

Kritiek op nota Harmonisatieraad Welzijnsbeleid

0100 A

Herverkavelen in de gezondheidszorg

Belangwekkende conclusies uit verkeerde bewijsvoering

'Herverkavelen in de gezondheidszorg' is de titel van een rapport van de Harmonisatieraad Welzijnsbeleid. Dit begin 1985 verschenen rapport heeft voor de nodige beroering gezorgd. Geen wonder: het substitutiebeleid van de regering wordt in 'Herverkavelen' mislukt verklaard. Een van de factoren die aan die mislukking debet zouden zijn geweest, zou het blijven stijgen van het verwijscijfer van huisartsen zijn. Welnu, wie het substitutiebeleid (waarin sprake is van een verschuiving van intramurale zorg) wil afdoen met een verwijzing naar de ontwikkeling van het verwijscijfer moet van de bij het NIVEL werkzame socioloog Dr. J. van der Zee zijn huiswerk overdoen. Blijft staan, dat nieuwe voorzieningen nieuwe cliënten creëren; alleen: uit het ziekenfondsverwijscijfer blijkt dat niet.

De Harmonisatieraad Welzijnsbeleid heeft begin dit jaar een rapport doen verschijnen, 'Herverkavelen in de gezondheidszorg'¹, dat in beleidskringen van de gezondheidszorg tamelijk hard is aangekomen. De raad stelt in het rapport namelijk een aantal kritische vragen over het beleid in de gezondheidszorg van het afgelopen decennium. Vooral het substitutiebeleid: de verschuiving van residentiële naar ambulante zorg, van derde, tweede naar eerste lijn, is onderwerp van zijn kritiek. In de twee delen van de nota – één over de somatische gezondheidszorg en één over de geestelijke gezondheidszorg – wordt aan de hand van een uitgebreide verzameling literatuur de mislukking van het substitutiebeleid in de ogen van de raad aangetoond. De op zichzelf belangwekkende stelling van de samenstellers van het rapport is, dat iedere nieuwe voorziening, iedere tussenvoorziening, een eigen en nieuwe cliëntèle kweekt, terwijl de klantenkring van bestaande voorzieningen intact

blijft. Voorbeelden die zij voor de somatische gezondheidszorg geven betreffen het verschijnsel 'diagnostisch centrum' (in dit verband halen zij het evaluatierapport van het Nederlandse Huisartsen Instituut (NHI) en het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI) aan, het inschakelen van de psycholoog in de eerste lijn (ook hier NHI-rapporten) en onderzoek op het gebied van de verschuiving van kliniek naar polikliniek in ziekenhuizen. Als ze het recente proefschrift van Remmen hadden gekend², waarin deze aantoonde dat bewoners van verpleeghuizen en bejaardenoorden qua vitaliteit en andere kenmerken niet voldoende verschillen om twee geheel verschillende zorgsystemen in stand te houden, dan hadden ze dat ongetwijfeld als ondersteuning van de centrale stelling aangevoerd. Hoewel ik de gedachtengang van het rapport onderschrijf en de aanpak en de onderbouwing van de conclusies verdientelijk vind, heb ik toch een aantal bezwaren tegen de 'bewijsvoering' van het stuk. Zo wordt in het gedeelte over de somatische gezondheidszorg het grootste deel van de mogelijke positieve ontwikkelingen (het ontstaan van gezondheidscentra, de toenemende praktijkverkleining) afgedaan met de bewering dat dit alles niet heeft kunnen voorkomen dat het verwijscijfer (het in één jaar getelde aantal verwijskaarten per ziekenfondsverzekerde) vanaf 1978 is blijven stijgen (Herverkavelen, p. 12). Ook de geconstateerde verschillen in verwijscijfers tussen huisartsen uit gezondheidscentra en uit solopraktijken zouden, volgens de Harmonisatieraad, in 1982 al weer teniet zijn gedaan. Wat de stijging van het verwijscijfer betreft baseren de samenstellers van het rapport zich op een publikatie van de VNZ-medewerker Collaris³, waarin deze enkele uitkomsten uit het LISZ-jaarboek 1982 bespreekt. Het is echter sterk de vraag of men het zo belangrijke beleid van verschuiving van intramurale naar extramurale zorg wel mag afdoen met de constatering (Herverkavelen p. 12) dat al

deze ontwikkelingen (in casu het beleid van verkleining van de huisartspraktijk, stimuleren van multidisciplinaire samenwerking – J.v.d.Z.) niet hebben kunnen verhinderen dat het aantal verwijzingen van ziekenfondsverzekerden sinds 1978 is blijven toenemen. Daarvoor moeten we het verloop van de verwijscijfers over langere perioden nauwkeuriger bestuderen.

Verwijscijfers 1978-1983

Laten we beginnen met een tijdreeksje dat Collaris heeft gepubliceerd³ (p. 14). Collaris gebruikt de cijfers uit het Landelijk Informatie Systeem Ziekenhuizen (LISZ)⁴. Het LISZ publiceert (vanaf 1978) twee 'verwijscijfers'. Het eerste cijfer is het totaal aantal door specialisten gedeclareerde verwijskaarten, betrokken op het totaal aantal ziekenfondsverzekerden. Dit getal komt dicht bij het ook door de Harmonisatieraad genoemde (p. 10) cijfer 500 per 1.000 (LISZ-jaarboek 1978: 491, 1980: 504, 1982: 521; de cijfers staan in tabel 3.4). Collaris heeft echter voor zijn overzicht het totaal van de op identificeerbare huisartspraktijken terug te voeren aantal verwijskaarten gebruikt. Dit getal ligt ongeveer 10% lager. Het verschil zit in verwijskaarten die bijvoorbeeld door tandartsen, verpleeghuisartsen of anderen worden uitgeschreven – of gewoon in administratieve onduidelijkheden of onjuistheden. Collaris' verwijscijfers over de periode 1978-1982 zijn weergegeven in de tabel (zie volgende blz.); aan de reeks is het cijfer over 1983 toegevoegd. De 'sterke stijging' in 1982 (die ook Collaris tot de opmerking laat verleiden dat de praktijkverkleining die in 1982 heeft plaatsgevonden niet tot een daling van het verwijscijfer heeft geleid, integendeel) is in 1983 weer teniet gedaan. Nog duidelijker is dit te zien bij het verloop van de verwijscijfers naar praktijkvorm. Hier constateerde de Harmonisatieraad (Herverkavelen p. 11) dat 'de ontwikkeling (in de richting van lagere verwijscijfers voor huisartsen in gezond-

Tabel. LISZ-huisartsenverwijscijfers over de periode 1978-1983.

LISZ-huisartsenverwijscijfers	1978	1979	1980	1981	1982	1983
	458	464	466	466	477	458

Bronnen: 1978-1982 Collaris, LISZ-jaarboek 1983.

heidscentra - JvdZ) zich echter niet heeft doorgezet. In 1982 is daar drastisch verandering in gekomen. Verwijzingen van artsen in gezondheidscentra namen in 1982 ten opzichte van 1981 spectaculair toe met 31 verwijskaarten per 1.000 ziekenfondsverzekerden*. Ook hier levert het verwijscijfer voor 1983 een sterk gewijzigd beeld; *figuur 1*, ontleend aan de publikatie van Wijkel⁵.

Uit het gepresenteerde cijfermateriaal kunnen we slechts één conclusie trekken: met de cijfers over 1982 uit het LISZ was iets grondig mis; verwijscijfers hebben niet het grillige verloop van een influenza-epidemie. De sterke fluctuatie in 1982 voor de verwijscijfers per praktijkvorm had de commentator van de Harmonisatieraad aan het denken moeten zetten; bovendien was bij het verschijnen van 'Herverkavelen' (begin 1985) het cijfer over 1983 reeds bekend.

Uit de cijfers over de periode 1978-1983 mag men niet de conclusie trekken dat het substitutiebeleid is mislukt. Op dit (belangrijke) punt is de Harmonisatieraad te nonchalant en opportunistisch met zijn bewijsvoering omgesprongen.

Verwijscijfers over een langere periode (1966-1982)

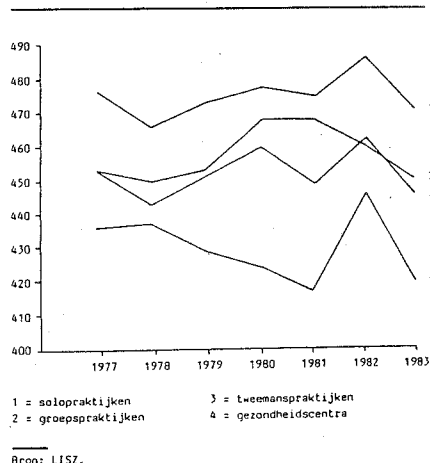
De periode 1978-1983 is misschien wat kort om tot conclusies te komen. Beleid heeft dikwijls meer tijd nodig om zich te bewijzen.

Het probleem is echter dat over een langere periode cijferreeksen niet altijd even goed te construeren zijn. Het LISZ bijvoorbeeld publiceert verwijscijfers vanaf 1973/1974 en pas vanaf 1978 worden in het LISZ-jaarboek cijfers gepubliceerd die inderdaad tot de praktiserende huisartsen zijn te herleiden.

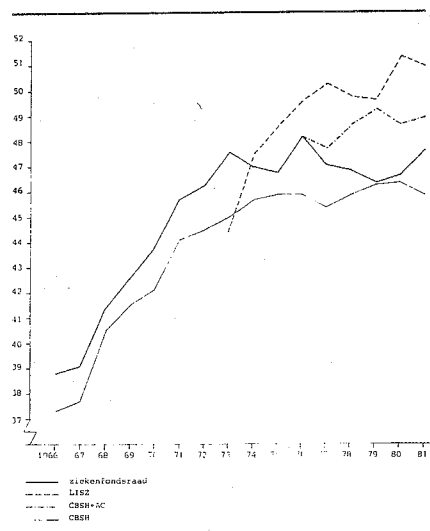
Er zijn echter ook bronnen die verwijscijfers over langere perioden geven. Het Centraal Bureau Specialisten Honorerings (CBSH) publiceert de langste tijd-

* In academische ziekenhuizen wordt één kaart uitgeschreven, die zowel de verwijskaart alsmede een aantal herhaal kaarten omvat. Aangezien de maximale geldigheidsduur één jaar is, is het te verdedigen deze jaar kaarten als één verwijskaart mee te tellen.

Figuur 1. Aantal verwijskaarten per 1.000 ziekenfondsverzekerden naar organisatievorm van de huisartspraktijk.



Figuur 2. Aantal verwijskaarten per 100 ziekenfondsverzekerden over de periode 1966-1981 uit verschillende bronnen.



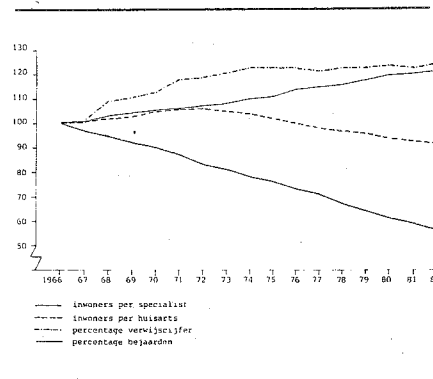
reeks⁶, die ook wordt gebruikt in het op Centraal Plan Bureau ontwikkelde Medika-model: een tijdreeksmodel over het functioneren van de Nederlandse gezondheidszorg⁷. De cijfers van het CBSH werden tot voor kort (met een lichte wijziging - don't ask me why) overgenomen door de Ziekenfondsraad en gepubliceerd in de jaarverslagen van de raad. Het CBSH controleert voor

ziekenfondsen de declaraties van specialisten. Men kan er met een gerust hart van uitgaan dat de CBSH-cijfers de betrouwbaarste zijn. Het CBSH-cijfer is als regel enkele procenten lager dan cijfers uit andere bron, omdat men van oudsher de zogenaamde jaar kaarten * van academische ziekenhuizen niet bij de verwijskaarten meetelt, maar afzonderlijk publiceert.

In *figuur 2* zien we de verwijscijfers uit de verschillende bronnen. Kijken we naar het verloop van het cijfer uit de meest betrouwbare bron, dan zien we een sterke stijging van het verwijscijfer in de periode 1966-1973/1974 en een zekere stabilisering daarna. De LISZ-cijfers uit 1973 en 1974 zullen nog niet optimaal betrouwbaar zijn geweest. Duidelijk is in ieder geval dat men goed op de herkomst van de cijfers moet letten bij de interpretatie ervan.

De stijging uit de periode 1966-1974 van het verwijscijfer lijkt tot staan gebracht, ondanks het feit dat de veroudering van de bevolking langzaam maar zeker voortschrijdt en dat het aantal medisch specialisten in een fors tempo blijft stijgen. Zou

Figuur 3. Verloop van de ontwikkeling van de specialistendichtheid, huisartsendichtheid, het percentage bejaarden en de verwijscijfers in de periode 1966-1981 in Nederland.



dan toch het beleid van verkleining van de huisartspraktijk en het stimuleren van gezondheidscentra succesvol zijn geweest? Als men naast het verloop van het verwijscijfer de ontwikkeling van andere, het verwijscijfer beïnvloedende factoren afzet, dan zou men deze vraag met 'ja' moeten beantwoorden.

In *figuur 3* ziet men het verloop van het aantal inwoners per huisarts, idem per specialist, het percentage 65-plussers in de bevolking en het verwijspercentage over de periode 1966-1982. De cijfers zijn als indexen (1966=100) gepresenteerd. Twee lijnen verlopen vrijwel monotoon ▶

stijgend en dalend. Het percentage bejaarden is in de periode gestadig gestegen en het aantal inwoners per specialist is bijna (nou ja, bijna) gehalveerd. Het aantal inwoners per huisarts is toegenomen tot 1972 en is gedaald in de periode daarna, zij het veel minder sterk dan het aantal inwoners per specialist. Wat zien we met het verwijscijfer gebeuren? Het stijgt (sterk) in de periode dat de huisartsendichtheid afneemt, de specialistendichtheid (sterk) toeneemt en de bevolking veroudert. De stijging wordt tot staan gebracht vanaf het moment dat het aantal huisartsen weer gaat toenemen. Laat men deze cijfers ook nog eens meelopen in een tijdreeksanalyse (regressie-analyse) waarin (analoog aan Posthuma en Van der Zee⁶, die de periode 1966-1978 hebben geanalyseerd) het verwijscijfer is gecorrigeerd met de lineair toenemende veroudering van de bevolking, dan vindt men inderdaad sterke en qua teken verschillende invloeden van respectievelijk de specialistendichtheid en de huisartsendichtheid*. Het percentage verklaarde variantie (99,8) geeft een vrijwel perfecte voorspelling aan. Op grond van deze cijfers over een langere periode zou men tot de conclusie moeten komen dat er sprake is geweest van succesvol beleid, of althans dat de stijging van het verwijscijfer tot staan is gebracht in de periode dat praktijkverkleining en gezondheidscentra werden gestimuleerd. In elk geval zijn de opmerkingen van de Harmonisatieraad Welzijnsbeleid niet terecht.

Discussie

Een perfecte samenhang is nog geen garantie voor een perfect causaal model. Het feit dat men met behulp van variabelen als 'huisartsendichtheid', 'specialis-

1. Men kan gemakkelijk uitrekenen dat de invloed van deze toename op het totaal generaal verwijscijfer gering is; het verschil in verwijscijfer tussen artsen in gezondheidscentra en solisten bedraagt een procent of 9 à 11. In 1984 bedroeg het aantal huisartsen in gezondheidscentra 7,1%; in 1974 was dat 1,9% (bron: NIVEL, 1985). De daling van het totale verwijscijfer in deze periode zou in dat geval niet meer dan een 1/2 procent hebben bedragen. Hoewel verschillen tussen praktijkvormen duidelijk constateerbaar zijn, is toch het totaaleffect zeer gering

tendichtheid' en trendmatige veroudering van bevolking het verloop van het verwijscijfer over een lange periode uitstekend kan voorspellen, hoeft nog niet persé te betekenen dat er een ondubbelzinnig oorzakelijk verband bestaat tussen de bestudeerde verschijnselen. Een dergelijk oorzakelijk verband zou men dan ook in zogenaamde dwarsdoorsnede-analyses moeten vinden.

Wat de specialistendichtheid en de samenstelling van de bevolking naar leeftijd betreft zijn dergelijke dwarsdoorsnederesultaten gevonden. Alleen over de invloed van 'huisartsendichtheid' of de gemiddelde omvang van de huisartspraktijk worden tegenstrijdige onderzoeksresultaten gevonden. Posthuma en Van der Zee⁹, Wijkkel¹⁰, alsmede Boots¹¹, vinden dat praktijkverkleining (of kleinere praktijken) aanleiding is tot hogere verwijscijfers. Elders is uiteengezet hoe dit zou kunnen komen: praktijkverkleining betekent namelijk weliswaar minder verwijzingen per contact, maar als regel een toename van het aantal contacten per patiënt. Per saldo resulteert dit (afhankelijk van de praktijkgrootte) in meer of minder verwijzingen per patiënt^{8 10}. Toch is het niet onaannemelijk dat de toename van het aantal in gezondheidscentra werkzame artsen¹, een wat kritischer houding van de consument ten opzichte van specialistische zorg en een bewustwording van huisartsenzijde dat men in beleidskringen wordt 'afgerekend' op het verwijscijfer en het sinds 1974 bestaan van huisartsopleidingen, ertoe hebben geleid dat de forse toename in de verwijscijfers in de jaren 1966-1973/1974 in de jaren daarna is gestabiliseerd.

Maar, zal de Harmonisatieraad repliceren, hebben we nu gelijk of niet? Het antwoord op die vraag is, dat de raad terecht heeft gewezen op een gevoelig probleem. Het lijkt inderdaad zo te zijn dat nieuwe voorzieningen een eigen clientèle creëren, terwijl de clientèle van de bestaande voorzieningen gewoon blijft bestaan. Maar wat het verloop van het ziekenfondsverwijscijfer betreft gaat dit niet op: de stijging is wel degelijk tot staan gebracht.

Wiskundelaren zitten wel eens met zo'n probleem: een leerling (excusez de vergelijking) geeft het goede antwoord op een vraagstuk, langs een geheel onjuiste bewijsvoering. Wat telt dan het zwaarst?

Samenvatting

In een rapport van de Harmonisatieraad Welzijnsbeleid wordt ernstige kritiek geleverd op het ontbreken van aantoonbare resultaten van het beleid in de gezondheidszorg dat beoogt een verschuiving van residentiële en intramurale voorzieningen naar ambulante, extramurale zorg tot stand te brengen. In het rapport wordt het falen van dit substitutiebeleid (onder meer) geïllustreerd aan het verloop van het aantal verwijzingen van huisartsen naar specialisten. Dit zou volgens de raad zijn blijven stijgen ondanks praktijkverkleining en het stimuleren van gezondheidscentra.

In deze reactie op het rapport is aangevoerd dat het verwijscijfer de afgelopen jaren niet of nauwelijks is gestegen en dat de sterke stijging van het verwijscijfer uit de jaren zestig en het begin der jaren zeventig tot staan is gebracht, juist in de periode dat het aantal huisartsen een toename vertoonde.

Een discussie over het oorzakelijk verband tussen praktijkverkleining en de daling van het verwijscijfer besluit de bijdrage.

Met dank aan Erik Smits voor het verzamelen van de verwijscijfers en aan Bouke Posthuma voor het analyseren van de in dit artikel besproken tijdreeksen.

Literatuur

1. Harmonisatieraad Welzijnsbeleid. Herverkavelen in de gezondheidszorg, 's-Gravenhage, 1985 (Signalement 20).
2. Remmen JWM. Bejaardenoordbewoners of verpleeghuispatiënten?, Proefschrift Katholieke Universiteit. Nijmegen, 1985.
3. Collaris JWM. Sterke stijging verrichtingen specialisten. Inzet 1983; 7: 12-5.
4. Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen (LISZ), Jaarboeken 1973-1983.
5. Wijkkel D. Patiëntenpopulaties van huisartsen in gezondheidscentra, meermans- en solopraktijken. In: Boerma GW, Hingstman L. (red). De Eerste Lijn Onderzocht. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1985.
6. Centraal Bureau voor de Specialisten Honorering. Jaarverslagen 1966-1982
7. Broek RJAM van den. Financiële consequenties van beddenvermindering in ziekenhuizen. Econ Stat Ber 1983; 68: 480-3.
8. Posthuma BH, Zee J van der. Tussen eerste en tweede echelon, deel 1 en 2, Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1977, 1978.
9. Posthuma BH, Zee J van der. Verwijscijfers en de verkleining van de huisartspraktijk. Gezondheid & Samenleving 1980; 1: 59-68.
10. Wijkkel D. Samenwerken en Verwijzen, deel 1: praktijkvorm en produktiecijfers. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1983.
11. Boots JMJ. Het werk van de huisarts. Proefschrift Rijksuniversiteit Limburg. Maastricht, 1983.

* $\frac{V}{Z} = 45,43 + 0,463 t$ (t loopt van - 8,5 tot + 8,5)

$\frac{V}{Z^2} = 0,018 \text{ inw. ha} - 0,00534 \text{ inw. spec.} + 39,81$
(t = 11,46) (t = 9,04) (t = 11,20) $R^2 = 0,998$ $n = 17$