

De medicijnman in een grote hut

Onlangs betoogden De Boer en Kamps in *ESB*, dat de z.g. Medische Diagnostische Advies Centra (MediCenters) onder bepaalde voorwaarden kunnen leiden tot kwaliteitsverbetering en aanzienlijke kostenbesparingen in de gezondheidszorg (1). Of aan de door hen genoemde voorwaarden is voldaan is zeer de vraag. Maar zelfs als dat het geval is, is van de oprichting van MediCenters eerder een kostenstijging dan een besparing te verwachten. Kwalitatieve verbetering en een beperking van de kosten in de gezondheidszorg moeten op een andere manier worden gerealiseerd: door uitbreiding van de eerste lijn, liefst in de vorm van gezondheidscentra, en eventueel aangevuld met een bonus/malus-systeem als prikkel voor huisartsen om minder te verwijzen.

Kwalitatieve aspecten

Een belangrijk *kwaliteitsverhogend* effect verwachten de Boer en Kamps van het gebruik van datacommunicatie. Deze laatste maakt een regelmatig contact mogelijk, zowel tussen specialisten binnen het MediCenter onderling als tussen specialist en huisarts. De wachttijd voor patiënten zou hierdoor worden geminimaliseerd. Ook kan het medicijngebruik centraal worden geregistreerd. Ten slotte is de openstelling 's-avonds van het Medicenter patiënt- (of moet ik zeggen, klant-)vriendelijk.

De introductie van datacommunicatie is echter niet afhankelijk van de oprichting van MediCenters. Ook zonder deze centra maakt datacommunicatie snellere gegevensoverdracht binnen tweede, en tussen tweede en eerste lijn mogelijk. In Haarlem is sinds 1 april 1986 met succes geëxperimenteerd met computers en telecommunicatieapparatuur, geplaatst in het Elisabeth Gasthuis en bij een aantal huisartsen die veel naar dit ziekenhuis verwijzen (2). Conclusies van door de huisarts aangevraagde onderzoeken worden er veelal aangeboden op de dag van uitvoering. Dit betekent dat de z.g. 'stuurloze perioden' worden vermeden. Verder is onduidelijk waarom door de introductie van MediCenters de wachttijd binnen de wachtkamer zou worden geminimaliseerd. Immers, stel dat de specialist in het Medicenter op grond van de röntgenfoto een echoscopie adviseert. Deze laatste handeling was niet vooraf gepland. Dat betekent wachttijd voor de patiënt, tenzij het Medicenter zo ruim in z'n personeel zit dat met eventuele extra

verrichtingen steeds vooraf rekening kan worden gehouden. In het laatste geval werkt het centrum met hogere personeelskosten dan een ziekenhuis, hetgeen in dito tarieven tot uitdrukking zal komen.

Aan de introductie van Medicenters zitten wellicht aspecten die de kwaliteit van de gezondheidszorg voor het individu juist aantasten. In het geval een kwaal wordt ontdekt die specialistische therapie behoeft, geeft de diagnostiserend arts van het MediCenter niet thuis. De patiënt moet aan de behandelend specialist opnieuw zijn verhaal vertellen. Het is bekend hoe onaangenaam mensen het vinden steeds een andere 'witte jas' te treffen.

Kostenaspecten

Onderzoek in een MediCenter kan leiden tot twee conclusies: de patiënt heeft een kwaal die een specialistische therapie vereist, óf dat is niet het geval. In het tweede geval is de persoon in kwestie gezond of is begeleiding door de huisarts voldoende om hem van zijn klachten af te helpen. In eerste het geval komt de patiënt alsnog in de tweede lijn terecht. Kamps en De Boer stellen dat doorverwijzing geschiedt naar specialisten met wie, (...) afspraken zijn gemaakt betreffende de coördinatie (...) (3). Dubbele diagnostische handelingen en daarmee onnodige kosten zouden hierdoor kunnen worden vermeden. Hierbij kan een aantal kanttekeningen geplaatst worden. Ten eerste zijn *coördinatie*-afspraken nu juist in tegenspraak met de bedoeling van voorstanders van MediCenters, te weten meer *concurrentie* tussen specialisten. In de tweede plaats is de gedachte dat dubbele diagnostische handelingen hiermee zouden worden vermeden onjuist. Een stijging van het aantal dubbele handelingen ligt meer voor de hand. Immers, een specialist die een patiënt mét diagnose van het Medicenter krijgt doorverwezen, zal voor hij tot behandeling overgaat de diagnose in elk geval controleren. Dat betekent op z'n minst dat hij een röntgenfoto nog eens beoordeelt. In het geval van elektrodiagnostiek zal hij deze, gezien het subtiele karakter ervan, door zijn eigen medewerkers laten over doen. Alleen bij bloed- en urineonderzoek blijft een dubbele handeling achterwege. Maar dat kan met de huidige voorzieningen prima door het huisartsenlaboratorium worden verricht.

Het is van groot belang dat men zich

realiseert dat de *beoordeling* van röntgenfoto's, ECG's enzovoort hogere kosten met zich meebrengt dan het *maken* ervan. Administratieve handelingen vinden hoe dan ook dubbel plaats. Bovendien is het moeilijk voorstelbaar dat het MediCenter zijn materiaal gratis aan de behandelend specialist ter beschikking stelt. Ten slotte is, in het geval dat het centrum moet doorverwijzen, sprake van extra ziekteverzuim. Immers, indien de patiënt direct van huisarts naar behandelend specialist was verwezen, had men de tijd besteed aan het MediCenterbezoek, uitgespaard.

Indien het MediCenter niet een kwaal ontdekt die specialistische therapie vereist, komt de 'patiënt' onmiddellijk in de relatief goedkope eerste lijn terug. Hier zit een mogelijkheid voor aanzienlijke kostenbesparing, zo stellen voorstanders van diagnostische centra. Dat meer en betere begeleiding in de eerste lijn besparingen oplevert is zeker het geval, maar als conclusie echter niet bepaald nieuw. Om deze begeleiding en daarmee besparing te realiseren moet worden voldaan aan een aantal voorwaarden. Tot die condities behoort niet de oprichting van Medisch Diagnostische Centra.

Versterking eerste lijn

Terecht wijzen Kamps en de Boer erop dat de huisarts het aangrijpingspunt moet zijn voor kostenbeheersing. Zijn verwijzgedrag is immers voor een deel bepalend voor de omvang van de kosten in de tweede lijn. Impliciet wordt verondersteld dat een beperking van het aantal verwijzingen kan optreden zonder nadelige effecten voor de gezondheid. Of, met andere woorden, dat een deel van de verwijzingen door de huisarts overbodig is.

Posthuma en Zee noemen vier redenen waarom huisartsen tot verwijzing overgaan (4): ter diagnose, ter therapie, om morele steun, en omdat de patiënt zelf aandringt op verwijzing. Volgens Pel is ± 40% van de verwijzingen beïnvloedbaar door de huisarts (5).

De Stichting voor Economisch Onderzoek van de Universiteit van Amsterdam heeft onderzocht in hoeverre de arbeidssituatie van de huisarts van invloed is op zijn verwijscijfer

1) J. de Boer en J. Kamps, *De medicijnman in een grote hut*, *ESB* 11 maart 1987.

2) J.A.M. Kusters L. van Beugen en J.W.M. Jacobs. Een experiment in communicatie, *Medisch Contact*, 1987, nr. 4.

3) De Boer en Kamps, op.cit.

4) B.H. Posthuma en J.v.d.Zee, *Tussen eerste en tweede echelon*, deels I en II, Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht, 1977/1978.

5) J.Z.S. Pel. Over de invloed van huisartsen op het verwijzpercentage, *Medisch Contact* 1975, nr. 32.

i). Conclusie van dit onderzoek is dat huisartsen in gezondheidscentra significant minder verwijzen dan hun individueel werkende collega's. Achtergrond van het verschil is, aldus de onderzoekers, dat het samenwerken met diverse disciplines onder één dak een positieve invloed heeft op de diagnostische en therapeutische mogelijkheden. Ook ondervindt de arts zo morele steun binnen dit eerstelijnssteam. Hiermee zou de verwijzing op grond van de hiervoor genoemde eerste drie redenen beperkt worden. Met behulp van regressie-analyse komt de SEO tot de conclusie dat huisartsen die in gezondheidscentra werken ca. f. 47.500 per 1.000 verzekerden besparen. Telt men daarbij de 'maatschappelijke' besparingen (nl. op uitkeringen in het kader van de ziektewet) op, dan komt men op een totaalbedrag van f. 63.000 per 1.000 verzekerden per jaar.

De Melker concludeert dat de aanwezigheid van zowel diagnostische faciliteiten als een therapeutische instelling het verwijscijfer gunstig beïnvloedt, tenzij deze afzonderlijk voorkomen; in dit laatste geval is de invloed op het verwijscijfer nihil of zelfs ongunstig 7). Onder begeleiding van het Instituut voor Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek van de Katholieke Universiteit Brabant is in 1984 in Tilburg een bonus/malus experiment onder huisartsen van start gegaan 8). Doel hiervan was te onderzoeken of het inbouwen van financiële prikkels het verwijsgedrag van de huisarts kan beïnvloeden (zonder de kwaliteit van de gezondheidszorg aan te tasten). Op basis van landelijke verwijscijfers heeft men per onderdeel een bonus- en een malus-grens voor het aantal verwijzingen vastgesteld 9). Voor elke praktijk werden per jaar de bonussen en malussen berekend. Bij een netto positief resultaat ontving de huisarts dit bedrag, bij een netto 'malus' werd hij niet 'gestraft'. Het verwijsgedrag van de deelnemende huisartsen is vergeleken met dat van een controlegroep (die uiteraard niet op de hoogte was). Het resultaat van het onderzoek was dat het aantal verwijzingen door deelnemers vanaf de introductie van het bonus/malus-systeem sterker daalde dan dat van de controlegroep.

In 1975 is met behulp van een econometrisch model het verband aangegeven tussen (onder meer) de huisartsdichtheid en de kosten van de gezondheidszorg. De conclusie was dat een grotere dichtheid leidt tot lagere kosten 10). Heeft de huisarts meer tijd voor zijn patiënten, dan zal hij minder verwijzen. Een daling van de omvang van de huisartsenpraktijk is echter slechts mogelijk indien de tarieven omhoog mogen.

Conclusie

Medisch Diagnostische Centra zullen niet leiden tot een daling van de

kosten of een stijging van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Wil men, ter beperking van de kosten, de machtspositie van het gilde der specialisten aantasten, dan zijn er mogelijkheden te over in de eerste lijn. Oprichting van gezondheidscentra en uitbreiding van het aantal huisartsen zouden wellicht tevens tot kwaliteitsverhoging leiden. Bijkomend voordeel zou zijn dat het geld, besteed aan de opleiding van huisartsen die momenteel in grote aantallen werkloos zijn, niet weggegooid is.

Henriëtte Prast

6) R. Dillmann en R. Giebels, *Besparingen van huisartsen in gezondheidscentra*, overdruk nr. 7, SEO, Amsterdam, 1982.

7) R.A. de Melker, *Gebruik van diagnostische faciliteiten door de huisarts*, *Medisch Contact*, 1980, nr. 23.

8) M.H.L. van Tits en W.J.F.I. Nuyens, *Een bonus-malusexperiment onder huisartsen*, *Medisch Contact*, 1987, nr. 9.

9) De onderdelen zijn vastgesteld aan de hand van de vergoeding die de huisarts voor de verwijskaart ontvangt. Naast verwijskaarten is o.a. het voorschrijfgedrag (medicijnen) opgenomen.

10) F.F.H. Rutten J. van der Gaag en B.M.S. van Praag, *Het ziekenhuis in de gezondheidszorg, een econometrische analyse*, Rijksuniversiteit Leiden, Economisch Instituut, 1975.

Naschrift

Het artikel van mevrouw Prast bevat naast een aantal misvattingen een interessant punt. Zij geeft nog eens aan hoe belangrijk het is de eerstelijnszorg te versterken om te komen tot besparingen in de totale gezondheidszorg. Gezondheidscentra binnen de eerste lijn bieden daartoe een mogelijkheid, zo stelt mevrouw Prast, maar zij laat ons in het ongewisse over het precieze karakter van dergelijke centra.

Indien zij bedoelt dat de door ons beschreven MediCenters moeten worden uitgebreid met huisartsen en moeten worden geplaatst binnen de eerste lijn om rechtstreeks goede diagnostiek te verrichten, dan zijn wij het daarmee oneens. In ons artikel hebben wij aangegeven dat MediCenters juist tussen de eerste lijn en tweede lijn staan, ter versterking van de eerste lijn. MediCenters brengen op die manier op een efficiënte wijze geavanceerde diagnostische apparatuur en handelingen binnen het bereik van de huisarts en de burger. Door zijn tussenpositie kan het MediCenter ook een deskundige zeeffunctie vervullen tussen eerste en tweede lijn en treedt functiescheiding op met de intramurale zorg, waardoor coördinatie in behandeling - diagnostische en wat betreft medicatie - kan geschieden.

Bedoelt mevrouw Prast met gezondheidscentra een uitgebreide huisartsenpraktijk waar de huisartsen elkaar moreel sterk ondersteunen, dan is dat onvoldoende om op een verantwoorde wijze tot kostenbesparingen te

komen. Het zou toch niet goed zijn de patiënt uit te sluiten van specialisme hulp! MediCenters zeggen juist: geavanceerde specialistische diagnostiek voor de patiënt, maar op een economisch verantwoorde manier. En hoe zou een huisarts binnen de eerste lijn goed controle kunnen houden op het werk van zoveel verschillende specialisten binnen de tweede lijn? Een MediCenter is daarvoor veel geschikter.

Het concurrentiesysteem waarbinnen de MediCenters functioneren is mevrouw Prast niet goed duidelijk geworden. Zo stelt zij dat een betere service aan de patiënt welhaast zeker tot hogere tarieven moet leiden voor zorg door de MediCenters. Mevrouw Prast is misschien vergeten dat concurrentie anders werkt: het MediCenter zou in dat geval failliet gaan. Ook is het voor mevrouw Prast een raadsel hoe concurrentie gepaard kan gaan met coördinatie. Zo kan zij zich moeilijk voorstellen dat een specialist zal afgaan op het advies van een andere specialist; daarmee legt zij de vinger op een van de oorzaken van de huidige financiële onbeheersbaarheid van de gezondheidszorg. Toch zal dat gaan gebeuren, als het bezuinigen in de gezondheidszorg serieus wordt genomen. In het toekomstige systeem zal coördinatie van specialistische hulp juist centraal staan, onder het wakend oog van financiers. Lees het rapport van de Commissie-Dekker er maar op na.

Wij geven toe dat het moeilijk is de geestelijke stap te maken van het huidige systeem van gezondheidszorg naar het toekomstige, zoals ook beschreven door de Commissie-Dekker. De feitelijke stappen worden nog veel moeilijker. MediCenters nemen een voorschot op die toekomst. Daardoor komen gevestigde belangen in het gedrang en wordt menige burger onzeker gemaakt. Men is immers niet gewend op een rationele wijze om te gaan met het onderwerp gezondheidszorg.

Van een econoom mag worden verwacht dat hij of zij de discussie wel zoveel mogelijk rationaliseert. Mevrouw Prast levert daaraan een bijdrage door te wijzen op nog andere manieren ter versterking van de eerste lijn. Het concept van de MediCenters wijst op mogelijkheden tot rationalisatie die liggen in arbeidsverdeling, functiescheiding en concurrentie.

Hans de Boer
Hans Kamps