervoor wellicht niet in aanmerking. Het grootste deel van het werk van de huisarts bestaat uit zaken als gespreksvoering, het geven van voorlichting, geruststellen en dergelijke. De huisartsen die deelnamen aan de Nationale Studie voerden per 1000 contacten 590,5 behandelingen uit. Van deze behandelingen bestond 60% uit het geven van voorlichting en advies (vaak in combinatie met gespreksvoering). Medisch-technische verrichtingen werden in slechts 11% van de behandelingen uitgevoerd (Groenewegen et al, 1992, p. 42).
Flierman (1991) heeft bovendien aangetoond dat niet alle medisch-technische verrichtingen geschikt zijn om substitutie te veroorzaken. Voor een groot aantal diagnostische verrichtingen geldt dat een aparte honorering hiervoor waarschijnlijk weinig substitutie tot gevolg kan hebben.

Gesteld kan worden dat voor het realiseren van werkelijke substitutie van zorg de eerste lijn een aanzuigende werking zou moeten hebben, terwijl de tweedelijn in ieder geval niet óók een aanzuigende werking dient te hebben, zoals in het huidige stelsel wel het geval is met per verrichting gehonoreerde specialisten en huisartsen die geen werkelijke invloed hebben op wat er met hun patiënten in de tweedelijn gebeurt (Kersten, 1991). Substitutie werkt volgens het mechanisme: meer patiënten in de eerste lijn - minder gebruik van tweedelijnszorg - lager kosten. Zowel de eerste stap (meer eerste lijn - minder tweede lijn) treedt niet automatisch op zo lang specialisten de mogelijkheid hebben om via het uitvoeren van meer verrichtingen te compenseren voor een reëel of potentieel verlies van patiënten (en daarmee van inkomen), terwijl ook bij de tweede stap (minder tweedelijnszorg - lagere kosten) vraagtekens kunnen worden geplaatst. Want hoe dan ook, voor iedere vorm van substitutie geldt dat de winst in termen van kosten slechts zal bestaan uit het verschil in kosten van behandeling in de tweede lijn en kosten van behandeling in de eerste lijn. Omdat, zoals in de vorige paragraaf is besproken, weinig tot niets bekend is over deze kosten per morbiditeitscategorie, kunnen ook geen uitspraken worden gedaan over de winst die substitutie kan opleveren.

9.3.4. Conclusies ten aanzien van kosten van zorg

In deze paragraaf is nader ingegaan op de relatie die wordt verondersteld aanwezig te zijn tussen de hoogte van het verwijscijfer, het gebruik van tweedelijnszorg en de totale kosten van gezondheidszorg. Geconcludeerd moet worden dat deze relatie complex is, hetgeen één van de redenen zal zijn waarom er tot nu toe nauwelijks iets over bekend is. Het minder verwijzen van patiënten naar de tweede lijn, zou moeten leiden tot een lager gebruik van tweedelijnszorg hetgeen op zijn beurt zou moeten resulteren in lagere kosten van gezondheidszorg. In dit hoofdstuk hebben we getracht aan te tonen dat het in werking treden van dit mechanisme afhangt van 1) de morbiditeit waarmee patiënten worden verwezen, 2) de beslissingsruimte die deze morbiditeit over laat voor specialisten ten aanzien van de te verlenen hoeveelheid tweedelijnszorg, 3) de kosten van behandeling van patiëntencategorieën in de tweede lijn en 4) de kosten van behandeling van dezelfde patiëntencategorieën in de eerste lijn.

De gebruikte morbiditeits-specifieke gegevens zijn afkomstig uit de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. De gegevens dateren echter uit 1987 (en de eerste drie maanden van 1988), hetgeen betekent dat zij nu alweer vijf jaar oud zijn. Het is duidelijk dat over nog eens vijf jaar deze gegevens niet meer representatief zullen zijn voor de gang van zaken in de Nederlandse huisartspraktijk, waarmee een zinvolle evaluatie van het substitutie-beleid alleen maar nog moeilijker zal worden.

LITERATUUR

CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Statistisch Zakboek 1990. 's-Gravenhage: SDU uitgeverij, 1990

EVANS R.G. Strained mercy: the economics of Canadian health care. Toronto: Butterworths, 1984

FINANCIEEL OVERZICHT ZORG 1992. 's-Gravenhage: SDU uitgeverij, 1991

FINANCIEEL OVERZICHT ZORG 1990. 's-Gravenhage: SDU uitgeverij, 1989

FLIERMAN H.A. Changing the payment system of general practitioners. Dissertatie. Utrecht: NIVEL, 1991

FOETS M., J. VAN DER VELDEN. Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Meetinstrumenten en procedures. Utrecht: NIVEL, 1990

GLOERICH A.B.M., J VAN DER ZEE. Determinanten van verwijzen door de huisarts naar de tweedelijn. Utrecht: NIVEL, 1992

GROENEWEGEN P.P., D.H. DE BAKKER, J VAN DER VELDEN. Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1992

HEYNINGEN J.M. VAN, M.F.M.T. DU MOULIN, J.D. MULDER. Het Verrichtingen Onderzoeksproject Regio Leiden en Alphen, Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Faculteit der Geneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden, 1991

JAARBOEKEN LISZ/IBIS, Liz, 1985, 1986, 1978/1988, 1989.

JAARVERSLAG ZIEKENFONDSRAAD 1988. Amstelveen: Ziekenfondsraad.

JAARVERSLAG ZIEKENFONDSRAAD 1990. Amstelveen: Ziekenfondsraad

KERSTEN T.J.J.M.T. De invloed van de huisartsen in de tweedelijn. Utrecht: NIVEL, 1991

KNOTTNERUS J.A., J. JOOSTEN, J. DAAMS. Comparing the quality of referrals of general practitioners with high and average referral rates: an independent panel review. Br Journ. Gen. Pract.; 40, 1990, p. 178-181

KOOPMANSCHAP M.A., L. VAN ROIJEN, L. BONNEUX. Kosten van ziekten in Nederland, MGZ 91.03, Rotterdam: Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Instituut voor Medische Technology Assessment, Erasmus Universiteit, 1991.

MOKKINK H.G.A. Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen. Dissertatie. Nijmegen: K.U.N., 1986

ROSEN B. Professional reimbursement and professional behavior: emerging issues and research challenges. Social Science and Medicine; 29, 1989, no 3.

SIXMA H. EHBO in Zoetermeer: een onderzoek naar de EHBO-voorziening in Zoetermeer rond de opening van het Lage Land Ziekenhuis. Utrecht: NIVEL, 1990

STOKX L., A.B.M. GLOERICH, T.J.J.M.T. KERSTEN. Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering. Utrecht: NIVEL, 1992

STUURGROEP TOEKOMSTSCENARIO'S GEZONDHEIDSZORG. Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg. Deel 2: Achtergrondstudies. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu van Loghum, 1992

VELDEN J. VAN DER, D.H. DE BAKKER, A.A.M.C. CLAESSENS, F.G. SCHELLEVIS. Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1991

VLIET R.C.J.A. VAN, W.P.M.M. VAN DE VEN. Consumptieverschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden nader onderzocht: overzicht van empirische bevindingen. Gezondheid & Samenleving; 7, 1986, no 2.

WESTERT G.P. Verschillen in ziekenhuisgebruik. Dissertatie. Groningen/Utrecht: I.C.S., 1991

WILENSKY G.R., L.F. ROSSITER. The relative importance of physician-induced demand in the demand for medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly; 61, 1983, no. 2.

ZEE J. VAN DER. Herverkavelen in de gezondheidszorg. Med Cont. 40, 1985, pp. 1265-7.

Enkele andere recente NIVEL-rapporten over verwijzen en de daaraan verbonden kosten:

'Determinanten van verwijzen door de huisarts naar de tweedelijn'
Auteurs: A.B.M. Gloerich, J. van der Zee
Mei 1992, 212 pag. *f* 30,50

Dit rapport is een deelproject van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Een aantal belangrijke publicaties omtrent het verwijsproces worden besproken. De kwaliteit van de gegevens waarop wetenschappelijke analyses met betrekking tot het verwijsproces worden verricht, worden onder de loep genomen. Vervolgens wordt de invloed van patiënt-, huisarts - en huisartspraktijkkenmerken op het verwijsproces gekwantificeerd. Tot slot worden interventieprofielen per medisch specialisme en per morbiditeitscategorie gegeven.

'Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering'
Auteurs: L.J. Stokx, A.B.M. Gloerich, T.J.J.M.T Kersten
Mei 1992, 211 pag. *f* 21,00

Dit rapport vormt de neerslag van de evaluatie van een uitgebreid programma voor deskundigheidsbevordering voor huisartsen in opdracht van de ziekenfondsraad. Het effect van zo'n programma op het aantal verwijzingen bij specifieke morbiditeit is geanalyseerd. Daarnaast is ook gekeken naar het voorschrijfgedrag van huisartsen.

'Geld, zorg en geldzorgen: honorering van huisartsen als instrument voor kostenbeheersing'
Auteurs: D.M.J. Delnoy, T.J.J.M.T Kersten, L.J. Stokx
April 1992, 269 pag. *f* 38,00

Dit rapport vormt de verslaglegging van het onderzoek Combinatie Inzichten Huisartsen Honorering, dat is uitgevoerd in opdracht van de Ziekenfondsraad. Het onderzoek vormde een combinatie van verschillende activiteiten, waaronder een literatuurstudie naar de invloed van honeringssystemen op het handelen van huisartsen en specialisten en een vergelijking van twee nederlandse experimenten met elkaar en met de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk.