

Is meten weten

Analyse en terugkoppeling
van productiecijfers
in 5 gezondheidscentra
te Eindhoven



nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

drieharingstraat 6
postbus 1568 3500 bn utrecht
tel. 030 2729700 fax 030 2729729

*F. Veerman
D. de Bakker
J. Broeren
A. van de Rijdt - van de Ven
J. van de Sande*

SAMENSTELLING PROJECTGROEP EINDHOVENS DOELMATIGHEIDSPROJECT

- F. Veerman, Huisarts Gezondheidscentrum Stratum en projectleider Eindhovens Doelmatigheidsproject.
- Dr. D. de Bakker, Projectleider Kwaliteit en Organisatie van het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL).
- Drs. J. Broeren, Apotheker, Contactpersoon Vrije Beroepen regio Zuid-Oost Brabant van zorgverzekeraar VGZ.
- Dr. A. van de Rijdt - van de Ven, Bestuurslid Stichting Gezondheidscentra Eindhoven.
- Drs. J. van de Sande, Coördinator Zorg, Stichting Gezondheidscentra Eindhoven.

Oorspronkelijk maakten ook deel uit van de Projectgroep de heren T. Aarts , T. Mulder, A. van de Linden en J. van Spengen. Gedurende het project hebben zij binnen VGZ een andere functie aanvaard.

Verder verleenden medewerking aan het project:

- Ir. J. Kaasenbrood, Statisticus Zorgverzekeraar VGZ.
- J. Gravestein, Research-assistent NIVEL.

INHOUDSOPGAVE

1	AANLEIDING, OPZET EN VERLOOP VAN HET PROJECT	1
1.1	Voorgeschiedenis	1
1.2	De opzet van het project	1
1.2.1	Begrippenkader	1
1.2.2	Probleemstelling	3
1.2.3	Doelstelling	3
1.2.4	Vraagstelling	3
1.2.5	Het onderzoeksveld	4
1.2.6	Begeleiding en projectorganisatie	4
1.3	Het verloop van het project	4
1.3.1	Activiteiten	4
1.3.2	Gegevensverzameling	5
1.3.3	Betrouwbaarheidstoetsen	6
1.3.4	Terugkoppeling	6
1.3.5	Verklarende variabelen	7
1.3.6	Deelprojecten	7
1.4	Verschuiving doelstelling	8
2	DE CIJFERMATIGE BEVINDINGEN UIT HET PROJECT	11
2.1	Inleiding	11
2.2	Methoden	12
2.3	Ontwikkeling volume en kosten 1993-1995	13
2.4	Waar hangen variaties mee samen?	21
2.5	Voorschrijven door de specialist	23

zorgverlening moet het oneigenlijk gebruik of aanbieden van zorg, medicijnen en andere materiële middelen zoveel mogelijk worden teruggedrongen.

Doelmatigheid is hier dus een aspect van kwaliteit.

In het rapport van de Commissie-Dunning, 'Kiezen en Delen' (WVC, 1991), staat de volgende omschrijving: Doelmatige zorg betekent zorg met een bepaalde gezondheidswinst tegen zo laag mogelijke kosten. Men spreekt in dit rapport over gepaste zorg. Zorg moet zinnig en zuinig zijn. Gezien de schaarste aan menskracht en middelen moet een ondergrens van werkzame zorg worden vastgesteld opdat de beschikbare zorg rechtvaardig en doelmatig wordt verdeeld. Doelmatigheid is hier dus vooral een keuzecriterium in tijden van schaarste.

Ook in het rapport van de Commissie-Biesheuvel, 'Gedeelde Zorg: Betere Zorg' (WVC, 1994), speelt het begrip doelmatigheid een belangrijke rol. Men stelt, dat, nu de vraag naar zorg de komende jaren steeds verder zal stijgen, meer dan ooit een doelmatige organisatie van de zorg nodig is, om daarmee een bijdrage te leveren aan een beheerste kostenontwikkeling.

Doelmatige zorg wordt hier omschreven als zorg die noodzakelijk is, van de juiste aard, in de juiste omvang gegeven, door de juiste hulpverlener verleend, op de daartoe meest geëigende plaats en die tot het gewenste effect kan leiden (doeltreffend is).

Binnen het curatieve zorgaanbod heeft de huisarts een belangrijke regiefunctie. Als poortwachter is hij een zeer belangrijke 'besliser' over kosten die al dan niet 'verderop' gemaakt worden (WVC, 1994). Hier is doelmatigheid dus vooral een richtinggevend criterium bij de organisatie van de (curatieve) zorg.

De huisarts kan zowel in zijn functie van behandelaar als van poortwachter een grotere bijdrage leveren aan de doelmatigheid in de zorgsector ('Poortwachter in praktijk', Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg, 1995).

In de discussienota 'De wereld verandert en de huisarts verandert mee' (LHV, 1995) wordt in dit verband gesproken over het 'zorgsturend vermogen' van de huisarts.

Hier dient zich voor de arts een dilemma aan: enerzijds wordt er op beleidsniveau gesproken over een ondergrens van werkzame zorg, anderzijds zullen in het individuele arts-patiënt contact de meeste artsen en de overgrote meerderheid van de patiënten kiezen voor de beste zorg die beschikbaar is, ongeacht de kosten.

In een recent onder medisch specialisten uitgevoerd onderzoek blijkt dat zij moeite hebben om de dubbelrol te accepteren van de arts, enerzijds als belangenbehartiger van de patiënt en anderzijds als financiële waakhond voor de samenleving. Het is moeilijk om een evenwicht te vinden tussen de ethische principes van de barmhartige Samaritaan (het beste doen voor de patiënt) en die van rechtvaardigheid en spaarzaamheid (het beste doen voor de maatschappij in het algemeen) (Wouters e.a. 1997).

In de voorbereidingscommissie van het project is doelmatigheid opgevat als een aspect van kwaliteit. Verbeteren van doelmatigheid is een onderdeel van kwaliteitsbeleid. Men is het eens over de stelling, dat streven naar doelmatigheid niet ten koste mag gaan van andere kwaliteitsaspecten.

Bij de opzet van het project was de aandacht vooral gericht op een behaalde of te behalen bonus c.q. malus tegen de achtergrond van de subsidieproblematiek. Het door VGZ aangeleverde cijfermateriaal betreft volume- en kostencijfers. Hierdoor is in het verslag, met name bij de analyse van de cijfermatige bevindingen, vooral gekeken naar kosten-doelmatigheid. Daar waar de project-activiteiten zich vooral in de spreekkamer, in het arts-patiënt-contact afspeelden, is in het algemeen uitgegaan van een veel ruimer begrip doelmatigheid (meer in de sfeer van 'Biesheuvel'). Dit blijkt in dit verslag vooral uit de beschrijving van de deelprojecten.

1.2.2 Probleemstelling

De probleemstelling die (in 1994) leidde tot de start van het Bonus-Malus-Experiment is vervat in de vraag: hoe moet in de toekomst, als de subsidies voor gezondheidscentra worden afgeschaft, de financiering van de centra worden geregeld?

Voor VGZ was de vraag vooral of een bonus-malus-systeem een geschikt instrument is voor een alternatieve financiering van gezondheidscentra.

Voor de SGE was het niet alleen de vraag of een bonus-malus-regeling haalbaar is, maar ook of dit wenselijk en aantrekkelijk is.

De Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra (LVG) heeft in de Nota Strategische Beleidsanalyse Gezondheidscentra (1993) drie toekomststrategieën voor centra aangegeven. De eerste is kort samengevat het afzien van verdere subsidiëring (beperking samenwerkingskosten). De tweede strategie is doorgaan in de huidige vorm en door doelmatig werken aanvullende financiering zien te verwerven. Het derde alternatief is zich differentiëren, een eigen specifiek produkt aanbieden: het aanbieden van speciale zorgprogramma's maar ook de rol op zich nemen van bedenker, organisator en coördinator van nieuwe werk- en samenwerkingsvormen.

Het bonus-malus experiment bood de SGE de gelegenheid om de mogelijkheden van zowel de tweede als de derde strategie te verkennen.

1.2.3 Doelstelling

Het primaire doel van het project is: te onderzoeken of huisartsen in gezondheidscentra minder vervolgcosten genereren dan huisartsen buiten centra en of financiering van gezondheidscentra op basis van een dergelijke financiële meerwaarde haalbaar, wenselijk en aantrekkelijk is.

Achterliggend doel is om door middel van het experiment voor SGE en VGZ in ieder geval voldoende informatie te verzamelen om een weloverwogen keuze te kunnen maken voor een toekomstige werkwijze en organisatievorm van de centra en de financiering daarvan.

1.2.4 Vraagstelling

Ten behoeve van bovengenoemde doelstelling is de volgende vraagstelling geformuleerd:

'Op welke wijze en in welke mate kunnen huisartsen (en gezondheidscentra als geheel) doelmatig gebruik van zorg beïnvloeden en op welke wijze kan een te realiseren doelmatigheidswinst gebruikt worden voor de financiering van samenwerkingskosten en ontwikkelingskosten?'

Hiervan afgeleid werden de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Hoe hoog is de financiële meerwaarde die in het proefjaar gerealiseerd kan worden?
2. Welke mogelijkheden hebben huisartsen in de centra en de centra als geheel om de doelmatigheid in het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen te beïnvloeden?
3. Welke effecten heeft het streven naar meer doelmatig gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen voor andere kwaliteitsaspecten en hoe verhoudt een bonus-malus-regeling zich tot de zorg voor bijzondere patiënten-categorieën en de ontwikkelingsfunctie van gezondheidscentra?
4. Wat zijn de ervaringen met het gebruik van door VGZ geleverde productie-cijfers?
5. Hoe kunnen de centra worden gestimuleerd en gesteund en wat is daarbij de rol van een te behalen bonus?

6. Wat zijn de gevolgen van doelmatigheidsbevordering voor de werkwijze en economische bedrijfsvoering van de andere in de centra aanwezige disciplines?

Besloten is het jaar 1995 te bestempelen als 'proeffase'. In dit proefjaar zouden gegevens verzameld worden, zonder daar al financiële consequenties aan te verbinden.

1.2.5 Het onderzoeksveld

Het experiment betreft de praktijken van de 23 huisartsen van de SGE, werkzaam in 5 gezondheidscentra, te weten: GC de Orion, GC Woensel, GC Strijp, GC Stratum en GC Tongelre.

Het totale patiëntenaantal van deze praktijken bedraagt 44.000, waarvan 29.500 bij VGZ (ziekenfonds) verzekerd zijn. De overige huisartsen in Eindhoven, die als referentie gekozen zijn, hebben ruim 93.000 bij VGZ verzekerde patiënten in hun bestand.

Gezien het brede belang van een experiment gericht op bevordering van doelmatigheid werd het gewenst geacht om de Districts Huisartsen Vereniging (DHV) over de opzet en voortgang te informeren en zo mogelijk bij het project te betrekken. Overleg hierover is in gang gezet.

1.2.6 Begeleiding en projectorganisatie

Eveneens met het oog op het algemeen belang en gezien de complexiteit van de materie werd wetenschappelijke begeleiding en evaluatie van het experiment zeer wenselijk geacht. Het NIVEL nam deze taak op zich en formuleerde een plan voor de wetenschappelijke evaluatie.

Er is een Projectgroep geformeerd, bestaande uit vertegenwoordigers van VGZ en SGE met als taak de planning en voortgang van het project te bewaken. Een Stuurgroep werd met de uitvoering belast.

De Stuurgroep kwam twee-wekelijks bijeen en heeft zich vooral bezig gehouden met de planning en voorbereiding van activiteiten, met controle en interpretatie van beschikbaar komende gegevens, met de daadwerkelijke terugkoppeling van gegevens naar de centra en met de verslaglegging.

1.3 Het verloop van het project

1.3.1 Activiteiten

In onderstaand schema wordt een overzicht gegeven van de activiteiten die in de loop van het project hebben plaatsgevonden.

Overzicht projectverloop

	1994	1995	1996	1997
	voorbereiding	proeffase		evaluatie
onderzoek (hoofdstuk 2)	betrouwbaar- heidstoetsen		<ul style="list-style-type: none"> analyse productie-cijfers onderzoek relatie productie-cijfers /praktijk- en popula-tiekenmerken 	
terugkoppeling productie-cijfers (hoofdstuk 3.2)	1 najaar '94 / voorjaar '95 niet bewerkte gegevens 1993		2 voorjaar: bewerkte gegevens '93 en '94 3 midden '96: bewerkte gegevens '93/'94/ '95 1e half jaar	
deelprojecten (hoofdstuk 3.3)		<ul style="list-style-type: none"> keuze onderwerp nulmeting (1e kwartaal'95) voorbereiden interventie 	<ul style="list-style-type: none"> uitvoeren interventie 	vergelijken gegevens 1e kwartaal '95 met 1e kwartaal '96
evaluatie (hoofdstuk 4)				rapportage voorbereiding vervolgtraject

1.3.2 Gegevensverzameling

Om inzicht te krijgen in de hoogte van een eventueel te behalen bonus en in de mate, waarin beïnvloeding mogelijk is, heeft VGZ productie-cijfers geleverd, betreffende:

- leeftijdsopbouw van het verzekerdenbestand (voor de referentiegroep en per centrum en per huisarts)
- aantallen verwijskaarten per 1000 verzekerden
- kosten van specialistische hulp per verzekerde (alleen kosten van honoraria van poliklinische consulten en verrichtingen, niet van gebruik operatiekamer, etc.)
- aantallen verwijzingen fysiotherapie per 1000 verzekerden, evenals het aantal behandelingen en de kosten daarvan
- aantallen voorschriften van geneesmiddelen per 1000 verzekerden, kosten per verzekerde en kosten per voorschrift
- aantallen verpleegdagen per specialisme per 1000 verzekerden

In bijlage I wordt een voorbeeld gegeven van de VGZ-cijfers per arts en een nadere toelichting op de aard van de cijfers.

Deze gegevens waren bij de aanvang van het project beschikbaar over de jaren 1993 en 1994 (verpleegdagen alleen over 1994) en zouden over 1995 per kwartaal worden aangeleverd. De gepresenteerde getallen zijn gecorrigeerd voor verschillen in leeftijdsopbouw en zijn steeds vergeleken met de gegevens van de overige huisartsen in de stad Eindhoven (de referentiegroep).

Er is niet gecorrigeerd voor geslacht omdat de geslachtsverdeling van de SGE-populatie als geheel niet afwijkt van die van de totale Eindhovense bevolking.

De aanlevering van VGZ-cijfers is minder soepel verlopen dan is voorzien. De interne

reorganisatie bij VGZ, wijzigingen in het administratieve systeem en de waarschijnlijk vooraf te optimistische inschatting van de noodzakelijke tijdsinvestering zijn daar ondermeer debet aan.

Er zijn over 1995 alleen kwartaalcijfers over de eerste twee kwartalen aangeleverd. Deze kwamen, evenals de jaarcijfers met grote vertraging beschikbaar. Om die reden is gestopt met het aanleveren van kwartaalcijfers.

Cijfers over 1996 zijn nog niet beschikbaar. Alleen ten behoeve van de deelprojecten die op prescriptie betrekking hebben, zijn cijfers aangeleverd voor de desbetreffende geneesmiddelengroepen. Voor deze onderdelen zijn cijfers beschikbaar van het eerste, en tweede halfjaar 1995 en van het eerste halfjaar 1996.

Een voorbeeld van deze gedetailleerde prescriptiecijfers is te vinden in bijlage III.

Naast de door VGZ aangeleverde data zijn ook via de centra zelf gegevens verzameld. Door middel van door de artsen ingevulde vragenlijsten is informatie verzameld over praktijkkenmerken, populatiekenmerken, werkstijl van de huisarts, verwijspatronen en al dan niet bestaande voorkeuren voor samenwerking met een of meer van de vier ziekenhuizen in de regio.

Ook is onderzocht hoeveel patiënten met chronische ziekten er in de afzonderlijke praktijken geregistreerd zijn. Hiertoe zijn in vier van de vijf centra alle patiënten geteld, aan wie in de geautomatiseerde praktijkregistratie een ICPC-(diagnose)-code is toegekend horend bij hart- en vaatziekten, chronische longaandoeningen dan wel diabetes mellitus.

1.3.3 Betrouwbaarheidstoetsen

De eerste cijfers die VGZ aanleverde waren aanleiding om na te gaan of de getallen overeenstemmen met die uit de eigen geautomatiseerde registraties van de betreffende praktijken. Hiertoe zijn op kleine schaal betrouwbaarheidstoetsen uitgevoerd. Hierover wordt in hoofdstuk 2 gerapporteerd.

1.3.4 Terugkoppeling

In 1996 is tweemaal een ronde gemaakt langs de vijf centra, voor terugkoppeling van de door VGZ geleverde productie-cijfers. De eerste maal betrof dat de gegevens van 1993 en 1994, in de tweede ronde zijn daar de cijfers van het eerste half jaar van 1995 aan toegevoegd. Een derde ronde met de cijfers van het hele jaar 1995 en mogelijk die van 1996 zal nog volgen.

Bij de voorbereiding van deze gesprekken bleken de cijfers in de vorm waarin ze door VGZ aangeleverd werden niet goed hanteerbaar. Door de veelheid en onoverzichtelijkheid is het niet of nauwelijks mogelijk er conclusies uit te trekken. Het NIVEL heeft de gegevens bewerkt, waardoor de belangrijkste items per centrum en per huisarts wel zichtbaar worden. Een voorbeeld van de door het NIVEL bewerkte cijfers is te vinden in bijlage II.

De stuurgroep bereidde de gesprekken voor. De agenda van elke bespreking bevatte als hoofdpunten de belangrijkste items, waarin een centrum dan wel een of meer huisartsen zich onderscheidden van het regiogemiddelde, van andere centra dan wel van de andere artsen binnen het centrum. Daarbij werd in het overleg zowel in geval van een bonus als bij een malus gezocht naar verklaringen voor de gevonden verschillen (bijvoorbeeld werkwijze, specifieke kenmerken van het centrum, de populatie of de artsen).

Soms zijn verklaringen gevonden, soms ook niet; vaak riepen de cijfers voornamelijk nieuwe vragen op. In het algemeen leidde deze confrontatie met de productie-cijfers tot een als zeer zinvol ervaren reflectie op het eigen handelen en de effecten daarvan.

Door de genoemde vertraging in het beschikbaar komen van de cijfers zijn er op dit moment

nog weinig conclusies te trekken over eventuele ontwikkelingen en trends.

Bij de start van het project was de verwachting, dat frequente periodieke terugkoppeling van de cijfers op onderdelen mogelijk tot meetbare veranderingen zouden leiden.

Die frequente terugkoppeling bleek om praktische redenen niet haalbaar. Achteraf gezien zou dat waarschijnlijk ook nauwelijks zinvol zijn geweest, aangezien productie-cijfers per kwartaal per arts nogal sterk blijken te variëren en kennelijk vaak bepaald worden door toevalsfactoren.

Met name de vraag of een te behalen bonus een prikkel vormt voor doelmatig handelen kon bij het huidige verloop van het project (nog) niet worden getoetst.

1.3.5 Verklarende variabelen

De productie-cijfers (betreffende aantallen verwijskaarten, kosten specialistische hulp, verpleegdagen, fysiotherapie en geneesmiddelenprescriptie) laten grote verschillen zien tussen de verschillende centra, maar ook binnen elk centrum tussen de artsen onderling.

De notie dat de ene arts nu eenmaal doelmatiger werkt dan de andere was, als enige verklaring voor de gevonden verschillen, onbevredigend. Er moesten, naar het gevoel van de betrokkenen, ook andere factoren in het spel zijn.

In de gesprekken met de teams is steeds naar dat soort factoren gezocht.

Ook de met behulp van vragenlijsten verzamelde gegevens betreffende praktijk-, populatie- en arts-kenmerken, zijn gebruikt bij het zoeken naar verklaringen voor gevonden verschillen.

De aantallen patiënten met chronische aandoeningen bleken per praktijk sterk uiteen te lopen. Mede gezien de bevindingen van het 'Experiment Contracterings-modellen' uit Noordwijk (Breedveld e.a. 1994) bestond het vermoeden, dat ook deze zeer uiteenlopende aantallen van invloed zouden zijn op de productie-cijfers.

Bestudering van deze cijfers riep overigens vragen op over de betrouwbaarheid ervan. Grote onderlinge verschillen tussen praktijken met vergelijkbare leeftijdsopbouw wekten in elk geval de indruk dat deze cijfers met enig voorbehoud gehanteerd moeten worden. Mogelijk bestaat er tussen de artsen nog onvoldoende uniformiteit in coderingssystematiek om deze cijfers als betrouwbaar vergelijkingsmateriaal te gebruiken.

Ondanks deze beperking, - er waren geen 'betere' cijfers voorhanden -, is door het NIVEL onderzocht of er correlaties te vinden zijn tussen praktijk-, populatie- en arts-kenmerken en de aantallen chronisch zieke patiënten per praktijk enerzijds en de productie-cijfers anderzijds.

De resultaten van deze exercities worden besproken in hoofdstuk 2.

1.3.6 Deelprojecten

In twee centra zijn gerichte interventies voorbereid en uitgevoerd met het doel te onderzoeken of door gerichte activiteiten doelmatigheid te verbeteren valt en of dat ook in de cijfers is terug te vinden.

In De Orion is een deelproject betreffende prescriptie van geneesmiddelen voor het maag-darm-stelsel uitgevoerd, in Stratum deelprojecten betreffende prescriptie van geneesmiddelen voor het ademhalingsstelsel en verwijzingen oogheelkunde.

Over deze deelprojecten wordt in hoofdstuk 3 verslag uitgebracht.

1.4 Verschuiving doelstelling

Vooruitlopend op de beschouwingen in hoofdstuk 4, waar een en ander veel uitgebreider aan de orde komt, kunnen hier, in het kader van de beschrijving van het verloop van het experiment, toch al wel enkele evaluerende opmerkingen worden gemaakt.

Bij de start van het project was de voornaamste vraag of een bonus-malus-systeem een haalbaar en aantrekkelijk alternatief is voor de financiering van gezondheidscentra.

Naarmate er meer cijfers beschikbaar kwamen, werd steeds duidelijker, dat de materie dermate complex is, dat er nog geen conclusies te trekken zijn over de hoogte van een te behalen doelmatigheidswinst en de mogelijkheden om die te beïnvloeden.

Hoewel de cijfers van 1993, 1994 en 1995 een aanzienlijke bonus voor de gezamenlijke SGE-centra opleveren, blijken de verschillen tussen de centra en tussen de artsen binnen de centra zeer aanzienlijk.

Voordat antwoorden gevonden kunnen worden, zal eerst meer inzicht verkregen moeten worden in en onderzoek moeten worden gedaan naar het verband tussen volume- en kosten-cijfers enerzijds en het huisartsgeneeskundig handelen anderzijds.

Zolang daarbij nog zoveel onduidelijk en onvoorspelbaar blijft, lijkt het niet wenselijk om de financiering van de centra aan deze cijfers te koppelen.

Zo is in de loop van het project de doelstelling duidelijk verschoven van: onderzoek naar de haalbaarheid van een bonus-malus-systeem als alternatieve financieringsregeling naar: onderzoek naar de relatie tussen productie-cijfers en huisartsgeneeskundig handelen.

De meer algemene achterliggende vragen zijn: Is de huisarts in staat om de hem toebedachte rol en taak van poortwachter met (meetbaar) effect uit te voeren? En is het 'zorgsturend vermogen' van de huisarts krachtig genoeg om volume, kosten en kwaliteit van de zorg in gunstige zin te beïnvloeden?

Een van de conclusies van de Commissie-Dunning luidt: De commissie vindt dat de beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg verantwoording moeten afleggen inzake de kwaliteit van handelen, ook wat betreft de geldelijke gevolgen van hun handelen (WVC, 1991).

Het ligt voor de hand om aan te nemen, dat in dit kader productie-cijfers in de toekomst een belangrijke rol gaan spelen. Daar ligt een groot belang van het hier beschreven experiment. In ieder geval is duidelijk geworden, dat het interpreteren van deze cijfers uitermate moeilijk is. Met de ervaring die in dit project tot nu toe is opgedaan, kan gesteld worden dat er nog veel verder onderzoek nodig zal zijn, voordat men op grond van deze cijfers werkelijk iets kan zeggen over het handelen van de (huis-)arts.

Wel is met dit experiment een nieuwe stap gezet op de weg van het ontwikkelen van een instrument voor terugkoppeling van productie-cijfers.

Tijdens het project zijn ook bij VGZ accenten verschoven in het denken over een bonus-malus-systeem. Mede op basis van de eerste resultaten van de cijfermatige analyses veranderde bij VGZ de visie op het experiment. Ook in die kring is onderkend dat niet te eenzijdig 'aangestuurd' moet worden op het aantonen van een eventuele financiële meerwaarde. De rol die gezondheidscentra kunnen spelen ten aanzien van de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde in de regio wordt ook door VGZ als een belangrijke meerwaarde gezien.

Doordat het accent niet meer ligt op het financieringsvraagstuk en doordat het experiment een meer algemene doelstelling heeft gekregen, is het in ieder geval ook voor huisartsen in het algemeen interessanter geworden. Voor de toekomst zal dan ook gezocht worden naar mogelijkheden om op dit vlak tot samenwerking met de DHV te komen.

De conclusie van dit experiment is dat het volledig vervangen van de huidige financieringsregeling voor gezondheidscentra door een bonus-malus systeem niet haalbaar en niet wenselijk is.

Mogelijk is dat op onderdelen wel het geval en kan een te behalen doelmatigheidswinst worden gebruikt voor aanvullende financiering.

Uiteindelijk 'verdienen' de SGE-centra gezamenlijk, door de jaren waarover het project nu inzicht verschaft heen, een aanzienlijke bonus, ook al vertoont die grote schommelingen.

De vele intrigerende vragen, die het project tot dusverre heeft opgeroepen, vragen in ieder geval om verder onderzoek. Voorstellen hiertoe worden in hoofdstuk 4 uitgewerkt.

2 DE CIJFERMATIGE BEVINDINGEN UIT HET PROJECT

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de cijfermatige bevindingen weergegeven van het bonus-malus-project.

Oorspronkelijk was de aandacht van het project vooral gericht op kostenbesparing, doelmatigheidswinst en beïnvloedingsmogelijkheden daarvan tegen de achtergrond van de mogelijk wegvallende subsidies voor gezondheidscentra. Door terugkoppeling per kwartaal van gegevens en het uitvoeren van specifieke projecten zou mogelijk doelmatigheidswinst optreden die in de cijfers zichtbaar zou worden in de vorm van een toenemende 'bonus' indien men bij de aanvang al goedkoper werkte dan in de referentiegroep (de Eindhovense huisartsen buiten de SGE) dan wel een afnemende 'malus' indien men bij de aanvang duurder werkte.

Er zijn twee redenen waarom deze verwachting niet uitkomt:

1. Gedurende het project bleken de gepresenteerde cijfers zoveel vragen op te roepen dat de aandacht verschoof naar onderzoek naar het verband tussen kostencijfers zoals door de zorgverzekeraar gepresenteerd en het huisartsgeneeskundig handelen; het ging eerder om de vraag in hoeverre de door VGZ aangeboden cijfers konden dienen als stuurinformatie dan om de daadwerkelijke beïnvloeding van de kosten.
2. De terugkoppelingsgegevens kwamen veel later beschikbaar dan aanvankelijk gepland.

Duidelijke veranderingen in de kostenontwikkeling van de SGE-huisartsen in vergelijking tot de andere Eindhovense huisartsen mogen niet worden verwacht. Het feit dat er een bonus-malus-experiment was of zou komen kan misschien wel enig effect hebben gehad. De feitelijke ontwikkeling van de kosten wordt op een rij gezet in paragraaf 2.3. Daarbij wordt uitgegaan van de volgende onderzoeksvraag:

- hoe hebben de kosten gegenereerd in SGE-huisartspraktijken zich in de periode 1993 tot 1995 ontwikkeld in vergelijking tot die in de referentiegroep of met andere woorden: hoe ontwikkelde de potentiële bonus c.q. malus zich?

Het project richtte zich op de kosten van het voorschrijven van medicijnen, van kosten resulterend uit verwijzingen naar de medisch specialist en de fysiotherapeut en op de kosten van ligdagen in het ziekenhuis.

De bruikbaarheid van ziekenfondscijfers als stuurinformatie is mede afhankelijk van de vraag in hoeverre zij werkelijke verschillen in werkstijl tussen huisartsen representeren danwel mede te maken hebben met kenmerken van de praktijkpopulatie. Daarom is nagegaan hoe de beschreven patronen samenhangen met kenmerken van de huisarts, de praktijk en de patiëntenpopulatie. Dat komt aan de orde in paragraaf 2.4.

2.2 Methoden

Er is gebruik gemaakt van gegevens aangeleverd door VGZ Zorgverzekeraar over de jaren 1993, 1994 en 1995. Het betreft de volgende gegevens per huisarts:

- de kosten per verzekerde aan specialistische hulp uitgesplitst per specialisme; hierin zijn alleen de kosten van de honoraria van de specialisten verwerkt (van de poliklinische consulten en de verrichtingen en niet de kosten van de operatiekamer, laboratoriumdiagnostiek etc.);
- de kosten per verzekerde aan fysiotherapie uitgesplitst naar lokalisatie (hoofd, schouder etc.);
- de kosten per verzekerde aan in de huisartspraktijk voorgeschreven medicijnen uitgesplitst naar geneesmiddelengroep (ATC-hoofdgroep); op door de specialist uitgeschreven middelen wordt apart ingegaan in paragraaf 2.5;
- het aantal verpleegdagen per specialisme per 1.000 verzekerden (alleen voor 1994 en 1995); de kosten zijn hier niet opgenomen omdat deze per ziekenhuis kunnen verschillen; door het volume te relateren aan het gemiddelde tarief zijn de kosten berekend (uitgaande van fl 640,- per verpleegdag, het gemiddelde tarief in de Eindhovense ziekenhuizen in 1994; het werkelijke tarief heeft in 1995 iets hoger gelegen; voor de vergelijkbaarheid is echter ook voor 1995 van het gemiddelde cijfer van 1994 uitgegaan).

In bijlage I is een voorbeeld van een gegevensoverzicht per huisarts opgenomen.

Per huisarts zijn ook de verwachte kostencijfers verstrekt voor alle kostenposten. Dit is het voor de leeftijdsopbouw van de praktijk van de betreffende huisarts gecorrigeerde cijfer van de Eindhovense huisartsen buiten de SGE-gezondheidscentra.

Tezamen dekken deze kosten het overgrote deel (bijna drie kwart) van de kosten van verstrekkingen van het ziekenfonds (exclusief de kosten van huisartsenhulp). Van de kosten van farmaceutische hulp 78%, 56% van de kosten van specialistische hulp, 94% van de kosten van ziekenhuisverpleging en 85% van de kosten van paramedische hulp. Tandheelkundige en verloskundige hulp, alsmede ziekenvervoer, revalidatiedagbehandeling en kraamzorg blijven om voor de hand liggende redenen buiten beschouwing.

Naast kostengegevens zijn door VGZ ook volumegegevens verstrekt over aantallen verwijzingen naar de specialist, voorschriften van medicijnen, patiënten en behandelingen fysiotherapie. Daarom kan worden nagegaan in hoeverre een eventueel hoger of lager kostencijfer het resultaat is van een hoger volume (meer voorschriften of verwijzingen) of hogere kosten per volume-eenheid (de kosten per verwezen patiënt of per voorschrift).

Betrouwbaarheidstoetsen

De eerste cijfers die VGZ aanleverde, waren aanleiding om na te gaan of de getallen overeenstemden met die uit de eigen, geautomatiseerde, registraties van de betreffende praktijken. Hiertoe zijn op kleine schaal betrouwbaarheidstoetsen uitgevoerd.

In één praktijk is nagegaan of het aantal verzekerden per praktijk overeenstemt met de eigen registratie. In de betreffende praktijk bedroeg het verschil ongeveer 1%. Dit werd acceptabel geacht.

Ten aanzien van verwijskaarten voor specialisten was de situatie ingewikkelder. Op het eerste oog leken de door VGZ aangeleverde cijfers sterk af te wijken van wat in de praktijken zelf was geregistreerd. De verklaring bleek te liggen in het feit, dat de cijfers van VGZ, gepresenteerd als aantallen verwijskaarten, gebaseerd zijn op declaraties van specialisten. Deze declaraties betreffen ook patiënten, die op eigen initiatief een specialist hebben bezocht (dus zonder verwijzing), die via Eerste-Hulp-bezoek bij een specialist in behandeling gekomen zijn of die door andere specialisten verwezen zijn.

In twee praktijken werd voor een bepaalde periode per patiënt nagegaan hoe dit beeld opgebouwd was. Deze praktijken zijn nogal verschillend qua leeftijdsopbouw, wat waarschijnlijk de vrij grote variatie verklaart. Bij dit onderzoek bleek dat in beide praktijken slechts onge-

veer 30% van de door VGZ opgegeven aantal 'verwijskaarten' beruiste op actieve eerste verwijzingen door de huisarts. In 30, resp. 50% van de gevallen was sprake van herhaalverwijzingen of door de assistente administratief afgehandelde eerste verwijzingen zonder dat de arts de patiënt gezien had (b.v. verwijzingen oogheelkunde). Bij 10, resp. 30% was sprake van Eerste-Hulp-bezoek, meestal op eigen initiatief, dan wel inter-specialistische verwijzingen. 5 resp. 10% was niet traceerbaar of betrof in enkele gevallen declaraties voor inmiddels overleden of uit de praktijk uitgeschreven patiënten.

Deze bevindingen komen overeen met die van Meyboom-de Jong e.a. (Meyboom-de Jong e.a. 1996) die in hun onderzoek constateren dat het aantal verwijzingen op initiatief van de huisarts, de zogenaamde actieve of incidentele verwijzingen, ongeveer een derde vormen van de prevalentie verwijzingen (dat zijn de gedeclareerde verwijskaarten van de specialist).

Hieruit blijkt dus, dat het aantal opgegeven verwijskaarten maar in beperkte mate correspondeert met (actieve) verwijzingen door de huisarts. De mate waarin de huisarts invloed kan uitoefenen op deze getallen, is dus ook beperkt.

2.3 Ontwikkeling volume en kosten 1993-1995

Algemeen patroon

De kosten gegenereerd door huisartsen in de SGE-gezondheidscentra liggen gemiddeld lager dan bij de andere huisartsen (tabel 2.1).

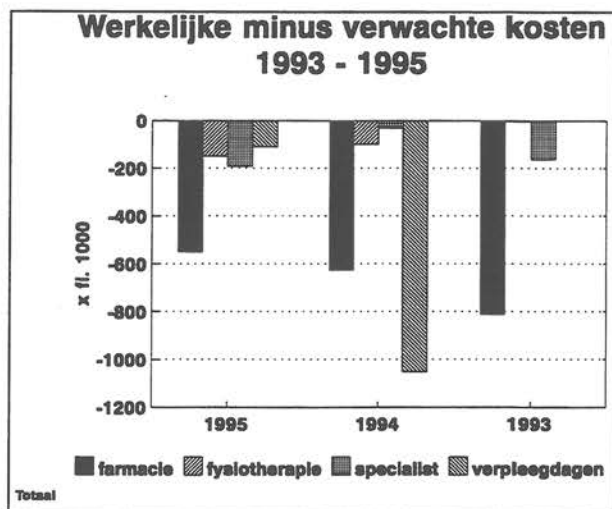
Tabel 2.1 Overzicht werkelijke kosten van de SGE gezondheidscentra in vergelijking tot de verwachte kosten (het cijfer voor Eindhovense niet SGE-huisartsen gecorrigeerd naar de leeftijdsopbouw van de SGE-populatie) 1993- 1995

x fl. 1000	werkelijke kosten 1995	verwachte kosten 1995	verschil 1995	verschil 1994	verschil 1993
farmacie	6166	6716	-550	-626	-813
fysiotherapie	2198	2348	-150	-100	-3
verpleegdagen	25564	25675	-111	-1052	geen geg.
specialist	6522	6715	-193	-32	-163
totaal	40450	41454	-1004	-1810	-979

Het totaal kostencijfer van 40,5 miljoen over 1995 ligt 1,0 miljoen gulden lager dan het cijfer voor de vergelijkingsgroep (voor leeftijd gecorrigeerd). Een lager kostencijfer is ook te zien in 1994 en 1993 (resp. 1,8 en 1,0 miljoen). De lagere kosten doen zich zowel voor op het terrein van farmacie als op het terrein van fysiotherapie, verpleegdagen en kosten van de specialist. Er zijn wel verschuivingen tussen de jaren. Opvallend is met name het terugvallen van de bonus bij verpleegdagen van ruim een miljoen naar een ton. Deze terugval wordt gedeeltelijk gecompenseerd door hogere bonussen op het terrein van fysiotherapie en kosten specialist.

Figuur 2.1 laat in een staafdiagram de verschuiving van de bonussen over de periode van drie jaar zien. De tabellen 2.2 - 2.5 geven inzicht in de kosten per onderdeel.

Figuur 2.1



Tabel 2.2 Overzicht volume en kosten farmacie, 1993-1995

	werkelijk 1995		verwacht 1995	verschil % 1995	verschil % 1994	verschil % 1993	
kosten per verzekerde (f)	230	251	251	-8.2	-8.0	-10.1	
voorschriften per 1000 verzekerden	5640	6278	6278	-10.2	-10.6	-14.9	
kosten per voorschrift (f)	41	40	40	2.2	2.9	5.6	
<u>grootste bonussen*</u>	'95	'94	'93				
1.centraal zenuwstelsel	189	225	216				
2.skeletspierstelsel	129	158	145				
3.syst.antimicr.midd.	116	119	140				
<u>grootste malussen*</u>					'95	'94	'93
1.syst.hormoonpreparaten					39	-14	-9
2.ademhalingsstelsel					24	29	-33
3.hartvaatstelsel					23	61	62

* Kostenposten met grootste verschillen tussen werkelijk-verwacht (bonussen resp. malussen) in 1995 in vergelijking tot dezelfde cijfers in de jaren daarvoor (bedragen x f 1000); verschillen werkelijk/verwacht kleiner dan f 5000 in 1995 niet afgebeeld.

Tabel 2.3 Overzicht volume en kosten fysiotherapie

	werkelijk 1995	verwacht 1995	verschil % 1995	verschil % 1994	verschil % 1993		
kosten per verzekerde (f)	82	88	-6.4	-4.6	-2		
patiënten per 1000 verzekerden	265	265	.0	2.4	7.0		
kosten per verwezen patiënt (f)	309	330	-6.4	-6.8	-6.7		
<u>grootste bonussen*</u>	<u>'95</u>	<u>'94</u>	<u>'93</u>	<u>grootste malussen*</u>	<u>'95</u>	<u>'94</u>	<u>'93</u>
1.wervelkolom	155	109	78	1.bekken/bovenbeen	30	15	-11
2.meerdere	47	19	-72	2.hoofd/hals	14	25	9
3.thorax/buik/inwendig	11	-3	-2	3.elleboog/onderarm/hand	7	4	3

Tabel 2.4 Overzicht volume en kosten specialistische hulp

	werkelijk 1995	verwacht 1995	verschil % 1995	verschil % 1994	verschil % 1993		
kosten per verzekerde (f)	243	250	-2.9	-6	-2.2		
verwijzingen per 1000 verzekerden	653	708	-7.8	-7.9	-6.6		
kosten per verwijzing (f)	373	354	5.3	7.9	4.7		
<u>grootste bonussen*</u>	<u>'95</u>	<u>'94</u>	<u>'93</u>	<u>grootste malussen*</u>	<u>'95</u>	<u>'94</u>	<u>'93</u>
1.gynaecologie	45	23	19	1.chirurgie	48	8	14
2.psychiatrie	34	21	51	2.oogheekunde	22	12	18
3.interne ziekten	32	-17	2	3.anaesthesie	21	28	10

Tabel 2.5 Overzicht volume en kosten verpleegdagen

	werkelijk 1995	verwacht 1995	verschil % 1995	verschil % 1994	verschil % 1993
--	-------------------	------------------	--------------------	--------------------	--------------------

verpleegdagen per 1000 verzekerden	1490	1496	-.4	-3.9	geen geg.
---------------------------------------	------	------	-----	------	-----------

N.b. kosten per verpleegdag is een vast bedrag

<u>grootste bonussen*</u>	<u>'95</u>	<u>'94</u>	<u>grootste malussen*</u>	<u>'95</u>	<u>'94</u>
1.orthopedie	365	111	1.interne ziekten	519	-181
2.longziekten	346	775	2.psychiatrie	216	-64
3.chirurgie	264	-81	3.rheumatologie	192	9

* Kostenposten met grootste verschillen tussen werkelijk-verwacht (bonussen resp. malussen) in 1995 in vergelijking tot dezelfde cijfers in de jaren daarvoor (bedragen x f 1000); verschillen werkelijk/verwacht kleiner dan f 5000 in 1995 niet afgebeeld.

Bij farmacie is het voorschrijfcijfer ruim 10% lager bij iets hogere kosten per voorschrift in 1994 en 1995. Dit resulteert in 8% lagere kosten per verzekerde. Consequent lager zijn de kosten van voorschrijven bij middelen voor het centraal zenuwstelsel, bij antibiotica en middelen voor het skeletspierstelsel. Consequent hoger liggen de cijfers alleen bij middelen voor het hartvaatstelsel.

SGE-huisartsen hebben in 1995 evenveel naar de fysiotherapeut verwezen als de vergelijkingsgroep van Eindhovense huisartsen. Dit in tegenstelling tot de voorgaande jaren waarin het verwijscijfer naar fysiotherapie bij de SGE-huisartsen steeds iets hoger ligt. Omdat de kosten per verwezen patiënt lager zijn in vergelijking tot door niet-SGE-artsen verwezen patiënten vallen de totale kosten fysiotherapie voor SGE-artsen lager uit. Goedkoper zijn de SGE-huisartsen met name bij verwijzingen in verband met aandoeningen van de wervelkolom.

Het verwijscijfer naar de medisch specialist ligt voor de SGE-huisartsen steeds bijna 8% beneden het Eindhovense cijfer. Doordat de kosten per verwijzing hoger uitvallen resulteert dit in 3% lagere kosten per verzekerde voor verwijzingen naar de specialist. Consequent goedkoper zijn de SGE-huisartsen bij verwijzingen naar gynaecologie en psychiatrie en consequent duurder bij verwijzingen naar chirurgie, oogheelkunde en anaesthesie.

Het aantal verpleegdagen ligt zowel in 1994 als 1995 voor de SGE lager dan voor de andere Eindhovense huisartsen, zij het dat het verschil in 1995 minimaal is (tabel 2.5). Er zijn flinke fluctuaties tussen de bonussen/malussen per kostenpost. Bij longziekte halveerde de bonus van f 775.000 naar f 346.000. Bij orthopaedie trad een verdrievoudiging op van f 111.000 naar f 365.000. Bij interne en bij psychiatrie was in 1994 nog sprake van een bonus, terwijl er in 1995 aanzienlijke malussen zijn.

Verschillen tussen centra

Het bovenstaande algemene beeld verhuult een aantal duidelijke verschillen tussen de vijf gezondheidscentra. Tabel 2.6 laat de ontwikkeling van de bonus/malus over de periode 1993-1995 zien, onderscheiden naar gezondheidscentrum. Drie van de vijf centra hebben elk jaar een bonus en één centrum elk jaar een malus. Bij twee centra (A en E) is het niveau van de bonus redelijk constant. Bij de drie andere centra treden aanzienlijke fluctuaties op tussen de drie jaren. Een belangrijke factor in deze fluctuaties zijn de verschillen die optreden in de hoogte van de bonus/malus bij verpleegdagen. De ontwikkeling van de bonus/malus bij fysiotherapie en bij farmacie laat een veel constanter beeld zien. Bij farmacie treden slechts bij één van de vijf centra aanzienlijke fluctuaties op: bij één centrum (C) is in 1995 sprake van een duidelijke bonus terwijl dat de jaren daarvoor niet zo was. Bij fysiotherapie is het beeld eveneens zeer constant. De kosten specialist nemen wat fluctuaties betreft een tussenpositie in.

Tabel 2.7 verschaft meer inzicht in de vaste patronen die zich aftekenen. Per centrum zijn de vaste bonus/malusposten weergegeven, dat wil zeggen kostenposten waar de bonus/malus in 1995 groter dan f 5000 is en in de twee voorafgaande jaren ook sprake is van een bonus/malus in dezelfde richting. Voor wat betreft farmacie laat de tabel zien dat in alle vijf de centra een vaste bonus voor middelen voor het centraal zenuwstelsel bestaat. Middelen voor het skeletspierstelsel worden in drie van de vijf centra minder en/of goedkoper voorgeschreven. Een vaste bonus op antibiotica en middelen voor het maagdarmkanaal zijn te zien in twee van de vijf centra. Vaste malussen zijn te vinden in drie centra, maar steeds voor een andere geneesmiddelenhoofdgroep.

Bij fysiotherapie zijn het de kosten samenhangend met behandeling van de lokalisatie wervelkolom en de lokalisatie knie die aan de ene kant voor de vaste bonus zorgen maar aan de andere kant ook vaste malussen te zien geven (in andere centra).

Tabel 2.6 Ontwikkeling werkelijke minus verwachte kosten, 1993-1995

gezondheids- centrum	farmacie			fysiotherapie			verpleegdagen			specialist			totaal		
	1995	1994	1993	1995	1994	1993	1995	1994	1993	1995	1994	1993	1995	1994	1993
A	-123	-200	-286	-109	-110	-98	-41	-233	-	-177	-5	-164	-450	-549	-548
B	-214	-246	-290	69	64	56	-376	-444	-	31	1	43	-489	-625	-191
C	-92	4	-8	-84	-52	20	216	-503	-	3	-82	-114	43	-634	-101
D	231	203	142	120	119	133	-70	164	-	36	105	119	317	592	394
E	-352	-387	-372	-146	-121	-113	161	-36	-	-87	-50	-47	-424	-594	-532
Totaal	-550	-626	-813	-150	-100	-3	-111	-1052	-	-193	-32	-163	-1004	-1810	-979

Tabel 2.7 Overzicht vaste bonus/malus per centrum over drie jaar*

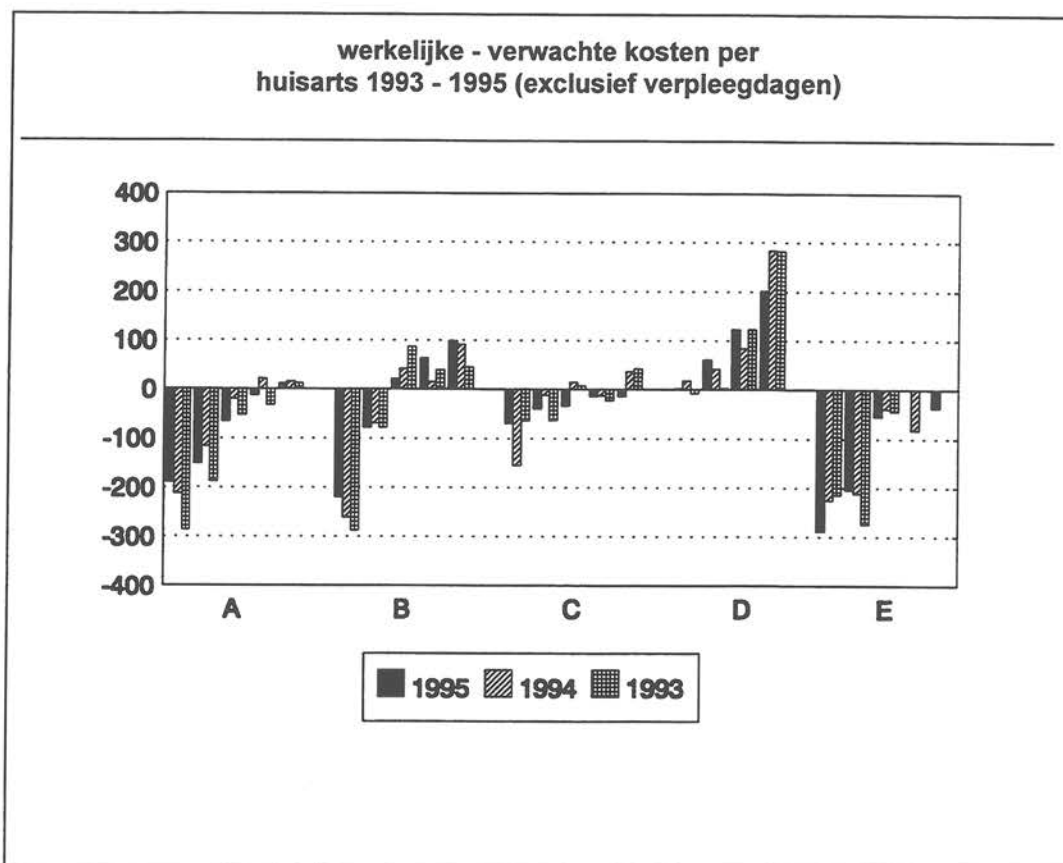
	farmacie vaste bonus	vaste malus	fysiotherapie vaste bonus	vaste malus	specialist vaste bonus	vaste malus
A	maagdarmkanaal centraal zenuwstelsel syst. antimicr.midd.	oncolytica	wervelkolom knie meerdere		longziekten anaesthesie neurologie	psychiatrie
B	centraal zenuwstelsel overige middelen skeletspierstelsel			bekken knie	psychiatrie chirurgie longziekten	oogheelkunde orthopaedie
C	syst. antimicr. midd. skeletspierstelsel centraal zenuwstelsel	ademhalingsstelsel urogenitaal stelsel	wervelkolom schouder	thorax	gynaecologie psychiatrie dermatologie	anaesthesie
D	centraal zenuwstelsel skeletspierstelsel syst. antimicr. midd.	hart vaatstelsel hormoonpreparaten maagdarmkanaal		wervelkolom meerdere knie	psychiatrie plast. chirurgie	chirurgie neurologie KNO
E	maagdarmkanaal hart vaatstelsel centraal zenuwstelsel		wervelkolom knie		psychiatrie gynaecologie	anaesthesie
Totaal	centraal zenuwstelsel maagdarmkanaal syst. antimicr. midd.	oncolytica	wervelkolom	hoofd/hals elleboog/onderarm	gynaecologie psychiatrie	chirurgie oogheelkunde anaesthesie

* Van een vaste bonus/malus is sprake indien in 1995 een bonus/malus van minimaal f 5000 was en in de twee voorafgaande jaren ook sprake was van een bonus/malus.

Verschillen tussen artsen

Ook binnen de centra bestaan verschillen tussen artsen onderling. Dat laat figuur 2.2 zien voor de hoogte van de totale bonus/malus exclusief verpleegdagen.

Figuur 2.2 Werkelijke minus verwachte kosten per huisarts per gezondheidscentrum 1993-1995 (excl. verpleegdagen): elk cluster van staven staat voor één huisarts; de staven zijn gegroepeerd per met een lettercode aangegeven gezondheidscentrum



Te zien is dat in de drie centra met overall een duidelijke bonus, dit voornamelijk op het conto van één of twee huisartsen kan worden geschreven. Datzelfde geldt voor het centrum waar sprake is van een duidelijke malus. Verder blijkt er sprake van stabiliteit in het patroon over de drie beschouwde jaren. Dat wordt bevestigd als de correlaties tussen de bonus/malus voor de drie onderscheiden jaren worden berekenen. Voor de totale bonus/malus varieert die van .80 tussen 1993 en 1994 tot .95 tussen 1994 en 1995 (zie tabel 2.8). De correlaties laten zien dat de stabiliteit bij farmacie en bij fysiotherapie zeer hoog is (correlaties > .90). Bij de verpleegdagen is de correlatie slechts .28; dat bevestigt het beeld dat hier grote wisselingen zijn. De kosten specialist nemen een tussenpositie in met correlaties tussen de .5 en .8.

Tabel 2.8 Correlaties op de verschillen tussen werkelijk en verwachte kosten per huisarts voor de kosten totaal, farmacie, fysiotherapie, verpleegdagen specialist

	1993/1994	1993/1995	1994/1995
totaal (excl.verpleegdagen)	.80	.94	.95
farmacie	.90	.95	.97
fysiotherapie	.94	.93	.98
verpleegdagen	n.a.	n.a.	.28
specialist	.52	.79	.61

Ook per arts is nagegaan in hoeverre er sprake is van vaste bonussen en malussen (tabel 2.9).

Over het geheel genomen zijn er zowel bij farmacie als bij fysiotherapie en bij de specialist meer vaste bonussen dan vaste malussen. Bij farmacie zijn de vaste bonussen vooral te vinden bij de middelen voor het centraal zenuwstelsel, het skeletspierstelsel, het maagdarmkanaal en het hartvaatstelsel. Beide laatstgenoemde komen, naast middelen voor het ademhalingsstelsel, ook voor bij de vaste malussen. Bij fysiotherapie zijn dezelfde kostenposten zowel bij de bonussen als bij de malussen terug te vinden (wervelkolom, schouder, meerdere en knie), zij het bij de bonussen vaker. De kosten specialist laten bij de bonussen andere specialismen zien dan bij de malussen. Psychiatrie, interne en longziekten hebben de meeste vaste bonussen. Vaste malussen zijn er het meest bij neurologie.

Tabel 2.9 Vaste bonussen/malussen per arts over drie jaar*

	Vaste bonussen	aantal	Vaste malussen	aantal
Farmacie	totaal	44	totaal	21
	w.o.		w.o.	
	centraal zenuwstelsel	14	maagdarmkanaal	7
	maagdarmkanaal	11	hartvaatstelsel	4
	hartvaatstelsel	7	ademhalingsstelsel	4
	skeletspierstelsel	6		
	antibiotica	3		
overige middelen	2			
Fysiotherapie	totaal	29	totaal	21
	w.o.		w.o.	
	wervelkolom	9	schouder	4
	schouder	7	knie	4
	meerdere	6	wervelkolom	4
knie	4	bekken	4	
		meerdere	3	
Specialist	totaal	32	totaal	20
	w.o.		w.o.	
	psychiatrie	7	neurologie	4
	interne	6	anaesthesie	3
	longziekten	5	oogheelkunde	3
	gynaecologie	3		
dermatologie	3			

* Van een vaste bonus/malus is sprake indien in 1995 een bonus/malus van minimaal f 5000 was en in de twee voorafgaande jaren ook sprake was van een bonus/malus.

2.4 Waar hangen variaties mee samen?

De vraag is waar bovengenoemde verschillen mee samenhangen. De cijfers zijn gecorrigeerd voor leeftijd. De hoogte van de bonus/malus kan dus niet zijn beïnvloed door de leeftijdssamenstelling van de praktijk. Maar in hoeverre spelen andere kenmerken van de praktijkpopulatie een rol? Of gaat het om daadwerkelijk verschillen in werkstijl tussen de huisartsen? Om die vragen te beantwoorden zijn aanvullende gegevens verzameld.

Voor daarop wordt ingegaan wordt eerst nagegaan in hoeverre er sprake is van een samenhang tussen de verschillende productiecijfers onderling. Daarvoor zijn de cijfers over 1994 gebruikt. De bonus/malus is daarbij steeds uiteen gelegd in een volumecomponent (bijv. aantal voorschriften) en een kostencomponent (kosten per volume-eenheid). Daarmee kan worden nagegaan in hoeverre eventuele verschillen samenhangen met de voorschrijf c.q. verwijsgeneigdheid dan wel de hoogte van de kosten als eenmaal is voorgeschreven c.q. verwezen.

Tabel 2.10 laat de correlaties tussen de productiecijfers zien. In het algemeen hangen deze positief met elkaar samen. Scoort de arts hoog op de een dan scoort hij ook op de andere cijfers. Het sterkste verband bestaat tussen de verwijscijfers naar de specialist en de fysiotherapeut. Beide hangen sterk positief samen met het voorschrijfcijfer (dit blijkt overigens ook uit ander onderzoek, bijv. Post, 1984). Er lijkt dus zoiets te zijn als een algemene verwijsc.q. voorschrijfgeneigdheid. Daarnaast is er een verband tussen de kosten per verwezen fysiotherapiepatiënt en het voorschrijfcijfer. Dit verband is moeilijker te duiden.

Negatieve verbanden zijn er niet of nauwelijks. Vermeldenswaard is alleen de negatieve correlatie tussen de hoogte van het verwijscijfer naar de specialist en de kosten per verwijzing. Dit is begrijpelijk als er vanuit wordt gegaan dat een huisarts die veel verwijst gemiddeld minder ernstige gevallen verwijst waardoor per verwezen patiënt minder kosten worden gemaakt.

Tabel 2.10 Correlaties tussen verschil werkelijk/verwacht in de overall-productiecijfers

	1	2	3	4	5	6
1. kosten per patiënt farmacie						
2. kosten per patiënt fysiotherapie		.17				
3. kosten per verwijzing specialist		-.08	-.22			
4. vooschr. farmacie p. 1000		.36	.65*	-.06		
5. verw. fysiotherapie p. 1000		.37	.25	-.06	.46	
6. verw. specialist p. 1000	.39	.28	-.25	.53*	.84*	
7. verpleegdagen p. 1000	.09	.06	.23	.27	.40	.56*

Nu de samenhang met de kenmerken van de praktijkpopulatie. Hiervoor is aanvullend materiaal verzameld door middel van een korte, schriftelijke enquête onder de deelnemende huisartsen en een uitspoel van gegevens uit de Huisarts Informatie Systemen.

Uit de HISen is de volgende informatie verkregen:

- % vrouwen in de praktijkpopulatie;
- % ziekenfondsverzekerden
- % patiënten in het verzorgingshuis;
- % patiënten met diagnose diabetes mellitus (T90), hart- en vaatziekten (diagnose K71, K74, K75, K76, K77, K78, K82, K86, K87, K90) of longaandoeningen (R91, R95, R96).

Op basis van de schriftelijke enquête zijn de volgende gegevens gebruikt:

- % van specialismen waarbij de huisarts een specifieke verwijsvoorkeur naar een bepaald ziekenhuis heeft;
- % allochtonen in de praktijk (schatting);
- geraamd gemiddeld opleidingsniveau (in drie klassen, schatting huisarts).

Voor deze gegevens is de samenhang met de productiecijfers berekend (zie tabel 2.11).

Tabel 2.11 Correlaties tussen verschillen werkelijk/verwacht op overall-productiecijfers met kenmerken praktijkpopulatie

	% vr.	% zf.	% vzh.	% chro.	% vvvk.	% all.	opl.
kst.pat. farmacie	.03	-.50	.40	.28	.19	.19	.03
kst.pat. fysiotherapie	.15	-.06	.09	.26	-.00	.21	.03
kst.verw. specialist	.39	-.07	.12	-.23	-.19	-.56	.30
vs. farmacie p.1000	.46	.06	.40	-.00	-.17	.46	-.32
vw. fysiotherapie p.1000	.20	.10	-.17	-.08	.11	.03	-.07
vw. specialist p. 1000	.25	.07	-.12	-.14	-.08	.37	-.42
verpleegdagen p. 1000	.12	.21	.04	-.19	-.13	.13	-.31

% vr. = % vrouwen

% zf. = % ziekenfondsverzekerden

% vzh = % patiënten in verzorgingshuis

% chro = % met chronische aandoeningen (van de geselecteerde diagnosecodes)

% vvvk = % met specifieke verwijsvoorkeur

% all = % allochtonen

opl = geraamd opleidingsniveau

In het algemeen zijn in deze tabel de verbanden zwak tot matig.

De sterkere verbanden zijn (correlaties >.3):

- hogere voorschrijfcijfers in praktijken met een hoog percentage vrouwen, verzorgingshuisbewoners, allochtonen en mensen met een lager dan gemiddeld opleidingsniveau;
- de kosten per verwezen patiënt liggen hoger in praktijken met een hoog percentage vrouwen, een hoog opleidingsniveau en een laag percentage allochtonen;
- duur voorgeschreven wordt in praktijken met weinig ziekenfondsverzekerden en praktijken met veel verzorgingshuisbewoners;
- een hoog verwijscijfer is te zien in praktijken met veel allochtonen;
- weinig verpleegdagen zijn te vinden in praktijken met een laag gemiddeld opleidingsniveau.

Opvallend is de afwezigheid van enig verband met het percentage patiënten met een chronische aandoening. Mogelijk reflecteren de uit de HIS-en gespoelde cijfers vooral verschillen tussen huisartsen in de mate waarin zij hun probleemlijst compleet hebben c.q. interpretatieverschillen over de codering. Ook zijn er geen verbanden te zien met de mate waarin artsen een specifieke verwijsvoorkeur hebben. Indien huisartsen een specifieke verwijsvoorkeur hebben gaat het eerder om de ingeschatte kwaliteit van de betreffende specialist dan om de kosten die de specialist genereert.

Overall kan gezegd worden dat de verschillen in productiecijfers slechts voor een klein gedeelte worden verklaard uit de kenmerken van de praktijkpopulatie voor zover deze in dit onderzoek konden worden gemeten. Het is in principe denkbaar dat andere of beter gemeten praktijkpopulatiekenmerken wél een rol spelen. Niettemin maken de hier gevonden resultaten het waarschijnlijker dat werkstijlfactoren een belangrijke invloed hebben. Dit beeld is bevestigd in de gespreksrondes die naar aanleiding van de cijfers met de gezondheidscentra zijn gehouden. De belangrijkste geconstateerde verschillen konden in deze gesprekken in verband worden gebracht met verschillen in werkstijl. Dit geldt met name voor onderdelen

waar de huisarts zelf directe bemoeienis mee had zoals het verwijzen naar de specialist en de fysiotherapeut en de geneigdheid bepaalde middelen voor te schrijven. Groepsbeleid speelt hier ook een rol in. Zo gaat men in het ene gezondheidscentrum (overigens conform de NHG-standaard lage rugpijn) er vanuit dat rugklachten vanzelf overgaan en dat daarom verwijzen naar de fysiotherapeut overbodig is terwijl men in een ander centrum een veel actiever beleid voert met betrekking tot patiënten met rugpijn.

Bij onderdelen waar de directe bemoeienis van huisartsen geringer is, zoals de kosten per verwijzing en de aantallen verpleegdagen is de relatie met werkstijl veel minder duidelijk. In de gesprekken met de huisartsen bleek dat geconstateerde verschillen hier niet in verband te brengen waren met verschillen in werkstijl van de huisartsen c.q. groepsbeleid. Op de werkstijl en het centrumbeleid als mogelijke verklaringen wordt in het volgende hoofdstuk nog nader ingegaan.

2.5 Voorschrijven door de specialist

Bij farmacie is tot dusver alleen gekeken naar de receptuur voorgeschreven in de huisartspraktijk. Door de specialist uitgeschreven recepten zijn buiten beschouwing gebleven vanwege het feit dat deze buiten de directe invloedssfeer van de huisarts liggen. Niettemin is het toch van belang hier aandacht aan te besteden. Een huisarts die een actief beleid voert ten aanzien van chronisch zieken zal waarschijnlijk zelf een belangrijk deel van de medicatie voor zijn rekening nemen en zo veel kosten genereren in vergelijking tot een huisarts die de medicatie vooral aan de specialist overlaat. Hier ligt een verbinding met het verwijscijfer want verwacht kan worden dat een huisarts die de medicatie meer aan de specialist overlaat meer zal verwijzen (met name verlengingsverwijzingen). Omdat het verwijscijfer van SGE-huisartsen lager ligt dan bij de andere Eindhovense huisartsen zou het ook zo kunnen zijn dat er ook een bonus is op de specialistreceptuur.

Om een en ander na te gaan kon VGZ voor de tweede helft van 1995 gegevens leveren uitgesplitst naar al dan niet uitsluitend door de huisarts voorgeschreven middelen (tabel 2.12). Over de tweede helft van 1995 is er voor de hele SGE wat betreft het voorschrijven in totaal een bonus van f 613.000 op farmacie. Minder dan de helft hiervan (f 233.000) komt op rekening van de huisarts. De overige f 380.000 bonus is het resultaat van goedkoper voorschrijven door andere voorschrijvers dan de huisarts.

Tabel 2.12 Opbouw bonus(-)/malus(+) farmacie uitgesplitst naar door de huisarts voorgeschreven versus andere voorschrijver in de tweede helft van 1995 (n.b. ter vergelijking is ook het verschilpercentage in verwijscijfer over dezelfde periode opgenomen)

	bonus/malus totaal	voorgeschr. door huisarts	voorgeschr. door andere artsen	verschil % verwijscijfer
centrum A	-108	-34	-75	-14.4
centrum B	-83	-90	7	-8.1
centrum C	-243	-103	-141	5.4
centrum D	21	131	-110	2.0
centrum E	-199	-138	-62	-14.0
totaal SGE	-613	-233	-380	-7.8

Het feit dat SGE-huisartsen goedkoper voorschrijven dan andere Eindhovense huisartsen wordt dus niet gecompenseerd doordat specialisten duurder voorschreven bij door SGE-huisartsen verwezen patiënten. In het enige gezondheidscentrum (D) waar de voorschrijf-

kosten van de SGE-huisartsen hoger zijn is wel van compensatie sprake, maar dan in omgekeerde zin. Specialisten schrijven voor patiënten van dit centrum ook relatief weinig voor.

De lagere voorschrijfkosten van de specialist van door SGE-huisartsen verwezen patiënten lijken samen te hangen met het overall-lagere verwijscijfer van de SGE-huisartsen. Dat beeld moet echter worden genuanceerd als dit per centrum wordt bekeken. De twee centra met de laagste verwijscijfers zijn qua voorschrijven van de specialist niet het goedkoopst. Omgekeerd zijn de twee centra waar de specialist het goedkoopst voorschrijft juist de centra met het hoogste verwijscijfer. Er lijkt dus geen samenhang te zijn tussen de hoogte van het verwijscijfer en de voorschrijfkosten van de specialist.

2.6 Conclusie

- De huisartsen in de SGE-gezondheidscentra werken gemiddeld goedkoper dan de huisartsen in de rest van Eindhoven. Er is echter wel variatie: binnen de SGE zijn er huisartsen die duurder dan het Eindhovens gemiddelde werken net zo goed als dat er in de rest van Eindhoven huisartsen zullen zijn die goedkoper werken dan het gemiddelde van de SGE-huisartsen;
- Dit verschil doet zich op alle onderscheiden kostensoorten voor.
- Er zijn duidelijke verschillen tussen centra en huisartsen binnen centra: er zijn circa vijf huisartsen binnen de SGE die structureel goedkoper werken en twee die duurder werken dan de gemiddelde Eindhovense huisarts. Tussen de andere SGE-artsen bestaan ook duidelijke verschillen.
- Over de periode 1993-1995 tekenden zich, behalve een dalende bonus voor farmacie, geen duidelijke trends af.
- Er zijn vooral stabiele patronen te zien op het terrein van de kosten van farmacie en fysiotherapie.
- Met betrekking tot de kosten van verpleegdagen en in aanzienlijk mindere mate de kosten van de specialist tekenden zich fluctuaties af die kunnen zijn veroorzaakt door enkele patiënten met extreem hoge kosten.
- De geconstateerde structurele verschillen kunnen maar gedeeltelijk worden teruggevoerd op verschillen in samenstelling van de praktijkpopulaties; werkstijfactoren en groepsbeleid spelen met name een rol bij direct door de huisarts beïnvloedbare kostenposten.

3 KAN DE HUISARTS DE KOSTEN VAN ZORG BEÏNVLOEDEN

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de vragen:

- welke mogelijkheden huisartsen hebben om kosten van zorg te beïnvloeden,
- wat het effect is van het streven naar meer kostendoelmatigheid op andere kwaliteitsaspecten,
- hoe huisartsen bij dit streven kunnen worden gesteund en gestimuleerd,
- en wat in dit geheel de ervaringen zijn met het gebruik van VGZ-produktiecijfers? (Evaluatievragen 2, 3, 4 en 5).

De veronderstelling is dat een regelmatige terugkoppeling van produktiecijfers (en een eventueel te verdienen bonus) een stimulans kan vormen voor meer doelmatig handelen. Om dat na te gaan is gekozen voor een terugkoppeling per kwartaal van de cijfers over het jaar 1995. Dit onderdeel is echter pas begin 1996 op gang gekomen en minder frequent uitgevoerd dan was voorzien. Werkwijze en bevindingen van die terugkoppeling worden in dit hoofdstuk beschreven. Bij deze terugkoppeling heeft het accent vooral gelegen op het zoeken naar verklaringen, daadwerkelijke beïnvloeding van kosten is nog niet aan de orde. Daarnaast is nagegaan of met gerichte interventies op onderdelen van zorg het doelmatig handelen kan worden vergroot.

Daartoe zijn in twee SGE-centra kleinschalige deelprojecten opgezet en uitgevoerd. Van deze deelprojecten wordt eveneens in dit hoofdstuk verslag gedaan.

3.2 Terugkoppeling naar de centra

3.2.1 De wijze van terugkoppeling

De SGE-centra hebben eenmaal tijdens de voorbereiding en tweemaal als onderdeel van het project een overzicht gekregen van de produktiecijfers per arts en als team.

De eerste gegevens, over het jaar 1993, zijn zonder verdere bewerking of analyse verspreid. Het werd gewaardeerd dat er na zoveel jaren weer produktiecijfers beschikbaar waren, de gegevens zelf bleken in die vorm weinig toegankelijk (zie voor een voorbeeld bijlage I). In twee centra zijn cijfers over 1993 samen met vertegenwoordigers van VGZ besproken, ter voorbereiding van de onderwerpskeuze voor de deelprojecten. Bij andere centra is er weinig mee gedaan.

In de loop van de proeffase heeft tweemaal een gestructureerde terugkoppeling plaats gevonden.

Beide malen is door het NIVEL eerst een analyse en samenvatting gemaakt. Aan de hand daarvan zijn de besprekingen per centrum voorbereid. Voor ieder centrum is door de stuurgroep aangegeven wat de meest opvallende bevindingen zijn en zijn vragen gesteld over teambeleid en werkstijl van de huisartsen.

Het primaire doel van deze besprekingen is inzicht te krijgen in de cijfers en verklaringen te vinden voor zowel vaste bonussen of malussen als voor onderlinge verschillen. In de NIVEL-analyses ligt de nadruk op het totaalbeeld en op statistische analyse. In de besprekingen met de centra wordt meer op onderdelen ingegaan en staat het zoeken naar logische verbanden voorop. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling de centra op basis van de cijfers te beoordelen of te toetsen.

De projectleider, een huisarts uit een van de centra, leidde de besprekingen. De stuurgroep heeft steeds de bijeenkomsten in de centra voorbereid en nabeschouwd.

De eerste gestructureerde bespreking heeft begin 1996 plaatsgevonden. Op dat moment waren de bewerkte gegevens over '94 en over het eerste kwartaal van '95 beschikbaar.

De tweede bespreking vond medio '96 plaats. Voor die gelegenheid is een meerjarenoverzicht gemaakt over de jaren '93, '94 en '95. (Omdat de jaarcijfers over '95 toen nog niet aanwezig waren zijn de gegevens over de eerste twee kwartalen van dat jaar geëxtrapoleerd naar een heel jaar).

Een voorbeeld van de wijze waarop de cijfermatige gegevens aan de centra worden gepresenteerd is te vinden in bijlage II. Bij de tweede terugkoppeling zijn tevens de uitkomsten van de statistische analyses naar mogelijke verklarende factoren aan de orde geweest.

3.2.2 Bevindingen uit de terugkoppeling

Farmacie

Zoals in het vorige hoofdstuk is aangegeven zijn de productiecijfers voor farmacie per arts zeer stabiel.

Alle centra hebben een vaste bonus voor geneesmiddelen uit de groep centraal zenuwstelsel. De groepen skeletspierstelsel en systemische antimicrobiële middelen leveren ook vaak een bonus op. Alle centra verklaren dit uit eigen werkopvattingen en teambeleid. Men is met deze middelen terughoudend. Er wordt weinig voorgeschreven en alleen voor een korte periode. Alle teams hebben als beleid zoveel mogelijk generiek voor te schrijven.

Bij geneesmiddelen uit de groep maagdarmkanaal en hart vaatstelsel lopen de cijfers tussen artsen en tussen centra het meest uiteen (zie tabel 2.7 en 2.9). Verschillen bij maagdarmmiddelen worden verklaard uit meer of minder conservatief voorschrijven. Voor hogere kosten en voor de verschillen tussen centra bij de geneesmiddelengroep voor het hart vaatstelsel kan geen verklaring worden gegeven.

Bij enkele artsen is sprake van een vaste malus bij middelen voor de behandeling van het ademhalingsstelsel. Dit wordt aan expliciete beleidskeuzen voor CARA toegeschreven. In de deelprojecten zijn Cara-middelen alsook maagdarommiddelen aan de orde geweest. Bij de beschrijving van de deelprojecten wordt hier nader op ingegaan.

In twee centra is een apotheek aanwezig. Alle centra, dus ook die samenwerken met een externe apotheek, hebben reeds gedurende een reeks van jaren overleg en werkaafspraken met apothekers. Het maakt voor het behalen van een bonus geen verschil of er wordt samengewerkt met een interne danwel een externe apotheek.

Het teruglopen van de bonus voor farmacie over de drie onderzochte jaren kan mogelijk samenhangen met een toename in het algemeen van farmacotherapeutisch-overleg (FTO) en generiek voorschrijven. In één centrum (centrum C, zie tabel 2.6) is de bonus in 1995 juist toegenomen. Volgens de betreffende apotheker (een SGE-apotheek) is er in dat jaar extra aandacht besteed aan het verder omschakelen naar generiek voorschrijven en afleveren.

Bij de meeste artsen in dat centrum blijkt ook een daling in voorschrijfkosten aanwezig maar in verschillende mate en voor uiteenlopende geneesmiddelengroepen. Er zijn dus ongetwijfeld ook nog andere factoren in het spel, met het trekken van conclusies zal men dus voorzichtig moeten zijn.

Afgezien van de geleidelijke daling van de bonus is er sprake van een grote mate van stabiliteit in farmaciekosten over de hele periode per huisarts. Dit wijst op een bepaald voorschrijf-patroon per huisarts.

In de besprekingen met de centra heeft elke arts een typering gegeven van de eigen werkstijl. Een van de veronderstellingen is dat vooral een lage drempel tot meer

voorschrijven leidt. Patiënten komen bij een lage drempel met veel vragen, de kans 'iets te doen' is daardoor ook groter.

Een andere conclusie is dat kosten van middelen die kortdurend worden voorgeschreven beter te beïnvloeden zijn dan die van langlopende medicatie. Een patiënt is weinig genege een vertrouwd middel voor een ander in te ruilen of er zelfs volledig van af te zien. Bovendien zit bij langdurende medicatie een 'lek' bij de telefonische herhaalrecepten. Uit de deelprojecten komt eenzelfde ervaring.

In hoofdstuk 2 is ook reeds ingegaan op een mogelijke relatie tussen kosten van voorschrijven door de huisarts en die van een specialist. Over het algemeen gaan lagere voorschrijfkosten van de huisarts samen met eveneens lagere voorschrijfkosten van de specialist. Het vermoeden dat het consumptiepatroon van een praktijk een rol speelt wordt hiermee versterkt.

Als in het bijzonder gekeken wordt naar de geneesmiddelengroepen met malussen voor SGE-centra is het beeld toch genuanceerder. Het meest afwijkende patroon is te vinden bij het centrum met een malus voor farmacie over de hele meetperiode (centrum D). Er zijn in dat centrum vaste malussen voor de geneesmiddelengroepen hartvaatstelsel, maagdarmmiddelen en bloed en bloedvormende organen. Een vergelijking met de kosten van andere voorschrijvers, c.q. de specialist, laat zien dat die kosten bij andere voorschrijvers dusdanig lager zijn dat voor beide tezamen de malus voor die geneesmiddelengroepen vrijwel geheel wegvalt. Dit lijkt een aanwijzing voor substitutie, hetgeen nog versterkt wordt door minder verwijzingen per duizend verzekerden en lagere kosten per verwijzing voor interne ziekten bij het betreffende centrum. Bij cardiologie is het aantal verwijzingen niet lager maar zijn wel de kosten per verwijzing lager.

Ook in een ander centrum (A) worden bij enkele geneesmiddelengroepen hoge kosten per verzekerde voor de huisarts gecompenseerd door lagere kosten bij andere voorschrijvers (o.a. voor middelen voor het hartvaatstelsel, ademhalingsstelsel en urogenitaal stelsel). Maar het komt ook voor dat lage kosten bij de huisarts staan naast een malus voor andere voorschrijvers (o.a. ook voor maagdarmmiddelen en middelen uit de groep urogenitaal stelsel). De meetperiode (een half jaar) is te kort om al conclusies te kunnen trekken, maar vergelijking van beide kosten over een langere periode lijkt zinvol.

Verwijzingen naar fysiotherapie

Ook voor fysiotherapie is het verwijzingspatroon per arts gedurende de meetperiode zeer stabiel. Op onderdelen lopen de cijfers tussen centra opvallend veel uiteen. Vooral het aantal verwijzingen voor aandoeningen aan de wervelkolom en in iets minder mate voor de schouderklachten en voor knieklachten, kan zowel tot vaste bonussen als vaste malussen leiden.

Volgens de centra speelt teambeleid hierbij opnieuw een duidelijke rol. Drie centra kiezen voor een zeer terughoudend beleid. Het meest expliciet is dat voor rugklachten. Er wordt niet snel naar fysiotherapie verwezen. De huisarts geeft in plaats daarvan zelf advies voor oefeningen. Soms wordt ook medicatie als alternatief gekozen, maar de in verschillende teams aanwezig vaste bonus voor de geneesmiddelengroep skeletspierstelsel wijst erop dat hiervan slechts beperkt gebruik wordt gemaakt. Als er wel naar fysiotherapie verwezen wordt is dat naar therapeuten die een terughoudend beleid ondersteunen.

In twee centra wordt wel al in een vroeg stadium verwezen omdat men van een snelle verwijzing een betere pijnbestrijding en minder recidive verwacht. Ook dan wordt er voor korte behandelingen gekozen, met een accent op activering. Een van de centra typeert het eigen beleid als 'veel doen voor patiënten, pijn en last zoveel mogelijk wegnemen'. Het tekent het dilemma dat in het eerste hoofdstuk reeds is geschetst, de keuze van de arts tussen 'het beste doen voor de patiënt' en 'het beste doen voor de maatschappij in het algemeen'. Een grond voor heroverweging is voor de huisartsen uit het betreffende centrum dat een dergelijk beleid te veel afhankelijkheid kan scheppen, de kosten zijn bij die heroverweging secundair.

De veronderstelling dat meer kosten voor fysiotherapie gecompenseerd worden door minder

verwijzingen naar orthopedie en minder verpleegdagen gaat voor een deel op, maar het beeld is niet eenduidig.

Voor verwijzing naar fysiotherapie is het teambeleid nauwelijks expliciet vastgelegd. Het is een door de jaren heen gegroeide consensus en gekoppeld aan de therapeuten naar wie verwezen wordt. Ook wanneer deze discipline niet in het centrum zelf vertegenwoordigd is zijn er vaste verwijsrelaties.

Uit vergelijking van de intern beschikbare gegevens en de VGZ-cijfers blijkt dat het gemiddeld aantal behandelingen bij interne verwijzingen lager ligt dan bij een verwijzing buiten het centrum.

Wanneer een arts of centrum eenmaal een traditie heeft van snel verwijzen naar fysiotherapie is dat niet gemakkelijk meer te doorbreken. Patiënten zijn, net als bij langdurige medicatie niet erg bereid een vertrouwd patroon op te geven en zeker niet als ze het gevoel krijgen dat een behandeling uit kostenoverwegingen hen 'onthouden' wordt.

Verwijzingen naar specialisten

Het aantal verwijzingen en de kosten daarvan laten zowel per specialisme als voor het geheel flinke schommelingen zien. Een huisarts kan het ene jaar een bonus en het volgende jaar een malus hebben voor het totaal aantal verwijzingen. Ook per specialisme verschuiven bonussen en malussen nog al eens.

Huisartsen zelf kunnen de verschuivingen door de tijd en de onderlinge verschillen moeilijk verklaren. De kosten per verwijzing voor SGE artsen in het algemeen hoger. Dit is op zich wel aannemelijk, zoals in hoofdstuk 2 al is aangeven. De bevinding echter dat door die hogere kosten per verwijzing het voordeel van minder verwijzen voor een groot deel en soms helemaal wegvalt roept vragen op. Het heeft voor de betreffende huisartsen een demotiverend effect.

Een complicerende factor bij de interpretatie van verwijscijfers is dat slechts een deel van de gedeclareerde verwijzingen ook actieve verwijzingen door de huisarts zijn. Dit is in het vorige hoofdstuk reeds aangegeven. De VGZ-cijfers maken het niet mogelijk daar inzicht in te krijgen, gegevens hierover zullen dus uit eigen bestanden verzameld moeten worden.

Voor verwijzing naar de tweede lijn is er geen of nauwelijks een teambeleid. Ieder heeft zo zijn eigen voorkeuren voor ziekenhuizen en specialisten en ieder heeft ook zijn eigen overleggewoonten.

Huisartsen die een of meer jaren een malus voor verwijzen hebben typeren zichzelf allen als meer toegankelijk, 'doeners' en 'toegeeflijk'. Zij gaan niet graag met de patiënt in discussie als die een verwijzing wil. Ook worden hogere verwijscijfers wel verklaard uit het 'toestaan' van een verwijzing als onderdeel van de onderhandelingen met een patiënt.

Verpleegdagen

Gegevens over verpleegdagen zijn over '94 en '95 beschikbaar. Die cijfers laten dermate grote schommelingen zien dat er weinig over te zeggen valt.

De echte 'uitschieters' zijn nog wel te verklaren. Bij psychiatrie, dermatologie, longziekten en orthopedie is soms sprake van zeer langdurige opname van een enkele patiënt. Dit is dan duidelijk in de kosten bij de betreffende huisarts terug te vinden.

Maar verder zijn de cijfers weinig inzichtelijk. Zo was er in '94 over vrijwel de hele SGE een grote bonus voor verpleegdagen longziekten. De veronderstelde verklaringen (jarenlange griepvaccinatie en een goed ontwikkeld CARA-beleid) moesten weer terzijde worden gelegd toen in het volgende jaar de kosten van verpleegdagen voor longziekten nauwelijks een bonus meer opleverde en soms zelfs een malus.

3.2.3 Conclusies over de terugkoppeling

Er is bij de meeste SGE-artsen belangstelling voor het bespreken van productiecijfers. Productiecijfers worden gezien als niet de enige maar wel een objectieve maatstaf voor de eigen werkwijze. VGZ-cijfers blijken, als ze op overzichtelijke wijze worden gepresenteerd, goed bruikbaar voor het laten zien van vaste patronen in voorschrijf- en verwijsgedrag. Dat stimuleert, zo is uit de teamgesprekken gebleken, tot het nadenken en expliciteren van de eigen werkstijl, van het teambeleid en van het samenwerkingsbeleid. De cijfers leveren een 'centrum-profiel', iets waar anders moeilijk inzicht in is te krijgen.

Kostendoelmatigheid is geen doel op zich, maar de combinatie van een 'inhoudelijk profiel' en een 'kosten/volume profiel' geeft wel een goede onderbouwing van het eigen beleid. Het biedt een instrument om de kwaliteit van zorg te monitoren. Voor een bonus-malus regeling op basis van productiecijfers voelt men over het algemeen weinig.

De cijfers zijn nog te globaal om ook houvast te geven voor doelbewuste gedragsveranderingen. Er is nog te weinig inzicht in factoren die onderlinge verschillen en schommelingen in het patroon kunnen verklaren. Aanvulling en verfijning is nodig en daarvoor zullen vooral meer gegevens uit de eigen registratie van huisartsen verzameld moeten worden. Het project heeft in de centra de motivatie versterkt om de eigen registratie te verbeteren en met name de registratie meer te uniformeren. Wel wordt onderstreept dat een dergelijke registratie 'sober' en gebruiksvriendelijk van opzet zal moeten zijn.

De vraag in hoeverre terugkoppeling ook leidt tot meer doelmatig gebruik van zorg is op basis van dit project nog niet te beantwoorden. Daarvoor zullen de ontwikkelingen gedurende een langere periode gevolgd moeten worden. Bovendien is gedurende de proeffase de eventuele invloed van een financiële prikkel, door de verschuiving in doelstelling, vrijwel geheel uit beeld verdwenen.

Binnen de centra wordt door samenwerken en organisatie de zorg 'gestuurd' voor farmacie en verwijzingen naar de fysiotherapie. Bij farmacie gebeurt dat expliciet, bij verwijzingen naar fysiotherapie is meer sprake van impliciet beleid, als resultaat van vaste samenwerking en gemeenschappelijke opvattingen.

Op verschillende onderdelen worden bonussen behaald. De aanwezige malussen lijken voor een deel voort te komen uit bewust gekozen beleid, zoals bijvoorbeeld voor de behandeling van de wervelkolom. Bij het voorschrijven van Cara-middelen leidt een keuze voor 'kwaliteit' tot meer patiënten behandelen en het gebruik van duurdere middelen, waardoor dus de kosten zullen stijgen. Op de soms gecompliceerde relatie tussen kosten en andere kwaliteitsaspecten wordt in het tweede deel van dit hoofdstuk nader in gegaan.

De onderlinge verschillen kunnen voor een deel worden verklaard door de werkstijl van de huisarts, in combinatie met het consumptie-patroon van de betreffende populatie. De vaste patronen per huisarts en het (tot nu toe) ontbreken van andere verklaringen ondersteunen een dergelijke conclusie.

Juist die combinatie van werkstijl van de huisarts en de keuze van patiënten voor een arts met die bepaalde stijl, maakt het niet makkelijk iets in dat patroon te veranderen. Daarbij komt dat de centra zelf ook graag ruimte willen laten voor verschillende voorkeuren van patiënten.

Invloed van de huisarts op kosten van specialistische zorg komt veel minder tot uiting. Dit onderdeel is binnen de SGE-centra ook het minst 'georganiseerd'. Uit verschillende andere onderzoeken blijkt dat huisartsen in het algemeen weinig concrete activiteiten ondernemen om de zorgverlening door de specialist te sturen. Zij lijken weinig vertrouwen in hun beïnvloedingsmogelijkheden te hebben en/of vrezen de 'samenwerkingsrelatie' op het spel te zetten. (Kersten, 1991; Arts e.a. 1994; Engelsman en Geertsma, 1994).

Ook blijkt uit de literatuur dat er nog altijd weinig bekend is over factoren die verschillen in verwijscijfers kunnen verklaren en over de relatie tussen verwijscijfers en kwaliteit van een verwijzing (Stokx e.a. 1992; van de Lisdonk en Schellevis, 1994).

Er is gedurende de proeffase verschillende malen gesproken over het al dan niet uitsluiten van patiënten met extreem hoge kosten. Daar is vooral vanwege technische problemen van af gezien. Zolang er op een bonus of malus niet wordt 'afgerekend' is het identificeren van die patiënten ook van minder belang. Het speelt echter wel door in de interpretatie van de cijfers, zoals wellicht in de voor één centrum en voor de SGE als geheel langdurige malus voor geneesmiddelen uit de groep oncolytica.

De in dit project ontwikkelde methode van terugkoppeling van productie-cijfers blijkt goed te voldoen. Een terugkoppeling per kwartaal is niet haalbaar gebleken maar zal ook niet erg zinvol zijn. De voorkeur van de SGE-artsen voor het vervolgtraject is een terugkoppeling van eenmaal per jaar.

Voor het beantwoorden van de nog resterende vragen zullen meer en vooral meer specifieke gegevens beschikbaar moeten komen. Dat kan het beste via deelprojecten. Over de ervaringen met deelprojecten handelt het tweede deel van dit hoofdstuk.

3.3 De Deelprojecten

3.3.1 Opzet

Kan door gerichte interventies op onderdelen van zorg het doelmatig handelen vergroot worden? In het kader van deze vraagstelling zijn in twee gezondheidscentra van de SGE kleinschalige deelprojecten opgezet en uitgevoerd.

In grote lijnen is de opzet van alle deelprojecten vergelijkbaar.

Op grond van de bij de aanvang beschikbare VGZ-cijfers (over 1993 en 1994) zijn onderwerpen gekozen, waarvan vermoed werd, dat door gericht beleid doelmatigheid verbeterd kan worden.

De keuze is door verschillende factoren bepaald: o.a. het bestaan van aanzienlijke verschillen in productiecijfers tussen artsen binnen een centrum of opvallende verschillen t.o.v. de referentiegroep (met name als er sprake was van een malus), in combinatie met reeds bestaande interesse en/of deskundigheid binnen het centrum.

Bij het opzetten van de projecten bleek steeds weer, dat daarbij een kwaliteitscriterium als vertrekpunt onmisbaar is. Immers, als kostenbeperking hoofddoelstelling is, ontstaat de kans op niet-optimale zorg. Er moet dus een raamwerk van (vakinhoudelijke) kwaliteitscriteria voorhanden zijn of geformuleerd worden, om te voorkomen dat het streven naar doelmatigheidsverbetering alleen op kosten wordt gebaseerd.

Zo zijn ofwel een bestaande NHG-Standaard danwel een binnen de betreffende huisartsengroep ontwikkelde consensus gehanteerd als inhoudelijke kwaliteitsnorm.

Na de keuze van de aandachtsgebieden en het kiezen van een 'trekker' is voor elk project een projectplan opgesteld, dat de volgende onderdelen bevat:

- formuleren doelstelling en de weg waarlangs verondersteld wordt deze te bereiken (b.v. door consequent handelen volgens NHG-Standaard)
- formuleren verwachting, dat wil zeggen het verwachte effect op de productie(-cijfers)
- noodzakelijke voorbereidingen: ontwikkelen protocol, verwerven van benodigde deskundigheid en vaardigheden, afspraken over registratie
- keuze van de meetperiode: het was de bedoeling om steeds de productiecijfers van het eerste kwartaal 1995 te vergelijken met die van het eerste kwartaal 1996; in de tussenliggende periode zouden de interventie-activiteiten plaatsvinden.

Uiteindelijk bleek het door problemen met de gegevensverwerking bij VGZ niet mogelijk om alle gevraagde productiecijfers van het 1e kwartaal 1996 aan te leveren. Bij het schrijven van dit verslag zijn gegevens beschikbaar over de prescriptie van het 1e en 2e halfjaar 1995 en het 1e halfjaar 1996. Verwijscijfers over 1996 ontbreken vooralsnog.

In de volgende paragrafen worden de deelprojecten afzonderlijk beschreven.

3.3.2 Project Voorschrijven van Maag-medicatie

Gezondheidscentrum De Orion

Keuze aandachtsgebied en doelstelling

De huisartsen van Gezondheidscentrum de Orion bleken gemiddeld in de ATC-groep 'Maagdarmkanaal en metabolismen' (ATC-code: A) duurder voor te schrijven dan de overige huisartsen in de regio. Ook de onderlinge verschillen waren nogal groot. Tabel 3.1 laat dat zien.

Tabel 3.1 Voorschrijven van middelen van de groep Maagdarmkanaal en metabolismen, ATC-code A in gezondheidscentrum de Orion in 1994: aantallen voorschriften per 1000 verzekerden en kosten per verzekerde (alleen geneesmiddelen voorgeschreven door de huisarts)

gegevens 1994	voorschriften per 1000 verz. werk. verw.		kosten per verzekerde werk .verw	
	Orion totaal	652	660	56.63
ha A	417	621	38.14	50.49
B	683	499	65.38	36.99
C	707	674	55.35	54.07
D	752	730	62.54	59.04
E	640	708	59.20	55.80

Verondersteld werd, dat consequenter werken volgens de NHG-Standaard Maagklachten (1993) zou leiden tot kwalitatief beter en waarschijnlijk ook tot goedkoper voorschrijven.

De aandacht werd vooral gericht op het voorschrijven van 'ulcus-middelen': H2-receptor-antagonisten (ATC-code A02BA) en protonpompremmers (ATC-code A02BC), omdat men verwachtte dat deze categorie middelen bepalend zou zijn voor het grootste deel van de kosten in deze groep.

Doel van het project is om na te gaan of door deze gerichte actie, die moet leiden tot consequenter toepassen van de Standaard, doelmatigheidswinst zal worden behaald.

Vorbereidingen

In de eerste meetperiode zijn door de apotheker overzichten gemaakt van de door de huisartsen voorgeschreven middelen uit de groep en zijn door alle huisartsen ten aanzien van de gekozen geneesmiddelen de diagnose-recept-relaties vastgelegd om zicht te krijgen op de bestaande voorschrijfpatronen. In de daarop volgende maanden is in diverse bijeenkomsten aandacht besteed aan het onderwerp maagklachten, met name aan de diagnostiek en (medicamenteuze) behandeling.

Met de apotheker in het centrum zijn afspraken gemaakt over voorschrijven en afleveren van generieke preparaten. De assistentes zijn geïnformeerd over het project en kregen een taak in het bewaken van de herhaalreceptuur. Ook is de mogelijkheid besproken om de diëtiste meer in te schakelen bij patiënten met maagklachten, maar dit bleek geen effectief alternatief voor de beschikbare, zeer potente medicatie.

Methoden

Hoofdafsprak was, dat de artsen consequenter volgens de richtlijnen van de NHG-Standaard (die bij elke huisarts zichtbaar op het bureau geplaatst was) zouden handelen. Waar mogelijk zou generiek worden voorgeschreven en afgeleverd. Speciale aandacht zou ook besteed worden aan de herhaalreceptuur.

In de tweede helft van 1995 is men volgens de nieuwe richtlijnen gaan werken.

De VGZ-productiecijfers en de vergelijking tussen de eerste helft van 1995 en de eerste helft van 1996 moeten uitwijzen of er veranderingen in het voorschrijfbeleid zijn opgetreden en of doelmatigheidswinst is behaald.

Resultaten

De beschikbare cijfers leveren een zeer complex beeld op. Uit de cijfers is af te leiden, dat de kosten in de groep geneesmiddelen voor de maag inderdaad, zoals verondersteld, voor ongeveer 85% bepaald worden door de H2-receptor-blokkerende middelen en de protonpompremmers.

De ATC-code A omvat overigens ook nog andere middelen, onder andere laxantia, bloedsuikerverlagende middelen, mineralen en vitamines. Deze andere middelen werden niet in het onderzoek betrokken. Het lijkt redelijk te veronderstellen dat deze voor het totale volume van de groep minder bepalend zijn dan de maagmiddelen.

Voor de totale ATC-hoofdgroep A is het resultaat van alle artsen van het centrum gezamenlijk in 1993, 1994 en in het 1e halfjaar 1995 een malus, in het 2e halfjaar 1995 een bonus. De gedetailleerde cijfers van de maag-middelen laten op dit onderdeel voortdurend een malus zien. Tabel 3.2 geeft de vergelijkende cijfers voor het eerste half jaar 1995 en het eerste half jaar 1996.

Tabel 3.2 Voorschrijven van maagmedicatie in gezondheidscentrum de Orion: aantal DDD's per verzekerde en kosten per verzekerde, 1e helft 1995 en 1e helft 1996 (alleen prescriptie voorgeschreven door de huisarts)

	1995 1e helft		kosten per verz.		1996 1e helft		kosten per verz.	
	DDD's per verz. werk.	verw.	werk.	verw.	DDD's per verz. werk.	verw.	werk.	verw.
antacida	0.93	0.33	0.55	0.29	1.22	0.93	0.53	0.29
H2 receptorantagonisten	1.19	1.47	8.67	8.30	1.41	1.43	7.33	7.65
misoprostol	0.02	0.01	0.06	0.05	0.00	0.01	0.00	0.04
protonpompremmers	0.95	0.74	7.58	6.20	1.47	1.07	10.53	8.39
ov. ulcus-pepticummiddelen	0.07	0.07	0.48	0.40	0.10	0.07	0.57	0.29
propulsiva	0.44	0.43	1.55	1.27	0.59	0.49	1.91	1.48
totaal	3.58	3.05	18.88	16.51	4.79	4.00	20.88	18.14

In deze tabel is te zien dat de huisartsen van de Orion meer en duurder voorschrijven dan de referentiegroep. In 1995 zijn de kosten voor alle onderscheiden middelen hoger; in 1996 zijn de kosten alleen voor de H2-receptorantagonisten iets lager.

Bij de individuele artsen zijn tegengestelde verschuivingen te zien: soms wordt een malus groter, soms reduceert een malus tot nul, soms gebeurt datzelfde met een bonus. Er blijven over de hele periode aanzienlijke verschillen tussen de artsen bestaan. Waar sprake is van een malus, blijkt die vooral veroorzaakt te worden door grotere aantallen voorschriften van grotere hoeveelheden protonpompremmers.

VGZ heeft ook gegevens geleverd over het totaalvolume voorgeschreven middelen, uitgesplitst naar het aandeel van door de huisarts en door de specialist voorgeschreven medicamenten. Er blijken tussen de afzonderlijke artsen zowel forse verschillen te bestaan voor de totale volumina/kosten, als voor de verhouding van door de huisarts, respectievelijk door de specialist voorgeschreven percentages daarvan. Voor het totaalvolume van de maag-middelen is deze verhouding in de referentiegroep ongeveer 70:30. Bij de huisartsen van de Orion varieert deze verhouding nogal: van 65:35 tot 90:10. De huisarts die 90% van het totaalvolume heeft voorschreven, heeft ook de grootste malus. Mogelijk is hier sprake van een substitutie-effect.

Tabel 3.3 geeft de cijfers over het voorschrijven in totaal, per huisarts en per specialist.

Tabel 3.3 Voorschrijven van maag-middelen door huisartsen van Gezondheidscentrum de Orion in het eerste halfjaar 1995 en het eerste halfjaar 1996, totaalvolume uitgesplitst in aandeel huisarts en aandeel specialist; DDD's per verzekerde en kosten per verzekerde

		eerste helft 1995				eerste helft 1996			
		DDD's per verz.		kosten per verz.		DDD's per verz.		kosten per verz.	
		werk.	verw.	werk.	verw.	werk.	verw.	werk.	verw.
ha A	tot.	3.921	3.614	20.39	22.13	4.467	4.443	25.15	22.37
	ha	3.135	2.877	12.57	15.46	3.323	3.445	15.74	15.83
	spec.	0.786	0.737	7.82	6.67	1.022	0.998	9.40	6.54
ha B	tot.	4.467	2.778	28.55	16.09	6.877	3.549	30.14	17.21
	ha	3.908	2.254	23.23	11.52	6.226	2.808	27.31	12.52
	spec.	0.559	0.524	5.32	4.57	0.651	0.741	2.83	4.69
ha C	tot.	4.625	3.967	31.63	24.51	6.747	5.233	27.56	26.32
	ha	3.570	3.160	20.77	17.20	5.783	4.065	20.91	18.66
	spec.	1.055	0.807	10.86	7.31	0.964	1.168	6.65	7.66
ha D	tot.	3.934	4.326	25.23	26.97	4.744	5.749	26.36	28.79
	ha	3.203	3.449	22.19	18.99	4.064	4.481	20.52	20.53
	spec.	0.731	0.877	3.04	7.89	0.680	1.268	5.84	8.26
ha E	tot.	4.825	4.027	23.15	24.77	4.845	5.433	25.36	26.48
	ha	4.116	3.217	15.53	17.43	3.630	4.251	16.87	18.93
	spec.	0.709	0.810	7.62	7.34	1.215	1.182	8.49	7.55

Discussie

Naarmate de huisartsen in het centrum zich meer verdiepten in het onderwerp, bleek dat de NHG-Standaard op onderdelen niet meer geheel up-to-date was.

Er was inmiddels nieuwe (duurdere) en effectievere medicatie beschikbaar dan ten tijde van het tot stand komen van de (oude) Standaard. Bovendien zijn de inzichten veranderd ten aanzien van oorzaak en behandeling van een groot percentage maagklachten (de rol van *Helicobacter*). Gevolg van deze ontwikkelingen was, dat er geen scherp omschreven criteria meer voorhanden waren voor het optimale voorschrijfbeleid.

In november 1996 is een herziene versie van de NHG-standaard maagklachten uitgekomen, maar toen was het deelproject al afgesloten.

Een ander probleem bij de uitvoering van het project, betreft de categorie 'onderhoudsmedicatie'. Bij chronische gebruikers van de zeer effectieve middelen uit deze groep blijkt vaak grote weerstand te bestaan tegen het staken van het gebruik, ook als er strikt genomen geen indicatie meer voor is.

Gaande het project groeide de verwachting, dat, door de aandacht voor dit onderwerp, de kwaliteit van het voorschrijfbeleid (getoetst aan de Standaard, voor zover nog actueel) zeker verbeterd was. Tegelijkertijd werd vermoed, dat de kosten van het voorschrijven op dit onderdeel waarschijnlijk toegenomen zouden zijn.

Dit laatste lijkt door de cijfers bevestigd te worden. In absolute zin stijgen de kosten, ook in de referentiegroep, vooral door een groter volume voorgeschreven protonpompremmers.

In het 2e halfjaar 1995 is sprake van een bonus voor de totale ATC-groep Maagdarmkanaal en metabolismen. Dit wordt door de apotheker van het centrum vooral verklaard uit het consequent overschakelen van specialite's naar generieke middelen, waar die voorhanden zijn. Aangezien er bij de maag-middelen geen sprake is van een bonus, moet deze dus

ontstaan zijn bij andere middelen uit de groep, waarschijnlijk de bloedsuikerverlagende middelen (ATC-code A10). In deze groep zijn ook meer generieke preparaten beschikbaar. Bij de maag-middelen is eigenlijk alleen in de groep H2-receptorantagonisten een veel voorgeschreven preparaat generiek beschikbaar (cimetidine). Dit is dan ook de enige groep waar een malus voor de 1e helft 1995 omslaat in een bonus voor de tweede helft 1995 en de eerste helft 1996.

Die winst wordt weer te niet gedaan door een relatief sterkere stijging van het voorgeschreven volume protonpompremmers.

Duidelijke verklaringen voor de bij de start van het project gevonden onderlinge verschillen in voorschrijfbeleid zijn niet met zekerheid gevonden. Als factoren die mogelijk van invloed zijn worden onder andere genoemd: de attitude van de individuele huisarts, de samenstelling van de praktijkpopulatie, de invloed van het voorschrijfbeleid in de tweede lijn en (automatische) herhaalreceptuur.

Het eerder genoemde verschil in de verhouding tussen door de huisarts en door de specialist voorgeschreven volumina speelt ook een belangrijke rol, maar dit gegeven maakt de interpretatie van de cijfers extra moeilijk.

Het project heeft gedurende de looptijd niet geleid tot meer uniformiteit.

Al met al blijkt het interpreteren van de produktiecijfers op arts-niveau uiterst moeilijk.

Dat heeft onder meer te maken met de betrekkelijk geringe patiëntenaantallen, de korte meetperiode en de invloed van externe factoren. Bovendien treden er ook in de referentiegroep veranderingen op, zodat de vergelijking wel heel complex wordt.

Wel lijkt de conclusie gerechtvaardigd, dat dit project niet heeft geleid tot doelmatigheidswinst in termen van kosten. Een geringe winst, toegeschreven aan generiek voorschrijven en afleveren, is te niet gedaan door verschuiving van het voorschrijfpatroon in de richting van nieuwere, effectievere en duurere middelen.

3.3.3 Project Voorschrijven van CARA-middelen Gezondheidscentrum Stratum

Keuze aandachtsgebied en doelstelling

In het Gezondheidscentrum Stratum is voor dit onderwerp gekozen omdat de kosten in de ATC-groep 'Ademhalingsstelsel' (ATC-code: R) gemiddeld aan de hoge kant waren en de onderlinge verschillen tussen de huisartsen vrij groot.

De cijfers over 1994 worden in table 3.4 gepresenteerd.

Tabel 3.4 Voorschrijven van middelen van de groep Ademhalingsstelsel, ATC-code R, in gezondheidscentrum Stratum in 1994: aantallen voorschriften per 1000 verzekerden en kosten per verzekerde (alleen geneesmiddelen voorgeschreven door de huisarts)
Tevens aantallen verwijfskaarten longziekten per 1000 verzekerden en aantallen verpleegdagen longziekten per 1000 verzekerden in 1994

gegevens 1994		voorschriften per 1000 verz.		kosten geneesm. per verzekerde		verwijskaarten per 1000 verz.		verpleegdagen per 1000 verz.	
		werk.	verw.	werk.	verw.	werk.	verw.	werk.	verw.
Stratum totaal		446	477	25.60	22.12	24.9	35.0	101.2	141.6
ha	K	553	500	37.73	23.67	33.2	38.5	149.1	163.2
	L	371	434	16.17	19.18	23.7	27.9	188.0	97.3
	M	370	500	19.56	23.74	19.0	39.2	53.5	167.6
	N	450	425	27.38	18.69	19.5	25.9	26.3	88.9
	O	473	511	26.30	24.43	27.4	41.2	85.2	177.7

In deze tabel zijn naast de prescriptiecijfers ook de verwijscijfers en de aantallen verpleegdagen voor het specialisme longziekten opgenomen. Het algemene beeld is dat de huisartsen van het Gezondheidscentrum Stratum gemiddeld duurder voorschrijven, maar een (aanzienlijk) lager aantal verwijzingen en verpleegdagen hebben voor het specialisme longziekten.

Het thema CARA was in 1995 in diverse verbanden al gekozen als aandachtsgebied (deskundigheidsbevordering, farmacotherapie-overleg en deelname aan het 'Onderzoek Zelfbehandeling bij CARA' van de Universiteit Nijmegen).

Bij de opzet van het project werd verondersteld, dat gerichte aandacht voor prescriptie in dit indicatie-gebied zou leiden tot verkleining van onderlinge verschillen en goedkoper voorschrijven. Doel van het project is na te gaan of met deze interventie ook doelmatigheidswinst behaald kan worden en of dat ook in de productiecijfers tot uiting komt.

Vorbereidingen

Zoals gezegd is in 1995 in diverse verbanden aandacht besteed aan het thema CARA. In het kader van het deelproject is in het voorjaar een FTO-bijeenkomst georganiseerd met als onderwerp CARA-medicatie. Op deze bijeenkomst zijn met de apothekers de door hen geproduceerde voorschrijfcijfers van de huisartsen van de FTO-groep besproken (uitgangssituatie) en wenselijke veranderingen geformuleerd op grond van de NHG-standaard CARA bij volwassenen (1992) en actuele literatuur (b.v. Peterse, 1993; en v. Herwaarden e.a., 1994). Dit leidde tot de conclusie, dat meer preventieve medicatie (meer en hoger gedoseerde inhalatiecorticosteroiden) zou moeten worden voorgeschreven en minder en minder hoog gedoseerde bronchusverwijdende medicatie.

Op grond van gegevens over effectiviteit, gebruiksgemak (belangrijk voor compliance) en prijs is ook een keuze gemaakt voor voorkeurspreparaten. De keuze viel hierbij overigens op preparaten die niet als generieke preparaten beschikbaar zijn.

Methoden

Er is afgesproken om in het vervolg (ongeveer vanaf medio 1995) deze afspraken als richtlijn voor het therapie-beleid te hanteren. De assistentes is gevraagd de herhaalreceptuur te bewaken.

Om te zien of een en ander tot meetbare veranderingen leidt zullen gedetailleerde prescriptiecijfers van middelen uit de hoofdgroep Ademhalingsstelsel (ATC-code R) van de eerste helft 1995 vergeleken worden met die van de eerste helft 1996.

Daarnaast is afgesproken dit onderwerp in 1997 opnieuw in een FTO-bijeenkomst te evalueren.

Hierna is aan het thema in project-verband, met opzet, geen expliciete aandacht meer besteed, juist om na te gaan of een dergelijke licht gestructureerde opzet ook tot meetbare resultaten zou leiden.

Resultaten

VGZ heeft dus zeer gedetailleerde cijfers geleverd voor de betrokken geneesmiddelen over de 1e en 2e helft 1995 en de 1e helft 1996. Tabel 3.6 geeft deze weer voor de voormeting en de nameting.

Tabel 3.6 Voorschrijven van CARA-middelen in gezondheidscentrum Stratum: aantal DDD's per verzekerde en kosten per verzekerde, 1e helft 1995 en 1e helft 1996 (alleen prescriptie voorgeschreven door de huisarts)

	1995 1e helft		kosten per verz.		1996 1e helft		kosten per verz.	
	DDD's per verz. werk.	verw.	werk.	verw.	DDD's per verz. werk.	verw.	werk.	verw.
sel.β2-sympathicomimetica	1.55	1.29	2.19	1.54	1.52	1.38	2.25	1.85
glucocorticoïden	1.55	1.04	3.42	2.06	2.24	1.33	5.11	2.63
ipratropium	0.74	0.44	1.25	0.63	0.79	0.53	1.22	0.75
mucolytica	0.49	1.49	0.95	1.74	0.37	1.13	0.78	1.35
overige CARA-middelen	4.79	4.02	0.94	1.31	3.95	4.63	1.39	1.12
totaal	9.12	8.28	8.75	7.14	8.87	9.00	10.75	7.70

Hieruit blijkt, dat de huisartsen van GC Stratum in 1995 iets meer voorschrijven dan de overige Eindhovense huisartsen; in 1996 ongeveer evenveel. In beide jaren schrijft men duurder voor dan verwacht, maar in 1996 is het verschil groter. Vooral bij de glucocorticoïden is men duurder, maar ook bij de bronchusverwijders. Tussen de eerste helft van 1995 en de eerste helft van 1996 is het volume van de bronchusverwijders afgenomen in vergelijking met de controlegroep; het volume van de inhalatiecorticosteroiden is toegenomen, evenals in de controlegroep overigens, maar het verschil is groter geworden.

Uit de gegevens van de afzonderlijke huisartsen blijkt, dat er in 1996 nog steeds grote onderlinge verschillen bestaan. Wel zijn bij de huisarts met de hoogste kosten per verzekerde, deze iets afgenomen, terwijl ze bij alle andere artsen zijn toegenomen.

Tabel 3.7 Voorschrijven van CARA-middelen door huisartsen van Gezondheidscentrum Stratum in het eerste halfjaar 1995 en het eerste halfjaar 1996; totaalvolume uitgesplitst in aandeel huisarts en aandeel specialist; DDD's per verzekerde en kosten per verzekerde

		eerste helft 1995				eerste helft 1996			
		DDD's per verz.		kosten per verz.		DDD's per verz.		kosten per verz.	
		werk.	verw.	werk.	verw.	werk.	verw.	werk.	verw.
ha K	tot.	20.730	16.099	36.62	25.59	21.045	16.648	34.90	27.48
	ha	13.541	9.038	17.50	7.95	15.058	9.877	16.57	8.59
	spec.	7.216	7.061	19.12	17.64	5.987	6.771	18.33	18.89
ha L	tot.	11.751	11.713	12.58	17.93	10.403	12.215	15.46	19.28
	ha	8.985	6.986	5.94	5.76	8.403	7.588	9.45	6.23
	spec.	2.766	4.727	6.64	12.17	2.000	4.627	6.01	13.05
ha M	tot.	11.213	15.799	11.43	24.87	8.162	16.011	14.29	26.20
	ha	8.659	8.979	5.32	7.82	6.020	9.598	6.91	8.32
	spec.	2.554	6.820	6.11	17.05	2.142	6.413	7.38	17.88
ha N	tot.	10.330	11.155	13.39	16.94	11.335	11.789	16.39	18.43
	ha	9.368	6.759	9.27	5.61	10.522	7.439	14.35	6.15
	spec.	0.962	4.396	4.12	11.33	0.813	4.350	2.04	12.28
ha O	tot.	10.981	16.868	21.48	27.05	8.942	17.201	20.84	28.84
	ha	5.647	9.355	6.07	8.27	5.145	10.019	7.37	8.75
	spec.	5.334	7.513	15.41	18.78	3.797	7.182	13.47	20.09

Discussie

Gedurende de looptijd van het project zijn de volgende knelpunten gesignaleerd:

- het gaat per praktijk om geringe patiëntenaantallen en de gekozen meetperiode is kort; het zal dus de vraag zijn of verschuivingen groot genoeg zijn om ze te kunnen meten op de gekozen manier;
- veranderen van chronische medicatie stuit nogal eens op weerstand: wanneer de toestand van de patiënt subjectief en objectief bij de tot dan toegepaste medicatie als goed ervaren wordt, is de veranderingsgeneigdheid zowel bij arts als patiënt niet groot;
- bovendien blijkt bij artsen het veranderen van voorschrijfpatronen niet zo eenvoudig; de neiging is groot om in oude routines terug te vallen als de afspraken niet voortdurend onder de aandacht blijven.

Algemeen wordt aangenomen dat er in de groep CARA-patiënten sprake is van onderdiagnostiek en onderbehandeling. Het lijkt zeer waarschijnlijk dat dit nogal varieert per arts, onder andere door meer of minder persoonlijke interesse. Meer aandacht voor deze patiëntengroep zal wellicht leiden tot verkleining van verschillen tussen de artsen onderling, maar tegelijk tot een toename van het aantal behandelde patiënten en dus tot hogere prescriptiecijfers.

Aangezien de gekozen voorkeurspreparaten ook al niet de goedkoopste uit de groep zijn, werd uiteindelijk eerder een toename dan een afname van de kosten in deze groep verwacht. Uit de cijfers blijkt dat er veranderingen zijn opgetreden die overeenkomen met de gestelde doelen. Er zijn meer inhalatiecorticosteroiden voorgeschreven en minder bronchusverwijdende middelen. De kosten zijn sterker toegenomen dan in de controlegroep. Er is dus geen doelmatigheidswinst geboekt in termen van kosten. Beoordeeld aan de hand van de afgesproken doelstelling is er wel sprake van kwaliteitswinst.

Ook hier wordt de analyse weer bemoeilijkt door de (wisselende) verhouding van de aandelen van door de huisarts en door de specialist voorgeschreven volumina en kosten.

Bij de kosten van de huisartsen is er in 1996 sprake van een t.o.v. 1995 toegenomen malus. Bij het totaal van de kosten van huisartsen en specialisten samen echter van een (aanzienlijk) toegenomen bonus. Mogelijk is er ook hier sprake van een substitutie-effect. Deze veronderstelling wordt gesteund door de lage verwijscijfers voor het specialisme longziekten in het centrum.

Wat in dit beeld de invloed van de interventie is, is niet na te gaan.

In het overleg met de apothekers zal nog nagegaan worden of door combinatie van data van de Huisartsen Informatie Systemen (HIS) met die van de apothekers een beter beeld is te krijgen van de opgetreden veranderingen in het prescriptiebeleid.

3.3.4 Het Project Oogheelkunde Gezondheidscentrum Stratum

Keuze aandachtsgebied en doelstelling

Als tweede deelproject startte het gezondheidscentrum Stratum met het project Oogheelkunde. Ook in dit geval is een keuze gemaakt op grond van de vrij grote onderlinge verschillen in de verwijscijfers Oogheelkunde en op grond van al in de groep aanwezige belangstelling en deskundigheid op het terrein van de oogheelkunde. De onderlinge verschillen zijn in tabel 3.8 te zien.

Tabel 3.8 Verwijzingen, kosten specialistische hulp en verpleegdagen Oogheelkunde in Gezondheidscentrum Stratum in 1994: aantallen verwijskaarten per 1000 verzekerden, kosten per verzekerde en verpleegdagen per 1000 verzekerden

gegevens 1994	verwijskaarten per 1000 verz. werk. verw.		kosten spec. per verzekerde werk. verw.		verpleegdagen per 1000 verz. werk. verw.	
	Stratum totaal	88.0	101.6	8.58	9.28	20.4
huisarts K	86.9	111.5	8.79	10.54	13.6	27.6
L	75.7	81.0	7.80	6.57	22.8	14.5
M	82.5	112.4	8.83	10.87	18.1	29.1
N	59.5	77.4	4.09	6.22	1.9	13.8
O	125.2	119.1	12.23	11.43	40.0	30.7

Uit de tabel blijkt dat men gemiddeld een vrij laag verwijscijfer heeft, maar er zijn flinke onderlinge verschillen. Een arts heeft een hoger verwijscijfer dan de referentiegroep.

In het project werd de aandacht gericht op de groep patiënten met refractieafwijkingen. Dat zijn de patiënten die vragen om een verwijzing naar de oogarts, omdat ze denken aan een (nieuwe) bril toe te zijn of omdat ze slechter zijn gaan zien.

De verwachting was, dat door consequente toepassing van de NHG-Standaard Oogheelkundige Diagnostiek (1990), een aantal patiënten naar de opticien in plaats van naar de oogarts verwezen zou kunnen worden. Daardoor zou het aantal verwijzingen oogheelkunde moeten afnemen.

Doel van het project is na te gaan of door de interventie het aantal verwijzingen oogheelkunde inderdaad afneemt en of dat ook te meten is door de VGZ-cijfers 'verwijzingen oogheelkunde' van het eerste kwartaal 1995 te vergelijken met die van het eerste kwartaal 1996.

Vorbereidingen

Er is (aan de hand van de NHG-Standaard) een protocol en een registratieformulier opgesteld en tevens een standaard-verwijsbrief voor de opticien.

Verder is benodigd instrumentarium aangeschaft (lichtkast met ringen van Landolt, ophthalmoscoop voor indirecte fundoscopie, tonometer) en is aandacht besteed aan vaardigheidstraining (artsen: fundoscopie; assistentes: visusmeting en oogboldrukmeting).

Methoden

In de meetperiode (eerste kwartaal 1996) zijn alle patiënten die vroegen om een verwijzing naar de oogarts in verband met een bril, onderzocht volgens het protocol. Van alle onderzochte patiënten is een registratieformulier ingevuld, zodat achteraf nagegaan kon worden wat de bevindingen zijn en of ze naar de opticien of de oogarts dan wel helemaal niet verwezen zijn.

Over dezelfde periode zijn (in het HIS) tevens alle (overige) verwijzingen oogheelkunde geregistreerd (zowel nieuwe als herhaalverwijzingen) en uitgespoeld. Hierbij is achteraf (handmatig) zoveel mogelijk de verwijsindicatie opgezocht of nagevraagd bij de verwijzende huisarts. Met dit materiaal is, na afloop van de meetperiode, een overzicht gemaakt van alle volgens protocol onderzochte patiënten en hun verdere lotgevallen en van alle verwijzingen oogheelkunde met de bijbehorende verwijsindicaties.

Resultaten

In de meetperiode zijn bij de huisartsen van het centrum in totaal 30 patiënten volgens het protocol onderzocht. 14 patiënten zijn na onderzoek primair naar de oogarts verwezen, 12 patiënten zijn naar de opticien verwezen. Van deze laatsten zijn er 3 in tweede instantie op advies van de opticien alsnog naar de oogarts verwezen. Bij 4 patiënten was de visus goed en bestond dus in het geheel geen reden voor verwijzing.

Al met al is dus bij 13 (9+4) patiënten een verwijzing naar de oogarts 'voorkomen'.

Naast de 17 (14+3) patiënten die na het doorlopen van het protocol naar de oogarts zijn verwezen, zijn in de meetperiode nog 105 verwijzingen oogheelkunde geregistreerd. Daarbij blijken er overigens grote en moeilijk te verklaren verschillen tussen de betrokken huisartsen te bestaan.

Aangezien de VGZ-cijfers betreffende 'verwijzingen oogheelkunde' van het 1e kwartaal 1996 nog niet beschikbaar zijn, kan de voorgenomen vergelijking nog niet worden gemaakt.

Discussie

Nemen we aan, dat, als er geen project was geweest, alle 30 volgens protocol onderzochte patiënten, 'automatisch' naar de oogarts verwezen waren, dan zou het totale aantal verwijzingen oogheelkunde over deze periode 135 geweest zijn.

Van de 135 patiënten met een vraag om c.q. indicatie voor verwijzing naar de oogarts, ging het dus bij 30 (22%) om bij eerste inschatting 'eenvoudige visusklachten'. Van hen konden er 13 (10% van de totale groep) uiteindelijk door de huisarts in samenwerking met de opticien adequaat geholpen worden. Zo gemeten, is er sprake van een 'besparing' van 10% op het totale aantal verwijzingen oogheelkunde.

Wil men uit dit soort gegevens conclusies kunnen trekken, dan is een nauwkeurige en consequente registratie en codering noodzakelijk. De grote onderlinge verschillen tussen de artsen zouden, althans voor een deel, wel eens te maken kunnen hebben met verschillen in 'registratie-discipline' en onvoldoende eenduidige afspraken daarover.

Dit project heeft in ieder geval enig inzicht verschaft in deze materie. Het is goed om te zien hoe groot (of hoe beperkt) de te behalen 'winst' is en wat de 'prijs' daarvoor is. Naast de voorbereidingstijd van het project (artsen ongeveer 45 uren, assistentes ongeveer 20 uren), hebben de artsen per patiënt gemiddeld 1 consult (10-15 min.) besteed en de assistentes, eveneens in het kader van het protocol, 10-15 minuten.

Naast de voldoening over een meetbaar resultaat heeft de uitvoering van dit project ook een aantal waardevolle neveneffecten opgeleverd:

- er is ervaring opgedaan met het opzetten en uitvoeren van een dergelijk project;
- de belangstelling, deskundigheid en vaardigheden op het gekozen terrein en voor de oogheelkunde in het algemeen zijn bij alle betrokkenen toegenomen; tevens is duidelijk geworden op welk gebied deskundigheid en vaardigheden nog verder ontwikkeld zouden moeten worden (fundoscopie, oogboldrukmeting);
- er is met de invoering van deze werkwijze, die ook na de meetperiode is voortgezet, een stuk taakdelegatie van de huisarts naar de assistente tot stand gekomen;
- zonder dit project zou nu zeker minder consequent volgens de richtlijnen van de Standaard zijn gewerkt; met andere woorden er heeft implementatie van (een onderdeel van) de Standaard Oogheelkundige Diagnostiek plaats gevonden; daarbij is gebleken, dat implementatie van deze (en waarschijnlijk geldt dat niet alleen voor deze) Standaard een gerichte en intensieve aanpak vereist.
- door de terugkoppeling van lijsten van naar de oogarts verwezen patiënten en de verwijzindicaties zijn de artsen meer bewust en kritischer geworden ten aanzien van verwijzen; het is zeer wel mogelijk dat ook hierdoor uiteindelijk minder verwezen zal worden.

3.3.5 Conclusies uit de deelprojecten

De resultaten van de deelprojecten overziende, kunnen tenslotte nog enkele algemene conclusies worden getrokken:

- Productie-cijfers kunnen een goede aanleiding vormen om een zorggebied te kiezen, waar doelmatigheidsverbetering mogelijk c.q. wenselijk lijkt. Overigens zou zo'n keuze natuurlijk ook op grond van andere overwegingen of gegevens gemaakt kunnen worden.
- De cijfers lijken in de vorm waarin ze nu voorhanden zijn, niet erg geschikt om op arts- of centrum-niveau het effect van interventies te meten, althans niet voor prescriptiecijfers van ATC-hoofdgroepen en over korte tijdspannes. De cijfers van lagere ATC-niveaus zijn daartoe wel te gebruiken, mits over langere tijdspannes. Cijfers op centrum-niveau kunnen tegengestelde veranderingen bij afzonderlijke artsen verhullen.
- Bij de start van elk project dat vergroting van (kosten-)doelmatigheid beoogt, is het noodzakelijk eerst criteria voor zorginhoudelijke kwaliteit vast te stellen. Steeds is de kernvraag: wat is optimaal huisartsgeneeskundig handelen en kan dat uitgevoerd worden met lagere kosten?
- Wil een dergelijk project slagen, dan is het nodig, dat er ruim tijd en aandacht besteed wordt aan voorbereiding, informatie en motivatie van alle deelnemers en aan bewaking van de afspraken. Het blijft moeilijk om de afspraken over de overeengekomen werkwijze onder de aandacht te houden. De neiging om terug te vallen in oude routines is groot. Er moet iemand zijn, die de voortgang van het project bewaakt en daar ook tijd voor heeft, een 'trekker'.
- Voor dergelijke projecten is het noodzakelijk om over gegevens te beschikken van het handelen van de huisartsen. Dat vereist discipline en uniformiteit in registratie en codering. Op dit punt moet er nog veel verbeterd worden. De bestaande huisartseninformatie-systemen bieden eigenlijk op dit moment nog onvoldoende mogelijkheden. Met name de mogelijkheid om verrichtingen aan diagnoses te kunnen koppelen zou veel relevante informatie kunnen opleveren.
- Individueel huisartsgeneeskundig handelen betreft slechts kleine patiëntenaantallen. Dat betekent dat er meerdere huisartsen en een voldoende lange meetperiode nodig zijn om een effect te kunnen meten. Mogelijk zijn de in de 'proeffase' gekozen meetperiodes te kort om getalsmatig verschuivingen van enige omvang zichtbaar te kunnen maken. Bovendien verandert 'de omgeving' ook en aangezien de VGZ-cijfers steeds gepresenteerd worden als vergelijkende cijfers in relatie tot die omgeving, is de kans groot, dat de aldus gemeten veranderingen slechts gering zullen zijn.
- In alle deelprojecten bestaat (zonder dat dat nog met meetgegevens onderbouwd is) de

stellige indruk, dat de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen is toegenomen. Dat is ook logisch, wanneer de operationele doelstelling is om consequenter volgens standaarden c.q. kwaliteitsnormen te gaan werken. Hierbij blijkt dat in ieder geval op het onderdeel prescriptie, geen doelmatigheidswinst in termen van kosten is behaald. De gekozen werkwijze kan in elk geval nu wel met kwaliteitsargumenten worden gemotiveerd.

4 SAMENVATTING, CONCLUSIES EN VOORSTEL VOOR EEN VERVOLG

4.1 Samenvatting van doel en opzet van het project

Het bonus-malus project is gestart als een onderzoek naar nieuwe financieringsvormen voor gezondheidscentra. Bij de voorbereiding van het project is het primaire doel te *onderzoeken of huisartsen in gezondheidscentra minder vervolgcosten genereren dan huisartsen buiten centra en of financiering van gezondheidscentra op basis van een dergelijke financiële meerwaarde haalbaar, wenselijk en aantrekkelijk is*. Reeds bij de start is een tweede doel aan het project toegevoegd *'inzicht krijgen in de mogelijkheden die huisartsen (en centra als geheel) hebben om kosten van zorg te beïnvloeden'*.

In het kader van het project zijn volume en kosten van SGE-artsen vergeleken met de overige Eindhovense huisartsen. Lagere kosten dan de vergelijkingsgroep leveren een bonus op, hogere kosten een malus.

Een bonus-malus systeem is een complexe materie. Daarom is besloten te starten met een proeffase van een jaar. In deze proeffase worden productiegegevens verzameld en teruggekoppeld maar er worden aan die gegevens nog geen financiële consequenties verbonden. VGZ levert de productiecijfers. Het NIVEL bewerkt en analyseert deze gegevens en doet onderzoek naar factoren die verschillen in productiecijfers kunnen verklaren. De SGE draagt zorg voor bespreking van de productiecijfers in de centra en het uitvoeren van kleinschalige deelprojecten om zo inzicht te krijgen in de mate waarin huisartsen kosten van zorg daadwerkelijk kunnen beïnvloeden.

In de loop van het project is het tweede doel 'inzicht krijgen in de mogelijkheden van huisartsen om de kosten van zorg te beïnvloeden' steeds meer op de voorgrond komen staan. De proeffase is uiteindelijk uitgelopen tot twee jaar.

In hoofdstuk 1 is de aanleiding, de opzet en het verloop van het project beschreven. Daar is ook de verschuiving in de doelstelling nader toegelicht.

De bevindingen van de door het Nivel uitgevoerde analyses zijn weergegeven in hoofdstuk 2. In hoofdstuk 3 is verslag gedaan van de ervaringen met de terugkoppeling van VGZ-cijfers en de uitvoering van de deelprojecten. De deelprojecten zijn 'voorschrijven van maagmedicatie', 'voorschrijven van CARA-middelen' en het project 'oogheelkunde'.

In dit slothoofdstuk worden de bevindingen uit voorafgaande hoofdstukken samengevat en worden de conclusies en aanbevelingen voor voortzetting van het project geformuleerd.

4.2 Beantwoording evaluatievragen proeffase

In hoofdstuk 1 zijn de vragen voor de evaluatie van de proeffase aangegeven. Elke vraag zal hier, voor zover mogelijk, worden beantwoord en per vraag wordt aansluitend een korte beschouwing gegeven.

Vraag 1

Hoe hoog is de financiële meerwaarde die in het proefjaar gerealiseerd kan worden?

Er zijn gegevens beschikbaar over volume en kosten voor de jaren 1993, 1994 en 1995 over door de huisarts voorgeschreven geneesmiddelen, verwijzingen naar fysiotherapie en verwijzing naar specialisten (poliklinische consulten en verrichtingen). Voor 1994 en 1995 zijn er ook gegevens over het aantal verpleegdagen.

Reeds voor de start van het experiment liggen de kosten voor SGE-artsen lager (in 1993 1.0 miljoen gulden, dit is zonder verpleegdagen, in 1994 zonder verpleegdagen 760 duizend en met verpleegdagen 1.8 miljoen). In 1995, het feitelijke proefjaar zou de bonus 900 duizend zijn geweest zonder en 1 miljoen met verpleegdagen.

In 1994 wordt veruit de grootste bonus 'verdiend' met verpleegdagen. Farmacie zorgt beide andere jaren voor de grootste bonus en komt in 1994 op de tweede plaats (813.000 in 1993, 626.000 in 1994 en 550.000 in 1995).

Voor de verwijzingen naar specialisten is in 1994 de bonus gedaald ten opzichte van 1993, om in 1995 weer aan te trekken. Voor verwijzingen naar fysiotherapie groeit in deze drie jaar de bonus geleidelijk aan. Bij farmacie neemt de bonus af.

Het aantal voorschriften is in 1995 ruim 10% lager, de kosten per voorschrift zijn steeds iets hoger dan bij de vergelijkingsgroep maar dit verschil wordt geleidelijk kleiner. Het aantal verwijzingen naar fysiotherapie is aanvankelijk hoger, in 1995 is het gelijk aan de referentiegroep. De kosten per verwijzing zijn lager waardoor toch steeds sprake is van een bonus. Het aantal verwijzingen naar specialisten ligt systematisch lager (bijna 8%), door de hogere kosten per verwijzing resulteert dit tijdens het proefjaar in een bonus van slechts 3%.

Discussie

Er is dus over elk van deze drie jaar een (papieren) bonus behaald. Die gegevens dienen echter met enige relativering te worden gezien. De bonus voor het proefjaar (1995) is beduidend lager dan die voor 1994. Dat verschil wordt voor een belangrijk deel door de verpleegkosten bepaald. De grote verschuiving in verpleegdagen is moeilijk te verklaren. Per kostenpost zijn er grote fluctuaties. In een aantal gevallen blijken extreem hoge kosten terug te voeren te zijn op enkele patiënten.

De meest voor de hand liggende verklaring voor het teruglopen van de bonus voor farmacie is de brede invoering van farmacotherapeutisch overleg en generiek voorschrijven. Het illustreert dat een bonus en malus steeds relatief is en afhankelijk van ontwikkelingen in de omgeving.

Ook op andere punten zijn er kanttekeningen bij de uitkomst te plaatsen. Er zijn grote verschillen tussen centra en tussen huisartsen onderling. Slechts een beperkt aantal artsen zorgt voor een groot deel van de bonus en een nog kleiner aantal voor een groot deel van de malus.

Er is in kostenontwikkeling ook geen algemene trend aan te geven. Waar kosten voor de SGE als geheel dalen, kunnen die bij individuele artsen stijgen en omgekeerd. Op deze onderlinge verschillen wordt later in dit hoofdstuk nog teruggekomen.

Ook landelijk onderzoek laat zien dat er over de veronderstelde financiële meerwaarde van gezondheidscentra nog veel onduidelijk is. Ros e.a. (1996) hebben op basis van literatuurstudie en de (beperkt) beschikbare gegevens van ziektekostenverzekeraars onderzoek gedaan naar verschillen in productiecijfers van artsen binnen en buiten gezondheidscentra. Zij komen tot de voorzichtige conclusie dat huisartsen binnen centra minder naar specialisten verwijzen dan artsen buiten centra. Voor kosten bij farmacie en fysiotherapie is het beeld minder eenduidig.

De SGE onderscheidt zich dus, zeker voor farmacie, positief. Maar deze bevindingen bevestigen ook dat het werken in gezondheidscentra niet zonder meer samenhangt met lagere produktiekosten.

Hoewel daarover in het kader van dit experiment geen gegevens beschikbaar zijn mag worden aangenomen dat ook in de referentiegroep dergelijke onderlinge verschillen aanwezig zullen zijn.

Vraag 2

Welke (specifieke) mogelijkheden hebben huisartsen in de centra en de centra als geheel om de doelmatigheid in het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen te beïnvloeden?

Deze vraag heeft in de proeffase het meest centraal gestaan maar is nog steeds moeilijk te beantwoorden.

De geplande periodieke terugkoppeling van productiecijfers heeft slechts beperkt plaatsgevonden. De deelprojecten zijn wel volgens plan uitgevoerd, zij het ook zonder periodieke overzichten van productiecijfers.

Op de ervaringen uit de deelprojecten t.a.v. de beïnvloeding van kosten wordt bij beantwoording van de volgende evaluatievraag ingegaan.

Zoals gezegd zijn er duidelijk verschillen tussen centra en artsen in productiecijfers. Het project heeft zich tijdens deze proeffase vooral bezig gehouden met het zoeken naar verklaringen voor deze verschillen.

Uit de door het NIVEL uitgevoerde analyses is gebleken dat per arts de kosten voor farmacie en fysiotherapie een vrij constant beeld laten zien. Beide hangen statistisch samen met de kosten voor verwijzingen naar specialisten. Er is geen statistische samenhang gebleken met het aantal chronisch zieken in een praktijk. Dit alles wijst op een eigen 'werkstijl' per arts.

Verschillen tussen centra zijn voor een deel terug te voeren op 'teambeleid'. Er is in beperkte mate sprake van expliciete afspraken, vaker gaat het om in de loop der jaren gegroeide consensus. Dergelijk teambeleid is vooral aanwezig voor farmacie en verwijzing naar fysiotherapie en niet of nauwelijks voor verwijzing naar specialisten.

De aanwezigheid in het centrum van een apotheek en/of fysiotherapie heeft geen samenhang met een bonus of malus voor dat onderdeel. Dit komt waarschijnlijk omdat centra bij het ontbreken van die discipline in het eigen centrum goede samenwerkingsafspraken hebben met externe partners.

Discussie

De werkstijl van de huisarts lijkt dus vooralsnog de meest verklarende factor te zijn. Ook uit de literatuur komt een verband tussen werkstijl en produktiekosten naar voren (Mokking, 1986).

De terugkoppeling van de VGZ-cijfers heeft in alle centra geleid tot het expliciteren en bespreken van de eigen werkstijl, het teambeleid en de samenwerking. Maar de gegevens zijn nog te globaal en er zijn nog te veel gissingen voor de verklaring van onderlinge verschillen om tot concrete veranderingen te stimuleren. Voor zover bekend hebben centra of individuele artsen, buiten de deelprojecten, geen gerichte activiteiten ondernomen om kosten te beïnvloeden.

De kosten voor verwijzingen naar fysiotherapie en naar specialisten zijn lager in vergelijking met het voorafgaande jaar. Er valt echter weinig te zeggen over een eventuele invloed van de terugkoppeling daarop. Daarvoor lopen de cijfers tussen centra en tussen artsen te zeer uiteen.

Een bepaalde werkstijl van een huisarts leidt ongetwijfeld ook tot een bepaalde selectie van patiënten. In de gesprekken met de centra is herhaaldelijk die koppeling gelegd. 'Strengere' artsen hebben ook patiënten die accepteren dat er terughoudend wordt voorgeschreven en verwezen en bij artsen die van zichzelf vinden dat ze moeilijk nee kunnen zeggen vragen patiënten, zo ervaren die artsen, veel.

De soms zeer uiteenlopende cijfers tussen centra zouden wellicht ook kunnen samenhangen met een bepaalde samenstelling van de populatie en een specifieke 'wijkcultuur'.

In dit project is geen relatie gebleken tussen kosten van een praktijk en het percentage chronisch zieken. Dat wil nog niet zeggen dat er geen verband is. De meting is gebaseerd op

eigen coderingen van de huisartsen en deze zullen niet altijd even eenduidig en consequent zijn ingevuld. Onderzoek naar kosten op patiënt-niveau toont aan dat de kosten voor chronische patiënten duidelijk hoger liggen (Breedveld e.a. 1994).

Zolang er nog zoveel onduidelijkheden zijn over factoren die verschillen in kosten kunnen verklaren is het moeilijk de huisarts op die kosten aan te spreken. Er zal eerst meer onderzoek, met name op deelgebieden en over langere perioden, nodig zijn. De bestudering van de cijfers heeft tal van vragen opgeroepen die nader onderzoek vragen.

Vraag 3

Welke effecten heeft het streven naar meer doelmatig gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen voor andere kwaliteitsaspecten en hoe verhoudt een bonus-malus regeling zich tot de zorg voor bijzondere patiënten-categorieën en de ontwikkelfunctie?

Vanaf de start is duidelijk gesteld dat kostenbeperking en doelmatigheid aspecten zijn van kwaliteit, naast professionele kwaliteit en patiëntgerichtheid. Het verhogen van (kosten)doelmatigheid zal dus steeds gepaard moeten gaan met behoud of zo mogelijk nog verbetering van die andere kwaliteitsaspecten.

Dit uitgangspunt is met name in de deelprojecten uitgewerkt. Per onderdeel is op de eerste plaats gekozen voor criteria voor optimaal huisartsgeneeskundig handelen en pas daarna is de vraag gesteld of dit kan worden uitgevoerd met lagere kosten.

Voor elk deelproject is uitgegaan van de betreffende NHG-standaard als kwaliteitscriterium. De standaarden zijn geconcretiseerd en in een enkel geval (maag-medicatie) bijgesteld aan de hand van nieuwe inzichten.

Kernactiviteit van de deelprojecten is het implementeren van de standaarden. Hoewel de uitvoering zelf niet is gemeten, is voor alle drie de deelprojecten als effect van die implementatie een toename in kwaliteit aannemelijk.

Tot lagere kosten hebben de deelprojecten niet geleid. Wel zijn er verschuivingen in kostenposten te zien. Zo zijn bij maagdarmmiddelen de kosten voor H2 receptorantagonisten gedaald, waarschijnlijk door meer generiek voorschrijven. Die daling wordt echter teniet gedaan door stijging van kosten voor andere middelen. Bij de CARA-middelen zijn, in overeenstemming met de voor dat project gestelde doelen, de kosten voor bronchusverwijders afgenomen in vergelijking met de controle groep en zijn er meer inhalatiecorticosteroiden voorgeschreven. De kosten voor CARA-middelen als geheel zijn daardoor hoger.

Voor oogheelkunde is geen vergelijking op basis van VGZ-cijfers mogelijk.

Uit eigen registratie van het centrum blijkt dat tijdens de evaluatieperiode 13 verwijzingen voor refractieafwijking zijn 'voorkomen'. Dit is 10% van het totaal aantal verwijzingen naar de oogarts in die periode. Daar tegenover staat extra tijdsinvestering van huisartsen en assistentes bij 30 patiënten voor het uitvoeren van het protocol (tweemaal 10-15 min. per patiënt).

Discussie

Uit de deelprojecten blijkt hoe complex de relatie tussen kosten en andere kwaliteitsaspecten is.

Bij het deelproject maag-medicatie is het aanvankelijk gekozen beleid (volgens de NHG-standaard) in de praktijk door nieuwe ontwikkelingen achterhaald.

Dat heeft bij het betreffende centrum gedurende de uitvoering van het project tot de nodige dilemma's geleid over wat nu 'de gouden standaard' is. Bij CARA is sprake van onderdiagnose en onderbehandeling. Als meer expliciet volgens de standaard wordt gewerkt stijgen kosten, zoals ook uit eerder onderzoek is gebleken (Stokx, 1992). Dat wil niet zeggen dat er geen doelmatigheidsverbetering heeft plaatsgevonden. Dat valt op basis van de beschikbare gegevens niet vast te stellen.

In beide gevallen wordt de interpretatie van de cijfers bemoeilijkt als ook de totale kosten van de betreffende geneesmiddelengroep (dus inclusief specialisten) in de beschouwing worden betrokken. Zeker bij de behandeling van CARA maar bij sommige artsen ook bij het voorschrijven van maag-darmmedicatie lijkt een malus samen te hangen met substitutie van kosten van specialist naar huisarts. Door de vaak kleine patiëntenaantallen per arts per meetperiode voor de betreffende onderdelen zijn daar nog geen conclusies over te trekken, maar verder onderzoek naar deze samenhang lijkt de moeite waard.

De acceptatie door patiënten van gewijzigd beleid blijkt in de deelprojecten een extra belemmering te zijn. Met name het inwisselen van voor een patiënt vertrouwde medicatie voor een goedkoper middel roept weerstanden op.

Al tijdens de loop van het project verdween de urgentie om in verband met een toekomstige financiering een zo hoog mogelijke bonus te behalen. De in het projectvoorstel veronderstelde spanning tussen enerzijds het streven naar kostenbeperking en anderzijds voldoen aan andere kwaliteitsaspecten heeft in de uitvoering nauwelijks meer een rol gespeeld.

Vraag 4

Wat zijn de ervaringen met het gebruik van de VGZ productiecijfers?

Het plan was tijdens het proefjaar kwartaalcijfers aan te leveren. Deze cijfers zijn zowel bestemd voor individuele feedback als ter ondersteuning en evaluatie van deelprojecten. Uit vooronderzoek is gebleken dat de VGZ-cijfers in voldoende mate betrouwbaar zijn. De aanlevering van de cijfers is minder soepel verlopen dan was voorzien.

De eerste cijfers (over 1993) zijn bij de start van het project aan de centra geleverd zonder verdere bewerking of toelichting. Voor de volgende rondes (jaarcijfers 1994 en de tot jaarcijfers over 1995 geëxtrapoleerde cijfers over de eerste helft van dat jaar) zijn vooraf samengevat en voor de bespreking in het team zijn vragen en discussiepunten aangegeven.

De cijfers zijn door de centra met interesse ontvangen. Met name de eerste bewerkte cijfers (gegevens over 1994) hebben een discussie over eigen werkwijzen en teambeleid op gang gebracht. Bij de tweede feedback-ronde (een meerjarenoverzicht over 1993, 1994 en 1995) is er hier en daar al wat meer aarzeling omdat de interpretatie van de cijfers de nodige vragen oproept. De meeste huisartsen stellen prijs op continuering van een jaarlijkse terugkoppeling.

Voor de deelprojecten heeft de eerste feedback stimulerend gewerkt om (sluimerende) plannen daadwerkelijk aan te pakken. Het ontbreken van kwartaalcijfers is achteraf gezien waarschijnlijk weinig storend. Het aantal patiënten per kwartaal per huisarts is voor elk van de deelprojecten laag. Bovendien zijn de cijfers niet specifiek genoeg. Het blijkt daarom moeilijk de effecten van de deelprojecten te evalueren. Als aanvulling op de VGZ cijfers zijn gegevens uit eigen informatiebestanden gebruikt en daarnaast zijn ook handmatig gegevens verzameld.

Discussie

Aan het gebruik van productiecijfers van ziektekostenverzekeraars zitten voor- en nadelen. Voordeel is dat deze gegevens een 'totaalbeeld' kunnen geven. Het is vooralsnog de enige mogelijkheid om als huisarts inzicht in vervolgcosten te krijgen. Het gebruik van deze cijfers maakt een vergelijking mogelijk met een referentiegroep, waarbij rekening kan worden gehouden met praktijkgrootte, leeftijdsopbouw van de patiëntenpopulatie en eventuele andere parameters.

De belangrijkste beperking is dat de gegevens, zoals ze tot nu toe geleverd zijn, erg globaal zijn. Het is daardoor moeilijk inzicht te krijgen in het concrete gedrag van de huisarts en de relatie tussen gedrag en kosten. Per onderdeel zijn soms grote verschuivingen te zien, met name voor verwijzingen naar specialisten en verpleegdagen. Het gaat hier per arts vaak om kleine aantallen patiënten en vooral bij verpleegdagen om hoge kosten. De betekenis van feedback voor deze onderdelen voor de individuele huisarts is nog onduidelijk. Er zal een langere meetperiode nodig zijn.

Een gunstige omstandigheid bij het gebruik van ziekenfondscijfers is voor de SGE dat verreweg de meeste van haar ziekenfondsverzekerden bij VGZ verzekerd zijn en het aandeel van ziekenfondsverzekerden per praktijk relatief hoog is. Het ontbreken van productiecijfers voor particulier verzekerden weegt daardoor minder zwaar.

De cijfers leveren informatie over overeenkomsten en verschillen tussen artsen en verschuivingen in de tijd. Ze zijn dan ook alleen als zodanig voor sturing en feedback bruikbaar. Kwalitatieve oordelen zijn er niet aan te ontleen. De cijfers zoals die nu door VGZ zijn aangeleverd blijken vooral een functie te hebben als 'decor', als overall beeld. Voor een dergelijke functie is een nadere bewerking, zoals nu in het kader van het project door het NIVEL is uitgevoerd een goed hulpmiddel. In deze bewerking worden cijfers gecompriëerd en wordt een vergelijking met de referentiegroep over een periode van drie jaar gegeven.

In de laatste maanden van de proeffase is beperkt ervaring opgedaan met aanvullende VGZ-cijfers (zoals voorschrijfcijfers van andere zorgverleners naast die van de huisarts) en meer detaillering (zoals uitsplitsing naar afzonderlijke middelen per geneesmiddelengroep). De ervaringen hiermee zijn nog te kort om te kunnen evalueren maar met name de aanvulling met voorschrijfcijfers van andere zorgverleners biedt interessant materiaal voor verdere exploratie.

In de deelprojecten hebben de productiecijfers, behalve een ondersteuning bij de keuze van het onderwerp, geen rol gespeeld.

Uitdieping op onderdelen is met name voor de deelprojecten wenselijk. Er moet nader worden bezien of door VGZ meer specifieke cijfers geleverd kunnen worden of dat die beter via het eigen huisartsinformatiesysteem verzameld kunnen worden. Het meeste nut is te verwachten van een combinatie van gegevens.

Een goede eigen registratie, discipline in registreren en uniformiteit in coderingen zijn voorwaarden om dat te realiseren. Er is op dit punt binnen de SGE nog wel wat te verbeteren. Door de beperkingen van het huisartsinformatiesysteem zal ook het handmatig verzamelen van gegevens voorlopig nodig blijven.

Over de aard van de door VGZ te leveren cijfers is ook nadere bezinning nodig. De keuze van de referentiegroep (alle niet-SGE-artsen in Eindhoven) en de wijze van corrigeren (alleen voor leeftijd, niet voor geslacht) is indertijd gebaseerd op een te ontwikkelen financieringsmodel voor de SGE als totaal. Nu dit naar de achtergrond is geschoven en alle nadruk is komen te liggen op onderzoek naar de relatie tussen handelen van de huisarts en kosten en bovendien gebleken is dat er veel verschillen zijn tussen centra en individuele artsen, dienen die keuzen heroverwogen te worden.

Ook de keuze van onderdelen waarover gegevens worden verstrekt dient nader bekeken te worden. Op sommige onderdelen is behoefte aan meer detaillering (b.v. over voorgeschreven medicatie) op andere onderdelen kunnen gegevens wellicht globaler of over langere meetperioden worden verstrekt (zoals verpleegdagen en verwijzingen naar sommige specialismen).

In deze proeffase is, weer vanuit de ontstaanshistorie sterk gefocust op kosten. Een groter accent op aantallen maakt de cijfers voor huisartsen wellicht meer inzichtelijk.

Vraag 5

Hoe kunnen centra worden gestimuleerd en gesteund en wat is daarbij de rol van een te behalen bonus?

In deze proeffase is ondersteuning gegeven bij het bespreken van de VGZ-gegevens en voor het uitvoeren van de deelprojecten.

Met name de deelprojecten vragen veel aandacht en tijd voor voorbereiding, het geven van informatie, het motiveren van alle deelnemers en de bewaking van de afspraken.

Centra hebben daar zonder extra ondersteuning zelf voor gezorgd. Het deelproject oogheelkunde kostte bovendien in de uitvoering extra tijd, waarvoor ook het centrum zelf oplossingen heeft gevonden.

De deelprojecten hebben voor de betreffende centra enkele positieve bij-effecten gehad, zoals meer aandacht voor automatisering en registratie en meer taakdelegatie van huisartsen naar assistentes. Dergelijke neveneffecten blijken als extra stimulans te werken.

Voor het organiseren van de terugkoppeling was op stedelijk niveau extra capaciteit beschikbaar. Een dergelijke ondersteuning is als zeer zinvol ervaren en zal bij voortzetting van de feed-back besprekingen ook zeker gecontinueerd moeten worden.

Hoeverre een financiële prikkel 'werkt' is, omdat het een 'papieren' exercitie betrof, moeilijk vast te stellen. Het is volgens sommige huisartsen eerder een belemmering, omdat het de relatie naar andere huisartsen onder druk zet.

Discussie

In het projectvoorstel wordt de mogelijkheid geopperd een eventuele bonus ten goede te laten komen aan extra faciliteiten en ondersteuning van het centrum. Daar is in deze proeffase nog geen invulling aan gegeven. Met de verschuiving in projectdoelstelling ligt een directe koppeling tussen een te behalen bonus en extra middelen voor het centrum ook voor de toekomst minder voor de hand.

Anderzijds is duidelijk gebleken dat noch de terugkoppeling noch het uitvoeren van deelprojecten zonder extra ondersteuning kan.

In die extra faciliteiten zal dus op andere wijze moeten worden voorzien.

Vraag 6

Wat zijn de gevolgen van doelmatigheidsbevordering voor de werkwijze en economische bedrijfsvoering van de andere in het centrum aanwezige disciplines?

Farmacie en het gebruik van fysiotherapie zijn kostenposten, maar voor sommige centra ook een bron van inkomsten. Hoe pakt een bonus-malus experiment onder huisartsen uit voor deze disciplines?

Ook hierover is na deze proeffase nog niet veel te zeggen. De andere intern aanwezige disciplines zijn bij de start van het project geïnformeerd. Hun betrokkenheid bij de verdere uitvoering is gering geweest. Zij zijn slechts gedeeltelijk aanwezig geweest bij de besprekingen van productiecijfers.

In twee SGE-centra is een apotheek aanwezig. In een van die centra zijn de kosten voor

farmacie in 1995 gedaald (van een malus van 4.000 gulden in 1994 naar een bonus van 92.000 in 1995). Een groei van het aantal patiënten in het betreffende centrum heeft in dit geval een omzetsdaling voor de apotheek volledig gecompenseerd.

In drie centra is fysiotherapie aanwezig. In twee daarvan is de reeds aanwezige bonus iets toegenomen, in het andere centrum is die nagenoeg gelijk gebleven. Omdat die centra voor fysiotherapie ook regelmatig naar 'buiten' verwijzen is het effect voor de eigen fysiotherapie gering.

Discussie

De start van het bonus-malus project heeft bij andere disciplines, met name bij fysiotherapeuten, zowel intern als extern, voor enige onrust gezorgd. Het goed informeren van die partners en ook aan de hand van de cijfers laten zien waar al dan niet verschuivingen zitten, moet dan ook de nodige aandacht krijgen. Er is in zekere mate sprake van tegenstrijdige belangen. Omdat in het project kwaliteit en niet kostenbeheersing centraal staat is het niet echt tot tegenstellingen gekomen.

4.3 Eindconclusies

Conclusie t.a.v. haalbaarheid en wenselijk van een bonus-malus-systeem voor financiering van gezondheidscentra

Al tijdens de proeffase is de conclusie getrokken dat het vervangen van de huidige subsidie voor gezondheidscentra door een te behalen bonus niet haalbaar en niet wenselijk is. De belangrijkste bezwaren zijn, samengevat:

- De relatie tussen het handelen van de huisarts en kosten elders is complex en nog te weinig inzichtelijk om huisartsen daarop 'af te rekenen'.
- De hoogte van een bonus schommelt sterk per jaar, zelfs voor een grote organisatie als de SGE. De financiering van de vaste samenwerkingskosten (management, huisvesting) wordt daardoor te onzeker.

Een bonus-malus regeling is ook niet erg aantrekkelijk voor een gezondheidscentrum, zeker niet als dat een afzonderlijke regeling is. De relatie met ander huisartsen en andere zorgverleners, zoals fysiotherapeuten, komt onder druk te staan. Dat belemmert de externe samenwerking en een verbreding van de in centra ontwikkelde ervaringen met samenwerken en organiseren.

Er blijven andere financieringsvormen voor centra nodig. Zoals inmiddels bekend is zal de geldende subsidieregeling daar voorlopig ook in blijven voorzien (brief Ziekenfondsraad febr. 1997).

Op termijn, na meer onderzoek naar de relatie tussen handelen huisarts en kosten, biedt een bonus-malus systematiek zeker mogelijkheden voor additionele financiering. Het zal duidelijk zijn dat dit geen 'alleenrecht' voor centra moet zijn. Mogelijkheden voor additionele financiering moeten voor de hele sector gelden. Een dergelijke regeling zou goed passen in de door o.a. de PWH voorgestelde financiering volgens modules.

Aan het verder ontwikkelen dan dit soort modules en het testen ervan in de praktijk wil de SGE graag meewerken. De voorveronderstelling bij het aangaan van het bonus-malus project was dat door samenwerking en organisatie, huisartsen en centra (kosten)doelmatigheid kunnen verhogen met gelijktijdige verbetering of tenminste behoud van andere kwaliteitsaspecten. Het belang hiervan geldt nog onverminderd.

Dat de verwachtingen t.a.v. het verbeteren van doelmatigheid voorlopig bescheiden dienen te zijn, blijkt uit de volgende conclusie.

Conclusie t.a.v. het 'zorgsturend-vermogen' van huisartsen en centra

De rol van de huisarts als poortwachter en regisseur van de zorg staat in politiek en beleid nauwelijks ter discussie. Dit project heeft wat meer inzicht gegeven in de betekenis daarvan in de praktijk.

De invloed van de huisarts wordt het meest zichtbaar bij het voorschrijven van geneesmiddelen en verwijzen naar fysiotherapie. De door de huisarts gegenereerde kosten hebben voor die onderdelen een vrij stabiel patroon, met grote onderlinge verschillen. Die verschillen lijken vooral te ontstaan door een combinatie van de werkstijl van de huisarts en een 'bijpassende' patiëntenpopulatie. Bij kosten van specialistische hulp en verpleegdagen spelen in ieder geval meer en nog onbekende factoren een rol.

De veronderstelde combinatie van werkstijl en bijpassende patiëntenpopulatie als belangrijke bepalende factor maakt het moeilijk in de 'stuurrichting' veel te veranderen.

Samenwerking als centrum leidt tot een zekere mate van consensus en teambeleid, zowel voor de huisartsen onderling als in de relatie met andere zorgaanbieders. Een dergelijk expliciet beleid kan zowel een kostenverhogend als een kostenverlagend effect hebben. Teambeleid is het best ontwikkeld voor farmacie, voor verwijzing naar fysiotherapie is meer sprake van impliciet beleid, een door samenwerken gegroeide consensus. Ondanks een dergelijk teambeleid blijven er duidelijke verschillen tussen huisartsen per centrum. Die lijken dan vooral weer op de werkstijl te kunnen worden teruggevoerd.

De invloed van de huisarts op de kosten van specialistische en ziekenhuiszorg, een belangrijk item in de politieke discussie, lijkt het minst aanwezig. Maar centra hebben tot nu toe ook weinig gedaan aan het organiseren van die invloed.

Uit recent onderzoek naar de kwaliteitskenmerken van gezondheidscentra blijkt dat centra die in een koepel verenigd zijn, zoals de SGE, beter aan die kenmerken voldoen. Dit geldt met name voor het organiseren van externe samenwerking en het maken van afspraken met andere zorgaanbieders (Ros e.a. 1996). Er liggen voor de SGE dus zeker mogelijkheden om ook langs deze weg meer aan doelmatigheid te werken. Er zijn inmiddels op het gebied van de externe samenwerking door de SGE al diverse initiatieven ontplooid.

De winst van het bonus-malus project is dat de eerste stappen zijn gezet in het verkrijgen van meer inzicht in de relatie tussen kosten van zorg en het handelen van de huisarts in de spreekkamer. Een belangrijk resultaat is ook het ontwikkelde instrument voor terugkoppeling van productiecijfers. Het project heeft het belang van 'cijfers' voor de reflectie op eigen handelen onmiskenbaar gestimuleerd. De deelprojecten hebben ervaringen opgeleverd met gericht werken aan doelmatigheidsverbetering.

In hoeverre dat alles leidt tot bijstelling van de 'stuurrichting' van huisartsen en centra zal pas na verloop van tijd blijken. Om de vruchten van dit project tot volle wasdom te laten komen is voortzetting op langere termijn nodig.

4.4 Hoe verder - een voorstel voor een vervolg

Het voorstel voor het vervolgtraject op deze proeffase omvat vier onderdelen.

Voortzetting periodieke terugkoppeling van productiecijfers

De nu ontwikkelde methode voor terugkoppeling dient een vervolg te krijgen. Het voorstel is jaarlijks (in september) per centrum de jaarcijfers van het voorafgaande jaar te presenteren en te bespreken. De doelstelling voor een dergelijke feedback is het stimuleren van kostenbewust en doelmatig handelen. De financiering van gezondheidscentra dient daar vooralsnog los van de staan.

In de jaaroverzichten wordt per huisarts en per centrum een historisch overzicht gegeven (cijfers over 3 jaar) van de vergelijking met de referentiegroep. Om de ontwikkelingen in tijd te kunnen volgen worden de cijfers op dezelfde wijze verzameld en geordend als in de proeffase.

Voorwaarde is dat VGZ uiterlijk per 1 juli de cijfers over het voorafgaande jaar aanlevert. Voor het organiseren en begeleiden van de feedback-besprekingen dient de SGE extra capaciteit in te zetten. De feedback-besprekingen kunnen het beste door een huisarts worden begeleid.

Doel van deze voortgezette terugkoppeling is de effecten op langere termijn te kunnen meten en de methode voor terugkoppeling verder te verbeteren.

Onderzoek en (deel)projecten

Herhaalde feedback zonder verder onderzoek naar verklarende (en daarmee mogelijk veranderbare factoren) zal op de langere termijn weinig prikkelend meer zijn. In de jaarlijkse terugkoppeling wordt het overall-beeld gepresenteerd. Via onderzoek en projecten dienen daar stukjes te worden uitgelicht en uitgediept.

Tijdens de proeffase zijn tal van vragen opgeroepen. Aandachtspunten voor verder onderzoek en projectmatige activiteiten zijn ondermeer:

- onderzoek naar de factoren die van invloed zijn op de kosten per verwijzing. Hoe is te verklaren dat bij minder verwijzen de totale kosten voor verwijzen niet veel lager zijn dan het gemiddelde, zijn de kosten per verwijzing te beïnvloeden?
- het opnieuw en meer nauwkeurig onderzoeken van een mogelijke relatie tussen volume/kosten en de morbiditeit van de patiëntenpopulatie
- onderzoek naar de relatie tussen 'toegankelijkheid' van een huisarts en kosten
- onderzoek naar de invloed van vraaggedrag en verwachtingen (cultuur) van patiënten op de werkstijl van de huisarts en op kosten
- onderzoek naar het effect van werken volgens een bepaalde standaard of volgens expliciet beleid op volume en kosten (met andere woorden meer inzicht in de vraag wanneer verbetering van de professionele kwaliteit tot verlaging en wanneer tot verhoging van kosten zal leiden).
- nagaan of de in de proeffase ontwikkelde systematiek voor terugkoppeling van jaarcijfers aanpassing of verfijning behoeft (b.v. aanvullen met correcties voor geslacht, voor sociaal/economische omstandigheden, gegevens over farmacievoorschriften van specialisten). Dit soort gegevens dienen aanvullend op de jaaroverzichten te zijn en deze voorlopig niet te vervangen omdat anders het inzicht over langere termijn verloren gaat.

Over de voor onderzoek en deelprojecten gewenste productiecijfers worden per keer met VGZ afspraken gemaakt. SGE dient te zorgen voor voldoende onderzoekscapaciteit en ondersteuning van de centra bij het uitvoeren van projecten.

Het ontwikkelen van een intern informatiesysteem (gebruik HIS-gegevens)

Het gebruik van productiecijfers heeft zijn beperkingen. Met name voor onderzoek en projecten zal er behoefte zijn aan specifieke gegevens die alleen bij de bron zelf (de huisarts)

te halen zijn. De voorwaarden voor geautomatiseerde gegevensverzameling zijn inmiddels in alle SGE-centra, voor zover mogelijk, aanwezig. Een belangrijke beperking is dat de bestaande huisartsinformatiesystemen niet erg geschikt zijn voor het verzamelen van stuurinformatie. Desalniettemin kunnen de wel aanwezige mogelijkheden beter worden benut. Standaardisatie van coderingen en grotere discipline in registreren kunnen worden gestimuleerd. Dit ook met het oog op de in de toekomst te verwachten verbetering van het HIS op ondermeer dit onderdeel.

Ten behoeve van deze activiteit kan de SGE ondermeer gebruik maken van de mogelijkheden die het Huisartsen-Automatiserings-Project (HAP) gaat bieden. Dit is een samenwerkingsproject van SGE en de DHV Zuidoost Brabant.

Samenwerking met de DHV bij het ontwikkelen van een Meetpunt Kwaliteit

In deze proeffase van het bonus-malus project is ervaring opgedaan met cijfermatige feedback, gekoppeld aan een bespreking in groepsverband met de betreffende huisartsen. Deze vorm van terugkoppeling blijkt bij te dragen aan het bewust maken van keuzen rond zorg. De noodzaak om tot meer bewuste keuzen te komen wordt breder, ook buiten de kring van gezondheidscentra, aanvaard. De DHV-Zuidoost Brabant wil in dat verband het reeds ingezette kwaliteitsbeleid ondersteunen door 'meting van kwaliteit' en een uitbreiding van een reeds bestaand feedback-project. SGE en DHV hebben reeds vergevorderde plannen voor een gezamenlijk op te zetten 'Meetpunt Kwaliteit'. De door de SGE verkregen expertise uit het bonus-malus project kan daarbij worden benut. Anderzijds kan de SGE gebruik gaan maken van de bij de DHV beschikbare kennis en middelen door de onderwerpkeuze voor onderzoek en projecten te laten aansluiten bij de het kwaliteitsbeleid van de DHV.

Is meten weten? In dit project zijn door meten vooralsnog meer vragen opgeroepen dan beantwoord. Maar zonder meten blijven ook die vragen onbekend en blijft de rol van de huisarts als poortwachter of regisseur te zeer in wenselijkheden steken.

BIJLAGE I Een voorbeeld van de VGZ-cijfers per arts

Toelichting

De cijfers betreffen alleen VGZ-verzekerden.

Als referentiegroep wordt gebruikt het totaal van alle VGZ-verzekerden ingeschreven bij de overige Eindhovense huisartsen (aangeduid met 'regio').

Per praktijk worden cijfers gegeven over de leeftijdsopbouw van het verzekerden-bestand in vergelijking met die van de referentiegroep.

Bij alle cijfers vindt men steeds onder het kopje 'praktijk' het gemeten resultaat met daarnaast onder het kopje 'verwacht' het vergelijkingscijfer van de referentiegroep na leeftijdscorrectie (het voor de referentie-groep berekende cijfer van een groep patiënten met dezelfde leeftijdsopbouw).

De eerste pagina geeft een overzicht van het aantal *verwijskaarten* per 1000 verzekerden.

Het 'aantal verwijskaarten' is berekend op grond van declaraties van specialisten. Het gaat dus om een fictief aantal verwijskaarten (zie hoofdstuk 2.2, de paragraaf over betrouwbaarheidstoetsen). De getallen betreffen dus feitelijk het aantal patiënten van deze huisarts dat in het betreffende jaar bij dit specialisme in behandeling is geweest, ongeacht de vraag of de huisarts ze daadwerkelijk verwezen heeft of niet.

De volgende pagina bevat de kosten per verzekerde. Hier gaat het om de *kosten van specialistische hulp*, uitgesplitst naar specialisme: de kosten van honoraria voor consulten en verrichtingen (niet de kosten zoals gebruik operatiekamer, laboratoriumdiagnostiek, etc.).

De derde pagina in dit voorbeeld bestaat uit de aantallen *verpleegdagen* per 1000 verzekerden, uitgesplitst naar specialisme.

De vierde pagina geeft de *verwijzingen fysiotherapie*: uitgesplitst naar lichaamslokalisatie in vier rubrieken: het aantal verwezen patiënten per 1000 verzekerden, het aantal behandelingen per verwezen patiënt, het aantal behandelingen per 1000 verzekerden en de kosten per verzekerde.

De vijfde en tevens laatste pagina van dit voorbeeld is het *farmacieoverzicht*: dit geeft het aantal voorschriften per verzekerde, de kosten per verzekerde en de kosten per voorschrift.

De geneesmiddelen zijn gecodeerd volgens de Anatomisch Therapeutisch Chemische classificatie (ATC), opgesteld door de World Health Organization. Dit is een nationaal en internationaal veel gebruikt systeem bij geneesmiddelengebruiksonderzoek. In dit systeem krijgt elke werkzame stof een code, waarbij een indeling in vijf niveaus wordt gemaakt op grond van toepassingsgebied, werkzame stof en toedieningsvorm.

Voorbeeld:

nivo	naam	voorbeeld	code
1	anatomische hoofdgroep	centraal zenuwstelsel	N
2	therapeutische hoofdgroep	psycholeptica	N05
3	therapeutische subgroep	anxiolytica	N05B
4	chemisch/therapeutische subgroep	benzodiazepinen	N05BA
5	werkzame stof	diazepam	N05BA01

(Overgenomen uit: Geneesmiddelengebruik in gezondheidscentra
Gerritsen H. en E.R.Heerdink; LVG, Utrecht, 1997)

In de farmacieoverzichten zijn de geneesmiddelen uitgesplitst op ATC-nivo 1.

EXPERIMENT VGZ-SGE, STATISTIEKJAAR 1994

HUISARTSENSTATISTIEK 1994

CODE : 00244

NAAM :

PLAATS : EINDHOVEN.

Leeftijdsopbouw verzekerdenbestand

	===== percentage =====				totaal absoluut
	0-19 jaar	20-39 jaar	40-64 jaar	>=65 jaar	
PRAKTIJK	17,4	28,2	31,3	23,1	1350
REGIO	19,9	38,6	29,0	12,4	92835

Verwijskaarten per 1.000 verzekerden

specialisme	praktijk	verwacht	verschil
02 KNO HEELKUNDE	40,7	40,1	
03 CHIRURGIE	68,1	79,7	
04 PLAST.CHIRURGIE	13,3	13,8	
05 ORTHOPEDIE	40,0	46,9	
06 UROLOGIE	22,2	30,2	
07 GYNAECOLOGIE	34,1	39,3	
08 NEUROCHIRURG	1,5	2,3	
28 CARDIO PULM CHIRURG	0,7	0,9	
SUBT HEELKUNDE	220,7	253,3	-12,9%
10 DERMATOLOGIE	39,3	48,4	
13 INTERNE ZIEKTEN	88,9	111,6	
16 KINDERZIEKTEN	19,3	17,1	
18 MAAG DARM STOORNIS	0,0	0,1	
20 CARDIOLOGIE	57,0	68,9	
22 LONGZIEKTEN	27,4	41,2	
24 RHEUMATOLOGIE	9,6	11,6	
26 ALLERGOLOGIE	0,0	0,2	
SUBT INWENDIGE	241,5	299,1	-19,3%
29 PSYCHIATRIE	11,9	9,7	
30 NEUROLOGIE	28,1	45,7	
SUBT ZENUW EN ZIELSZK	40,0	55,4	-27,8%
01 OOGHEELKUNDE	125,2	119,1	5,1%
27 REVALIDATIE	3,0	5,0	
50 KAAKCHIRURGIE	12,6	18,7	
89 ANAESTHESIE	3,7	3,3	
SUBT OVERIG	19,3	26,9	-28,4%
TOTAAL GENERAAL	646,7	753,8	-14,2%

NB ten gevolg van afrondingen kan de som der afzonderlijke elementen afwijken van het totaal.

EXPERIMENT VGZ-SGE, STATISTIEKJAAR 1994

HUISARTSENSTATISTIEK 1994

CODE : 00244

NAAM :

PLAATS : EINDHOVEN.

Leeftijdsopbouw verzekerdenbestand

	===== percentage =====				totaal absoluut
	0-19 jaar	20-39 jaar	40-64 jaar	>=65 jaar	
PRAKTIJK	17,4	28,2	31,3	23,1	1350
REGIO	19,9	38,6	29,0	12,4	92835

Kosten per verzekerde

specialisme	praktijk	verwacht	verschil
02 KNO HEELKUNDE	4,80	5,78	
03 CHIRURGIE	16,84	18,19	
04 PLAST.CHIRURGIE	2,37	3,01	
05 ORTHOPEDIE	13,35	14,32	
06 UROLOGIE	7,39	8,16	
07 GYNAECOLOGIE	9,81	10,18	
08 NEUROCHIRURG	0,91	1,01	
28 CARDIO PULM CHIRURG	3,36	2,25	
SUBT HEELKUNDE	58,83	62,90	-6,47%
10 DERMATOLOGIE	5,63	6,32	
13 INTERNE ZIEKTEN	34,93	25,52	
16 KINDERZIEKTEN	2,98	2,65	
18 MAAG DARM STOORNIS	0,00	0,02	
20 CARDIOLOGIE	18,59	18,59	
22 LONGZIEKTEN	10,25	12,38	
24 RHEUMATOLOGIE	1,48	2,01	
26 ALLERGOLOGIE	0,00	0,04	
SUBT INWENDIGE	73,86	67,53	9,37%
29 PSYCHIATRIE	10,68	7,73	
30 NEUROLOGIE	9,61	13,82	
SUBT ZENUW EN ZIELSZK	20,29	21,55	-5,86%
01 OOGHEELKUNDE	12,23	11,43	6,97%
27 REVALIDATIE	0,25	0,43	
50 KAAKCHIRURGIE	1,90	3,28	
59 ANAESTHESIE	19,06	18,59	
SUBT 27,50,89	21,20	22,30	-4,93%
TOTAAL GENERAAL	186,41	185,71	0,37%

NB ten gevolg van afrondingen kan de som der afzonderlijke elementen afwijken van het totaal.

EXPERIMENT VGZ-SGE, STATISTIEKJAAR 1994

HUISARTSENSTATISTIEK 1994

CODE : 00244

NAAM :

PLAATS : EINDHOVEN.

Leeftijdsopbouw verzekerdenbestand

	===== percentage =====				totaal absoluut
	0-19 jaar	20-39 jaar	40-64 jaar	>=65 jaar	
PRAKTIJK	17,4	28,2	31,3	23,1	1350
REGIO	19,9	38,6	29,0	12,4	92835

Verpleegdagen per 1.000 verzekerden

specialisme	praktijk	verwacht	verschil
02 KNO HEELKUNDE	11,1	23,0	
03 CHIRURGIE	234,1	237,9	
04 PLAST.CHIRURGIE	10,4	15,5	
05 ORTHOPEDIE	55,6	100,6	
06 UROLOGIE	71,9	70,5	
07 GYNAECOLOGIE	85,2	71,3	
08 NEUROCHIRURG	10,4	8,0	
28 CARDIO PULM CHIRURG	0,0	3,0	
SUBT HEELKUNDE	478,5	529,8	-9,7%
10 DERMATOLOGIE	0,0	17,5	
13 INTERNE ZIEKTEN	481,5	409,5	
16 KINDERZIEKTEN	43,0	49,6	
18 MAAG DARM STOORNIS	0,0	0,0	
20 CARDIOLOGIE	221,5	183,7	
22 LONGZIEKTEN	85,2	177,7	
24 RHEUMATOLOGIE	8,9	17,3	
26 ALLERGOLOGIE	0,0	0,0	
SUBT INWENDIGE	840,0	855,2	-1,8%
29 PSYCHIATRIE	0,0	63,0	
30 NEUROLOGIE	65,9	143,3	
SUBT ZENUW EN ZIELSZK	65,9	206,3	-68,0%
01 OOGHEELKUNDE	40,0	30,7	30,4%
27 REVALIDATIE	0,0	3,4	
50 KAAKCHIRURGIE	2,2	1,5	
89 ANAESTHESIE	0,0	1,1	
SUBT OVERIG	2,2	6,0	-62,9%
TOTAAL GENERAAL	1426,7	1628,0	-12,4%

NB ten gevolg van afrondingen kan de som der afzonderlijke elementen afwijken van het totaal.

EXPERIMENT VGZ-SGE, STATISTIEKJAAR 1994

FYSIOTHERAPIE-OVERZICHT 1994

CODE : 00244
 NAAM :
 PLAATS : EINDHOVEN.
 VERZ : 1350

Verwijzing fysiotherapie

Lichaamslokatie

=pat.p.1000vz= =behand.p.pat= =beh.p.1000vz=

	prakt	verw	prakt	verw	prakt	verw
1. hoofd/hals	3,0	6,0	8,75	11,99	25,9	72,0
2. thorax/buik/inwendig	3,0	4,9	13,25	12,50	39,3	61,3
3. wervelkolom	72,6	86,0	10,14	11,95	736,3	1027,8
4. schouder/bovenarm	14,1	19,3	11,26	13,02	158,5	251,3
5. elleboog/onderarm/hand	5,2	10,5	6,86	11,52	35,6	120,8
6. bekken/bovenbeen	8,9	12,0	22,75	12,24	202,2	146,6
7. knie/onderbeen/voet	20,7	24,3	9,32	11,29	193,3	274,4
9. meerdere	17,0	15,2	12,09	17,99	205,9	272,6
T O T A L	144,4	178,1	11,06	12,50	1597,0	2226,9
*afwijk. tov verwacht (%)	-18,9%		-11,6%		-28,3%	

Kosten per verzekerde praktijk 52,02
 Kosten per verzekerde verwacht 75,99
 Percentage verschil -31,5%

NB ten gevolge van afrondingen kan de som der afzonderlijke elementen afwijken van het totaal.

EXPERIMENT VGZ-SGE, STATISTIEKJAAR 1994

FARMACIEOVERZICHT 1994

CODE : 00244

NAAM :

PLAATS : EINDHOVEN.

VERZ : 1350

CD omschrijving

	voorschriften per verzekerde		kosten 1) per verzekerde		kosten per voorschrift	
	prakt	verw	prakt	verw	prakt	verw
A Maagdar kanaal en metabolismen	0,416	0,746	33,37	58,79	80,14	78,85
B Bloed en bloedvormende organen	0,252	0,324	16,59	16,52	65,87	51,05
C Hart vaatstelsel	0,717	0,985	59,27	64,54	82,65	65,51
D Dermatologica	0,347	0,515	8,45	13,88	24,32	26,95
G Urogenitale stelsel en gesl.hormonen	0,312	0,408	12,97	18,20	41,58	44,65
H Systemische hormoonpreparaten	0,076	0,084	2,59	2,62	33,99	31,27
J Systemische antimicrobiele middelen	0,384	0,580	13,94	20,42	36,33	35,22
L Oncolyca en immunosuppressiva	0,021	0,008	9,93	1,79	462,37	235,64
M Skeletspierstelsel	0,402	0,560	15,78	24,15	39,22	43,16
N Centraal zenuwstelsel	0,843	1,477	22,53	36,86	26,73	24,96
P Antiparasitaire middelen	0,004	0,009	0,09	0,27	23,66	28,78
R Ademhalingsstelsel	0,473	0,511	26,30	24,43	55,64	47,81
S Zintuiglijke organen	0,184	0,188	4,64	4,63	25,16	24,70
V Diverse middelen	0,001	0,005	0,02	0,34	14,84	63,76
Overige middelen	0,381	0,381	10,44	12,25	27,41	32,11
T O T A L	4,814	6,779	236,90	299,70	49,21	44,21
* afwijking t.o.v. verwachting (%)	-29,0%		-21,0%		11,3%	

1. Kosten inclusief WTG-opslag en inclusief BTW.

NB ten gevolge van afrondingen kan de som der afzonderlijke elementen afwijken van het totaal.

BIJLAGE II Voorbeeld van een bewerking door het NIVEL van de VGZ-cijfers van drie opeenvolgende jaren.

Toelichting

Het voorbeeld betreft dezelfde huisarts als waarvan in Bijlage I de VGZ-cijfers gegeven zijn. Hier zijn op twee bladzijden de belangrijkste bevindingen bij deze huisarts overzichtelijk samengevat.

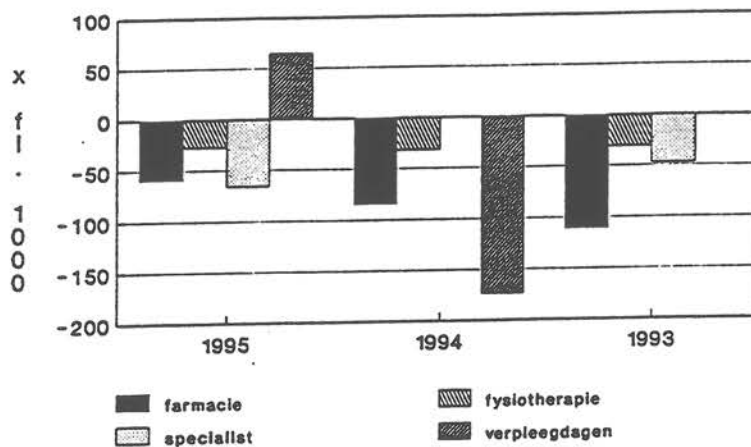
Per rubriek worden de grootste bonussen, resp. malussen voor 1995 vermeld, met daarnaast de getallen van 1994 en 1993 voor diezelfde onderdelen (deze onderdelen behoren dus niet vanzelfsprekend ook tot de grootste bonussen of malussen in de voorafgaande jaren).

Terugrapportage 1993 t/m 1995

1. Overzicht werkelijke/verwachte kosten

x fl. 1000	werkelijk 1995	verwacht 1995	verschil 1995	verschil 1994	verschil 1993
farmacie	291	351	-59	-85	-111
fysiotherapie	86	112	-27	-32	-31
verpleegdagen	1422	1358	65	-174	geen geg.
specialist	266	332	-66	0	-47
totaal	2065	2153	-87	-291	-188

Werkelijke minus verwachte kosten 1993-1995



2. Farmacie

	werkelijk 1995	verwacht 1995	verschil % 1995	verschil % 1994	verschil % 1993		
kosten per verzekerde	240	289	-16.9	-21.0	-24.8		
voorschriften per 1000 verzekerden	5222	7189	-27.4	-29.0	-33.6		
kosten per voorschrift in fl.	46	40	14.4	11.3	13.2		
grootste bonussen (x fl. 1000)	'95	'94	'93	grootste malussen (x fl. 1000)	'95	'94	'93
1.maagdarmkanaal	28	34	38	1.oncolytica/immunosuppr.	11	11	13
2.centraal zenuwstelsel	11	19	27	2.*			
3.skeletspierstelsel	9	11	15	3.*			

3. Fysiotherapie

	werkelijk 1995	verwacht 1995	verschil % 1995	verschil % 1994	verschil % 1993		
kosten per verzekerde	70	92	-23.9	-31.5	-30.2		
patiënten per 1000 verzekerden	252	271	-7.3	-18.9	-22.4		
kosten per verwezen patiënt	280	341	-17.9	-15.6	-10.0		
grootste bonussen (x fl. 1000)	'95	'94	'93	grootste malussen (x fl. 1000)	'95	'94	'93
1.wervelkolom	12	13	10	1.bekken/bovenbeen	7	2	-1
2.meerdere	8	5	10	2.*			
3.schouder/bovenarm	6	5	4	3.*			

4. Specialistische hulp

		werkelijk 1995	verwacht 1995	verschil % 1995	verschil % 1994	verschil % 1993	
kosten per verzekerde		219	273	-19.8	-.1	-11.7	
verwijzingen per 1000 verzekerden		641	765	-16.2	-14.2	-13.0	
kosten per verwijzing		341	356	-4.4	16.5	1.5	
<u>grootste bonussen (x fl. 1000)</u>	<u>'95</u>	<u>'94</u>	<u>'93</u>	<u>grootste malussen (x fl. 1000)</u>	<u>'95</u>	<u>'94</u>	<u>'93</u>
1.anaesthesie	6	-1	0	1.psychiatrie	5	4	-5
2.longziekten	6	3	3	2.*			
3.cardiologie	5	0	4	3.*			

5. Verpleegdagen

	werkelijk 1995	verwacht 1995	verschil % 1995	verschil % 1994	verschil % 1993
verpleegdagen per 1000 verzekerden	1827	1744	4.8	-12.4	geen geg.

N.b. kosten per verpleegdag is een vast bedrag

<u>grootste bonussen (x fl. 1000)</u>	<u>'95</u>	<u>'94</u>	<u>grootste malussen (x fl. 1000)</u>	<u>'95</u>	<u>'94</u>
1.gynaecologie	23	-12	1.psychiatrie	140	-54
2.orthopedie	21	39	2.neurologie	42	-67
3.urologie	17	-1	3.plast. chirurgie	26	-4

6. Longziekten-gerelateerde kosten

	werkelijk 1995	verwacht 1995	verschil % 1995	verschil % 1994	verschil % 1993
verwijzingen longziekten per 1000 verzekerden	26	43	-38.2	-33.5	-23.1
kosten per verwijzing naar longziekten (fl.)	359	336	6.8	24.6	10.1
verpleegdagen longziekten per 1000 verzekerden	178	194	-8.6	-52.1	geen geg.
voorschriften ademhalingsstelsel per 1000 verzekerden	446	561	-20.5	-7.5	-22.3
kosten per voorschrift ademhalings- stelsel (fl.)	48	43	11.8	16.4	21.1
totale kosten per verzekerde longziekten	145	163	-11.2	-39.5	-8.5

Bijlage III Voorbeeld van de gedetailleerde farmaciecijfers

Toelichting

Dit zijn de cijfers zoals die ten behoeve van de deelprojecten prescriptie zijn samengesteld.

Geneesmiddelen zijn hier uitgesplitst tot ATC-nivo 3, gedeeltelijk zelfs tot nivo 5.

Er zijn bovendien twee verschillende tabellen. Een eerste tabel heeft betrekking op de geneesmiddelen die door de huisarts zijn voorgeschreven. De tweede tabel betreft de geneesmiddelen ongeacht de voorschrijver. Het verschil tussen beide rubrieken betreft dus het deel van de geneesmiddelen dat door andere voorschrijvers, i.c. specialisten is voorgeschreven.

Voor beide rubrieken zijn de belangrijkste items: het aantal voorschriften per verzekerde, het aantal DDD's per verzekerde en de kosten per verzekerde.

DDD's zijn defined daily dosages. De DDD is de gemiddelde dagelijkse dosis van het geneesmiddel voor een volwassene bij de hoofdindicatie van geneesmiddel.

FARMACIE OVERZICHT EERSTE HALFJAAR 1995, VOORSCHRIJVER IS HUISARTS

CODE HUISARTS 00717

NAAM

PLAATS EINDHOVEN.

VERZEKERDEN 1301

GENEESMIDDELENGROEP

	DDD PER VERZEKERD		VOORSCHR. P VZ		WTG PER VERZ		KOSTEN PER VERZ	
	PRAKT	VERM	PRAKT	VERH	PRAKT	VERM	PRAKT	VERM
A02A ANTACIDA	0.159	0.360	0.015	0.013	0.002	0.001	0.40	0.33
A02BA H2-RECEPTORBLOKKERENDE MIDDELEN	1.672	1.608	0.058	0.069	0.058	0.069	7.79	9.15
A02BB01 MISOPROSTOL	0.000	0.019	0.000	0.001	0.000	0.001	0.00	0.07
A02BC PROTONPOMPREMERS	0.371	0.846	0.013	0.031	0.013	0.031	2.79	6.91
A02BX OVERIGE ULCUS-PEPTICUMMIDDELEN	0.081	0.079	0.005	0.005	0.001	0.001	0.59	0.48
A03FA PROPULSIVA	0.406	0.463	0.028	0.034	0.019	0.021	1.31	1.44
R03AC SELECTIEVE BETA-2-SYMPATHICOMIMETICA	0.904	1.393	0.025	0.034	0.025	0.034	1.21	1.71
R03AK03 FENOTEROL MET ANDERE CARA-MIDDELEN	0.102	0.054	0.003	0.005	0.003	0.005	0.20	0.28
R03BA GLUCOCORTICOÏDEN	1.061	1.208	0.022	0.025	0.022	0.025	2.17	2.40
R03BB01 IPRATROPIUM	0.833	0.547	0.018	0.015	0.018	0.015	1.22	0.80
R03BC ANTI-ALLERGISCHE MIDDELEN, EXCL CORTICOSTEROÏDEN	0.045	0.087	0.002	0.004	0.002	0.004	0.12	0.44
R03CC SELECTIEVE BETA-2-SYMPATHICOMIMETICA	0.019	0.069	0.002	0.005	0.002	0.005	0.02	0.07
R03DA04 THEOFYLLINE	0.462	0.293	0.009	0.006	0.009	0.006	0.31	0.17
R05CB MUCOLYTICA	0.322	1.759	0.015	0.063	0.001	0.007	0.60	2.15
R05DA04 CODEINE	1.795	3.879	0.015	0.036	0.015	0.036	0.04	0.11
R06AX16 DEPTROPINE	0.027	0.023	0.005	0.004	0.005	0.004	0.02	0.01
R06AX17 KETOTIFEN	0.077	0.043	0.004	0.002	0.004	0.002	0.16	0.13
T O T A L	8.335	12.731	0.240	0.354	0.200	0.268	18.94	26.65
percentage afwijking tov verwacht	-34.5%		-32.2%		-25.3%		-28.9%	

AFLEVERGOEDING APOTHEKER
BEDRAG BTW

T O T A L G E N E R A A L

2.00 2.68
1.26 1.76
22.20 31.09

FARMACIE OVERZICHT EERSTE HALFJAAR 1995, ONGEACHT SOORT VOORSCHRIJVVER

CODE HUISARTS 00717

NAAM

PLAATS EINDHOVEN.

VERZEKERDEN 1301

GENEESMIDDELENGROEP

	DDD PER VERZEKERD		VOORSCHR. P VZ		WTG PER VERZ		KOSTEN PER VERZ	
	PRAKT	VERW	PRAKT	VERW	PRAKT	VERW	PRAKT	VERW
A02A ANTACIDA	0.188	0.431	0.018	0.015	0.005	0.001	0.41	0.39
A02BA H2-RECEPTORBLOKKERENDE MIDDELEN	1.995	1.904	0.070	0.083	0.070	0.083	10.21	11.65
A02BB01 MISOPROSTOL	0.000	0.020	0.000	0.001	0.000	0.001	0.00	0.08
A02BC PROTONPOMPREMERS	0.775	1.260	0.025	0.045	0.025	0.045	6.76	11.66
A02BX OVERIGE ULCUS-PEPTICUMMIDDELEN	0.081	0.106	0.005	0.007	0.001	0.001	0.59	0.67
A03FA PROPULSIVA	0.456	0.531	0.031	0.038	0.020	0.023	1.47	1.83
R03AC SELECTIEVE BETA-2-SYMPATHICOMIMETICA	2.356	3.167	0.058	0.077	0.058	0.077	4.63	6.39
R03AK03 FENOTEROL MET ANDERE CARA-MIDDELEN	0.102	0.168	0.005	0.014	0.005	0.014	0.31	1.03
R03BA GLUCOCORTICOIDEN	2.570	4.398	0.051	0.074	0.051	0.074	9.55	10.52
R03BB01 IPRATROPIUM	1.473	1.362	0.034	0.038	0.034	0.038	3.18	2.91
R03BC ANTI-ALLERGISCHE MIDDELEN, EXCL CORTICOSTEROIDEN	0.045	0.186	0.002	0.007	0.002	0.007	0.12	1.06
R03CC SELECTIEVE BETA-2-SYMPATHICOMIMETICA	0.050	0.108	0.004	0.008	0.004	0.008	0.07	0.17
R03DA04 THEOFYLLINE	1.678	1.073	0.025	0.022	0.025	0.022	0.71	0.70
R05CB MUCOLYTICA	0.785	2.278	0.031	0.079	0.002	0.009	2.40	3.98
R05DA04 CODEINE	1.795	4.057	0.015	0.038	0.015	0.038	0.04	0.12
R06AX16 DEPTROPINE	0.027	0.024	0.005	0.004	0.005	0.004	0.02	0.02
R06AX17 KETOTIFEN	0.100	0.047	0.005	0.002	0.005	0.002	0.45	0.15
T O T A L	14.474	21.121	0.384	0.552	0.328	0.447	40.92	53.33
percentage afwijking tov verwacht	-31.5%		-30.3%		-26.6%		-23.3%	
AFLEVERVERGOEDING APOTHEKER							3.28	4.47
BEDRAG BTW							2.65	3.47
T O T A L G E N E R A A L							46.86	61.27

Literatuur

- Arts SEJ, Kersten TJJMT, Wijkel D. De korte verwijskaart als surrogaat voor de consultkaart. Een Amsterdamse evaluatie. Medisch Contact; 1994: 31/32; 991-3.
- v.d.Beek G, de Bruin WH, Gooskens PAJ, de Jong A, Schiffelers HRM, Wouts WJM. NHG-Standaard Oogheelkundige diagnostiek. Huisarts en Wetenschap 1990; 33: 394-402.
- Breedveld EJ, van Leengoed PLM, Schepers RMJ, van der Zouwe N, Casparie AF. Ontwikkeling van een contracterings-model tussen huisarts en particuliere verzekeraar. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, 1994
- Engelsman C, A Geertsma. De kwaliteit van verwijzingen. [Proefschrift] Groningen: Universiteit van Groningen, 1994.
- Gerritsen HJ, Heerdink ER. Geneesmiddelengebruik in gezondheidscentra. Utrecht: Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra, 1997
- v.Herwaarden CLA, v.Weel C, v.Schayck CP, Dekhuijzen PNR. Behandelingsplan voor COPD in de huisartspraktijk Tijdschr. Huisartsgeneeskunde; 1994: 11: 677-80.
- LHV: De wereld verandert en de huisarts verandert mee. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1995
- Lisdonk EH van de, Schellevis FG. Inter-doktervariatie en de kwaliteit van verwijzen. Een literatuuronderzoek. Huisarts en Wetenschap; 1994: 573-8.
- LVG. Nota Strategische Beleidsanalyse Gezondheidscentra. Utrecht: Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra, 1993
- Kersten TJJMT. De invloed van huisartsen in de tweedelij. [Proefschrift] Utrecht: Nivel, 1991.
- Meyboom-de Jong B, Smith RJA, Hiddema-van der Wal A, van der Werf GTh. De poortwachtersfunctie van de huisarts onderzocht met verwijzingen en verwijskaarten. Ned. Tijdschr. Geneesk; 1996: 1499-1503
- Mokking HGA. Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen [Proefschrift] Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986.
- Numans ME, de Wit NJ, Geerdes RHM, de Jager AJ, Muris JWM, Postema PhJ, Starmans R, Rosmalen CFH. NHG-Standaard Maagklachten, Huisarts en Wetenschap; 1993: 36: 375-9.
- NRV. Discussienota Begrippenkader Kwaliteit van Instellingen. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1990.
- Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg. Poortwachter in praktijk. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1995

- Peterse MTM: NHG-standaard 'CARA bij volwassenen'. Pharmaceutisch Weekblad; 1993: 128: 36-8.
- Post D, Verwijzer en prescriptie, een paar apart. Kampen: Kok BV, 1984
- Ros CC, Hutten JBF, Groenewegen PP. Centra Centraal. Onderzoek naar kwaliteitskenmerken van gezondheidscentra en de productiecijfers van huisartsen. Utrecht: NIVEL, 1996.
- Stokx LJ, Gloerich ABM, Kersten TJJMT. Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering. Evaluatie van een programma Deskundigheidsbevordering voor huisartsen. Utrecht: NIVEL 1992a,
- Stokx LJ, de Bakker DH, Delnoy DMJ, Gloerich ABM, Groenewegen PP. Verwijscijfers belicht. Utrecht: NIVEL, 1992b
- v.Tits MHL. Vier jaar experimenteren met een bonus-malus-systeem onder huisartsen. Tilburg: IVA, 1988
- VGZ. Handleiding Beleidskaders Gezondheidscentra. Nijmegen: VGZ, 1993
- v.d.Waart MAC, Dekker FW, Nijhoff S, Thiadens HA, v.Weel C, Helder M, et al. NHG-Standaard CARA bij volwassenen, Huisarts en Wetenschap 1992; 35: 437-43.
- Wouters MWJ, Timmermans DRM, Kievit J. Financiële grenzen aan de zorg; een enquête onder artsen. Ned. Tijdschr. Geneesk; 1997: 206-10
- WVC. Gedeelde Zorg: Betere Zorg. Rapport van de Commissie modernisering curatieve zorg (Commissie-Biesheuvel). Den Haag: Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur, 1994
- WVC. Kiezen en Delen. Advies in hoofdzaken van de commissie Keuzen in de zorg (Commissie-Dunning). Den Haag: Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur, 1991