



Honorering, verwijsgedrag en prikkels

Auteur(s):

Berg, B., van den
Mot, E.S.

Respectievelijk werkzaam bij iBMG/iMTA, Erasmus Universiteit Rotterdam en het Centraal Planbureau. Esther Mot was ten tijde van het onderzoek werkzaam bij SEO Amsterdam.

Verschenen in:

ESB, 85e jaargang, nr. 4274, pagina 791, 6 oktober 2000

Rubriek:**Trefwoord(en):**

zorg

De honoreringssystematiek van specialisten staat hoog op de beleidsagenda. Heeft wijziging van deze systematiek invloed op het patiënten naar de huisarts terugverwijzen door medisch specialisten?

Als mogelijke oplossing voor het doorbreken van de spiraal van oplopende productie en tariefkortingen hebben medisch specialisten, ziekenhuisdirecties en zorgverzekeraars in 1993 initiatieven ontplooid om tot een andere honoreringwijze voor medisch specialisten te komen. In hoeverre is de overgang van een verrichtingensysteem in een systeem met lumpsumbudgetten van invloed op de kans dat medisch specialisten een nieuwe poliklinische patiënt binnen een bepaalde periode terugverwijzen naar de huisarts? Een verrichtingensysteem is een honoreringssysteem waarbij een medisch specialist voor iedere uitgevoerde handeling een overeengekomen bedrag kan declareren. Deze directe koppeling tussen het honorarium van de medisch specialist en het aantal en type uitgevoerde verrichtingen is er niet onder een systeem met lumpsumbudgetten. Het lumpsumbudget houdt grofweg in dat vooraf een jaarbudget per maatschap met medisch specialisten afgesproken wordt waartegen ze hun werk verrichten. Binnen een jaar verandert dit budget met uitzondering van eventuele calamiteiten niet. Om prikkels tot behoud van de productie te behouden en doelmatig handelen te bevorderen, wordt de productie van specialisten via bepaalde parameters gemeten en kan de omvang van de productie van invloed zijn op de afspraken over het lumpsumbudget voor het volgende jaar.

Het experiment

Vanaf 1995 zijn vijf regionale projecten onder de noemer *Experiment specialistenhonorering* overgegaan van een verrichtingensysteem op een systeem met lumpsumbudgetten voor medisch specialistische zorg. De effecten van het experiment met de specialistenhonorering zijn door SEO Amsterdam in samenwerking met Ipso Facto onderzocht in opdracht van de Ziekenfondsraad¹. Voor dit onderzoek zijn gegevens verzameld in zes experimentziekenhuizen op twee tijdstippen, namelijk voordat het experiment praktisch van start ging in 1995 (de nulmeting) en tweeënhalf jaar na de nulmeting, in 1997 (de eindmeting). Op grond van de microdata, geanonimiseerde kwantitatieve data op het niveau van de individuele patiënt waarbij informatie is verzameld over de totale behandeling die patiënten in het ziekenhuis ondergaan in een bepaalde observatieperiode, zijn analyses verricht van de kans op opname, de ligduur, de kans op herhaalbezoeken en de wachttijd. Een aspect van het handelen van medisch specialisten dat in het SEO/Ipso Facto-onderzoek nog niet was geanalyseerd, is het terugverwijzen van nieuwe poliklinische patiënten naar de huisarts. In dit artikel wordt verslag gedaan van een analyse van dit onderwerp waarvoor data zijn gebruikt uit het onderzoek naar het *Experiment specialistenhonorering*².

We verwachten dat de kans op terugverwijzing van een nieuwe poliklinische patiënt naar de huisarts door de medisch specialist onder een lumpsumsysteem groter is dan onder een verrichtingens-

systeem. Onder een verrichtingensysteem worden specialisten namelijk betaald voor elke verrichting, terwijl dit onder een lumpsumsysteem niet het geval is³. Hierdoor zou er voor specialisten onder een verrichtingensysteem een financiële prikkel kunnen zijn om patiënten zelf te blijven behandelen of onder controle te houden. Onder een lumpsumsysteem is deze prikkel er niet. Er kan juist een prikkel zijn om patiënten in een eerder stadium terug te verwijzen naar de huisarts, bijvoorbeeld als de productie van specialisten in het aantal nieuwe patiënten wordt uitgedrukt. Hoe eerder de 'oude' patiënten worden terugverwezen, hoe meer tijd de specialist heeft voor nieuwe patiënten. Bovendien vonden veel medici - los van het honoreringssysteem - voor het experiment al dat patiënten met sommige (chronische) klachten niet in de tweede lijn onder behandeling zouden moeten blijven, en (zoveel mogelijk) in de eerste lijn behandeld zouden moeten worden. Tijdens het experiment is hier in een aantal gevallen aandacht aan besteed binnen doelmatigheidsprojecten.

Mutatiesystematiek

De vijf verschillende deelnemende projecten gaven ieder op hun eigen manier invulling aan de nieuwe honoreringssystematiek. Van belang waren de afspraken die met de specialisten werden gemaakt over de vraag wanneer een productieverandering, gemeten via zogenaamde productieparameters, zou leiden tot een verandering van het maatschapsbudget in het volgende jaar. Deze afspraken werden de mutatiesystematiek genoemd. In [tabel 1](#) staat op welke manier de diverse projecten invulling hebben gegeven aan deze mutatiesystematiek. Door de mutatiesystematiek bleef er een prikkel bestaan om het productieniveau te behouden. Daarnaast werd doelmatig handelen gestimuleerd door middel van beloning van de groei van bepaalde parameters.

Tabel 1. Honorerings-afspraken in de verschillende projecten

Project	keuze van productieparameters	maatschapsbudget muteert...
A	(dag)opnames en nieuwe polikliniek-Patiënten	alleen als de productie meer dan tien procent (in absolute termen) verandert ten opzichte van 1994
B	nieuwe polikliniekpatiënten	als de productie verandert, maar niet buiten een bandbreedte van vijf procent
C	(dag)opnames, nieuwe polikliniek-en herhalingsbezoeken	gedeeltelijk, als de productieafspraken veranderen
D	(dag)opnames, nieuwe polikliniekpatiënten en verpleegden	gedeeltelijk, als de productieafspraken veranderen
E	nieuwe polikliniek patiënten en Klinische kaarten	als de productieafspraken veranderen, maar niet automatisch

Bron: SEO en Ipso Facto (1998).

Uit de verschillende afspraken in [tabel 1](#) blijkt dat in project B de financiële prikkel om zoveel mogelijk nieuwe polikliniekpatiënten te helpen het grootst is. Daarbij wordt in project B honderd procent van de productie doorberekend in het budget in plaats van dertig of veertig procent zoals in de projecten C en D. Bovendien gaat het in project B bij de berekening van het budget voor het volgend jaar om de gerealiseerde productie en niet om de productieafspraken zoals in de projecten C, D en E.

Empirische analyse

We analyseren de kans op terugverwijzing van een nieuwe poliklinische patiënt door een medisch specialist naar de huisarts binnen de observatieperiode van drie maanden. In [tabel 2](#) presenteren we het aantal nieuwe poliklinische patiënten dat al dan niet binnen de observatieperiode is terugverwezen naar de huisarts in de nul- en in de eindmeting ⁴. We hebben gebruik gemaakt van 3652 waarnemingen uit de steekproef.

Tabel 2. Totaal aantal wel en niet-terugverwezen patiënten in de nul- en eindmeting

	Nulmeting	eindmeting	totaal
<i>niet terugverwezen</i>			
in aantallen	1551	1331	2882
in procenten	89,2	73,3	81,1
<i>wel terugverwezen</i>			
in aantallen	187	486	673
in procenten	10,8	26,7	18,9
<i>totaal</i>			
in aantallen	1738	1817	3555
in procenten	100,0	100,0	100,0
aantal ontbrekende waarden: 97			

Tijdens de nulmeting is 10,8 procent van de patiënten terugverwezen naar de huisarts tegenover 26,7 procent van de patiënten in de eindmeting. Deze grote toename is statistisch significant op vijf procent-niveau.

Causaliteit

Heeft deze stijging te maken met de wijziging in honoreringssystematiek? Of dit daadwerkelijk het geval is, kunnen we alleen zuiver vaststellen als we controleren voor andere factoren die de kans op terugverwijzing kunnen beïnvloeden. In de eerste plaats valt hierbij te denken aan de samenstelling van de groep patiënten naar achtergrondkenmerken zoals leeftijd, geslacht of verzekeringsvorm. Ook de verdeling van klachten en/of aandoeningen binnen de groep patiënten is van belang. Verder kan de algemene medisch-technische ontwikkeling die zich tijdens het experiment heeft voorgedaan een rol spelen evenals andere algemene ontwikkelingen. Een factor die van betekenis kan zijn en waar we niet voor controleren is de Ausgangssituatie wat betreft andere aspecten van de behandeling in de verschillende ziekenhuizen, waarbij bijvoorbeeld te denken valt aan een verschil in de kans op opname tussen de diverse ziekenhuizen. Deze kans op opname verschilde sterk tussen de experimentziekenhuizen ⁵. Deze verschillen kunnen gevolgen hebben voor de rest van de behandeling. Met een probit-model analyseren we de afzonderlijke invloed van de diverse factoren op de kans op terugverwijzing van een nieuwe poliklinische patiënt naar de huisarts. De klacht of aandoening van de patiënt, die als een van de verklarende variabelen is opgenomen, blijft in het onderstaande korthedshalve buiten beschouwing ⁶.

Uitkomsten

De resultaten van de probit-analyse worden in [tabel 3](#) weergegeven ⁷. Bij de ziekenhuizen fungeert project E als referentiegroep. Dit betekent dat de uitkomsten bij de ziekenhuizen moeten worden geïnterpreteerd als resultaten ten opzichte van project E. Een ster achter de variabele betekent dat de invloed statistisch significant is op vijf procent-niveau. Significant wil zeggen dat we er op statistische gronden vanuit kunnen gaan dat het effect van de variabele niet door toeval wordt veroorzaakt. We richten de aandacht dan ook op de factoren met een significante invloed. Een positieve coëfficiënt betekent dat de factor leidt tot een hogere kans op terugverwijzing.

Tabel 3. Geschatte coëfficiënten van het probit-model voor de kans op terugverwijzing van nieuwe poliklinische patiënten

	coëfficiënt
<i>verklarende variabelen</i>	
constante	-0,87
eindmeting	0,36
<i>kenmerken patiënt</i>	
leeftijd	-0,002
geslacht	0,076
ziekenfondsverzekerd	0,09
<i>kenmerken ziektegeschiedenis</i>	
chronisch	-0,05
waarschijnlijkheidsdiagnose	0,10
<i>ziekenhuizen (vergeleken met project E)</i>	
project A	0,09
project B	-0,06
project C	0,16
project D, ziekenhuis 1	-0,21
project D, ziekenhuis 2	-0,06
<i>interactietermen</i>	
eindmeting * project A	0,06
eindmeting * project B*	1,18
eindmeting * project C	-0,23
eindmeting * project D, ziekenhuis 1*	0,93
eindmeting * project D, ziekenhuis 2*	1,08

Door middel van de interactietermen analyseren we de afzonderlijke invloed van de ziekenhuizen in de eindmeting.

* = significant op 5%-niveau.

Uit [tabel 3](#) blijkt dat de kenmerken van de patiënt en de kenmerken van de ziektegeschiedenis geen significante invloed op de kans op terugverwijzing hebben. In de nulmeting zijn er geen significante verschillen tussen ziekenhuizen in de kans op terugverwijzing, terwijl de ziekenhuizen op andere punten in de nulmeting wel van elkaar verschilden. Belangrijk om te zien is dat drie ziekenhuizen in de eindmeting een significant grotere kans op terugverwijzing binnen de observatieperiode hebben dan in de nulmeting. Het gaat om het ziekenhuis in project B en de twee ziekenhuizen in project D. Dat in project B in de eindmeting een grote toename van de kans wordt gevonden, lijkt er op te wijzen dat de honoreringsafspraken een belangrijke invloed uitoefenen op het handelen van medisch specialisten. In project B is de relatie tussen productie en budget namelijk het sterkst van alle experimentenziekenhuizen. In dit project is de financiële prikkel het grootst om zoveel mogelijk nieuwe patiënten te helpen. Eerder terugverwijzen naar de huisarts geeft specialisten de ruimte om zich meer met nieuwe patiënten bezig te houden.

In een aantal ziekenhuizen is de kans op terugverwijzing van een nieuwe poliklinische patiënt naar de huisarts duidelijk toegenomen tussen de nulmeting en de eindmeting. Het is waarschijnlijk dat deze toename samenhangt met het experiment met de specialistenhonorering. Door het experiment zijn de financiële prikkels veranderd op een wijze die het minder aantrekkelijk maakt om patiënten in de tweede lijn te blijven behandelen. Verrichtingen worden immers niet meer beloofd en herhalingsbezoeken slechts in één project en dan nog in beperkte mate. De verandering in de kans op terugverwijzing tussen de nulmeting en de eindmeting is verschillend in de diverse ziekenhuizen en wel op een manier die een duidelijke samenhang vertoont met de verschillende financiële parameters die de ziekenhuizen hanteren om het lumpsumbudget voor specialisten te berekenen. In het project met het meest directe verband tussen productie en budget, project B, is de toename van de kans op terugverwijzing het grootst. In het project waar herhalingsbezoeken nog een rol spelen als productieparameters, project C, stijgt de kans op terugverwijzing het minst.

Conclusie

Een minder variabele honorering voor medisch specialisten kan worden gebruikt om de kans op terugverwijzing naar de huisarts te vergroten. De vraag is dan of dit bijdraagt aan het bereiken van de doelstellingen voor de gezondheidszorg. Uit de interviews die zijn gehouden in het onderzoek naar het experiment met de specialistenhonorering blijkt dat huisartsen vooral de controle van chronische patiënten (bijvoorbeeld diabetes- en hartpatiënten) overnemen, dat terminale patiënten vaker thuis worden verzorgd en dat patiënten eerder uit het ziekenhuis worden ontslagen na een operatie. Dit soort veranderingen wordt door veel artsen op inhoudelijke gronden als gewenst gezien.

Zeker als we ook de resultaten van het evaluatieonderzoek dat voor de Ziekenfondsraad is uitgevoerd in aanmerking nemen, kunnen we concluderen dat het mogelijk is het handelen van medisch specialisten te beïnvloeden door middel van een wijziging van het honoreringssysteem. Het honoreringssysteem kan gebruikt worden om beleidsmatige doelstellingen voor de gezondheidszorg als kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid, na te streven.

¹ Zie: SEO en Ipsos Facto, *Evaluatie experiment specialistenhonorering*, Ziekenfondsraad, Amstelveen, 1998. Een korte beschrijving van het onderzoek is gegeven in: P. van Dijk, M. Minkman en E.S. Mot, Financiële prikkels beïnvloeden handelen medisch specialist, *Medisch Contact*, 25 september 1998, nr. 3, blz. 1232-1235.

² Zie voor een uitgebreid verslag B. van den Berg, *Honorering en verwijsgedrag van medisch specialisten: een empirische analyse van*

de gevolgen van de invoering van lumpsum-budgetten op de kans op terugverwijzing van nieuwe poliklinische patiënten naar de huisarts, afstudeeronderzoek, Universiteit Utrecht, 1999.

3 Onder het verrichtingsstelsel was er een verschil in tarieven tussen particuliere- en ziekenfondsverzekerden. Voor particuliere patiënten werd een herhaalbezoek vergoed, voor ziekenfondspatiënten in beginsel niet. Voor beide typen patiënten werden verrichtingen vergoed, maar de tarieven verschilden aan het begin van het experiment.

4 Tijdens de looptijd van de experimenten zijn er definitieveranderingen doorgevoerd ten aanzien van het begrip eerste polikliniekbezoek. Deze zijn niet van invloed op de uitkomsten van het onderzoek omdat de nieuwe patiënten zijn geselecteerd op grond van formulieren die de specialisten speciaal voor dit doel hebben ingevuld. De patiënten zijn niet geselecteerd op basis van de ziekenhuisadministratie waar de definitieverandering betrekking op had.

5 Zie: SEO en Ipsos Facto, *op. cit.*, blz. 211.

6 Helemaal zeker is dit echter niet. Er kunnen ook invloeden zijn die los staan van het experiment, bijvoorbeeld regionale ontwikkelingen. Om hiervoor te corrigeren was een controlegroep opgenomen in de onderzoeksopzet, die echter wegviel toen in vrijwel alle Nederlandse ziekenhuizen lumpsum-afspraken werden gemaakt.

7 Omwille van de presentatie is hier slechts een deel van het model weergegeven. Bij de auteurs en bij de SEO is het complete model op te vragen: *Honorering en verwijsgedrag van medisch specialisten*, Research memorandum 2001, Amsterdam, 2000.