

L

Dr. L. Peters en Drs. D. Wijkel

1995



Meerkosten en besparingen van gezondheidscentra

Gezondheidscentra kunnen per saldo een goedkopere gezondheidszorg tot gevolg hebben: tegenover circa f 14 aan meerkosten per ziekenfondspatiënt stond in 1978 een besparing van circa f 51,—. Aldus de sociologen L. Peters en D. Wijkel (afdeling Wetenschappelijk Onderzoek Nederlands Huisartsen Instituut) in een analyse, waarvan het resultaat huns inziens een argument kan zijn om de gezondheidscentra blijvend financieel te ondersteunen. Dit artikel werd onvolledig afgedrukt in nr. 1/1984; vandaar thans herplaatsing.

Men kan rustig stellen dat er bij de gezondheidscentra sprake is van een voor spoedige ontwikkeling. Ondanks de vele organisatorische en financiële problemen die met de oprichting van een dergelijk centrum gepaard gaan, is het aantal gezondheidscentra in tien jaar gestegen van 21 (in 1974) tot 120 (in 1983)¹. Ongeveer 7% van alle Nederlandse huisartsen werkt momenteel in een gezondheidscentrum.

Er wordt veel gediscussieerd over de voor- en nadelen van het werken in een gezondheidscentrum. Wij wijzen hier kortheidshalve op een themanummer van Inzet en op publikaties in dit blad^{2,4}. De vragen die daarbij een hoofdrol spelen worden in toenemende mate beheerst door het 'meerkosten-meerwaarde' vraagstuk, dat wil zeggen door de vraag in hoeverre de aan gezondheidscentra verstrekte subsidies resulteren in een betere eerstelijnsgezondheidszorg (en in een goedkopere tweedelijnsgezondheidszorg). Zoals in deze tijd gebruikelijk, neemt het financiële aspect daarbij een belangrijke plaats in.

In dit artikel willen we een schatting maken van de meerkosten en besparingen van gezondheidscentra. We maken daarbij gebruik van gegevens die zijn verzameld ten behoeve van twee projecten die momenteel door het Nederlands Huis-

artsen Instituut worden uitgevoerd. Het eerste project, een onderzoek naar de financiële problematiek van gezondheidscentra, geschiedt in opdracht van het S 1-project en wordt gefinancierd door het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en de Ziekenfondsraad. Het tweede project: 'Samenwerken en verwijzen', wordt geheel door de Ziekenfondsraad gesubsidieerd. We geven van beide projecten hieronder een korte omschrijving.

Het onderzoek naar de *financiële problematiek van gezondheidscentra* bevindt zich momenteel in de tweede fase. In deze fase wordt de problematiek van gezondheidscentra met niet in loondienst zijnde werkers onderzocht en worden gezondheidscentra met en zonder hulpverleners in dienst op subsidie- en fiscale mogelijkheden vergeleken. In de in juli 1982 afgeronde eerste fase van dit project kwamen de gezondheidscentra met hulpverleners in loondienst aan bod⁵.

Het tweede project, '*Samenwerken en welzijn*', houdt zich in bredere zin bezig met samenwerking binnen de eerste lijn. Gezondheidscentra vormen daarin één van de vier onderscheiden samenwerkingsvormen. Ook dit project kent twee fasen. In de eerste fase wordt met behulp van beschikbare LISZ (Landelijk Informatiesysteem Ziekenfondsen)-gegevens en statistische technieken uitgezocht of de verschillende samenwerkingsverbanden inderdaad verschillende verwijzpercentages en kortere verpleegduren hebben, nadat alle bekende factoren die het verwijzcijfer beïnvloeden zijn uitgeschaald. Tevens zal een inventarisatie worden gemaakt van de verschillende vormen van samenwerking tussen huisartsen en andere zorgverleners. Eén dezer dagen komt een rapport beschikbaar over het onderzoek naar de relatie tussen praktijkvorm en produktiecijfers⁶. In de tweede fase van dit project wordt de aandacht gericht op de vraag hoe de lagere verwijzcijfers tot stand komen (in de eerste fase is gebleken dat het verschil in verwijzcijfers blijft staan). Vooral de

vraag of de samenwerking daarbij een rol speelt is van groot belang.

Alvorens op enkele resultaten van beide projecten nader in te gaan is het goed de beperkingen van dit artikel aan te geven. Onder 'meerkosten' worden niet alle mogelijke meerkosten begrepen, maar uitsluitend de subsidies die aan gezondheidscentra zijn verstrekt; meerkosten die bijvoorbeeld ontstaan door kleinere cliëntenaantallen van de gedetacheerde hulpverleners zijn buiten beschouwing gelaten (het gaat daarbij overigens niet om grote bedragen).

Ook van de besparingen is niet een volledig beeld gegeven. De gegevens zijn beperkt tot besparingen in de tweede lijn. Eventuele besparingen in medicijngebruik, zoals bijvoorbeeld genoemd in het FAG-rapport, zijn buiten beschouwing gelaten⁷. Qua kosten zijn de specialistische en intramurale hulpverlening wel proportioneel het belangrijkste.

Een derde beperking houdt verband met het feit dat alleen meerkosten en besparingen over 1978 werden geanalyseerd.

Financiële problemen

Bij het vaststellen van de omvang en de oorzaken van financiële problemen van gezondheidscentra ligt het voor de hand onderscheid te maken tussen centra waar (een deel van) de hulpverleners in dienstverband werkzaam zijn en centra waar de hulpverleners in financieel opzicht als vrije ondernemers functioneren. Niet alleen verschillen de subsidiemogelijkheden voor beide soorten centra, ook in fiscaal opzicht en wat de (sociale) premieverplichtingen betreft zijn er aanmerkelijke verschillen.

Hoewel de meerderheid van de centra (68% per 1 januari 1983) geen hulpverleners in dienst heeft, is de in juli 1982 afgeronde eerste fase van het NHI-onderzoek naar de financiële problematiek van gezondheidscentra gewijd aan de dienstverbandcentra. Dit had als reden dat vooral deze centra problemen, waaronder dreigende faillissementen, signa-

leerden. Ook het gegeven dat nagenoeg, in tegenstelling tot de overige centra, alle dienstverbandcentra een beroep doen op een financiële tegemoetkoming in het kader van de Voorlopige Richtlijnen van de Ziekenfondsraad, kan als een aanwijzing worden gezien dat juist deze centra met financiële problemen kampen: deze subsidieregeling is namelijk alleen van toepassing als er sprake is van (door de Ziekenfondsraad aanvaardbaar geachte) exploitatietekorten.

Afhankelijkheid van subsidies

Uit het onderzoek 'Financiële problematiek' blijkt dat de kosten van de achttien onderzochte dienstverbandcentra in 1979 in geen geval volledig werden gedekt door inkomsten uit de reguliere honoreringsregelingen zoals die ook door vrijgevestigde werkzame hulpverleners worden benut. In 1979 werd slechts 61% van de kosten door dergelijke inkomsten gecompenseerd. De resterende 39%, een bedrag van ruim f 5,6 miljoen voor de achttien centra tezamen, werd voor bijna 5 miljoen door diverse subsidies gedekt. Voor acht van de achttien centra betekende dit een sluitende exploitatie over 1979. De tien overige centra hadden te maken met resterende tekorten die per centra varieerden van f 500,— tot f 223.800,—. Opvallend is, dat voor de vraag of er resterende tekorten zijn niet zozeer de exploitatieresultaten bepalend zijn als wel de per centrum wisselende subsidiemogelijkheden, ofte wel: een hoog exploitatietekort betekent niet altijd dat een centrum met een ongedekt tekort blijft zitten, terwijl een relatief laag exploitatietekort geenszins de garantie biedt dat er na verrekening van subsidies geen ongedekte tekorten meer resteren. De verklaring hiervoor moet vooral worden gezocht in de richtlijnen die de Ziekenfondsraad bij subsidietoekenning hanteert. Zo bleek dat veel centra de door de raad gehanteerde produktienormen niet haalden, terwijl ook andere met tekorten samenhangende kostenposten door de raad geheel (bijvoorbeeld tandartsen) of gedeeltelijk (bijvoorbeeld te ruime huisvesting) in het kader van de Voorlopige Richtlijnen onaanvaardbaar werden geacht.

Dat uit de gesprekken met centrummedewerkers een rooskleuriger beeld naar voren kwam (slechts twee van de achttien centra schetsten de situatie als zorgelijk) heeft vooral te maken met toegezegde subsidieaanvullingen en het soms boekhoudkundig karakter van de resterende

tekorten: de Ziekenfondsraad accepteert doorgaans geen voorzieningen/reserveringen, maar alleen werkelijk gemaakte kosten. Tevens bleek uit de gesprekken dat een sluitende exploitatie niet altijd wil zeggen dat er geen financiële problemen zijn; zo werden liquiditeitsproblemen, het vele overwerk en het afstoten van preventieve en consultatieve activiteiten veelvuldig genoemd als gevolgen van onvoldoende financiële middelen. Een door bijna alle centra gesignaleerd knelpunt: geen of onvoldoende coördinatie/managementmogelijkheden heeft onlangs gehoor gevonden bij de Ziekenfondsraad: de subcommissie Gezondheidscentra heeft voor deze post extra subsidiemogelijkheden geschapen.

Structurele tekorten, voorlopige subsidieregelingen

De geconstateerde sterke afhankelijkheid van subsidies doet de vraag rijzen of de berekende exploitatietekorten van de centra van tijdelijke aard zijn. Anders gezegd: in hoeverre dienen de verstrekte subsidies om de uit de aanloopfase van de (meestal recent gestarte) centra voortvloeiende inkomstenderving te dekken, dan wel fungeren ze als compensatie voor structurele tekorten? In het onderzoek is deze vraagstelling vanuit twee invalshoeken benaderd: enerzijds is uitgegaan van de door de Ziekenfondsraad gehanteerde produktienormen (wat de huisartsen betreft 2.210 patiënten per huisarts), anderzijds is gekeken hoe de praktijkgrootte (per huisarts) zich de afgelopen jaren bij de centra heeft ontwikkeld.

Volgens de eerstgenoemde benadering bleken de tekorten van veertien van de achttien centra een structureel karakter te hebben, hetgeen (in 1979) overeenkomt met circa 42,5% van de totale exploitatietekorten.

Volgens de tweede benadering bleken zestien van de achttien centra structurele tekorten te vertonen, hetgeen zou betekenen dat driekwart van de over 1979 berekende tekorten structureel zijn.

Welke conclusies kunnen aan deze uitkomsten worden verbonden?

In de eerste plaats dat, tenzij de centra nu (financieel lonende) produktie alsnog gaan opvoeren of de Ziekenfondsraad lagere produktienormen gaat hanteren, de centra in totaal voor bijna 30% van hun inkomsten afhankelijk zullen blijven van subsidies. In de tweede plaats kan worden geconstateerd dat de centra de Ziekenfondsraadsnormen meestal niet halen en deze normen, gezien het vaak ge-

stabiliseerde aantal patiënten per huisarts, blijkbaar ook niet kunnen of willen realiseren. Hierbij moet echter wel worden bedacht dat de Ziekenfondsraad bij de bepaling van het aantal patiënten een (financiële) telmethode toepast waarbij de werkelijke praktijkgrootte gemiddeld met 10% wordt onderschat, een verschil dat ook de subsidie-omvang nadelig beïnvloedt; de meest waarschijnlijke verklaring voor deze discrepantie is dat de formule die de raad hanteert een hoger aantal contacten per particuliere patiënt veronderstelt dan in werkelijkheid het geval is.

Tegenover deze, veelal structurele, tekorten staat een diversiteit aan subsidieregelingen en andere financiële faciliteiten die qua systematiek, mogelijkheden en tijdsperspectief sterk uiteenlopen. Behalve de financiële ondersteuning door gemeenten, ziekenfondsen en particuliere fondsen, die vrijwel altijd incidenteel of tijdelijk zijn, bestaan er twee landelijke subsidieregelingen: de Stimuleringsregeling van de landelijke overheid en de in de Voorlopige Richtlijnen van de Ziekenfondsraad neergelegde regeling. Deze laatste regeling is van toenemend belang voor de gezondheidscentra. Niet alleen neemt het aantal subsidieaanvragen sterker toe dan het aantal gezondheidscentra, ook de mogelijkheden van deze regeling — een financiële tegemoetkoming ten behoeve van de extra tijdsinvestering (vooralsnog alleen voor dienstverbandcentra) en een integrale vergoeding van de 'praktijkkosten' (niet-hulpverlenend personeel, huisvesting en overige praktijkkosten) — zijn in beginsel bedoeld om gezondheidscentra in staat te stellen zonder ongedekte tekorten te functioneren. Dat dit in de praktijk niet altijd zo uitkomt hebben we eerder besproken. Onbekendheid van de centra met de normen die de Ziekenfondsraad hanteert en interpretatieverschillen over de concrete invulling van de normen hebben soms niet alleen resterende tekorten tot gevolg, maar maken tevens dat tussen het aanvragen en het toekennen van de subsidie vaak verscheidene jaren verlopen.

Schatting meerkosten

De hiervóór besproken kwantitatieve resultaten uit het onderzoek naar de financiële problematiek van gezondheidscentra hebben, zoals vermeld, alleen betrekking op de dienstverbandcentra in 1979. Omdat het onderzoek 'Samenwerken en verwijzen' betrekking heeft op alle (zevenenzeventig) centra in 1978 is bij de

raming van de meerkosten hierbij aansluiting gezocht. Hiertoe is, behalve van actuele gegevens over subsidieverstrekingen, zoveel mogelijk gebruik gemaakt van niet eerder geanalyseerd onderzoekmateriaal van het onderzoek Financiële Problematiek over 1978.

Tabel 1 bevat een raming van de meerkosten over 1978. Onder 'meerkosten' verstaan we in dit verband subsidies (definitieve toekenningen, voorschotten en/of toezeggingen) en de dekking van tekorten door de organisatie waarvan een centrum eventueel deel uitmaakt (bijvoorbeeld gemeente, kruisvereniging, academisch ziekenhuis). Uit tabel 1 blijkt dat het daar genoemde bedrag van f 6 miljoen meerkosten als een minimumraming wordt aangemerkt. Zo is momenteel niet bekend of en, zo ja, tot welke hoogte die subsidieaanvragen betreffende 1978 door de Ziekenfondsraad worden gehonoreerd. Evenmin is de omvang van de overige subsidies bij de centra met hulpwerkers die niet in dienstverband zijn bekend. Een raming van deze meerkosten kan dan ook niet meer dan een zeer globale zijn. Op grond van beschikbare (globale) gegevens uit het NHI-Registratiesysteem Samenwerkingsverbandcentra over 1978 toegekende overige subsidies op een bedrag tussen de f 0,4 miljoen en f 2 miljoen. Ervan uitgaande dat de eerder vermelde nog in behandeling zijnde subsidieaanvragen bij de Ziekenfondsraad alsnog geheel worden toegekend, betekent dit dat de totale meerkosten van gezondheidscentra betreffende 1978 tussen de f 6,6 miljoen en f 8,2 miljoen bedragen (gemiddeld f 7,4 miljoen).

Praktijkvormen en productiecijfers

Binnen het project 'Samenwerken en verwijzen' wordt uitgezocht welke verschillen in productiecijfers er in de tweede lijn tussen de verschillende vormen van samenwerking bestaan en of deze verschillen tegen statistische toetsing bestand zijn. Het analyse materiaal bestond voornamelijk uit LISZ-gegevens, namelijk: verwijz-, opname- en verpleegduurcijfers per ingeschreven arts. Deze gegevens zijn zodanig gecodeerd dat een vergelijking tussen vijf praktijkvormen mogelijk werd; we onderscheiden solo-artesen met een assistent, associaties, groepspraktijken en gezondheidscentra. Bekend is dat een aantal structurele variabelen het verwijscijfer in belangrijke

Tabel 1: Raming van de meerkosten van gezondheidscentra betreffende 1978 (N = 77).

	toekenningen (inclusief voorschotten)		opmerkingen
	bedrag	aantal centra	
1. subsidies Voorlopige Richtlijnen Ziekenfondsraad*	f 2,2 miljoen	17	Drie subsidie-aanvragen à totaal f 174.300,— zijn nog in behandeling
2. subsidies Stimuleringsregeling WVC**	f 2,4 miljoen	61	
3. overige subsidies en meerkosten dienstverbandcentra***	f 1,4 miljoen	13	
sub-totaal	f 6,0 miljoen		Het genoemde bedrag en het aantal centra hebben alleen betrekking op dienstverbandcentra
4. overige subsidies en meerkosten overige centra	f 0,4-2,0 miljoen		
<i>totaal (inclusief de drie onder 1 genoemde subsidie-aanvragen)</i>	<i>f 6,6-8,2 miljoen</i>		

* Stand van zaken per 1 september 1983. Bron: ZFR.

** Stand van zaken per 15 september 1983. Bron: Ministerie van WVC.

*** Overige subsidies en meerkosten zijn berekend door het ruwe onderzoekmateriaal van de eerste fase van het onderzoek Financiële Problematiek betreffende 1978 aan te passen aan de per 1 september en 15 september 1983 bekend zijnde subsidieverstrekingen in het kader van de Voorlopige Richtlijnen, respectievelijk de Stimuleringsregeling.

Tabel 2. Verschil in verwijs- en verpleegduurcijfers van verschillende praktijkvormen ten opzichte van het gemiddelde.

	gezondheidscentra N=75*	groepspraktijken N=63	associaties N=580	solo-praktijken + assistent N=169	solo-praktijken N=3.212
<i>verwijskaarten</i>					
<i>per 1.000 ziekenfondspatiënten (algeheel gem. = 464,1**)</i>					
niet gecorrigeerd	-38,6	-9,5	-18,1	-24,2	5,6
gecontroleerd voor regio en urbanisatiegraad	-48,3	-11,9	-6,6	-8,9	3,0
gecontroleerd voor regio, urbanisatiegraad, afst., specialisten, lft., aantal ZF-pat. en perc. mannen in de praktijk	-39,5	-9,8	-6,8	-2,2	2,5
<i>verpleegdagen</i>					
<i>per 1.000 ziekenfondspatiënten (algeheel gem. = 1.926***)</i>					
niet gecorrigeerd	-198	-143	-102	-89	31
gecontroleerd voor regio en urbanisatiegraad	-259	-131	-24	-21	14
gecontroleerd voor regio en urbanisatiegraad, afst., bedden, gem. lft., perc. jonger 5 jr., vestigingsplaats huisarts	-150	-79	-18	-19	9

* Twee centra zijn uit de statistische berekening weggelaten wegens het ontbreken van leeftijds- en geslachtsgegevens.

** Gemiddelde zonder gezondheidscentrum = 464,9.

*** Gemiddelde zonder gezondheidscentrum = 1.927.

mate beïnvloedt. Aanbodfactoren als afstand tot het ziekenhuis en aantal bedden of specialisten per duizend inwoners, demografische factoren als regio en urbanisatiegraad en verder de leeftijds- en geslachtsopbouw van de bevolking hebben in alle studies met betrekking tot het verwijscijfer dezelfde invloed⁸⁻¹². Hoe belangrijk de invloed van deze variabelen is, kunnen we laten zien aan de hand van een paar voorbeelden, waarbij we uit-

gaan van een verschil in verwijscijfer tussen gezondheidscentra en solopraktijken van 44 verwijskaarten:

Als alle gezondheidscentra op het platteland zouden zijn gevestigd en alle solopraktijken in de grote stad, dan zouden daardoor gezondheidscentra 53 verwijskaarten minder uitschrijven dan solo-artesen. Als gezondheidscentra zouden zijn gevestigd in plaatsen waar per 10.000 inwoners één specialist minder beschik-

baar is dan bij solopraktijken, zouden alleen op grond van deze verschillen in specialisatiedichtheid de centra achttien verwijskaarten minder uitschrijven. Is de gemiddelde leeftijd van patiënten in gezondheidscentra één jaar lager dan in solopraktijken, dan worden per duizend verzekerden vier verwijskaarten minder uitgeschreven. Zo ook neemt het aantal verwijskaarten met 35 af met het toemen van afstand tot het ziekenhuis met één km.

Het zal duidelijk zijn dat bij een cumulatie van dergelijke factoren het verschil tussen gezondheidscentra en solopraktijken kan worden 'wegverklaard'. Van Duuren en Hupkens hebben al eens een poging gedaan de invloed van de hiervoor genoemde factoren op het verschil tussen gezondheidscentra en solopraktijken te beschrijven³. Zij trokken de conclusie dat die factoren het verschil niet konden verklaren; met andere woorden: het zou om een 'echt' verschil gaan.

Om de invloed van alle factoren goed in de hand te houden, kan gebruik worden gemaakt van statistische technieken waarbij de invloed van elke factor kan worden berekend terwijl voor alle andere factoren wordt 'gecontroleerd'. In het project 'Samenwerken en verwijzen' zijn deze technieken toegepast op gegevens die *per praktijk* zijn verzameld. De belangrijkste uitkomsten van die bewerking zijn in *tabel 2* op de vorige bladzijde samengevat.

De verschillen blijken dusdanig te zijn dat de factor praktijkvorm als geheel een significante invloed heeft op het verwijs- en verpleegduraicijfer. De praktijkvormen afzonderlijk verschillen echter niet alle significant van solopraktijken. Voor de verwijscijfers geldt dat zowel gezondheidscentra als associaties significant van solopraktijken verschillen, terwijl voor de verpleegduraicijfers alleen het gezondheidscentrum de significantiegrens haalt. Voor het opnamecijfer en het aantal opnamen per verwijzing kon geen verband met de praktijkvorm worden vastgesteld. Voor het aantal verpleegdagen per opname werd wel voor de praktijkvorm als geheel een verband gevonden (voornamelijk veroorzaakt door een kortere ligduur van patiënten van gezondheidscentra), maar 'deden' de praktijkvormen afzonderlijk niets. De gegevens in de tabel spreken voor zich.

Omdat gezondheidscentra in verhouding veelal in stedelijke gebieden voorkomen, neemt het verschil in verwijscijfer zelfs nog iets toe wanneer alleen voor regio en urbanisatiegraad wordt gecontroleerd.

Het verschil wordt echter weer kleiner als ook voor de overige variabelen wordt gecontroleerd. Het is vooral de lagere gemiddelde leeftijd van de patiënten in de gezondheidscentra die dat effect veroorzaakt (patiënten van gezondheidscentra zijn gemiddeld 3 à 4 jaar jonger). Dezelfde redenering gaat ook globaal op voor groepspraktijken. Omdat associaties in verhouding vaak in verstedelijkte plattelandsgemeenten en forensengemeenten voorkomen, verdwijnt het aanvankelijk vrij grote verschil in belangrijke mate door naar de urbanisatiegraad te kijken. We zien ook dat bij de solo-artsen die een assistent in dienst hebben het verschil verdwijnt; deze praktijkvorm komt naar verhouding veel voor op het platteland, waar ook de afstand tot het ziekenhuis groter is. Omdat het aantal verpleegdagen per duizend ziekenfondsverzekerden in sterke mate door de gemiddelde leeftijd van de praktijk wordt bepaald, zien we dat bij de jongere praktijken van gezondheidscentra en groepspraktijken het verschil aanzienlijk kleiner wordt. De urbanisatiegraad verkleint het verschil bij associaties en solo-praktijken met assistent.

De verschillen in produktiecijfers tussen gezondheidscentra en solo-praktijken laten zich uiteraard ook vertalen in kosten. We komen daar in de volgende paragraaf op terug.

Eerst willen we nog even stilstaan bij de vraag of het handelen van de huisartsen als oorzaak voor deze verschillen kan worden aangemerkt, of dat wellicht nog andere factoren die niets met de praktijkvorm als zodanig te maken hebben (selectie van artsen of patiënten bijvoorbeeld) een rol spelen. Deze vraag komt in de tweede fase van het onderzoek aan de orde, maar toch zijn er wel aanwijzingen dat de verschillen worden veroorzaakt door de werkwijze van de huisartsen in gezondheidscentra. Voor de verwijzingen geldt dat het verschil het sterkst is bij de beschouwende specialismen en dan vooral bij inwendige geneeskunde en psychiatrie, inclusief zenuw- en zielsziekten. Ook bij gynaecologie bestaat een verschil, maar bijvoorbeeld niet bij chirurgie, orthopedie en oogheelkunde. Onze interpretatie is, dat het hier gaat om een categorie verwijzingen die door het samenwerken met andere huisartsen en andere hulpverleners in de eerste lijn kan worden vermeden, namelijk verwijzingen ter diagnose en ter geruststelling. Het aantal verpleegdagen per duizend ziekenfondspatiënten onttrekt zich voor een belangrijk deel aan de invloed van

huisartsen. Dat dit cijfer toch lager is, heeft twee redenen: het lagere verwijscijfer van gezondheidscentra werkt door in het aantal opnamen (zij het dat de praktijkvorm geen statistisch significante invloed heeft); dit komt voort uit het gegeven dat specialisten een vrijwel constante fractie van het aantal verwijzingen opnemen. De tweede reden is dat de ligduur per opname bij gezondheidscentra ook iets lager is dan bij solo-artsen. In hoeverre de samenwerking van huisartsen met wijkverpleegkundigen hieraan debet is, moet nader worden uitgezocht. Mogelijk kunnen artsen hierdoor de ligduur beïnvloeden en daarmee de verpleegduraicijfer per duizend ziekenfondspatiënten, die immers het produkt is van het aantal opnamen per duizend patiënten en de gemiddelde ligduur per opname, beperken.

Meerkosten versus besparingen

De *meerkosten* van gezondheidscentra werden hiervoor geraamd op circa f 7,4 miljoen. Aangezien dit bedrag is gebaseerd op de hulpverlening aan zowel ziekenfonds- als particuliere patiënten kunnen, uitgaande van gemiddeld 70,15% ziekenfondspatiënten (gezondheidscentra) in 1978¹, de aan de ziekenfondspraktijk toe te rekenen meerkosten in 1978 op f 5,2 miljoen worden geschat.

De *besparingen* als gevolg van de in de vorige paragraaf behandelde lagere verwijscijfers en verpleegdagen kunnen als volgt worden benaderd:

We vergelijken gezondheidscentra met het gemiddelde van de overige praktijkvormen. Aldus kan een verschil van 40,3 verwijskaarten en 151 verpleegdagen per duizend ziekenfondspatiënten worden geconstateerd (verschil met solo-praktijken 42, respectievelijk 159). Volgens de LISZ-gegevens die door ons werden geanalyseerd stonden in 1978 gemiddeld ongeveer 365.000 patiënten bij gezondheidscentra ingeschreven. Dat betekent dat voor deze patiëntengroep $365 \times 40,3 = 14.710$ verwijskaarten minder werden uitgeschreven dan wanneer ze elders waren ingeschreven. De 'besparing' aan verpleegdagen bedraagt: $365 \times 151 = 55.115$ verpleegdagen.

De hiermee corresponderende besparing aan kosten is onmogelijk exact te berekenen. Er is nu eenmaal een aanzienlijk verschil tussen de kosten die per verwijskaart worden gemaakt. Behalve het tarief dat voor de verwijskaart zelf mag worden gevraagd kan nog een variabel aantal her-

halingskaarten worden gedeclareerd. Diagnostische en therapeutische verrichtingen, intercollegiale consulten en wellicht de voorgeschreven medicamenten moeten nog aan de kosten worden toegevoegd. De vraag die daarbij onmiddellijk opkomt is of de 'uitgespaarde' verwijzingen mogelijk wel andere kosten hebben opgeroepen: diagnostische bepalingen, aangevraagd door de huisarts; medicamenten; fysiotherapeutische behandeling. Daarnaast zou men kunnen veronderstellen dat de verwijzingen die niet hebben plaatsgevonden relatief goedkoop zouden zijn geweest indien ze wel waren gedaan. Met betrekking tot dergelijke veronderstellingen is wegens het ontbreken van relevante gegevens geen zinnig woord te zeggen. De laatste veronderstelling is voor ons echter aanleiding om wat de te schatten besparingen betreft voorzichtig te blijven. Omdat de 'besparingen' vooral bij de relatief duurere specialisten inwendige geneeskunde en zenuw- en zielsziekten optreden, blijven we met een berekening van de gemiddelde kosten van een verwijskaart aan de veilige kant. Voor de verpleegdagen gaan dergelijke overwegingen in mindere mate op, omdat het overgrote deel van de kosten hier 'vaste' kosten zijn; ook hier blijven we echter aan de voorzichtige kant. De 'besparingen' komen dan uit op de in tabel 3 genoemde bedragen.

In tabel 4 zijn de aldus berekende besparingen afgezet tegen de geraamde kosten. Ondanks de veronderstellingen die wij bij deze berekening hebben gemaakt is het ons inziens duidelijk dat de meerkosten van gezondheidscentra ruimschoots worden gecompenseerd door besparingen als gevolg van een minder gebruik van ziekenhuisvoorzieningen: tegenover gemiddeld circa f 14,— aan meerkosten per ziekenfondspatiënt staat een besparing van circa f 51,— in 1978.

Volledigheidshalve moet worden opgemerkt dat de door ons geconstateerde kosten-batenanalyse is beperkt tot besparingen in de ziektekosten sfeer. Indien een dergelijke analyse tot de algemene middelen zou worden uitgebreid, zouden de besparingen waarschijnlijk nog hoger uitvallen, doordat de gezondheidscentra met hulpverleners in dienstverband minder fiscale aftrekmogelijkheden hebben en doordat het niet is uitgesloten dat minder verpleegdagen ook met lagere Ziekte-wetuitkeringen gepaard zullen gaan. Een andere beperking van onze berekening is dat ze tot 1978 beperkt blijft. Vanaf

Tabel 3. Besparingen van gezondheidscentra in 1978 (N=77).

besparingen op verwijskaarten	14.710 × f 115,—* = f	1,7 miljoen
besparingen op verpleegdagen	55.115 × f 306,—** = f	16,9 miljoen
totale besparing		f 18,6 miljoen***

* Voor een benadering van de kosten van een gemiddelde verwijskaart zijn de volgende gegevens ontleend aan het Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg van het ministerie van Volksgezondheid¹³:

Totaal bedrag in 1978 gemiddeld per specialist gedeclareerd aan verwijs- en herhaal kaarten (tarief I): f 59.812,—. Aangezien het aantal gedeclareerde verwijskaarten gemiddeld per specialist 961,08 bedroeg, is het gemiddelde bedrag dat per verwijskaart aan tarief I werd gedeclareerd f 62,23. Per specialist werd aan diagnostische en therapeutische verrichtingen gedeclareerd: f 43.618,—. Met behulp van de tabellenreeks 4-2 uit het LISZ-jaarboek 1978 werd becijferd dat circa 64% van de tarief III-verrichtingen poliklinisch werd uitgevoerd; tarief III poliklinisch is dus per specialist f 27.915,—. Per verwijskaart dus f 27.915,— / 961,08 = f 29,05. Tarief I en III samen komen dan op f 91,28.

De diagnostische röntgen- en laboratoriumbepalingen kunnen niet uit landelijk verzamelde gegevensoverzichten worden gehaald. De declaraties volgens tarief IX zijn echter aanzienlijk. We kunnen dat illustreren met behulp van gegevens uit het jaarverslag van het ziekenhuis Oudenrijn (1978). Bij de polikliniek van dat ziekenhuis werden 78.663 bezoeken van patiënten afgehandeld. Het betrof 17.164 nieuwe en 61.699 bekende patiënten. Als we ervan uitgaan dat dus maximaal 78.663 verwijskaarten door de specialisten van dat ziekenhuis werden gedeclareerd en we betrekken dat op het totale bedrag dat aan poliklinische diagnostiek werd gedeclareerd (f 1.894.369,—), dan zien we dat per verwijskaart minimaal f 24,08 aan diagnostiek werd gespendeerd. In dit bedrag zit overigens nog niet het honorariumdeel van de kosten van röntgenverrichtingen. Dit bedrag geteld bij f 91,28 geeft f 115,36.

Omdat we het bedrag aan tarief III poliklinisch wellicht wat te hoog en het bedrag aan diagnostiek duidelijk te laag hebben getaxeerd, nemen we een bedrag van f 115,— als ruwe schatting van de gemiddelde kosten per verwijskaart.

** Voor een benadering van de gemiddelde kosten per verpleegdag werd gebruik gemaakt van tabel 2.17 uit het Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg.

In 1978 werd door de ziekenfondsverzekeringen 5.573 miljoen aan de intramurale gezondheidszorg betaald. In het LISZ-jaarboek vinden we 18.719.474 verpleegdagen in alle ziekenhuizen tezamen. Per verpleegdag komen de kosten aldus op f 297,70. De bedragen die aan specialisten ten behoeve van klinische werkzaamheden zijn betaald kunnen op gemiddeld f 35.696,— per specialist (exclusief nevenspecialismen) worden gesteld (36% van tarief III = f 15.702,— plus volledig tarief IV = f 19.994,—; tabel 3.5 Financieel Overzicht). Uitgaande van totaal 4.593 vrijgevestigde declarerende specialisten, exclusief nevenspecialismen (tabel 3.2.) is dat een bedrag van f 8,76 per verpleegdag. Totaal per verpleegdag dus f 306,—, exclusief de kosten van nevenspecialismen.

Andere auteurs komen tot hogere schattingen van de gemiddelde kosten per verpleegdag: Van Duuren en Hupkens berekenen over 1979 een kostenprijs van f 373,30 (exclusief psychiatrische ziekenhuizen).

*** Zoals eerder gesteld, is een exacte berekening van besparingen als gevolg van minder verwijskaarten en verpleegdagen niet te maken. Hoewel onze schatting van de gemiddelde kosten van een verwijskaart en een verpleegdag gezinszins maximaal kan worden genoemd, kan ook een 'minimale' besparing worden berekend door wat de verwijzingen betreft alleen uit te gaan van tarief I en wat de verpleegdagen betreft alleen de 'hotelfunctie' in de berekening te betrekken. Uitgaande van een bedrag van f 62,23 per verwijskaart en een bedrag van f 240,55 per verpleegdag (gemiddeld tarief ziekenhuizen, all-out en all-in, volgens het Centraal Orgaan Ziekenhuisstarieven¹⁴) kan een 'minimale' besparing van totaal 14,2 miljoen worden berekend.

Tabel 4. Meerkosten en besparingen van gezondheidscentra in 1978 (N = 77).

	totaal = 365.000 ziekenfondspatiënten	gemiddeld per ziekenfondspatiënt
besparingen 1978	± f 18,6 miljoen	± f 51,—
meerkosten 1978	± f 5,2 miljoen	± f 14,—

dat jaar kunnen de volgende ontwikkelingen worden gesignaleerd: het verschil in verwijscijfers tussen gezondheidscentra en het gemiddelde van de overige praktijkvormen neemt toe, hetgeen een grotere kostenbesparing zou inhouden; daartegenover neemt het verschil in verpleegdagen af en geeft het aantal subsidieaanvragen bij de Ziekenfondsraad een stijgende tendens te zien. In hoeverre deze trends elkaar in financiële zin compenseren is echter onbekend. Zowel het gegeven dat de genoemde ontwikkelingen in verwijscijfers en verpleegdagen zijn gebaseerd op LISZ-gegevens waarbij de invloed van factoren als de afstand niet is uitgeschakeld, als het feit dat voor het opstellen van een lange-termijnverwachting tevens rekening zou moeten worden gehouden met het aanloopkarakter van een deel van de exploitatiekosten (en subsidies) van de centra, maakt een financiële vertaling van de ontwikkelingen

na 1978 (en prognoses na 1983) vooralsnog ondoenlijk.

Nabeschuwing

Het blijft altijd wat onbevredigend de hulpverlening van vergelijkbare voorzieningen alleen op haar financiële consequenties te vergelijken. Onze exercitie is in hoge mate door deze beperking bepaald. Desondanks is het vergelijken van de (meer)kosten en besparingen van al dan niet in gezondheidscentra werkzame huisartsen van belang voor toekomstige ontwikkelingen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Waar niet onomstotelijk vaststaat dat financiële stimulering van samenwerking in een betere zorg resulteert, kan het resultaat van onze analyse, dat gezondheidscentra per saldo een goedkopere gezondheidszorg tot gevolg hebben, een argument zijn om deze centra blijvend financieel te ondersteunen. ▶

Wellicht ten overvloede moet hierbij worden opgemerkt dat uit onze bevindingen niet de conclusie mag worden getrokken dat als alle Nederlandse huisartsen in gezondheidscentra werkzaam zouden zijn, de geconstateerde besparingen in de tweedelijnszorg zouden mogen worden geëxtrapoleerd. Op dit moment ontbreekt namelijk nog het antwoord op de vraag welke factoren precies van invloed zijn op de verschillen in verwijz- en verpleegduurcijfers. Naar verwachting zal na afronding van de tweede fase van het onderzoek 'Samenwerken en verwijzen' deze vraag (ten dele) kunnen worden beantwoord. ■

Literatuur

1. Boerma WGW. Huisartsgroepspraktijken en Gezondheidscentra per 1 januari 1983. Cijfers over samenwerking 6. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1983.
2. Themanummer Inzet 4/82, jg 6: 3-22.
3. Duuren R van, Hupkens LAJ. Verschillen in verwijzgedrag door samenwerkingsverbanden. Medisch Contact 1981, 31: 933-6.
4. Dopheide JP, Zee J van der. Samenwerken en verwijzen; nader onderzoek gewenst. Medisch Contact 1981, 36: 1221-4.
5. Peters L. Financiële problematiek van gezondheidscentra. Fase 1. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut; Studies naar samenwerking 3, juli 1982, januari 1983 (2e herziene druk).
6. Wijkkel D. Samenwerken en Verwijzen. Deel I. Praktijkvorm en Productiecijfers. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1983.
7. Werkgroep Financiering Amsterdamse Gezondheidscentra. Voorwaarden voor vernieuwing. Amsterdam: SOSEL, 1982: 129-60.

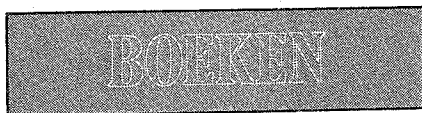
8. Dopheide JP. Verwijzingen door de huisarts. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1982.
9. Gaag J van der, Rutten FFH. Referrals and demand for specialist care in the Netherlands. Health services research 1977; 12: 234-49.
10. Kruidenier HJ. Een onderzoek naar de factoren die de hoogte van het verwijzpercentage beïnvloeden. Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen, 1976.
11. Posthuma BH, Zee J van der. Tussen eerste en tweede echelon. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1977.
12. Rutten FFH. The use of health care facilities in the Netherlands, an econometric analysis. Centrum voor Onderzoek van de economie van de publieke sector. Dissertatie. Leiden, 1978.
13. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Financieel overzicht van de gezondheidszorg nr. 4. Leidschendam, september 1980.
14. Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven. Jaarverslag 1978. Utrecht.

Marijke Rawie en Hanneke Acker (samenstelling). Seksueel geweld tegen vrouwen en meisjes. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Directie Emancipatiezaken, 1982.

Dit boek is een verslag van een besloten conferentie, gehouden op 7 en 8 juni 1982. De conferentie was een initiatief van de ex-staatssecretaris van Sociale zaken en Werkgelegenheid, Mw. Hedy d'Ancona. Deelnemers waren politici, ambtenaren en deskundigen uit de vrouwenbeweging. Het doel van deze conferentie was 'richtingaanwijzers geven voor een samenhangende visie op de problematiek van geweld tegen vrouwen en meisjes, zodat - gebaseerd op deze visie - het beleid van de overheid gestalte kon krijgen'.

Marijke Rawie en Hanneke Acker hebben een uitvoerig verslag van deze conferentie gemaakt. Na een inleiding volgt een verslag van de gehouden voordrachten: Omvang van seksueel geweld; Machtsverschillen tussen de seksen; Onzichtbaarheid van seksueel geweld; Onmacht in verzet tegen seksueel geweld (hoofdstukken 2 tot en met 5). Daarna volgt in zes hoofdstukken een weergave van wat zich in de gespreksgroepen heeft afgespeeld. De onderwerpen waren: seksuele geweldsmisdrijven; vrouwenmishandeling; seksuele kindermishandeling; ongewenste intimiteiten op het werk; prostitutie en pornografie. Elk van deze hoofdstukken wordt besloten met conclusies en aanbevelingen van de verschillende werkgroepen. Het boek wordt besloten met een 'Vervolg' en een aantal bijlagen.

Tijdens deze conferentie werd vele malen uitdrukkelijk benadrukt dat (sexueel) geweld tegen vrouwen en meisjes niet een individueel of een gezinsprobleem is, maar een maatschappelijk probleem, dat voortvloeit uit de ongelijkwaardige verhouding van mannen en vrouwen: in onze patriarchale maatschappij zijn vrouwen de dupe van mannenoverheersing. Omdat het een maatschappelijk probleem is, zo stelden de deelnemers, zal de overheid stappen moeten ondernemen om aan deze mis-



standen een einde te maken. De wegen die hiervoor openstaan zijn: verandering van wetgeving; verlenen van subsidie voor onderzoek op dit terrein; verlenen van subsidie voor hulpverlening; speciaal aan vrouwengroepen; beter verdelen van arbeid, zodat vrouwen onafhankelijker kunnen worden van mannen.

Het lijkt me dat dit verslag een 'eye-opener' kan zijn voor artsen en andere hulpverleners in de eerste lijn, die niet met de aard en de omvang van deze problematiek op de hoogte zijn. De suggestie, de peilstations van het NHI te vragen onderzoek naar het voorkomen van seksueel geweld tegen vrouwen en meisjes in de weekstaat op te nemen, lijkt me zinnig; immers, wat nu bekend is, is waarschijnlijk het topje van de ijsberg: gegevens van vertrouwensartsen en Blijf van m'n Lijf-huizen. Het voorstel is dat zo'n onderzoek het beste door (feministische) vrouwen zou kunnen worden gedaan.

Ik heb enkele bezwaren tegen het verslag. De inleidende voordrachten waren kennelijk niet op elkaar afgestemd, hetgeen betekent dat de eerste vier hoofdstukken nogal wat herhalingen bevatten. Dat boeit niet zo en spoort niet aan tot verder lezen. Verder heb ik moeite met de algemene tendens van deze conferentie: dat *anderen* wat moeten gaan doen: overheid, politie, justitie, artsen en andere hulpverleners, zij moeten een ander beleid voeren, andere zorg verlenen.

Vrouwen en meisjes worden afgeschilderd als slachtoffers van de heersende mannenmaatschappij: een eenzijdige benadering van het probleem van seksueel geweld tegen vrouwen en meisjes. Zwak vind ik dat vrijwel nergens iets wordt voorgesteld in de richting van het weerbaar maken van vrouwen.

Mariëtte C. T. Moors-Mommers

O. P. van Bijsterveld en J. C. van Es. Oogheelkundige problemen. Serie Practicum huisartsgeneeskunde. Bunge, Utrecht 1983.

Zoals uit het 'woord vooraf' van dit boekje blijkt, wordt bijna een kwart van alle verwijzingen van patiënten naar specialisten gevormd door een verwijzing naar de oogarts. Alleen hierdoor al krijgt dit 'kleine vak' reeds grote economische betekenis voor de gezondheidszorg.

Voor wie naast de tekst nota neemt van de literatuur waarmee ieder hoofdstuk eindigt, kan alleen al daarin de geringe betrokkenheid van huisartsen voor de oogheelkunde waarnemen: behalve bij twee literatuurverwijzingen die morbiditeitsgegevens van de huisartsgeneeskunde betreffen gaat het in alle gevallen om geschriften van oogartsen! Een reden te meer om dit boekje ter hand te nemen. Het is te beschouwen als een eerste aanzet, waarmee de oogheelkunde naar de praktijk van de huisarts wordt 'vertaald'.

In ieder van de dertien hoofdstukken wordt een casus besproken. Daarbij wordt, zoals gebruikelijk in deze serie, steeds uitgegaan van de klacht van de patiënt: het vieze, rode, branderige, tranende en jeukende oog passeren de revue. Voorts worden patiënten besproken die geneesmiddelen gebruiken en daarvan de gevolgen ondervinden, patiënten met visusstoornissen, scheelzien, traumata, ontstekingen van de oogleden en 'vlekken'. Zowel onderzoek als therapie komen in ieder hoofdstuk ruimschoots aan de orde. Vooral de specialistische onderzoeksmethoden laten zien hoe groot de afstand tussen de oogarts en de huisarts is geworden. Dat neemt niet weg dat vele praktische tips het boekje een huisartsgeneeskundige signatuur geven.

Als ik mijn ogen goed heb gebruikt, is hier afgeweken van de gewoonte in deze serie eerst de naam van de huisarts en vervolgens die van de specialist te vermelden.

K. Gill