

# Lagere (ziekenfonds-)verwijscijfers van gezondheidscentra: gezondere patiënten of sterker gemotiveerde artsen?

D. Wijkkel\*

## Summary

*The stimulation of health centres is one of the pillars supporting the government's policy to strengthen primary health care. A health centre is characterized by multidisciplinary professional collaboration in order to achieve 'integral health care'.*

*In crude referral rates published by the National Institute of co-operative sick-funds, general practitioners in health centres show consistently lower referral rates than single-handed doctors. This favourable effect in terms of costs was confronted by marked scepticism about the validity of these crude figures.*

*In this article we deal with two possible explanations for the different referral rates.*

*Firstly the possible differences in health status of the enlisted patients are studied. Secondly the suggestion that GP's in health centres are of a special kind (having a deviating motivation) will be dealt with.*

*The first question was answered with use of the 'health questionnaire' (1981, 1982) which was obtained from the Netherlands Central Statistical Office. The (sick-fund) patients from health centres had higher levels of education and income, but did not differ in health status.*

*The second question was studied indirectly by making use of information about the practice prefer-*

*ences of aspirant GP's. The referral rates of single-handed GP's, who preferred to work in a health centre, did not deviate from the referral rates of single handed GP's with other preferences.*

*We concluded from these studies that differences in practice populations or selection of GP's with deviating motivations could not explain differences in crude referral rates.*

## 1. Inleiding

Een van de manieren waarop de Nederlandse regering het afgelopen decennium heeft gepoogd de eerstelijns gezondheidszorg te versterken en zodoende de groei van de gezondheidszorg als geheel aan banden te leggen, is het stimuleren van gezondheidscentra geweest.

Het begrip 'gezondheidscentrum' heeft in Nederland een bijzondere betekenis. Het betreft hier een gezamenlijke huisvesting van ten minste een huisarts, een wijkverpleegkundige<sup>1</sup> en een maatschappelijk werker. Daarnaast maakt een fysiotherapeut (kinesiotherapeut) dikwijls deel uit van het multidisciplinaire team. Slechts in een beperkt aantal gevallen (36% van de 131 gezondheidscentra per januari 1984; zie Boerma, 1984) zijn de artsen in loondienst, in de overige gevallen zijn het zelfstandige beroepsbeoefenaren. Het aantal gezondheidscentra groeide van 3 in 1970, 34 in 1975, 88 in 1980, tot 140 in 1985 (Boerma, 1985).

Als men naar de groeicijfers kijkt, is het stimuleren van gezondheidscentra succesvol geweest. Het beleid in deze was echter niet onomstreden. Het belangrijkste probleem betreft de extra kosten die gezondheidscentra met zich meebrengen. Vooral centra met de huisartsen in loondienst doen bij exploitatietekorten een beroep op extra

\* NIVEL (Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg) te Utrecht. Dit artikel is onderdeel van een onderzoek dat wordt gesubsidieerd door de Ziekenfondsraad. Eerste concept ontvangen op 25 april 1985; geaccepteerd voor publicatie op 21 juni 1985.

uitkeringe  
gen worde  
ieder verzi  
ding tussen  
ters, 1983,  
Aan de ba  
delijk lage  
zondheids  
en Wijkkel,  
ken met so  
gezondheid  
ieder jaar c  
liseren; het  
aantal verv  
kerden<sup>2</sup> pe  
Sceptici ste  
van solo-hu  
Zijfers uit  
Gezondheid  
merkt word  
praktijkbev  
op factoren  
samenwerk

## 2. Vraagste

Alhoewel ir  
gen van het  
'Verwijzen'  
goed begrip  
gen die uit  
men, te bes

1. Zijn de a  
tische en  
artsen be  
waarvan l  
huisartser
  2. Zijn patië  
der dan f  
(Zijn het
  3. Zijn de v  
voeren op  
getinte m  
centra? (Z
  4. Zijn de v  
voeren op  
(multidisci  
'werkt het
- De eerste dri  
de noemer 'Is  
Verwijzen hu  
daad minder

# ijfers dere erde

*referral rates of single-  
i to work in a health  
the referral rates of  
er preferences.  
lies that differences in  
ion of GP's with devi-  
explain differences in*

op de Nederlandse re-  
um heeft gepoogd de  
te versterken en zo-  
ondheidszorg als ge-  
s het stimuleren van

n' heeft in Nederland  
treft hier een gezamen-  
een huisarts, een wijk-  
atschappelijk werker,  
eute (kinesietherapeut)  
diplinaire team. Slechts  
6% van de 131 gezond-  
Boerma, 1984) zijn de  
e gevallen zijn het zelf-  
et aantal gezondheids-  
in 1975, 88 in 1980, tot

kijkt, is het stimule-  
succesvol geweest.  
r niet onomstreden.  
betreft de extra kos-  
et zich meebrengen.  
artsen in loondienst  
een beroep op extra

uitkeringen bij de Ziekenfondsraad. Die aanvragen worden per geval afgehandeld, waardoor bij ieder verzoek de discussie oplaait over de verhouding tussen de kosten en baten van de centra (Peters, 1983, 1984).

Aan de batenkant kan worden gewezen op de duidelijk lagere verwijscijfers van huisartsen in gezondheidscentra (zie ook een analyse van Peters en Wijkkel, 1984). Collaris laat zien, dat vergeleken met solistisch werkende huisartsen, artsen uit gezondheidscentra over de periode 1977-1981 ieder jaar ongeveer 10% lagere verwijscijfers realiseren; het betreft hier voor alle duidelijkheid het aantal verwijskaarten per 1000 ziekenfondsverzekerden<sup>2</sup> per jaar (Collaris, 1982).

Sceptici stelden daar tegenover dat verwijscijfers van solo-huisartsen niet zonder meer met verwijscijfers uit gezondheidscentra vergelijkbaar zijn. Gezondheidscentra zouden bijvoorbeeld gekenmerkt worden door een jongere en dus gezondere praktijkbevolking; de verschillen zouden kortom op factoren berusten die met 'multidisciplinaire samenwerking' weinig of niets van doen hebben.

## 2. Vraagstelling

Alhoewel in dit artikel slechts twee vraagstellingen van het onderzoeksproject 'Samenwerken en Verwijzen' aan de orde komen, is het voor een goed begrip noodzakelijk alle vier de vraagstellingen die uit de bovenstaande discussie voortkomen, te beschrijven.

1. Zijn de aangetroffen verschillen tussen solistische en (multidisciplinair) samenwerkende artsen bestand tegen toetsing op factoren, waarvan bekend is dat ze het verwijscijfer van huisartsen beïnvloeden?<sup>3</sup>
2. Zijn patiënten van gezondheidscentra gezonder dan patiënten van solistische huisartsen? (Zijn het andere patiënten?)
3. Zijn de verschillen in verwijscijfers terug te voeren op bijvoorbeeld een sterkere of anders getinte motivatie van artsen in gezondheidscentra? (Zijn het andere artsen?)
4. Zijn de verschillen in verwijscijfers terug te voeren op verschillen in vorm en intensiteit van (multidisciplinaire) samenwerking, ofte wel: 'werkt het nu wel zo'?

De eerste drie vragen zijn samen te vatten onder de noemer 'Is het nu wel zo?', of anders gezegd: Verwijzen huisartsen in gezondheidscentra inderdaad minder dan huisartsen in solopraktijken, of

kan aangetoond worden dat het om een 'statistische' relatie gaat die 'spurious' is?

De vierde vraag kan men opvatten als 'werkt het nu wel zo?'; heeft 'samenwerking' inderdaad te maken met de geconstateerde verschillen?

In dit artikel worden de tweede en derde onderzoeksvraag behandeld.

Een verslag van het onderzoek naar de eerste en vierde vraagstelling kan men elders vinden. Het antwoord op de eerste vraag (dat overigens zonder voorbehoud 'ja' luidt) is te vinden in een rapport over de eerste fase van het onderzoeksproject (Wijkkel, 1983). Het antwoord op vraag 4 is gedeeltelijk te vinden in het tweede deelrapport (De intensiteit van samenwerking blijkt geen duidelijke relatie met verwijscijfers te hebben; Wijkkel, 1984) en gedeeltelijk in het nog te publiceren eindrapport. We zullen vraag 2 en 3 hieronder verder uitwerken.

### 2.1. Zijn het andere patiënten?

De belangrijkste vraag is hier: zijn (ziekenfonds-) patiënten ingeschreven bij gezondheidscentra gezonder dan patiënten van solo-huisartsen, gegeven de samenstelling van de praktijken naar leeftijd en geslacht? Dit laatste gegeven is immers al 'meegenomen' in ons antwoord op de eerste vraag uit de serie van vier.

We gaan hier niet uitgebreid in op de vraag waarom ziekenfondspatiënten uit gezondheidscentra nu 'gezonder' zouden zijn dan hun tegenvoeters uit solopraktijken. Het is overigens ook niet erg voor de hand liggend dat gezonde patiënten zich bij een gezondheidscentrum en zieke patiënten zich bij een solo-arts zouden laten inschrijven. (Vaak heeft men niet eens een reële keuze.) Een mogelijke reden zou het terughoudende gedrag van huisartsen in gezondheidscentra met betrekking tot verwijzen kunnen zijn, waardoor zieke patiënten naar sneller verwijzende huisartsen zouden kunnen overstappen. Hoe dan ook, vanuit de opzet de validiteit van het aangetroffen verschil in verwijscijfers te willen testen, moet de vraag naar mogelijke verschillen in 'patient mix' zeker gesteld worden.

De vraag wordt beantwoord met behulp van gegevens uit de (sinds 1981) jaarlijks in Nederland door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) gehouden gezondheidsenquête. In deze enquête wordt onder meer gevraagd naar de vorm van de huisartsenpraktijk die men als patiënt frequenteert. De eigen rapportage van de gezond-

heid van de respondent en de medische consumptie nemen in de gezondheidsenquête een belangrijke plaats in.

## 2.2. Zijn het andere artsen?

Huisartsen in gezondheidscentra blijken wat hun taakopvatting betreft enigermate af te wijken van andere huisartsen.

Verhaak kon, op basis van een enquête onder 249 huisartsen, vaststellen dat artsen in gezondheidscentra in een aantal opzichten meer huisartsgeneeskundige opvattingen hebben: Artsen die met anderen in een samenwerkingsrelatie zitten, zijn meer de mening toegedaan dat een huisarts zekere risico's moet aandurven (en niet alles specialistisch laten onderzoeken), de patiënten meer inbreng moet gunnen en controle van buitenaf moeten tolereren, dan artsen die solistisch werken (Verhaak, 1984). In een onderzoek gebaseerd op huisartsenconsulten die op video zijn vastgelegd, constateerde Sanavro dat artsen die in gezondheidscentra werken, meer aan 'vraagverheldering' doen en dat de klachten ook meer uitgediept worden en tenslotte neemt men ook meer tijd voor de patiënt (Sanavro, 1985).

De vraag of het andere artsen zijn, kan dus met 'ja' worden beantwoord, waarbij overigens nog niet goed vastgesteld is, in hoeverre de hier genoemde taakopvattingen en wijze van taakuitoefening het verwijscijfer beïnvloeden. We zijn echter in een andere vraag meer geïnteresseerd. Het zou namelijk wel heel toevallig zijn als van alle jonge huisartsen uitsluitend de sterkst gemotiveerden in een gezondheidscentrum terecht komen. Uit de registratie adspirant-huisartsen (die sinds 1979 op het NIVEL wordt bijgehouden) blijkt dat een groot deel van de aankomende huisartsen (266 ofte wel 57% in 1982) zich binnen een samenwerkingsverband dan wel een gezondheidscentrum wil vestigen (Groenewegen, 1983). In 1983 bijvoorbeeld konden slechts 38 artsen in gezondheidscentra worden geplaatst. Vele huisartsen met een motivatie voor het werken in een gezondheidscentrum komen dus in andere praktijksituaties terecht en zouden ook in die situatie lagere verwijscijfers moeten realiseren.

De vraag die in dit artikel aan de orde komt, is: 'zijn artsen met een voorkeur voor samenwerken (in casu het gezondheidscentrum) wat hun verwijsniveau betreft te onderscheiden van huisartsen met een voorkeur voor een solopraktijk; ook in situaties waarin de eerstgenoemde groep niet in

een gezondheidscentrum is terechtgekomen'. Met andere woorden, is 'motivatie' of 'taakopvatting' een noodzakelijke en voldoende voorwaarde voor de lagere verwijscijfers van huisartsen in gezondheidscentra?

Voor het beantwoorden van de bovengenoemde vraag zijn gegevens over praktijkvoorkeuren nodig, die zijn uitgesproken vóór de vestiging als huisarts. Dergelijke gegevens zijn te vinden in het reeds genoemde registratiesysteem van adspirant-huisartsen, dat op het NIVEL wordt bijgehouden. Elk jaar wordt aan alle afgestudeerden van de beroepsopleiding een aantal vragen gesteld onder meer over de gewenste praktijkvorm. Van deze afgestudeerden is ook bekend, op welke wijze men zich uiteindelijk heeft gevestigd. Aan de huisartsen is toestemming gevraagd om het Landelijk Informatiesysteem. Ziekenfondsen (LISZ) te machtigen verwijscijfers aan het NIVEL te verstrekken en deze te mogen combineren met de eerder uitgesproken praktijkvoorkeur. Van 60% van de aangeschreven huisartsen is deze toestemming verkregen.

## 3. Resultaten

Bij de bespreking van de resultaten zullen we eerst aandacht besteden aan de verschillen in patiëntenpopulaties en daarna aan de relatie tussen de voorkeur voor vestiging in een gezondheidscentrum en verwijscijfers.

### 3.1. Verschillen in patiëntenpopulaties

Op het terrein van de verklaring van verschillen in medische consumptie bestaat in Nederland een rijke onderzoekstraditie.

Het doktersbezoek wordt daarbij veelal als de belangrijkste te verklaren variabele behandeld, maar ook het medicijngebruik; ook komen het aantal herhalingsbezoeken aan de huisarts en het specialistenbezoek aan bod (o.a. Van der Zee, 1982; Van de Ven en Van Vliet, 1982).

Een aantal variabelen in de trits 'consumptienoodzaak, consumptiegeneigdheid en consumptiemogelijkheid' komt daarbij steevast naar voren. De variabelen die de consumptienoodzaak meten, blijken (uiteeraard) de meeste variantie te verklaren; dat zijn o.a. gegevens over het aantal chronische aandoeningen, subjectief ervaren gezondheidstoestand en bedlegerigheid (zie ook: Mootz, 1985). Daarnaast blijken ook persoons- of

gezinsvariabele gezondheidsniveaus opgenomen, consumptiegeneigdheid met de e In de gezondheidscentra wordt gevraagd naar de volgende woordcategorieën: — in een gezondheidscentrum; — één maatschappelijk; — samen met andere; — praktijk all

Tabel 1. Verdeling

GESLACHT	
Mannen	
Vrouwen	
LEEFTIJD	
0-14 jr.	
15-44 jr.	
45-64 jr.	
65 jaar en ouder	
BURGERLIJKE	
Gehuwd	
Gescheiden/wed.	
Altijd al ongeh.	
TYPE HUISSHOUW	
Echtp. + kinderechtp.	
Echtp. alleen	
Alleenstaande	
Overig	
INKOMENSNIJVEL IN HUISSHOUW	
Tot f 22 000	
f 22 000 - f 31 000	
Meer dan f 31 000	
Onbekend/weigerd	
HOOGSTE OPLEIDING BEHAALD IN (HUIS)SCHOLE	
Lager onderwijs	
LAVO-MAVO	
HAVO-MBO	
HBO-universiteit	

Gegevens: Gezondheidscentra



rechtgekomen'. Met 'taakopvatting' als voorwaarde voor huisartsen in gezond-

de bovengenoemde praktijkvoorkeuren noóór de vestiging als is zijn te vinden in het systeem van aspirant-L wordt bijgehouden. studeerden van de be- vragen gesteld onder praktijkvorm. Van deze end, op welke wijze t gevestigd. Aan de evraagd om het Lan- lekenfondsen (LISZ) an het NIVEL te ver- combineren met de voorkeur. Van 60% tsen is deze toestem-

Itaten zullen we eerst schillen in patiënten- elatie tussen de voor- ondsheidscentrum en

#### populaties

ing van verschillen in t in Nederland een

rbij veelal als de be- riabele behandeld, ik; ook komen het n de huisarts en het (o.a. Van der Zee, liet, 1982).

trits 'consumptie- dheid en consump- ij steevast naar vo- nsumptienoodzaak meeste variantie te ens over het aantal bjectief ervaren ge- erigheid (zie ook: en ook persoons- of

gezinsvariabelen een rol te spelen. In de CBS-gezondheidsenquête zijn de meeste variabelen wel opgenomen, maar een aantal variabelen die de consumptie-eigenheid (de VOEG; tevredenheid met de eigen gezondheid) meten, niet.

In de gezondheidsenquête wordt aan de respondent gevraagd, hoe de huisarts werkt. De drie antwoordcategorieën zijn de volgende:

- in een gezondheidscentrum met ten minste één maatschappelijk werkster;
- samen met andere huisarts(en) in één gebouw;
- praktisch alleen.

In de hierna volgende tabellen vinden we deze categorieën terug als gezondheidscentrum, geassocieerde artsen en solo-praktijk. We beperken ons uitsluitend tot ziekenfondspatiënten, aangezien alleen van deze groep verwijsggegevens bekend zijn.

In tabel 1 zijn de persoonsvariabelen samengevat. Wat het geslacht betreft zijn er geen verschillen. Wél blijkt ook hier dat de ziekenfondspatiënten van gezondheidscentra gemiddeld genomen wat jonger zijn dan patiënten van solo-artsen. Vooral bejaarden zijn bij gezondheidscentra ondervertegenwoordigd.

Tabel 1. Verdelingen van belangrijke persoons- en gezinskenmerken per praktijkvorm. Alleen ZF-verzekerden.

	Gezondheids- centrum <i>n</i> = 654	Associaties en groepsprakt. <i>n</i> = 3350	Solo- praktijken <i>n</i> = 9661	significantie <i>x</i> <sup>2</sup>
<b>GESLACHT</b>				
Mannen	48.5	49.0	48.0	niet significant
Vrouwen	51.5	51.0	52.0	
<b>LEEFTIJD</b>				
0-14 jr.	21.4	22.7	21.3	p < .001
15-44 jr.	51.1	49.2	46.3	
45-64 jr.	19.7	18.8	19.7	
65 jaar en ouder	7.8	9.3	12.7	
<b>BURGERLIJKE STAAT</b>				
Gehuwd	47.4	49.8	49.8	niet significant
Gescheiden/weduwe	7.5	6.7	7.9	
Altijd al ongeh.	45.1	43.5	42.4	
<b>TYPE HUISHOUDEN</b>				
Echtp. + kinderen	63.9	67.6	63.1	
Echtp. alleen	15.4	16.1	18.3	
Alleenstaande	5.7	5.9	7.2	p < .001
Overig	15.0	10.4	11.4	
<b>INKOMENSNIVEAU IN HUISHOUDEN</b>				
Tot f 22 000	20.9	23.0	24.0	
f 22 000 - f 31 000	21.1	30.1	28.3	
Meer dan f 31 000	24.8	17.0	16.0	p < .001
Onbekend/weigert	33.2	29.9	31.7	
<b>HOOGSTE OPLEIDING BEHAALD IN GEZIN</b>				
Lager onderwijs	13.1	13.1	16.7	
LAVO-MAVO	34.1	38.1	37.8	
HAVO-MBO	41.3	36.6	36.9	p < .001
HBO-universiteit	11.5	13.1	8.5	

Gegevens: Gezondheidsenquête CBS (1981-1982).

Tabel 2. Ervaren gezondheidstoestand en mate van chroniciteit van ziekenfondspatiënten, ingeschreven bij artsen met drie praktijkvormen (procenten).

	Gezondh. centrum	Geassoc. artsen	Solo- artsen
Ervaren gezondheid			
- Goed	80.6	78.9	78.2
- Gaat wel tot slecht	19.4	21.1	21.8
Mate van chroniciteit			
- Geen chron. aandoening	74.8	75.5	75.1
- Lichte chron. aandoening	16.1	14.2	14.5
- Ernstige of meerdere lichtere aandoeningen	9.2	10.0	10.4
n =	654	3350	9661

Gegevens: Gezondheidsenquête CBS (1981-1982).  
 $\chi^2$  ervaren gezondheid en mate van chroniciteit: niet significant.

Wat betreft de burgerlijke staat zijn er nauwelijks verschillen, maar de respondenten verschillen wel wat het type huishouden betreft. Patiënten van gezondheidscentra komen relatief vaak in de categorie 'overig' voor. Dat blijken vooral één-oudergezinnen te zijn. De patiënten van duo- en groepspraktijken blijken vaker in een 'volledig' gezin te wonen, terwijl de patiënten van solo-artsen vaker een echtpaar zonder inwonende kinderen vormen.

Het inkomensniveau in het huishouden (dat wil zeggen het inkomen van het hoofd van het huishouden gecombineerd met het inkomen van de partner) is duidelijk hoger bij respondenten die ingeschreven staan bij een gezondheidscentrum. Het laagste inkomensniveau treffen we aan bij solo-praktijken. Datzelfde beeld treffen we aan bij het opleidingsniveau in het gezin. Omdat van veel respondenten geen gegevens beschikbaar zijn met betrekking tot de hoogst genoten opleiding, simpelweg omdat men nog op school zit, werd hier als

indicatie voor de Sociaal-Economische Status de hoogst behaalde opleiding in het gezin gekozen. Zoals uit tabel 1 blijkt, was het gezinsinkomen van ten minste 30% van de respondenten onbekend. Om die reden kozen we voor de verdere analyses de hoogst behaalde opleiding als indicator voor de sociaal-economische status.

Groot zijn de verschillen in de persoons- en gezinskenmerken echter niet; ze kunnen, gezien het hierboven aangehaalde onderzoek van Van de Ven en Van Vliet (1982), slechts tot kleine verschillen in medische consumptie leiden.

Belangrijker in termen van verklaring voor verschil in medische consumptie zijn de variabelen die 'consumptienoodzaak' meten (tabel 2). Voor zowel de subjectief ervaren gezondheid als de mate van chroniciteit vonden wij echter geen significante verschillen.

Wat betreft het aantal respondenten dat in de drie maanden voorafgaande aan het interview één of meer dagen in bed heeft gelegen, is ook geen ver-

Tabel 3. Aantal huisartscontacten van ZF-patiënten in de drie maanden voorafgaande aan het interview.

	Gezondh. centrum	Geassoc. artsen	Solo- artsen
Geen contact	56.6	58.1	59.1
Eén contact	27.1	25.3	25.8
Twee of meer contacten	16.4	16.3	14.7
n =	654	3350	9661

Gegevens: Gezondheidsenquête CBS (1981-1982).  
 $\chi^2$  = niet significant.

schil aanwezig; patiënten bedle  
 In tabel 3 is we  
 tacten de respo  
 den voor het in  
 Gezien de verd  
 variabelen, is he  
 de verschillen n  
 zien de richting v  
 leidingsniveau, i  
 pondenten inge  
 iets meer bij hu  
 dere respondent  
 Het verschil wor  
 contacten in ve  
 lingsrecepten va  
 getrokken; 58,7  
 zondheidscentra  
 huisarts te hebbe  
 van de responde  
 artsen. Ook dat v  
 Het handelen va  
 het verwijzen na  
 ten verrichten v  
 vorm van medisc  
 tuut van een ver  
 en Van der Zee, J  
 De gegevens in c  
 hoger gebruik va  
 zondheidscentra.  
 den, omdat het l  
 gaat. Dat geldt oc  
 cialisten.  
 Omdat het in tab

Tabel 4. Verwijzing huisarts.\*

'Verwijzing' naar:

- Specialist/polikl.
- Fysiotherap.
- Wijkverpl.
- Maatsch. werk
- Andere instell.
- Röntgenfoto's
- Laboratorium

n =

Gegevens: Gezondh  
 \* Eén patiënt kan  
 zijn. De percent  
 \*\* Inclusief verwijz

ingeschreven bij artsen

<i>Solo- artsen</i>
78.2
21.8
75.1
14.5
10.4
9661

onomische Status de  
het gezin gekozen.  
t gezinsinkomen van  
ndenten onbekend.  
de verdere analyses  
als indicator voor de

de persoons- en ge-  
e kunnen, gezien het  
erzoek van Van de  
achts tot kleine ver-  
ptie leiden.  
verklaring voor ver-  
e zijn de variabelen  
eten (tabel 2). Voor  
ezondheid als de ma-  
j echter geen signifi-

ndenten dat in de drie  
het interview één of  
gen, is ook geen ver-

an het interview.

<i>Solo- artsen</i>
59.1
25.8
14.7
9661

schil aanwezig; steeds is 4% van de ondervraagde patiënten bedlegerig geweest.

In tabel 3 is weergegeven, hoeveel huisartsencontacten de respondenten hadden in de drie maanden voor het interview.

Gezien de verdeling van de hiervoor besproken variabelen, is het niet verwonderlijk dat ook hier de verschillen niet significant blijken te zijn. Gezien de richting van de verschillen in leeftijd en opleidingsniveau, is het echter verrassend dat de respondenten ingeschreven bij gezondheidscentra iets meer bij hun huisarts zijn geweest dan de andere respondenten.

Het verschil wordt iets groter wanneer huisartsencontacten in verband met pilcontrole of herhalingsrecepten van het aantal contacten worden afgetrokken; 58,7% van de respondenten van gezondheidscentra blijken dan geen bezoek aan de huisarts te hebben gebracht tegen 61,2 en 62,4% van de respondenten van geassocieerde en solo-artsen. Ook dat verschil is echter niet significant. Het handelen van de huisarts met betrekking tot het verwijzen naar andere hulpverleners en het laten verrichten van diagnostisch onderzoek (een vorm van medische consumptie die wel als substituuft van een verwijzing wordt gezien; Dopheide en Van der Zee, 1980) is weergegeven in tabel 4.

De gegevens in die tabel wijzen enigszins op een hoger gebruik van diagnostiek door artsen in gezondheidscentra. Voorzichtigheid is echter geboden, omdat het hier slechts om kleine aantallen gaat. Dat geldt ook voor de verwijzingen naar specialisten.

Omdat het in tabel 4 slechts om kleine aantallen

gaat, levert toetsing geen significante resultaten op. Het verwijsperscentage van samenwerkende huisartsen lijkt in overeenstemming met gegevens van de ziekenfondsen lager te zijn.

Omgerekend naar aantallen verwijzingen per 1000 patiënten per jaar, zijn de cijfers voor gezondheidscentra, associaties en solo-artsen resp. 226, 236 en 257.

Deze cijfers zijn overigens niet direct vergelijkbaar met ziekenfondsverwijscijfers die op het aantal uitgeschreven verwijskaarten zijn gebaseerd. In het ziekenfondscijfer zijn ook zogenaamde administratieve verwijzingen (achterafverwijzingen, herhalingsverwijzingen e.d.) meegenomen.

Het is theoretisch mogelijk dat het verschil in globale ziekenfondsverwijscijfers tussen de verschillende praktijkvormen vooral in deze administratieve verwijzingen is te vinden en minder in de zogenaamde actieve verwijzingen die in de CBS-enquête naar voren komen.

### 3.2. Invloed van consumptie-beïnvloedende factoren op huisartsbezoek en de verwijskans

In de eerste plaats presenteren we hier een multiple regressie-vergelijking van het aantal huisartsencontacten en het verwijsgedrag. Met deze analysemethode kunnen we onderzoeken, of er wat het aantal huisartscontacten en verwijzingen betreft verschil bestaat tussen ziekenfondspatiënten bij verschillende praktijkvormen, nadat rekening is gehouden met verschillen in de andere zogenaamde verklarende variabelen.

Het resultaat van de multiple regressie-analyse

Tabel 4. Verwijzingen en gebruik diagnostische voorzieningen van ZF-patiënten met ten minste één bezoek aan de huisarts.\*

'Verwijzing' naar:	Gezondheids- centrum		Duo- en groeps- praktijken		Solo-artsen	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Specialist/polikl.	37	13.1	198	14.3	621	16.0
Fysiotherap.	7	2.5	47	3.4	90	2.3
Wijkverpl.	0	0.0	1	0.1	1	0.0
Maatsch. werk	1	0.4	3	0.2	2	0.1
Andere instell.	1	0.4	25	1.8	25	0.6
Röntgenfoto's	13	4.6	25	3.3	103	2.6
Laboratorium	8	2.8	13	0.9	51	1.3
n =	283		138		3891	

Gegevens: Gezondheidsenquête CBS (1981-1982).  $\chi^2$  = niet significant.

\* Eén patiënt kan meerdere contacten met de huisarts hebben gehad en dus ook meerdere keren verwezen zijn. De percentages zijn berekend op basis van het aantal respondenten.

\*\* Inclusief verwijzingen die gepaard gaan met een opname.

Tabel 5. Resultaten van de stapsgewijs uitgevoerde regressie-analyse van het aantal huisartscontacten en de verwijzing naar medische specialisten.

Onafhankelijke variabelen	Huisartscontact		Verwijzing naar special.	
	0 = geen 1 = één 2 = twee of meer		0 = nee 1 = ja	
	B	T	B	T
Gezond	.43	24.7	.035	6.8
Chronisch ziek	.13	12.2	0	0
Vrouwen 15 tot 45 jr. (D)	.19	13.0	0	0
Leeftijd	0	0	0	0
Ongehuwd (D)	-.06	4.4	0	0
Gescheiden of weduwe (D)	.09	3.8	0	0
Grootte van huishouden	-.03	7.2	0	0
Opleiding	0	0	0	0
Associatie (D)	0	0	0	0
Gezondheidscentrum (D)	0	0	0	0
Afstand tot ziekenhuis	-	-	0	0
Specialistendichtheid	-	-	0	0
Huisartscontact (D)	-	-	0	0
Constante	.08	2.8	-.097	35.9
n = 13 778	$\bar{R}^2 = .135$		$\bar{R}^2 = .107$	

0 = niet significant; - = niet in de vergelijking opgenomen.  
D = Dummy variabele.

voor ziekenfondspatiënten is weergegeven in tabel 5.

We kunnen constateren dat de patiënten van gezondheidscentra en geassocieerde huisarts niet vaker hun huisarts bezoeken of vaker worden verwezen dan patiënten van solo-artsen.

Op patiënteniveau vinden we dus de op geaggregeerd (huisartsen)niveau vastgestelde relatie niet. Evenals bij de onderzoeken die in het begin van paragraaf 3.1 zijn aangehaald, blijkt 'consumptie-noodzaak' de belangrijkste factor te zijn bij de verklaring van huisartsbezoek. Daarnaast blij-

ken vrouwen tussen 15 en 45 jaar vaker een huisartsbezoek af te leggen. Ongehuwden bezoeken de huisarts minder dan gehuwden en gescheiden of verweduwd patiënten juist meer. Patiënten uit grotere huishoudens bezoeken de huisarts minder.

Alleen de subjectieve gezondheidstoestand blijkt naast het gegeven dat iemand een bezoek aan de huisarts gebracht heeft (noodzakelijk voor een verwijzing) van belang te zijn bij de vraag of men naar een specialist verwezen wordt. Deze uitkomst is niet zo verwonderlijk, als we bedenken

Tabel 6. Ruwe en gecorrigeerde gemiddelden van het aantal huisartscontacten en het verwijsgegeven per praktijkvorm.

	Huisartscontacten		Verwezen naar specialist	
	0 = geen 1 = één 2 = twee of meer		0 = niet 1 = wel	
	Ruw	Gecorr.	Ruw	Gecorr.
Solopraktijk	.55	.55	.06	.06
Associatie en groepspraktijk	.58	.58	.06	.05
Gezondheidscentr.	.60	.61	.06	.05

dat nog geen 6% is. De variantie in langrijke structuur een ziekenhuis g Om de consequente gegevens op de het verwijzen te een variantie-an Het aantal huisa voor de variabele ke staat, vrouwer huishouden. Het geerd voor aant leeftijd van de re Als commentaar opmerkingen. In rectie de verschill plaats blijken de k tijkvormen niet te verschil in patiënt

### 3.3. Verschil in verschillende vestigingen

Op basis van twee rant-huisartsen (een NIVEL onder de senopleidingen we arts in een vierde lijk:

- huisartsen die werken;
- artsen die in een len;
- artsen die in een tenslotte

Tabel 7. Verwijsgegeven liseerde vestiging.

Gewenste praktijkvorm
Solo
Associatie
Gez.h.centrum
Solo
Associatie
Gez.h.centrum
Solo
Associatie
Gez.h.centrum
Totaal



artscontacten en de verwij-

	T
wijzig	6.8
r special.	0
nee	0
ja	0
	0
	0
	0
	0
	0
	0
	0
	0
	0
97	35.9
29	4.9
=	.107

45 jaar vaker een huis-  
 . Ongehuwden bezoeken  
 gehuwden en geschei-  
 ten juist meer. Patiën-  
 s bezoeken de huisarts

ndheidstoestand blijkt  
 ind een bezoek aan de  
 roodzakelijk voor een  
 ijn bij de vraag of men  
 zen wordt. Deze uit-  
 rlijk, als we bedenken

wijsgegevens per praktijk-

vezen	
specialist	
niet	
wel	
	Gecorr.
	.06
	.05
	.05

dat nog geen 6% van de respondenten verwezen is. De variantie is daardoor zo gering dat ook belangrijke structurele variabelen als de afstand tot een ziekenhuis geen invloed blijken te hebben. Om de consequenties van de hiervoor besproken gegevens op de verschillen in huisartsbezoek en het verwijzen te kunnen nagaan, voerden we ook een variantie-analyse uit.

Het aantal huisartscontacten werd gecorrigeerd voor de variabelen gezond, chroniciteit, burgerlijke staat, vrouwen 15 tot 45 jaar en grootte van het huishouden. Het verwijzgegeven werd gecorrigeerd voor aantal huisartscontacten, gezond en leeftijd van de respondent (tabel 6).

Als commentaar bij deze tabel hebben we twee opmerkingen. In de eerste plaats zijn ook na correctie de verschillen niet significant. In de tweede plaats blijken de kleine verschillen tussen de praktijkvormen niet te kunnen worden verklaard door verschil in patiëntenpopulatie.

### 3.3. Verschil in verwijscijfers tussen huisartsen met verschillende vestigingswensen

Op basis van twee vragen uit de enquête adspirant-huisartsen (een enquête die jaarlijks door het NIVEL onder de afgestudeerden van de huisartsenopleidingen wordt gehouden) werden de huisartsen in een viertal categorieën ingedeeld, namelijk:

- huisartsen die in een solo-praktijk willen werken;
- artsen die in een duo- of groepspraktijk willen;
- artsen die in een gezondheidscentrum willen; en tenslotte

Tabel 7. Verwijsgegevens (1983) van huisartsen met verschillende combinaties van gewenste praktijkvorm en gerealiseerde vestiging.

Gewenste praktijkvorm	Gerealiseerde praktijkvorm	Gemidd. verw. cijfer	Standaard-deviatie	N
Solo	Solo	466	152	34
Associatie	Solo	443	135	48
Gez.h.centrum	Solo	492	150	21
Solo	Associatie	430	62	9
Associatie	Associatie	421	113	41
Gez.h.centrum	Associatie	464	119	30
Solo	Gez.h.centrum	307	0	1
Associatie	Gez.h.centrum	390	112	13
Gez.h.centrum	Gez.h.centrum	403	122	30
Totaal		440	130	227

### Lagere verwijscijfers van gezondheidscentra

d. de artsen die geen voorkeur voor een bepaalde vestigingsvorm hebben.

We selecteren huisartsen die vóór juli 1983 gevestigd waren en bovendien in 1980, 1981, 1982 of 1983 een enquête hadden ingevuld. We bespreken hier alleen de gegevens van de 319 huisartsen die bereid bleken de VNZ te machtigen om aan ons verwijscijfers, alsmede gegevens over de samenstelling van de praktijk te verstrekken.

Zoals gezegd, realiseert niet iedere aspirant-huisarts de gewenste praktijkvorm bij de uiteindelijke vestiging. Naar analogie van de gewenste praktijkvorm onderscheiden we drie categorieën van gerealiseerde praktijkvormen (solopraktijk, duo- of groepspraktijk, en gezondheidscentrum). Als we de gewenste praktijkvorm 'geen voorkeur' weglaten, omdat die categorie te diffuus is (89 artsen), ontstaan negen combinaties van gewenste en gerealiseerde praktijkvorm.

In tabel 7 zijn van deze negen combinaties de gemiddelde verwijscijfers in 1983 weergegeven. (Van drie artsen met een extreem hoog of laag verwijscijfer werden de gegevens weggelaten.)

We zien in de eerste plaats dat sommige combinaties maar weinig voorkomen. Gewenste praktijkvorm 'solo' in combinatie met gerealiseerde praktijkvorm 'gezondheidscentrum' komt slechts éénmaal voor.

Verder valt op, dat het hoogste gemiddelde verwijscijfer wordt gerealiseerd door de huisartsen die in een gezondheidscentrum wilden werken, maar zich als solo-arts vestigden. Ook de artsen die als wens een gezondheidscentrum opgaven en een associatie realiseerden, hebben hoge verwijscijfers. Even hoog zijn de verwijscijfers van solo-



Tabel 8. Gecorrigeerde verwijscijfers van de gevestigde solo-artsen.

Gewenste praktijkvorm	Gerealiseerde praktijkvorm	Verwijscijfer (gecorrigeerd)	Standaarddeviatie	N
Solo	Solo	485	152	34
Associatie	Solo	437	123	48
Gez.h.centrum	Solo	481	141	21

artsen die hun gewenste praktijkvorm ook daadwerkelijk gerealiseerd hebben.

De verschillen lijken vrij duidelijk, maar bedacht moet worden dat de hier gepresenteerde cijfers wellicht tot een verkeerde conclusie kunnen leiden. In de eerste plaats zijn de verwijscijfers van samenwerkende artsen in deze studie niet goed vergelijkbaar met de cijfers van solo-artsen.

In veel gevallen moest het verwijscijfer van de totale praktijk worden genomen, wanneer geen acceptabele gegevens van de nieuw gevestigde huisarts aanwezig waren (bijvoorbeeld wanneer die huisarts nog geen patiënten op zijn naam heeft staan). Om een zo zuiver mogelijk beeld te krijgen zullen we de analyses alleen uitvoeren voor de artsen die een solopraktijk gerealiseerd hebben.

In de tweede plaats zijn de gegevens in tabel 7 'ruwe' cijfers; het hoge verwijscijfer van de combinatie 'gezondheidscentrum gewenst en solopraktijk gerealiseerd' kan door belangrijke verschillen in structurele variabelen zijn veroorzaakt. Zo blijkt deze groep bijvoorbeeld meer oudere patiënten in de praktijk te hebben dan de andere groepen. Ook zijn deze huisartsen vaker in regio's gevestigd met een groter specialistenaanbod. De verwijscijfers werden daarom aangepast op basis van de regressie-vergelijking van de verwijscijfers over 1978 (omdat over dat jaar gegevens beschikbaar zijn; Wijkel, 1982, p. 35).

De afwijking van de gemiddelde leeftijd, de afstand tot het ziekenhuis, het specialistenaanbod, het percentage mannen, de factor 'zuiden des lands' en de urbanisatiegraad werden in die aanpassing betrokken. Met deze aanpassingen verdwijnt het verschil tussen de combinatie 'solo gewenst en solo gerealiseerd' en 'gezondheidscentrum gewenst en solo gerealiseerd' (tabel 8).

De artsen die wij hebben ingedeeld bij de associatie als gewenste praktijkvorm en die zich vestigden als solo-arts, blijken nog wel iets lagere verwijscijfers te hebben, maar statistische toetsing levert geen significante resultaten op; de verschillen kunnen dus op toeval berusten.

De veronderstelling dat de artsen die in een gezondheidscentrum wilden werken, een specifieke motivatie hebben, die op zich tot lagere verwijscijfers leidt, wordt door deze resultaten niet gesteund. Het lijken echter de artsen te zijn die in een associatie wilden werken, die ongeacht hun gerealiseerde praktijkvorm lagere verwijscijfers hebben. Het 'gecorrigeerde' verwijscijfer voor deze groep huisartsen is 423 tegen 438 voor huisartsen die gezondheidscentrum als gewenste praktijkvorm opgaven en 477 voor artsen die de solopraktijk als gewenste praktijkvorm aankruisten. Deze verschillen zijn significant ( $p < .10$ ).

#### 4. Samenvatting en discussie

Weliswaar bleken er enige verschillen te bestaan tussen de patiëntenpopulaties van de drie praktijkvormen die in de Gezondheidsenquête worden onderscheiden, maar de significante verschillen betreffen variabelen die maar een bescheiden invloed op de medische consumptie hebben.

Een uitzondering is de leeftijdsverdeling van de ziekenfondspraktijk, maar de invloed van die factor is al bij het beantwoorden van de eerste vraag onderzocht. De verschillen in leeftijd konden de verschillen in verwijscijfers niet verklaren (Wijkel, 1983).

Voor wat betreft de variabelen die de consumptie noodzaak meten (subjectief ervaren gezondheid en het aantal chronische aandoeningen), was er geen significant verschil tussen de populaties van de gezondheidscentra, associaties en solo-artsen. Het mag dan ook geen verbazing wekken, dat wat betreft het doktersbezoek en het daarop volgend aantal verwijzingen ook geen duidelijke verschillen aangetroffen werden. Het aantal verwijzingen naar specialisten voor patiënten van gezondheidscentra was wel iets lager, maar de betrekkelijk geringe aantallen verhinderen waarschijnlijk het vinden van een significant verschil.

Wel menen we te mogen concluderen dat het geconstateerde verschil in ziekenfondsverwijscijfers niet verklaard kan worden door verschil in ge-

zondheid is er dus sprake van dat de huisartsen die deze conclusie trekken, der werp van de gezondheidsenquête zijn gaan spreken over 'artsenselectie'. Het aantal oncologen dat een associatie is, is wat een aangezien zijn. Uit de gegevens blijkt echter, dat voor dat feitelijke gezondheidscentrum zijn'. Een associatie van artsen het 'aanbod' van een centrum kunnen.

#### Noten

1. Voor de berekening van de N van de populatie van de huisartsen van de regio's van de provincie Noord-Holland is gebruik gemaakt van de gegevens van de huisartsen van de provincie Noord-Holland.
2. Ook we hebben de verwijscijfers van de huisartsen van de provincie Noord-Holland vergeleken met de verwijscijfers van de huisartsen van de provincie Zuid-Holland. Het verschil is niet significant ( $p > .10$ ).
3. Factoren die de consumptie van medische diensten beïnvloeden, zijn onder andere:
  - afstand tot ziekenhuis
  - samenleving
  - geslacht
  - specialisme
  - praktijkvorm
  - urbanisatiegraad
  - regio
  - Noord-Holland (Vrijland) (Vrijland)
4. Om te kunnen concluderen dat de verwijscijfers van de huisartsen van de provincie Noord-Holland niet significant verschillen van de verwijscijfers van de huisartsen van de provincie Zuid-Holland, is een toetsing uitgevoerd met behulp van de gegevens van de huisartsen van de provincie Noord-Holland en de provincie Zuid-Holland. Het verschil is niet significant ( $p > .10$ ).

N

34  
48  
21

artsen die in een ge-  
merken, een specifieke  
tot lagere verwijscij-  
resultaten niet ge-  
artsen te zijn die in  
n, die ongeacht hun  
lagere verwijscijfers  
verwijscijfer voor de-  
gen 438 voor huisart-  
or artsen die de solo-  
ijkvorm aankruisten.  
cant ( $p < .10$ ).

erschillen te bestaan  
es van de drie prak-  
reidsenquête worden  
nificante verschillen  
r een bescheiden in-  
mptie hebben.

ijdsverdeling van de  
n invloed van die fac-  
n van de eerste vraag  
n leeftijd konden de  
niet verklaren (Wij-

en die de consumptie-  
ervaren gezondheid  
ndoeningen), was er  
en de populaties van  
iaties en solo-artsen.  
zing wekken, dat wat  
1 het daarop volgende  
n duidelijke verschil-  
t aantal verwijzingen  
ten van gezondheids-  
ar de betrekkelijk ge-  
1 waarschijnlijk het  
erschil.

cluderen dat het ge-  
enfondsverwijscijfers  
door verschil in ge-

zondheid tussen de praktijkpopulaties. Mogelijk  
is er dus sprake van een andere taakuitoefening bij  
de huisartsen in gezondheidscentra.

Deze constatering brengt ons bij het tweede on-  
derwerp van dit artikel, namelijk de vraag of in ge-  
zondheidscentra anders gemotiveerde huisartsen  
zijn gaan werken; met andere woorden of er een  
'artsenselectie' heeft plaatsgevonden. Uit een  
aantal onderzoeken is gebleken dat ze inderdaad  
wat een aantal aspecten betreft 'andere artsen'  
zijn.

Uit de gegevens die we hebben besproken, blijkt  
echter, dat de meest waarschijnlijke verklaring  
voor dat fenomeen is, dat ze door in een gezond-  
heidscentrum te werken 'andere artsen geworden  
zijn'. Een andere verklaring kan zijn dat deze art-  
sen het 'anders zijn' alleen in een gezondheidscen-  
trum kunnen realiseren.

#### Noten

1. Voor de Vlaamse lezer is het niet vanzelfsprekend,  
dat de Nederlandse wijkverpleegkundige (in dienst  
van de kruisvereniging) zowel thuisverpleging als  
zorg voor zuigelingen en kleuters voor haar rekening  
neemt.
2. Ook weer ter toelichting voor de Vlaamse lezers:  
Verwijscijfers worden alleen geregistreerd voor de  
 $\pm 70\%$  van de Nederlandse bevolking die volledig te-  
gen ziektekosten is verzekerd bij het ziekenfonds.  
Voor particulier verzekerden bestaat geen verwijscij-  
kaartregistratie. De registratie bij de ziekenfondsen  
is nauwkeurig, omdat de specialisten per verwijscij-  
kaart worden gehonoreerd. In Nederland zijn specia-  
listen voor ziekenfondsverzekerden alleen na verwij-  
zing te consulteren. Bij spoedgevallen wordt een ver-  
wijscarta alsnog achteraf uitgeschreven.
3. Factoren waarvan bekend is dat ze het verwijscij-  
fer beïnvloeden en daarom in de analyse zijn betrok-  
ken, zijn de volgende:
  - afstand van huisartspraktijk tot een ziekenhuis;
  - samenstelling van de praktijk naar leeftijd en  
geslacht;
  - specialistendichtheid in het gebied waarin de  
praktijk gevestigd is;
  - urbanisatiegraad van het gebied;
  - regio waarin de praktijk ligt (de provincies  
Noord-Brabant en Limburg versus de rest van het  
land) (Wijkkel, 1983).
4. Om te kunnen nagaan, of de huisartsen die geen  
toestemming verstrekten, wellicht duidelijk hogere  
verwijscijfers vertoonden, werd ons door de VNZ het  
gemiddelde verwijscijfer verstrekt van de totale  
groep aangeschreven huisartsen.  
Aangezien wij zelf het gemiddelde verwijscijfer kon-  
den berekenen van de artsen die wel toestemming ga-  
ven, konden we vaststellen dat er geen duidelijke ver-

schillen zijn tussen de twee groepen.

De deelnemers hadden een gemiddeld cijfer van 441  
verwijscarten per 1000 verzekerden en de niet-deel-  
nemers een cijfer van 455.

#### Literatuur

- Boerma, W.G.W., *Huisartsgroepspraktijken en gezond-  
heidscentra per 1 januari 1984*. Cijfers over samenwer-  
king 6. Utrecht, NHI, 1984.
- Boerma, W.G.W., *Huisartsgroepspraktijken en gezond-  
heidscentra per 1 januari 1985* (in voorbereiding). Cij-  
fers over samenwerking 7. Utrecht, NIVEL, 1985.
- Collaris, J.W.M., *Gezondheidscentra in ontwikkeling*.  
Themanummer *Inzet*, 4, 1982, 20-22.
- Dopheide, J.P., en J. van der Zee, *Verwijscijfers en dia-  
gnostische faciliteiten van huisartsen*. *Medisch Con-  
tact*, 1980, 29, 879-884.
- Groenewegen, P.P., *Het aantal afgestudeerden van de  
huisartsopleiding en het aantal van hen dat gevestigd  
is op 1 januari 1982*. In: *Cijfers uit de huisartsen-regis-  
tratie*, Utrecht, NHI, 1983.
- Mootz, M., *Gezondheid, medische consumptie en ver-  
zekering opnieuw bezien*. *Medisch Contact*, 1984, 38,  
1201-1205.
- Peters, L., *Financiële problematiek van gezondheidscen-  
tra: fase 1. Een onderzoek naar de omvang en oorza-  
ken van financiële problemen van gezondheidscentra  
met hulpverleners in dienstverband*. Studies naar sa-  
menwerking 3, Utrecht, NHI, 1983.
- Peters, L., *Financiële problematiek van gezondheidscen-  
tra: fase 2. Een onderzoek naar de financiële proble-  
men van gezondheidscentra met hulpverleners niet in  
dienstverband en een vergelijking van de financiële mo-  
gelijkheden van centra zonder hulpverleners in dienst-  
verband*. Studies naar samenwerking 7, Utrecht,  
NHI, 1984.
- Sanavro, F., *Huisartsconsulten in gezondheidscentra en  
solopraktijken*. In: *De eerste lijn onderzocht*, Symposi-  
umbundel. Utrecht, NIVEL, 1985.
- Verhaak, P.F.M., *Opvattingen, normen en percepties  
van artsen die op verschillende wijze hun praktijk uit-  
oefenen*. *T. voor Sociale Gezondheidszorg*, 1984, 62,  
450-454.
- Vliet, R.C.J.A. van, en W.P.M.M. van de Ven, *Analyse  
van verschillen in medische consumptie tussen zieken-  
fonds en particulier verzekerden*. *Gezondheid en Sa-  
menleving*, 1982, 3, 54-72.
- Wijkkel, D., *Samenwerken en Verwijzen. Deel I: Prak-  
tijkvorm en Productiecijfers*. Utrecht, Nederlands  
Huisartsen Instituut, 1983.
- Wijkkel, D., *Samenwerken en Verwijzen. Deel II: Samen-  
werking buiten gezondheidscentra en groepspraktij-  
ken*. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1984.
- Wijkkel, D., *Samenwerken en Verwijzen. Deel III (in  
voorbereiding)*. Utrecht, NIVEL, 1985.
- Zee, J. van der, *De vraag naar diensten van de huisarts*.  
Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1982.