

# Inhoudsopgave

	<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1</b>	<b>Adviesopdracht</b>	<b>12</b>
1.1	Waarom een advies over volksgezondheid en zorg?	12
1.2	Functie van het advies in het beleidsproces	12
1.3	Adviesvoorbereiding	13
1.4	Adviesdomein en definities	13
1.5	Beleidsvragen en leeswijzer	18
<b>2</b>	<b>De bijdrage van de individuele gezondheidszorg aan de volksgezondheid</b>	<b>20</b>
2.1	Inleiding	20
2.2	Relatie tussen de volksgezondheid en de individuele gezondheidszorg	20
2.3	Gezondheidswinst in de individuele gezondheidszorg	21
2.4	Individuele gezondheidszorg en preventie	24
2.5	Kosteneffectiviteit	26
2.6	Conclusies	28
<b>3</b>	<b>Volksgezondheid en Zorg: samen of apart?</b>	<b>30</b>
3.1	Inleiding	30
3.2	Redenen voor integratie	30
3.3	Redenen voor de twee gescheiden beleidssystemen	32
3.4	Conclusies	35
<b>4</b>	<b>Probleemanalyse</b>	<b>37</b>
4.1	Inleiding	37
4.2	Zorg- en verzekeringsstelsel onvoldoende toegerust voor samenhang tussen preventie, care en cure	38
4.3	Ontbreken effectieve sturingsinstrumenten voor volksgezondheidsdoelstellingen in de individuele gezondheidszorg	41
4.4	Conclusies	48
<b>5</b>	<b>Oplossingsrichtingen</b>	<b>50</b>
5.1	Inleiding	50
5.2	Beoordelingskader	50
5.3	Preventie in de individuele gezondheidszorg faciliteren en (financieel) belonen	52
5.4	Sturen met doelstellingen en op uitkomsten	65
<b>6</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>79</b>
6.1	Inleiding	79
6.2	Conclusies	79
6.3	Aanbevelingen	82

## Bijlagen

1	Relevant gedeelte uit het door de minister vastgestelde werkprogramma RVZ 2000	81
2	Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	87
3	Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	89
4	Historische en internationale context debat Volksgezondheid en Zorg	91
5	Sturen op versterking van volksgezondheid	119
6	Gezondheid als individueel en als collectief goed	165
7	Begrippenlijst en gezondheidsindicatoren	197
8	Overzicht van in gebruik zijnde indicatoren voor de kwaliteit van zorg	203
9	Lijst van afkortingen	207
10	Literatuur	209
11	Overzicht publicaties RVZ	217

## Samenvatting

### Beleidsvragen

Vijftig procent van de CARA-patiënten krijgt van behandelaars het advies te stoppen met roken. Dat betekent dat ook vijftig procent dat advies *niet* krijgt, terwijl stoppen met roken voor deze groep juist belangrijke gezondheidswinst kan opleveren. In dit geval is het glas half leeg, en niet half vol. Wat kan de overheid doen om ervoor te zorgen dat kansen op gezondheidswinst in de individuele gezondheidszorg beter benut worden, zodat er minder vroegtijdige sterfte optreedt, en de gezonde levensverwachting en kwaliteit van leven toenemen? Welke sturingsinstrumenten moeten daarvoor ingezet worden? Op die vragen wordt in dit advies een antwoord gegeven.

### Vooronderstellingen

#### *Preliminair vragen*

Om de beleidsvragen te beantwoorden buigt de RVZ zich eerst over een aantal vooronderstellingen die daaraan ten grondslag liggen. Is het voorbeeld van de voorlichting aan CARA-patiënten een uitzondering, of is er over de hele linie gezondheidswinst te behalen via de individuele gezondheidszorg? En, ook niet onbelangrijk: is gezondheidswinst op bevolkingsniveau het meest kosteneffectief te realiseren via de individuele gezondheidszorg? Wordt die vraag positief beantwoord, dan is de volgende kwestie of volksgezondheid en individuele gezondheidszorg als beleidsterreinen ook moeten samengaan.

#### *Gezondheidswinst*

Wat de eerste vraag betreft, is duidelijk dat er zeker gezondheidswinst - minder vroegtijdige sterfte, langere gezonde levensverwachting en hogere kwaliteit van leven - te boeken valt via inzet van de individuele gezondheidszorg. Ook al gaat er al veel goed, er kan meer gedaan worden dan op dit moment gebeurt. Sommige voorbeelden van 'best practices' laten zien dat op bepaalde terreinen enorme vooruitgang geboekt kan worden: zeventig procent vermindering van het fout toedienen van medicatie, twintig procent minder voetamputaties bij diabetespatiënten, tien tot dertig procent vermindering van pijn en beperking bij artrose. Maar dergelijke succesvolle zorgprocessen en behandelingen worden niet breed toegepast. Met als gevolg dat aansprekende mogelijkheden onbenut blijven. Nederland dreigt binnen

Europa zelfs zijn koppositie kwijt te raken als het gaat om de toename van de gezonde levensverwachting.

Zorgprocessen en behandelingen in de individuele gezondheidszorg kunnen kwalitatief soms nog zo verbeterd worden dat automatisch ook gezondheidswinst optreedt. Maar ook als we naar preventie kijken kan de individuele gezondheidszorg een belangrijke bijdrage leveren. Interventies door bijvoorbeeld huisartsen hebben, zo blijkt uit onderzoek, meer kans aan te slaan dan algemene voorlichting. In de toekomst zal de rol van de individuele gezondheidszorg daarin nog belangrijker worden. Naarmate meer geïndividualiseerde risicokennis beschikbaar is, bijvoorbeeld over genetische factoren, zal ook de behoefte groeien aan deskundige interventies die toekomstige gezondheidsschade kunnen helpen voorkomen.

#### *Kosteneffectiviteit*

Kan gezondheidswinst op bevolkingsniveau kosteneffectief bereikt worden door meer inzet en betrokkenheid van de individuele gezondheidszorg? Die vraag is in zijn algemeenheid lastig te beantwoorden. Er zijn nogal wat methodologische en praktische problemen. Wel zijn uitspraken te doen over de kosteneffectiviteit van specifieke interventies. Aan de hand daarvan kunnen wel degelijk beredeneerde en doelmatige keuzes gemaakt worden.

#### *Aparte of samengaande beleidslijnen*

Moeten volksgezondheid en individuele gezondheidszorg samengevoegd worden? Op dit moment zijn het gescheiden beleidsterreinen. De Raad spreekt overigens liever van twee beleidslijnen. Er zijn diverse argumenten voor integratie. Zo kan via de individuele gezondheidszorg nog veel gezondheidswinst behaald worden, en zal in de toekomst de rol van de individuele gezondheidszorg alleen nog maar toenemen. De komende stelselherziening biedt de gelegenheid de doelstellingen van beide beleidslijnen, volksgezondheid en gezondheidszorg, verder te integreren. Maar er zijn ook argumenten die tegen samengaan pleiten. Zo is het bereik van de individuele gezondheidszorg niet optimaal als het gaat om preventie: mensen wenden zich vaak pas tot behandelaars als er al iets met hen aan de hand is. Bovendien zijn individuele interventies en collectieve doelstellingen niet zonder meer met elkaar te verbinden.

De RVZ bepleit op grond hiervan een samengaan in visie, waarbij beide beleidsterreinen onder verantwoordelijkheid van de minister van volksgezondheid vallen, maar zonder dat de beleidslijnen ook praktisch gezien worden samengevoegd. Waar zij hun doelstellingen kunnen verenigen, moet dat gebeuren. Waar de individuele gezondheidszorg niet *kan* volstaan, zoals bij bepaalde vormen van preventie, bijvoorbeeld vaccinaties, moeten andere instrumenten ingezet worden.

### **Problemen**

Wat weerhoudt de individuele gezondheidszorg er op dit moment van zijn middelen optimaal in te zetten om meer gezondheidswinst te behalen? Er zijn twee soorten problemen te onderscheiden.

Ten eerste is het zorg- en verzekeringsstelsel er nog niet op ingericht om in de individuele gezondheidszorg preventie een passende plaats te geven. Zo is de vaste budgettering per ziekenfondspatiënt voor huisartsen niet bepaald een aanmoediging extra tijd te besteden aan het geven van adviezen die tot gezondheidswinst kunnen leiden. Andere factoren, zoals tijdgebrek, de wens patiënten hun eigen verantwoordelijkheid te laten nemen en het feit dat de opbrengst van preventie pas op lange termijn zichtbaar wordt, verklaren ook waarom kansen niet altijd worden benut. Ook in het nieuwe stelsel worden deze problemen niet volledig opgelost.

Ten tweede ontbreekt het de overheid aan sturingsinstrumenten om volksgezondheidsdoelen te bereiken via de individuele gezondheidszorg. Er zijn geen concrete doelstellingen en streefcijfers geformuleerd, waardoor het aan de zorgaanbieders en verzekeraars wordt overgelaten in hoeverre zij zich op dit gebied inzetten. Maar ook met een duidelijk norm zijn er niet altijd algemeen toepasbare manieren om prestaties daartegen af te zetten. Sterfte is bijvoorbeeld niet in alle gevallen een zinvolle uitkomstmaat. Voor sommige behandelingen zijn echter wel heldere indicatoren te geven, zoals de bloedsuikerwaarde bij diabetespatiënten en de mate waarin in verpleeghuizen decubitus ('doorliggen') voorkomt. Een aanvullend probleem is dat informatie over prestaties vaak niet openbaar is. In de discussie hierover gaan talloze argumenten heen en weer tussen voor- en tegenstanders.

### **Advies**

### *Visie*

Individuele en op de bevolking gerichte gezondheidszorg hebben gemeenschappelijke doelen. Zolang de principes van de individuele gezondheidszorg, zoals respect voor de autonomie van de patiënt en informed consent, van kracht blijven, zijn volksgezondheidsdoelstellingen goed te integreren in de individuele gezondheidszorg. Volledig beleidsmatig samengaan van de individuele en collectieve gezondheidszorg is daarvoor niet zinvol. Waar dat mogelijk is moeten volksgezondheidsdoelstellingen in de individuele gezondheidszorg worden nagestreefd. Waar dat niet kan, worden andere middelen ingezet.

Wat kan de overheid doen om ervoor te zorgen dat de mogelijkheden om via de individuele gezondheidszorg gezondheidswinst te boeken ook daadwerkelijk worden benut? Het zorgstelsel moet zo ingericht zijn dat preventie daarin naast care en cure een vaste plaats krijgt. Een publiekrechtelijke grondslag lijkt de RVZ daarbij noodzakelijk, aangezien alleen dan verzekeraars effectief geprikkeld kunnen worden om meer te doen op het gebied van public health.

Die eisen moeten concreet zijn, zodat ze richting geven aan de inspanningen in de zorg. Een systematische analyse van zorgresultaten is een logisch vervolg. De RVZ is in dat kader voorstander van openbaarheid van vergelijkende gegevens. Maar een toetsing waarop instellingen in de toekomst ook afgerekend worden, kan alleen uitgevoerd worden door een onafhankelijk instituut. Dit waarborgt de betrouwbaarheid van de informatie, zodat instellingen kunnen rekenen op een zorgvuldige weging van resultaten, terwijl patiënten, consumenten en overheid toch goed geïnformeerd worden.

De RVZ adviseert op grond van deze visie concrete maatregelen op twee terreinen: incentives voor preventie in het zorgstelsel en meting van prestaties aan de hand van concrete doelstellingen.

### *Preventie in het zorgstelsel*

Op het gebied van preventie beveelt de RVZ vier soorten maatregelen aan. Ten eerste moet er in de zorgopleidingen meer aandacht komen voor preventie, bijvoorbeeld door, waar dit nog niet het geval is, in de eindtermen van opleidingen vast te leggen en in de eisen voor herregistratie. Daarnaast moet programmatische preventie financieel beloond worden. Verzekeraars rapporteren over hun public healthactiviteiten,

en worden bij goede resultaten op geprioriteerde terreinen financieel beloond. Een derde soort maatregel heeft betrekking op afspraken tussen de overheid en partners buiten de gezondheidszorg. Zo kan de minister werkgevers stimuleren om in collectieve contracten preventie tot een besispunt te maken. Tenslotte is ook informatievoorziening belangrijk. De overheid kan burgers direct informeren over te behalen gezondheidswinst, bijvoorbeeld via internet en digitale informatiepunten.

#### *Transparante doelstellingen en metingen*

Om te kunnen sturen op volksgezondheidsdoelstellingen moet het meten van gezondheidswinst, inclusief kwaliteit van leven, een speerpunt worden in het overheidsbeleid voor de individuele gezondheidszorg. Werken aan een systeem dat zorgresultaten kan meten krijgt dan ook voorrang.

Wanneer systematisch zorgresultaten worden geanalyseerd, kan men spreken van een Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem. Een dergelijk systeem is een belangrijke impuls voor kwaliteitsverbetering. Het maakt het mogelijk om in de gezondheidszorg op kwaliteit te concurreren en niet alleen maar op doelmatigheid en op prijs.

Een eerste stap kan zijn pilotstudies uit te voeren op gebieden waar veel gezondheidswinst te behalen valt, die grote groepen mensen betreffen, en waarvoor al uitkomstmaten beschikbaar zijn. De RVZ denkt bijvoorbeeld aan de diabeteszorg en aan palliatieve zorg. De tweede stap is de oprichting van een onafhankelijk instituut dat zorgresultaten analyseert en beoordeelt. Als derde stap kunnen met de verschillende sectoren afspraken gemaakt worden over het verder ontwikkelen en inbedden van de in de projecten gevonden indicatoren die behaalde gezondheidswinst zichtbaar maken. De RVZ heeft een voorkeur om die afspraken te concretiseren op basis van de Kwaliteitswet. Publicatie van vergelijkende informatie door dit instituut geeft verzekeraars en patiënten vervolgens de mogelijkheid gefundeerde keuzes te maken. De minister zou er volgens de RVZ goed aan doen in de discussie over openbaarheid het belang daarvan te benadrukken. Als vijfde stap ziet de RVZ de ontwikkeling van een meer op prestatie gebaseerd betalings- en waarderingssysteem. Op die manier kan de overheid de aandacht voor gezondheidswinst in de individuele gezondheidszorg directer aansturen en

stimuleren, zodat de kansen die er zijn ook daadwerkelijk benut worden.





# 1 Adviesopdracht

## 1.1 Waarom een advies over volksgezondheid en zorg?

In het werkprogramma RVZ 2000 (bijlage 1) constateert de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) dat volksgezondheid en zorg als beleidsterreinen de afgelopen decennia uit elkaar zijn gegroeid, waar zij een eenheid zouden moeten vormen. Als oorzaak voor het scheiden der wegen noemt de minister dat de twee sectoren in aparte financieringssystemen zijn ondergebracht, met elk eigen sturingstradities en sturingsmiddelen. De minister meent dat het tijd is om te proberen de twee beleidsterreinen weer te integreren.

Volksgezondheid en zorg als beleidsterreinen integreren?

Omdat overheid en veld meer afstand van elkaar nemen, ontstaat volgens de minister ruimte voor een particulier initiatief. Daardoor zouden mogelijkheden kunnen ontstaan om het functioneren van de individuele gezondheidszorg stelselmatig te koppelen aan kwantitatieve (noodzakelijkerwijs collectieve) doelstellingen op het vlak van de volksgezondheid. Het functioneren van zorginstellingen zou dan mede beoordeeld kunnen worden aan de hand van veranderingen in de gezondheidstoestand van de bevolking in het verzorgingsgebied.

Kunnen volksgezondheidsdoelstellingen sturend werken in de individuele gezondheidszorg?

## 1.2 Functie van het advies in het beleidsproces

Het advies zal een rol kunnen spelen in de discussie over het toekomstig stelsel van ziektekostenverzekeringen. Als de minister in het adviesprogramma spreekt van een hernieuwde poging tot integratie van twee gescheiden beleidsterreinen, dient die gedachte een uitwerking te krijgen in het toekomstig stelsel van ziektekostenverzekeringen.

Bijdrage aan discussie over toekomst van het zorgstelsel

Het advies beoogt tevens de bijdrage van de curatieve sector aan de doelstellingen op het terrein van de volksgezondheid (de gezondheid van de bevolking) te verhelderen en wegen aan te geven voor optimalisering van die bijdrage.

Bijdrage curatieve sector aan volksgezondheidsdoelstellingen verhelderen

Verder ligt in het adviesprogramma van de minister impliciet de vraag besloten naar de mogelijkheden van een meer op prestatie gebaseerd betalingssysteem voor de gezondheidszorg

Bouwstenen voor een op prestatie gebaseerd betalingssysteem

c.q. de curatieve sector. Dit advies levert daarvoor bouwstenen aan.

### 1.3 Adviesvoorbereiding

Het advies is voorbereid onder verantwoordelijkheid van de raadsleden de heren prof.dr. T.E.D. van der Grinten en mr. A.A. Westerlaken. Voor de advisering is een klankbordgroep ingesteld (zie bijlage 3 voor de samenstelling). Verder is met een groot aantal deskundigen gesproken. Een overzicht van geïnterviewde personen is eveneens opgenomen in bijlage 3.

Klankbordgroep en gesprekken met deskundigen

Ter voorbereiding van het advies zijn door het secretariaat drie achtergrondstudies uitgevoerd. De resultaten daarvan zijn te vinden in:

Drie interne achtergrondstudies

- Historische en internationale context debat Volksgezondheid en zorg, bijlage 4;
- Sturen op versterking van volksgezondheid, bijlage 5;
- Gezondheid als individueel en als collectief goed, bijlage 6.

Verder heeft de heer dr. drs. W. Huppel MBA, internist, werkzaam bij Getronics, op verzoek van de Raad een studie uitgevoerd. Hij heeft onderzoek gedaan naar de mogelijkheid om met een systeem van uitkomstenanalyse de bijdrage van de individuele gezondheidszorg aan volksgezondheidsdoelstellingen zichtbaar te maken. De studie heeft geresulteerd in het rapport Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem. Dit rapport wordt tegelijk met het advies gepubliceerd.

Externe achtergrondstudie over uitkomstenanalyse

### 1.4 Adviesdomein en definities

#### Adviesdomein

Centraal in dit advies staat de vraag op welke wijze de curatieve sector kan bijdragen aan de doelstellingen op het vlak van de volksgezondheid.

Eén vraag centraal ,,

Over de relatie volksgezondheid en gezondheidszorg en de wisselwerking daartussen is veel te zeggen en al gezegd. Het volksgezondheidsmodel van Lalonde is een veel gebruikt model waarin de gezondheidstoestand van de bevolking centraal staat en waarin de verschillende beïnvloedende determinanten in kaart zijn gebracht. Ook de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997 bevat een conceptueel model waarin aangegeven wordt dat de gezondheidstoestand van de

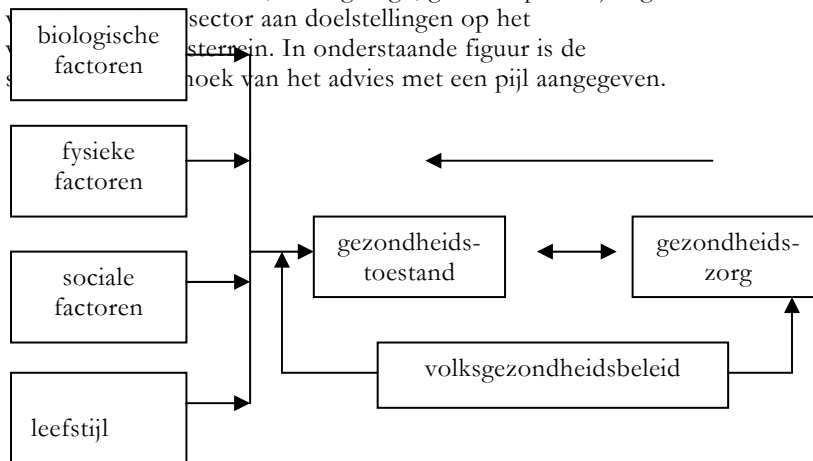
..in de complexe relatie tussen volksgezondheid en zorg

bevolking bepaald wordt door determinanten en doorwerkt in het gebruik van zorg en de daaraan gekoppelde kosten (RIVM; VTV, 1997).

Onderdelen van die relaties zijn door de Raad in andere adviezen aan de orde gesteld. Zo heeft de Raad in zijn advies Gezond zonder zorg geadviseerd over facetbeleid. Facetbeleid heeft tot doel de gezondheidstoestand van de bevolking op een zo hoog mogelijk peil te brengen en te houden door bedoelde of onbedoelde gezondheidseffecten vanuit andere dan VWS-beleidsterreinen in gunstige zin te beïnvloeden (RVZ, 2000). In zijn advies Samenwerken aan openbare gezondheidszorg is de Raad ingegaan op het nut van meer samenwerking tussen de op de bevolking gerichte openbare gezondheidszorg (ogz) en de op de individuele zorgvragers gerichte curatieve zorg (RVZ, 1999). Dit vanuit het perspectief van het optimaliseren van een effectievere en doelmatiger werkende ogz.

Onderdelen van die relatie, facetbeleid en openbare gezondheidszorg, belicht in andere adviezen

De focus in dit advies is, zoals gezegd, gericht op de bijdrage sector aan doelstellingen op het streefpeil. In onderstaande figuur is de hoek van het advies met een pijl aangegeven.



De Raad gaat in dit advies niet specifiek in op de sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV). De reden daarvoor is dat de afgelopen jaren, onder voorzitterschap van prof. dr. W. Albeda, gewerkt is aan een onderzoeksprogramma met als doel inzicht te verwerven hoe die verschillen te verkleinen. In haar eindrapport heeft de commissie Albeda

SEGV's blijven in dit advies buiten beschouwing

beleidsaanbevelingen geformuleerd die variëren van ‘intensivering van anti-armoedebeleid’ tot ‘verhoging van accijns op tabak’ en van ‘experimenteren met methoden om gezond gedrag onder lagere opleidingsgroepen te bevorderen’ tot ‘het terugdringen van blootstelling van fysiek belastend werk in lagere sociaal-economische groepen’.

### **Definities**

De voor dit advies relevante begrippen heeft de Raad uitgewerkt in bijlage 7. Ze zijn (deels) ontleend aan eerdere adviezen. Zo heeft de Raad geconstateerd dat voor een begrip als volksgezondheid of openbare gezondheidszorg geen sluitende, algemeen aanvaarde definitie voorhanden is. De internationale term voor volksgezondheid, ‘public health’, veronderstelt een brede invulling van het begrip openbare gezondheidszorg (RVZ, 1999).

Hier wordt volstaan met een kernachtige typering van enkele begrippen.

*Curatieve gezondheidszorg:* individuele gezondheidszorg.

*Individuele gezondheidszorg:* zorg rechtstreeks betrekking hebbend op een persoon en ertoe strekkende gezondheid te bevorderen, te bewaken, van een ziekte te genezen, voor het ontstaan van een ziekte te behoeden, de gezondheidstoestand te beoordelen of verloskundige bijstand te verlenen.

*Collectieve gezondheidszorg:* zorg die betrekking heeft op groepen personen.

*Openbare gezondheidszorg:* die delen van de gezondheidszorg en het openbaar bestuur die zich doelbewust richten op de ziektepreventie en de bescherming en bevordering van de volksgezondheid.

*Collectieve preventie:* interventies om de gezondheid van de bevolking of specifieke groepen daaruit te beschermen en te bevorderen en om ziektes op (sub)populatie-niveau te voorkómen (RVZ, 1999).

*Primaire preventie:* interventies om een ziekte te voorkómen door het wegnemen van de oorzaken. De doelgroep is de gezonde populatie en het streven is om door beïnvloeding van exogene en/of endogene determinanten de incidentie en

prevalentie van ziekten en aandoeningen te verlagen (RIVM; VTV, 1997).

*Secundaire preventie:* interventies om ziekten in een vroeg stadium op te sporen, daardoor eerder met behandelen te starten met als doel genezing te bewerkstelligen dan wel verergering van ziekte te voorkómen. De doelgroep omvat personen die ziek zijn, maar zich daarvan niet bewust zijn (VTV, 1997).

*Tertiaire preventie:* interventies om verergering of complicaties van ziekten te voorkomen. Deze interventies worden geacht onderdeel uit te maken van de reguliere behandeling, verpleging en verzorging. De doelgroep omvat personen die ziek zijn en bedreigd worden door vermijdbare complicaties.

*Programmatische preventie:* preventie volgens een vooraf vastgesteld programma gericht op een categorie personen met bepaalde risicokenmerken. De hulpverlener treedt actief en anticiperend op.

*Casuïstische preventie:* preventieve activiteit als onderdeel van een individueel hulpverleningsproces.

*Gezondheidstoestand:* gezondheid beschreven in termen van objectief meetbare grootheden of indicatoren.

*Vermijdbare sterfte:* de bij de huidige stand van kennis door preventie en zorg theoretisch te vermijden sterfte (RIVM; VTV, 1997).

*Gezondheidswinst:* op het niveau van de bevolking veelal uitgedrukt in termen van minder sterfte of verlenging van de (gezonde) levensverwachting, op het niveau van de individuele zorg in termen van kwaliteit van leven.

### **Gezondheidsindicatoren**

Sterfte en zelfredzaamheid zijn indicatoren waarmee de gezondheidstoestand van de bevolking kan worden geanalyseerd. Andere indicatoren zijn ziekte, aandoeningen, gevolgen van ziekten en aandoeningen of gezondheidsproblemen van verschillende categorieën van de bevolking.

Onderstaand een overzicht van de verschillende typen indicatoren die aspecten van de gezondheidstoestand weergeven.

<i>Type indicator</i>	<i>Indicatoren</i>
Aan- of afwezigheid van ziekte	<p><i>Incidentie</i>: het aantal nieuwe gevallen van of nieuwe personen met een bepaalde ziekte in een bepaalde periode, absoluut of relatief</p> <p><i>Prevalentie</i>: het aantal gevallen of personen met een bepaalde ziekte op een bepaald moment (punt-prevalentie) of in een bepaalde periode, bijvoorbeeld per jaar (periode-prevalentie), absoluut of relatief</p>
Functioneren en kwaliteit van leven	<p><i>Ervaren gezondheid</i>: te interpreteren als een overall maat voor de gezondheidgerelateerde kwaliteit van leven</p> <p><i>Lichamelijke beperkingen</i>: onderscheiden in langdurige en tijdelijke beperkingen</p> <p><i>Psychisch onwelbevinden</i>: gemeten aan de hand van vragen uit de 'ABS' (Affecte Balance Scale) over negatieve gevoelens</p> <p><i>Handicaps</i>: gedefinieerd als 'maatschappelijke' gevolgen van ziekte</p> <p><i>Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid</i>: als indicatoren van respectievelijk tijdelijke en meer langdurige beperkingen ten aanzien van het verrichten van arbeid</p>
Mortaliteit	<p>Gegevens over <i>sterfte</i></p> <p><i>Levensverwachting</i>: het gemiddeld aantal nog te verwachten levensjaren op een bepaalde leeftijd</p> <p><i>Verloren levensjaren</i>: aantal jaren dat personen die zijn overleden ten gevolge van een aandoening nog geleefd zouden hebben bij afwezigheid van de aandoening ten opzichte van een gekozen bovengrens (bijvoorbeeld de resterende levensverwachting)</p>
Samengestelde volksgezondheidsmaten	<p><i>Gezonde levensverwachting (GLV)</i>: geeft aan hoeveel 'gezonde' levensjaren men mag verwachten</p> <p><i>Disability-Adjusted Life Year (DALY*)</i>: een maat voor de totale hoeveelheid gezondheid die verloren gaat in een bevolking door ziekte of sterfte</p>

Bron: ontleend aan gegevens in VTV 1997

\* De DALY kan als een internationaal gestandaardiseerde QALY worden beschouwd. QALY (Quality Adjusted Life Years) is een maat voor op sterfte en op kwaliteit van leven gecorrigeerde levensjaren. De standaardisering heeft betrekking op de wijze van berekening van verliezen ten gevolge van mortaliteit en ten gevolge van gezondheidsgebreken. Waar de QALY wordt gebruikt als uitkomstmaat voor individuele interventies, wordt de DALY meer ingezet bij de vergelijking van 'performance' van gezondheidszorgsystemen en landen (Rutten, 1997).

## 1.5 Beleidsvragen en leeswijzer

In onderstaand overzicht staan de vragen die de Raad in dit advies beantwoordt. Het zijn de vragen uit het werkprogramma die hij als volgt heeft geoperationaliseerd.

De Raad onderzoekt in de eerste hoofdstukken de vooronderstellingen die kennelijk aan de adviesaanvraag van de minister ten grondslag liggen. In die context worden de volgende vragen beantwoord.

Vragen	Antwoorden:
Is de vooronderstelling die aan de adviesaanvraag ten grondslag ligt, dat in de individuele gezondheidszorg gezondheidswinst is te behalen, juist?	Hoofdstuk 2
Is de vooronderstelling juist dat de inzet en de betrokkenheid van de individuele gezondheidszorg belangrijker wordt voor het realiseren van volksgezondheidsdoelstellingen?	Hoofdstuk 2
Is die gezondheidswinst op bevolkingsniveau, kosteneffectiever met de inzet van de individuele gezondheidszorg te realiseren?	Hoofdstuk 2



Moeten volksgezondheid en individuele gezondheidszorg in het belang van meer gezondheidswinst als beleidsterreinen integreren?

---

In de daarop volgende hoofdstukken beantwoordt de Raad onderstaande beleidsvragen.

Beleidsvragen	Antwoorden
Wat zijn de problemen als volksgezondheidsdoelen medesturend moeten zijn voor activiteiten in de individuele gezondheidszorg?	Hoofdstuk 4
Hoe ernstig en hoe urgent zijn die problemen?	Hoofdstuk 4
Hoe worden de problemen in stand gehouden?	Hoofdstuk 4
Wat zijn de mogelijke beleidsstrategieën en –maatregelen?	Hoofdstuk 5
Welke criteria zijn relevant om de strategieën en maatregelen aan te toetsen?	Hoofdstuk 5
Wat is de uitkomst van de toetsing?	Hoofdstuk 5
Welke beleidsmaatregelen moet de minister nemen?	Hoofdstuk 6
Hoe ziet het bijbehorend actieprogramma eruit?	Hoofdstuk 6

---

## **2 De bijdrage van de individuele gezondheidszorg aan de volksgezondheid**

### **2.1 Inleiding**

Aan de vraag van de minister liggen vooronderstellingen ten grondslag. Een van die vooronderstellingen is dat er in de curatieve sector c.q. gezondheidszorg een potentieel is dat ingezet kan worden voor de volksgezondheid, maar nu onbenut blijft. Een tweede vooronderstelling is dat de inzet en betrokkenheid van de individuele gezondheidszorg belangrijker wordt voor het realiseren van volksgezondheidsdoelstellingen. Een derde vooronderstelling is dat die volksgezondheidsdoelstellingen niet op een andere manier kosteneffectief kunnen worden gerealiseerd zonder inzet of grotere betrokkenheid van de individuele gezondheidszorg. In dit hoofdstuk onderzoekt de Raad of die vooronderstellingen kloppen.

In dit hoofdstuk worden drie vooronderstellingen onderzocht

Voorafgaand aan het onderzoek naar de vooronderstellingen, gaat de Raad in de volgende paragraaf in op de relatie tussen volksgezondheid en individuele gezondheidszorg. Wanneer volksgezondheidsdoelstellingen mede sturend moeten zijn voor activiteiten in de individuele gezondheidszorg, zoals de minister wil, is het van belang inzicht te hebben in die relatie.

Maar eerst iets over de relatie volksgezondheid en zorg

### **2.2 Relatie tussen de volksgezondheid en de individuele gezondheidszorg**

Voor de beoordeling van de bijdrage van de individuele gezondheidszorg aan de volksgezondheid is het van belang welke doelen zijn geformuleerd. Doelen en de wijze waarop die doelen geformuleerd worden, blijken onder meer samen te hangen met visies op de rol van de overheid, het al dan niet onderscheiden van verschillende domeinen en met verschillende definities en interpretaties van gezondheid. In hoofdstuk 4 komt de Raad meer uitgebreid op die doelstellingen terug.

Wat zijn de doelen en hoe zijn ze geformuleerd?

In dit hoofdstuk plaatst de Raad de bijdrage van de individuele gezondheidszorg in het veel gebruikte beleidsmodel van Lalonde (pagina 7). De gezondheidstoestand van de bevolking

De gezondheidstoestand van de bevolking als ijkpunt

is het ijkpunt. De gezondheidstoestand van de bevolking wordt veelal beschouwd als de primaire beleidsdoelstelling van de overheid. De individuele gezondheidszorg is in dat model te beschouwen als een secundair of intermediair beleidsdoel met een verondersteld positief effect op de primaire doelstelling.

De primaire doelstelling is dan gericht op het verbeteren van de gezondheidstoestand van de bevolking: de vermindering van vroegtijdige sterfte, het verhogen van de gezonde levensverwachting en de verhoging van de kwaliteit van leven. De verbetering op die terreinen wordt beschouwd als gezondheidswinst. (Zoals gezegd blijft de doelstelling van het verminderen van Sociaal Economische Gezondheidsverschillen in dit advies buiten beschouwing.)

Primaire doelstellingen:

- Vermindering vroegtijdige sterfte
- Verhogen gezonde levensverwachting
- Verhogen kwaliteit van leven

Gezondheidswinst op de hiervoor genoemde terreinen wordt ook nagestreefd in de individuele gezondheidszorg. Wanneer de Raad in dit advies spreekt over de bijdrage van de individuele gezondheidszorg aan volksgezondheidsdoelstellingen gaat het derhalve om de bijdrage aan het verminderen de vroegtijdige sterfte, het verhogen van de gezonde levensverwachting en de verhoging van de kwaliteit van leven.

Wat is de bijdrage van de individuele gezondheidszorg aan die primaire doelstellingen

### 2.3 Gezondheidswinst in de individuele gezondheidszorg

*Maar de gezondheidszorg kan wel een unieke bijdrage leveren aan de individuele gezondheidszorg en aan de volksgezondheid. Het product van de gezondheidszorg is uniek, in die zin dat een verbetering van de gezondheid in veel gevallen op geen andere manier te verkrijgen is. Een verbetering van de gezondheid is – in economische termen – een bijdrage aan de welvaart. Dit is een positieve bijdrage van de gezondheidszorg aan de samenleving. De waarde van deze bijdrage aan de welvaart is niet eenduidig in guldens uit te drukken, maar dat maakt deze bijdrage niet minder reëel.*  
(Zorg met Toekomst, pag. 12, VWS, 2001)

De bijdrage van de individuele gezondheidszorg aan de volksgezondheid wordt door het kabinet positief gewaardeerd. Dat neemt niet weg dat er ook kritische opmerkingen te vinden zijn in de verkenning 'Zorg met Toekomst'. Het scherpst wordt dit verwoord in de passages waarin gewezen wordt op de schaduwkanten van de medische vooruitgang.

Waardering van het kabinet positief maar tegelijkertijd kritisch

Medisch handelen kan leiden tot een verontrustend laag gezondheidsniveau van de patiënt (Idem, pag. 42 e.v.).

#### **Op zoek naar gezondheidswinst**

"Er zijn vele goede voorbeelden. Onlangs nog had ik het verslag in handen van een reeks debatten in De Balie, eervorig jaar, onder het motto 'Het stelsel op de schop'. Daarin vind ik er vele. Ik noem ze liever in termen van opbrengsten dan bij naam. Tachtig procent reductie van het aantal opnamen van instabiele hartpatiënten. Zeventig procent vermindering van het aantal fouten in de toediening van medicatie. Afname tot zeven procent van het recidive van borstkanker. Doorstroomprojecten met een vermindering van de tijd voor diagnostiek en behandeling met zestig tot negentig procent. Het is maar een willekeurige greep, waarbij je steeds weer afvraagt hoe het komt dat in dit polderland zulke best practices zó moeizaam een weg naar brede toepassing vinden. Artsen, managers in de zorg, politiek en bestuurlijk verantwoordelijken zouden elkaar toch moeten kunnen vinden in een mini-deltaplan om nu eens écht memorabele resultaten te boeken."  
(Hagenouw, voorzitter KNMG, in MC 29 juni 2001)

Dat er nog gezondheidswinst te behalen is in de individuele gezondheidszorg is geen nieuw feit. Voor een aantal ziekten en aandoeningen zijn in de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 1997 (RIVM; VTV, 1997) kwantitatieve indicaties opgenomen over nog te behalen gezondheidswinst. Zo krijgt slechts 50% van de CARA-patiënten het advies te stoppen met roken. De genezing van tuberculose kan met 10% omhoog door het verbeteren van de therapietrouw. Bij mensen met artrose kan gemiddeld per individu een afname van 10 – 30% van pijn en beperkingen bereikt worden door medicatie, oefenen en zelfmanagement.

Gezondheidswinst is eveneens te vinden in wat meestal als 'care' wordt benoemd. Zo blijkt uit de Landelijke Prevalentie Onderzoeken Decubitus 1998-2000 dat veel meer mensen in zowel ziekenhuizen, verpleeghuizen als de thuiszorg last hebben van decubitus dan aanvankelijk werd aangenomen. De verwachting was dat 10-15% van de mensen decubitus zou hebben. Bij de eerste meting in 1998 was de prevalentie in

Dat er nog gezondheidswinst te behalen is, is geen nieuw feit

Gezondheidswinst ook in de 'care sectoren' mogelijk door bijvoorbeeld terugdringen decubitus..

ziekenhuizen 22%, in verpleeghuizen 32% en in thuiszorgorganisaties 21%. Uit die onderzoeken komt eveneens naar voren dat de prevalentiecijfers omlaag kunnen door gericht beleid van de instellingen.

De Gezondheidsraad constateert in het juni 2001 verschenen advies over urine-incontinentie dat een andere aanpak een belangrijke vermindering van de incontinentie en winst in de kwaliteit van leven kan geven. Dat geldt voor een deel van de een op de twintig volwassenen in Nederland die met urine-incontinentie te kampen heeft. Omdat ouderen onvoldoende op de hoogte zijn van de behandelmogelijkheden en er te weinig personeel beschikbaar is in de verzorgings- en verpleeghuizen wordt incontinentie te gemakkelijk geaccepteerd en wordt afgezien van adequate behandeling (Gezondheidsraad, 2001).

.. en terugdringen urine-incontinentie

In de achtergrondstudie naar zorgresultaatanalyse / uitkomstenanalyse is de mogelijke gezondheidswinst voor

Meer gezondheidswinst mogelijk door preventie

<sup>1</sup> Bij ongewijzigd beleid zou over tien jaar voor nieuw ontdekte suikerzieken gelden:

- 20% is blind (preventiemogelijkheid is 50-95%);
- 25% heeft verlies van nierfunctie die dialyse nodig maakt (preventiemogelijkheid 50-70%);
- 25% heeft ernstige voetafwijkingen inclusief amputaties (preventiemogelijkheid is 40-70%);
- 40% heeft ernstige hart en vaatziekten (preventiemogelijkheid is 40-70%).

Bron: Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem, RVZ, 2001

De conclusie kan zijn dat er nog belangrijke gezondheidswinst te behalen is door het zorgproces en de behandelingen te optimaliseren. Daarmee wordt (in)direct een bijdrage geleverd aan volksgezondheidsdoelstellingen.

## 2.4 Individuele gezondheidszorg en preventie

De vooronderstelling dat de inzet en de betrokkenheid van de individuele gezondheidszorg belangrijker wordt om volksgezondheidsdoelstellingen te realiseren, komt de Raad plausibel voor. Vooral als gevolg van (nieuwe) inzichten over preventie in de individuele gezondheidszorg.

Preventie wordt om verschillende redenen belangrijker

Wat preventie betreft wordt het onderscheid in primaire, secundaire en tertiaire preventie gebruikt. De tertiaire preventie is onderdeel van het behandelingsproces. De primaire en secundaire preventie worden veelal tot het terrein van de public health gerekend. De verantwoordelijkheid

Het belang van preventie neemt in de spreekkamer toe

daarvoor ligt primair buiten de individuele gezondheidszorg. Door toenemende kennis over oorzaak en beloop van aandoeningen en de toename van genetische kennis, neemt echter het belang van ook primaire en secundaire preventie in de spreekkamer toe.

Uit onderzoek komen gegevens naar voren die relevant zijn voor tertiaire preventie in de preventie. Zo blijkt uit een grootschalig longitudinaal onderzoek onder ouderen dat depressie onder ouderen ernstige gevolgen heeft. Vergeleken met chronische lichamelijke ziekten blijken bijvoorbeeld de gevolgen voor de beperkingen in het dagelijks functioneren ernstiger. De gegevens uit dergelijk onderzoek kunnen worden gebruikt voor het identificeren van potentieel vruchtbare terreinen voor preventieve interventie (Beekman, et al., 2000).

Onderzoeksgegevens beschikbaar die het belang van preventie aantonen

De komende jaren zal meer geïndividualiseerde risicokennis beschikbaar komen. Van een groot aantal aandoeningen wordt het met het in kaart brengen van het menselijk genoom mogelijk om de oorzakelijke factoren in kaart te brengen. Het al dan niet optreden van een ziekte zal weliswaar niet met zekerheid voorspeld kunnen worden vanwege de multifactorele bepaaldheid van aandoeningen, maar er zullen wel uitspraken mogelijk zijn over het risico op een ziekte (Delnoij, et al., 2001).

Meer geïndividualiseerde risicokennis beschikbaar

Levi ziet de vertaalslag van moleculair-genetische kennis naar betere behandeling van de patiënt als de voornaamste geneeskundige taak in de komende jaren. Vermeerdering van genetische kennis zal bijvoorbeeld leiden tot meer precisie om bij de juiste patiënten de juiste medicijnen voor te schrijven. Het is bekend dat bepaalde groepen patiënten beter niet met cholesterolverlagers behandeld kunnen worden omdat die toch niet of veel minder bij hen werken. Bovendien helpt de huidige informatisering om alle volledige, verzamelde medische kennis in een minimum van tijd beschikbaar te hebben voor de behandelend arts (Levi, 2001). Ook het kabinet wijst in 'Zorg met Toekomst' op het toenemend belang van preventie op basis van de voorspellende geneeskunde.

Meer genetische kennis die in de spreekkamer een rol gaat spelen

Verder is te verwachten dat er meer bekend zal worden over risico's verbonden aan voeding en de toevoeging van stoffen met een farmacologische werking aan voedingsmiddelen (Delnoij, et al., 2001; RVZ, 2001).

Meer kennis over risico's van voeding

De contacten in de spreekkamer bieden bovendien mogelijk meer kansen dan tot nu toe gedacht voor preventie. In het bijzonder door risicofactoren voor de gezondheid die samenhangen met leefstijl, bijvoorbeeld roken en bewegen, aan de orde te stellen. Die conclusie is te trekken uit onderzoek waaruit blijkt dat (Maastrichtse) burgers een hoge mate van belang toeschrijven aan determinanten van gezondheid die individueel beïnvloedbaar zijn. De onderzoekers trekken de conclusie dat dit positief is voor gedragsgerichte gezondheidsinterventies. Burgers hebben meer vertrouwen in gezondheidszorginterventies dan in strategieën op het terrein van de openbare gezondheid (Commers, 2001 en Commers en De Leeuw, 2001).

In de spreekkamer zijn mensen gevoelig voor preventie

Verder acht de Raad het aannemelijk dat de individuele gezondheidszorg meer ingezet zal worden voor primaire en secundaire preventie. Voor dat laatste kan een overweging zijn dat sommige public healthactiviteiten, zoals programmatische preventie, vanuit het oogpunt van (kosten)effectiviteit, beter een plaats binnen de individuele gezondheidszorg kunnen krijgen. Daarbij moet met name gedacht worden aan evidence based secundaire preventie waarbij de betrokkenheid van de curatieve sector wenselijk is vanwege bijvoorbeeld het bereiken van doelgroep en/of het realiseren van een adequate follow-up.

In de individuele gezondheidszorg ook meer primaire en secundaire preventie

## 2.5 Kosteneffectiviteit

De derde vooronderstelling is dat met een betere incentive-structuur en daardoor grotere inzet en betrokkenheid van de individuele gezondheidszorg meer gezondheidswinst te boeken is. Daarbij gaat het in feite om drie zaken. Allereerst gaat het om het vergroten van de kosteneffectiviteit van de interventies in de gezondheidszorg zelf, waardoor met eenzelfde budget meer gezondheidsverbetering kan worden bereikt. Ten tweede gaat het om de veronderstelling dat bepaalde interventies, zoals preventieve programma's, in de gezondheidszorg kosteneffectiever kunnen worden uitgevoerd dan als apart georganiseerd en gefinancierd programma in de openbare gezondheidszorg. Tenslotte kunnen vergelijkende kosteneffectiviteitsstudies behulpzaam zijn bij het stellen van prioriteiten, waarbij aan interventies of programma's met de grootste gezondheidswinst ten opzichte van de te maken kosten, voorrang kan worden gegeven.

De derde vooronderstelling gaat over de kosteneffectiviteit



### *Kosteneffectiviteit*

De kosteneffectiviteit van de gezondheidszorg is om meer redenen een lastig vraagstuk. In de eerste plaats zijn de methodologische vraagstukken die samenhangen met kosteneffectiviteitsberekeningen nog niet allemaal opgelost. De Raad heeft eerder (in 1997) onderzoek laten verrichten naar de 'state of the art' van economische evaluatieonderzoek in de gezondheidszorg. In de studie van prof. F.F.H. Rutten hierover worden onder meer de volgende conclusies, die de Raad onderschrijft, getrokken:

- hoewel overeenstemming bestaat over de principes van de berekening van kosten in economisch evaluatieonderzoek moeten ad hoc-oplossingen gezocht worden voor een inschatting van werkelijke kosten van gezondheidszorgprogramma's, met name als bestaande registratiesystemen en informatiebronnen daarvoor weinig houvast bieden;
- hoewel de consensus over kwantificering en waardering van opbrengsten in economisch evaluatieonderzoek de laatste jaren sterk is toegenomen, is wel een empirisch onderzoek gestart naar de aanvaardbaarheid van de principes waarop het QALY-model (een essentieel element van economische evaluatie) berust;
- op twee terreinen, het incorporeren van tijdspreferenties in een economische evaluatie en het omgaan met onzekerheid in zo'n analyse, moet nog veel onderzoek verricht worden.

De overallconclusie was en is dat er een methodiek is voor de waardebeoordeling van gezondheidszorginterventies die bruikbaar is voor het beleid, mits uitgevoerd door kwalitatief goede en onafhankelijke onderzoekers. Sinds 1997 is bovendien verder wereldwijd onderzoek verricht naar de aanvaardbaarheid van het QALY-model. De uitkomst is dat het model houdbaar is. De kosten per QALY als uitkomstmaat voor gezondheidszorginterventies worden algemeen aanvaard en deze maat wordt ook aanbevolen in de richtlijnen voor farmaco-economisch onderzoek van het College voor zorgverzekeringen.

In de tweede plaats moeten nog 'praktische' problemen worden opgelost. Het is duidelijk dat bijvoorbeeld een probleem als gebreken in registratiesystemen en informatiebronnen over werkelijke kosten van interventies in de individuele gezondheidszorg nog niet is opgelost. Met name als het gaat om de werkelijke kosten van interventies in de

Methodologische problemen

Praktische problemen

praktijk (buiten trial verband) is er nog gebrek aan goede databronnen.

In de derde plaats zegt de maat kosten per QALY weliswaar iets over de investering die nodig is voor bepaalde interventies om een eenheid gezondheidswinst te boeken en dus over de relatieve efficiëntie van die interventies, maar uiteindelijk moeten verschillende investeringen tegen elkaar afgewogen worden. Dat afgewegen van de investeringen is zo moeilijk omdat het uiteindelijk, gegeven het beschikbare budget, een oordeel impliceert over de waarde van gezondheidswinst bij de ene groep mensen ten opzichte van een andere groep. Naast doelmatigheidsaspecten zijn dus ook verdelingsaspecten van belang.

Investerings tegen elkaar afgewogen

Of meer gezondheidswinst op bevolkingsniveau alleen kosteneffectief bereikt kan worden met meer inzet en grotere betrokkenheid van de individuele gezondheidszorg is in zijn algemeenheid niet te beantwoorden. Daarvoor moet worden afgedaald naar de afzonderlijke interventie of het afzonderlijke programma. Het zou bovendien betekenen dat de Raad een vergelijking zou moeten maken tussen een aanpak gericht op gezondheidswinst uitgevoerd in de individuele gezondheidszorg met een uitvoering door de openbare gezondheidszorg. Dit advies is daarvoor niet de plaats.

De vraag van de kosteneffectiviteit in zijn algemeenheid niet te beantwoorden

Wel is de conclusie van de Raad dat het mogelijk is uitspraken te doen over kosteneffectiviteit van specifieke interventies. Langs die weg kunnen keuzes gemaakt worden voor een betere toerusting van de individuele gezondheidszorg om meer bij te dragen aan volksgezondheidsdoelstellingen.

Wel uitspraken mogelijk over kosteneffectiviteit van specifieke interventies

## 2.6 Conclusies

De Raad vat de conclusies uit bovenstaande hier samen. De gezondheidswinst in de individuele gezondheidszorg blijft achter bij de mogelijkheden. Er is nog gezondheidswinst te behalen door het zorgproces en de behandelingen te optimaliseren. Daarmee wordt (in)direct een bijdrage geleverd aan volksgezondheidsdoelstellingen.

Gezondheidswinst blijft achter bij de mogelijkheden

Door toenemende kennis over oorzaak en beloop van aandoeningen en de toename van genetische kennis, neemt het belang van primaire en secundaire preventie in de spreekkamer toe. In die zin zal de individuele gezondheidszorg belangrijker

De inzet van de individuele gezondheidszorg wordt belangrijker om winst te boeken

worden om volksgezondheidsdoelstellingen te bereiken. Ook door meer tertiaire preventie is nog winst te boeken.

Of meer gezondheidswinst op bevolkingsniveau alleen kosteneffectiever bereikt kan worden met meer inzet en grotere betrokkenheid van de individuele gezondheidszorg, is in zijn algemeenheid niet te beantwoorden. Wel is het mogelijk uitspraken te doen over kosteneffectiviteit van interventies. Langs die weg kunnen keuzes gemaakt worden voor een betere toerusting van de individuele gezondheidszorg om meer bij te dragen aan volksgezondheidsdoelstellingen.

Met onderzoek naar kosteneffectiviteit van preventieve interventies zijn betere keuzes te maken

Van een wat andere orde is de vraag of volksgezondheid en individuele gezondheidszorg moeten integreren om meer volksgezondheidsdoelstellingen te bereiken. Die vraag van de minister, die meent dat de tijd rijp is voor een hernieuwde poging tot integratie van de beleidsterreinen volksgezondheid en individuele gezondheidszorg, beantwoordt de Raad in het volgende hoofdstuk.

### 3 Volksgezondheid en zorg: samen of apart?

#### 3.1 Inleiding

De aanleiding tot het advies is, zoals gezegd, onder meer gelegen in het feit dat de minister van mening is dat volksgezondheid en zorg meer een eenheid zouden moeten vormen. Die opvatting is eveneens terug te vinden in de discussie over de inrichting van het stelsel van de gezondheidszorg in relatie tot de mogelijkheden voor openbare gezondheidszorg. "Uiteindelijk moeten wij van een paar apart naar een bijzondere vorm van een Siamese tweeling. De één kan niet zonder de ander." (Van der Veen, TSG, 2001).

In dit hoofdstuk gaat de Raad in op het feit dat er kennelijk een probleem is ontstaan door de op dit moment gescheiden beleidssystemen volksgezondheid en gezondheidszorg. In paragraaf 3.2 wordt ingegaan op de vraag waarom het vraagstuk van integratie van volksgezondheid en individuele gezondheidszorg actueel is geworden. Welke (nieuwe) inzichten zijn een verklaring voor die actualiteit? Waarom een pleidooi voor integratie op dit moment?

Waarom een pleidooi voor integratie op dit moment?

In paragraaf 3.3 wordt nagegaan hoe die relatie zich in de loop der tijd heeft ontwikkeld. In het bijzonder wordt aandacht besteed aan het waarom van de gescheiden beleidssectoren.

De bevindingen in dit hoofdstuk zijn onder meer gebaseerd op de achtergrondstudies Historische en internationale context debat Volksgezondheid en zorg en Gezondheid als individueel en als collectief goed (bijlagen 4 en 6).

#### 3.2 Redenen voor integratie

Het behalen van gezondheidswinst is een belangrijk motief om integratie van volksgezondheid en zorg te bepleiten. De verwachting is namelijk dat voor het behalen van gezondheidswinst de bijdrage van de gezondheidszorg steeds belangrijker wordt. Mackenbach wijst in dit verband bijvoorbeeld op de toenemende effectiviteit van de gezondheidszorg en groot bereik in de bevolking (Mackenbach, 2001).

Het belang van meer gezondheidswinst is een reden

Wat die gezondheidswinst betreft, wijzen velen verder op de minder gunstige positie die Nederland op dit moment in dit opzicht inneemt. Voor het eerst sinds de opkomst van de moderne medische wetenschap eind vorige eeuw, stagneert de toename in onze gezonde levensverwachting. De traditionele koppositie van Nederland binnen Europa dreigt binnen enkele decennia een staartpositie te worden. "We zakken bij ongewijzigd beleid naar de staart van het Europese klassement." (Platform openbare gezondheidszorg, 2000). De gemiddelde gezonde levensverwachting neemt langzamer toe dan de gemiddelde levensverwachting (Rengeling, TSG, 2001).

Minder gunstige positie voor Nederland

Hoewel er veel kritiek is op het recente rapport van de WHO (WHO, 2000), wordt de stagnatie van gezondheidswinst bevestigd door het RIVM dat op verzoek van de minister een analyse maakte van de in loop van het jaar 2000 verschenen rapporten waarin volksgezondheid en zorg internationaal worden vergeleken. Verder concludeert het RIVM dat scores in internationale rapporten niet altijd bruikbaar zijn voor het beleid vanwege onvolkomenheden in dataverzameling. Wel ziet het RIVM in de visie van de WHO op wat een rechtvaardig zorgsysteem is, een inspiratie voor de stelsel discussie.

Stagnatie gezondheidswinst

De concrete gegevens in de rapporten over de trends in levensverwachting spreken volgens het RIVM echter duidelijke taal. Roken is geïdentificeerd als de belangrijkste enkelvoudig herkenbare oorzaak van de stagnerende levensverwachting. Verder doet Nederland het ten opzichte van het EU-gemiddelde bijvoorbeeld vergelijkbaar of beter voor coronaire hartziekten, beroerte en 'accidentele val'. Voor andere doodsoorzaken komt Nederland boven het EU-gemiddelde uit. Dat geldt voor onder meer borstkanker, prostaatkanker en longkanker bij oudere mannen en jongere vrouwen. Dergelijke gegevens vragen om een antwoord van het volksgezondheidsbeleid. Het belang van preventie is evident (RIVM, 2001).

Roken is de belangrijkste enkelvoudige oorzaak voor de stagnerende levensverwachting

De komende stelselherziening is eveneens aanleiding voor het pleidooi van integratie van volksgezondheid en zorg. In alle lagen van de gezondheidszorg moeten 'bevorderen van gezondheid en kwaliteit van leven' volgens de NSPH structureel zijn ingebed en van passende werkvormen worden voorzien (NSPH, 2001).

Meer algemeen wordt de stelselherziening gezien als een moment bij uitstek om opnieuw stil te staan bij de doelstellingen van het stelsel. Zo wijst Van der Veen erop dat in de stelselbespreking niet of nauwelijks aandacht is besteed aan de vraag wat de gezondheidszorg moet opleveren. Met andere woorden: de uitkomsten worden niet gedefinieerd. Een eerste taak voor de public health is volgens hem om de voorwaarden voor en de uitkomsten van de gezondheidszorgactiviteiten in zoveel mogelijk meetbare termen te definiëren (Van der Veen, TSG, 2001). Anderen wijzen op het belang van de veranderende behoefte in de bevolking als grondslag voor wijzigingen in het zorg- en verzekeringsstelsel. Die veranderende behoefte kenmerkt zich door een toenemend aantal chronisch zieken, die bovendien sommige bevolkingsgroepen meer treffen dan andere (Delnoij, et al., 2001).

De stelselherziening is een moment om stil te staan bij de doelstellingen van beide beleidsterreinen

Voor integratie pleit ook dat er steeds meer aandacht komt voor (collectieve) uitkomsten van zorg, zorgresultaten en gezondheidswinst. Uitkomsten worden op populatieniveau met elkaar vergeleken en gezondheidszorg - ook als deze individueel wordt aangeboden - wordt beoordeeld met collectieve maatstaven. Individuele zorg wordt steeds meer op basis van collectieve uitkomsten van zorg bijgesteld en aangepast. Voor zorgaanbieders leidt dit ertoe dat zij op hun verantwoordelijkheid voor volksgezondheidsdoelen binnen de individuele gezondheidszorg worden aangesproken. Gezondheidswinst en verhoging van kwaliteit van leven zijn volksgezondheidsdoelen die niet alleen in de collectieve, maar ook in de individuele gezondheidszorg behaald kunnen worden (bijlage 6).

Individuele gezondheidszorg wordt aangesproken op verantwoordelijkheid voor volksgezondheidsdoelstellingen

### 3.3 Redenen voor de twee gescheiden beleidssystemen

De Volksgezondheidsnota 1966 gaat nog duidelijk uit van de volksgezondheid als een geïntegreerd systeem van collectieve activiteiten en individuele zorg. Na het verschijnen van de Structuurnota in 1974 ligt het accent in het overheidsbeleid echter volledig op de structuur van de gezondheidszorg: de zorgvoorzieningen, de ziektekostenverzekering en de prijzen en tarieven in de gezondheidszorg. De sterke kostenstijging in die tijd in de gezondheidszorg is aanleiding om voor die sector een herstructurering te bepleiten. Volksgezondheidsactiviteiten

Tot 1966 een geïntegreerd systeem, maar onder druk van kostenstijgingen..

worden daarmee beleidsmatig buiten het domein van de gezondheidszorg geplaatst.

Die eenzijdige bemoeienis met de structuur van de gezondheidszorg vanaf 1974 heeft voor de volksgezondheid, waarvoor – zoals alle partijen erkennen – de overheid de primaire verantwoordelijkheid draagt, twee gevolgen:

1. Het politiek adagium van de bij voorkeur private uitvoering van de openbare gezondheidszorg en de (collectieve) preventie maakt een goede vormgeving van een geïntegreerd volksgezondheidsbeleid moeizaam.
2. Er heeft, toen de WVG niet doorging en een stelselherziening in het verschiet lag, een nogal onverhoedse decentralisatie van verantwoordelijkheden van het rijk naar gemeenten plaatsgevonden, die later niet meer is teruggedraaid.

..vanaf 1974 twee gescheiden beleidssystemen

In de periode 1985 – 2000 worden pogingen ondernomen om aan de steeds verdergaande scheiding tussen volksgezondheid en zorg een einde te maken. Zo wordt een integraal volksgezondheidsbeleid gepropageerd door de diverse overheidsverantwoordelijkheden te verduidelijken en door de positie van de GGD's te versterken. Er wordt een begin gemaakt met het hanteerbaar maken van de spanning tussen de 'reikwijdte' van de overheidsverantwoordelijkheden en die van de 'private uitvoering'. Die spanning leidt ertoe dat aan de openbare gezondheidszorg aanpalende terreinen zoals de curatieve sector zich maar in beperkte mate verantwoordelijk voelen voor taken op dit gebied.

Vervolgens weer pogingen om ze bij elkaar te brengen

In zijn advies Samenwerken aan openbare gezondheidszorg heeft de Raad de opvatting verwoord dat volksgezondheid en zorg bij elkaar horen. Preventie (primaire en secundaire) en zorg (care en cure) behoren idealiter tot een en hetzelfde systeem van redeneren, streven en doen. De zorg voor de gezondheid van de bevolking én de zorg voor individuele burgers zijn aan elkaar gekoppeld. Het feit dat ze bij elkaar horen, betekent naar de mening van de Raad echter niet zonder meer dat integratie van beide beleidssystemen voor de hand ligt. Hij heeft voor continuering van de gegroeide en in de WCPV vastgelegde bestuurlijke verhoudingen gekozen. Hij vindt dat daarmee recht wordt gedaan aan zowel de noodzaak van de professionele en wetenschappelijke programmering en protocollering van de ogz als aan de noodzaak van de lokale regionale inbedding, betrokkenheid en flexibiliteit (RVZ, 1999).

Ondanks het feit dat volksgezondheid en individuele gezondheidszorg bij elkaar horen, toch ook redenen voor een aparte benadering

Wel heeft de Raad loopbruggen tussen de openbare gezondheidszorg en de curatieve sector bepleit vanuit het perspectief van het optimaliseren van een effectievere en doelmatiger werkende ogz. Ook in het Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg wordt gewezen op het belang van samenwerking tussen de instellingen en beroepsbeoefenaren in de openbare gezondheidszorg en die in de curatieve zorg en de verpleging en verzorging (cure en care). De veronderstelling is dat beide delen van de gezondheidszorg veel mogelijkheden bieden voor (gezamenlijke) activiteiten gericht op het behalen van gezondheidswinst (NCOP, 2001, p. 4).

Loopbruggen en samenwerken

Wat public health en preventie betreft, stelt het kabinet zich op het standpunt dat die steeds een sterke aanwezigheid van de (landelijke en lokale) overheid zullen blijven vergen vanwege het collectieve karakter en de externe effecten. Wel voorziet het kabinet een verschuiving van verantwoordelijkheden en in de rolverdeling op dit terrein. Zo moet volgens het kabinet ook op deze terreinen met meer marktconforme mechanismen gewerkt gaan worden. En van zorgaanbieders en verzekeraars verwacht het kabinet dat ze het belang inzien van effectieve preventie. (In hoofdstuk 4 komt de Raad op deze verwachting van het kabinet terug.)

Preventie zal altijd een sterke aanwezigheid van de overheid vergen

De Raad ziet nog andere redenen waarom op dit moment de keuze voor twee gescheiden beleidsterreinen de beste is. Overigens spreekt de Raad liever van twee beleidslijnen die samenkomen in het beleidsdomein volksgezondheid. Collectieve doelstellingen zijn principieel wel te herleiden tot individuele doelen van gezondheidszorg, maar dit ideaal is in praktisch opzicht niet geheel en al te bereiken via de weg van de individuele gezondheidszorg.

De Raad spreekt liever van twee beleidslijnen dan van twee beleidsterreinen

In normatief opzicht worden andere accenten gelegd. In de individuele gezondheidszorg staat de individuele patiënt centraal en zijn principes als autonomie, informed consent, keuzevrijheid en privacy vanzelfsprekende normatieve uitgangspunten. Op het terrein van de volksgezondheid staan andere principes centraal, zoals solidariteit, gelijkheid, effectiviteit en utiliteit. Als binnen de individuele gezondheidszorg volksgezondheidsdoelstellingen betrokken worden, is het de vraag of belangen van volksgezondheid de individuele belangen van de patiënt niet gaan overspelen.

Normatieve principes hebben verschillend gewicht



Verder is het zeker zo dat in de individuele gezondheidszorg preventie meer gewicht moet krijgen (zie ook par. 3.2). Toch moet bedacht worden dat mensen zich pas tot de individuele gezondheidszorg wenden als ze klachten hebben. Het bereik van de individuele gezondheidszorg mag dan groter worden, grote groepen mensen komen pas laat met de individuele gezondheidszorg in aanraking. Bovendien komt op deze deelmarkt niet automatisch voldoende aanbod tot stand (RVZ, 2000). Collectieve (c.q. ongevraagde en/of niet tot een persoon herleidbare) preventie zal daarom ook deels buiten de individuele gezondheidszorg moeten plaatsvinden.

Er zal altijd preventie nodig zijn buiten de individuele gezondheidszorg

### 3.4 Conclusies

De pleidooien voor integratie van volksgezondheid en zorg lijken vooral ingegeven door zorginhoudelijke noties. Hoewel vooral financiële en bestuurlijke overwegingen tot twee gescheiden terreinen hebben geleid, zijn er toch ook zorginhoudelijke motieven die daarvoor pleiten. Grote groepen mensen komen pas laat met de individuele gezondheidszorg in aanraking, waardoor preventie ook buiten dat terrein altijd belangrijk blijft.

Pleidooi voor integratie ingegeven door zorginhoudelijke noties

Volksgezondheid en individuele gezondheidszorg horen op basis van het paradigma bij elkaar. Voorlopig moeten ze echter als twee gescheiden beleidsterreinen of beleidslijnen blijven bestaan, maar wel uitdrukkelijk onder de competentie van de minister van volksgezondheid. De argumenten/redenen daarvoor zijn naar de mening van de Raad overtuigender dan die voor integratie.

Voorlopig gescheiden houden, maar wel uitdrukkelijk onder de competentie van de minister van volksgezondheid

Voor dit advies betekent die constatering dat het accent meer moet komen te liggen op 'samen en apart'. Samen omdat volksgezondheidsdoelstellingen alleen bereikt kunnen worden door op beide terreinen te investeren. Apart omdat er naar de mening van de Raad op die terreinen verschillende instrumenten nodig (zullen) zijn om gezondheidswinst te boeken.

Samen en apart

De Raad ziet mogelijkheden voor een grotere bijdrage van de individuele gezondheidszorg aan het realiseren van volksgezondheidsdoelen. De ongezondheid in de bevolking kan door de individuele gezondheidszorg verminderd worden. Gezondheidswinst voor de bevolking is in de individuele gezondheidszorg voor een belangrijk deel te vinden in het

verbeteren van zorginterventies c.q. behandeling en verbetering van het proces van zorg. Verder zijn er meer mogelijkheden om de individuele gezondheidszorg in te schakelen bij de uitvoering van (collectieve) preventie.

## 4 Probleemanalyse

### 4.1 Inleiding

Uit de voorafgaande hoofdstukken is duidelijk dat de Raad een keuze moet maken bij het analyseren van de problemen die ertoe hebben geleid dat de gezondheidswinst in de individuele gezondheidszorg, en daarmee de bijdrage aan volksgezondheidsdoelstellingen, achterblijft bij de mogelijkheden. Zo nodigt de conclusie van de Raad dat er nog gezondheidswinst is te behalen door het optimaliseren van behandelingen en de organisatie van de zorg uit tot het analyseren van de vraag waarom dat nog in onvoldoende mate gebeurt.

De Raad moet een keuze maken vanwege de verschillende invalshoeken die mogelijk zijn

Over wat er nodig is voor het optimaliseren van behandelingen en een andere organisatie van de zorg heeft de Raad eerder geadviseerd. Zo heeft hij in het advies over de medisch specialistische zorg aanbevelingen geformuleerd voor het herontwerpen van zorgprocessen (Business Process Redesign (BPR)). En in het advies Professionals in de gezondheidszorg heeft hij de professionele standaard als vehikel voor een 'state of the art' behandeling benadrukt. (RVZ, 2001 en RVZ, 1999).

Het optimaliseren van behandelingen en een andere organisatie van de zorg is een onderdeel van het kwaliteitbeleid in organisaties en instellingen. Op deze gebieden gebeurt al het een en ander. En met succes, zoals ook uit het volgende voorbeeld blijkt.

### **Minder sterfte en meer zelfredzaamheid**

In Delft kunnen mensen met een CVA direct worden opgenomen op de stroke unit van het ziekenhuis en zo nodig doorstromen voor revalidatie elders. Deze snelle behandeling is een duidelijk succes: er sterven minder patiënten, het verblijf in het ziekenhuis is korter en zij revalideren eerder en met een betere uitkomst. Ten opzichte van een spiegelgroep was in de Delftse CVA-service de sterfte binnen een halfjaar na het CVA 6 procent lager, het aantal verkeerde-beddagen 7 maal kleiner, het verblijf in de stroke unit 2 maal korter en de intramurale revalidatie in een CVA-afdeling van het verpleeghuis een kwart korter. Zes maanden na het CVA hadden de CVA-patiënten op alle van de tien volgens de Sickness Impact Profile gemeten dagelijkse activiteiten minder beperkingen dan in de spiegelgroep. De sterfte onder de Delftse CVA groep is nu van het niveau van de *randomised clinical trials*, evenals het percentage langdurig geïnstitutionaliseerde CVA-patiënten.

Bron: Cools en Swen in Medisch Contact, 18 mei 2001

Vanuit de vraagstelling voor dit advies, hoe volksgezondheidsdoelstellingen mede richtinggevend kunnen zijn voor activiteiten in de individuele gezondheidszorg, ziet de Raad de volgende twee belangrijke probleemgebieden. Het (toekomstig) zorg- en verzekeringsstelsel is onvoldoende toegerust om preventie, nodig om volksgezondheidsdoelstellingen te bereiken, een prominente plek te geven. Verder zijn er minder sturingsmogelijkheden in de individuele gezondheidszorg om volksgezondheidsdoelen op te leggen. Hieronder verkent de Raad deze twee probleemgebieden verder.

Twee probleemgebieden  
centraal

#### **4.2 Zorg- en verzekeringsstelsel onvoldoende toegerust voor samenhang tussen preventie, care en cure**

In de zorgpraktijk wordt nog onvoldoende ingespeeld op de noodzaak van meer samenhang tussen preventie, care en cure. In het vorige hoofdstuk kwam al aan de orde dat door de toenemende kennis over risicofactoren preventie en individuele zorg steeds meer in elkaar schuiven. Preventieve zorg is daarmee evenzeer de verantwoordelijkheid van ziekenhuizen als van GGD-en. (Delnoij, et al., 2001b). In dat

Zorgpraktijk nog onvoldoende ingespeeld op noodzaak van meer samenhang tussen preventie, cure en care

verband wordt wel gesproken van een ‘performance crisis’ in het Nederlandse stelsel omdat de zorg (care, cure en preventie) zich onvoldoende snel aanpast aan de veranderende ‘needs’ van de bevolking (Delnoij, et al., 2001a).

Verder is een probleem dat (ook) het (toekomstig) zorg- en verzekeringsstelsel nog onvoldoende is toegerust om meer samenhang tussen preventie, care en cure te faciliteren. Het kabinet wijst daar eveneens op in zijn nota Vraag aan bod. De verschuiving van verantwoordelijkheden die het kabinet voor ogen staat op het terrein van public health en preventie vereist nog de nodige uitwerking. Zo zoekt de overheid naar incentives om de preventieve zorg tot een meer vanzelfsprekend aandachtsgebied van verzekeraars en zorgaanbieders te maken.

Verzekeringstelsel te weinig prikkels voor preventie

Daarbij wijst het kabinet op de noodzaak prestaties van partijen op dit gebied zodanig meetbaar te maken, dat ze contractueel kunnen worden overeengekomen. Een bijzonder punt van aandacht bij verzekeraars daarbij is in hoeverre een deel van de public healthactiviteiten onder de risicodragende uitvoering kan worden begrepen omdat er een beperking van de schadelast tegenover staat. (VWS, 2001).

Zoals gezegd is de overheid op zoek naar incentives om de preventieve zorg tot een meer vanzelfsprekend aandachtsgebied van verzekeraars en zorgaanbieders te maken. Dat dit nu niet het geval is, heeft verschillende oorzaken.

Preventie niet vanzelfsprekend

Aan de kant van de aanbieders van tertiaire preventie zijn verschillende oorzaken te noemen waarom preventie niet vanzelfsprekend is. Soms heeft dat een financiële achtergrond, soms zijn er verschillen van inzicht over wie de meest aangewezen persoon/instelling is om tertiaire preventie aan te bieden. In de huisartsengeneeskunde is bijvoorbeeld nog volop discussie gaande over het basistakenpakket en het aandeel preventie daarin (onder meer naar aanleiding van het rapport van de commissie Tabaksblat). Sommigen vinden dat de huisarts zich moet toeleggen op diagnostiek omdat hij of zij daarvoor is opgeleid. De preventieve taken zouden beter passen in een takenpakket voor de praktijkverpleegkundige.

Aanbieders zijn het niet altijd eens over wie wat moet doen

Een andere reden waarom zorgaanbieders preventie niet vanzelfsprekend meenemen in hun zorgverlening is van normatieve aard. Hulpverleners voelen zich niet geroepen om patiënten te wijzen op hun ongezonde leefstijl en

<p>veronderstellen dat patiënten dat ook niet van hen verwachten. Het kan namelijk als een behoorlijke inmenging in de privé-sfeer gevoeld worden, waar patiënten mogelijk niet van gediend zijn. Hulpverleners voelen zich – terecht of onterecht – verlegen met leefstijlvoorschriften (zie verder ook bijlage 6).</p>	<p>Patiënten niet altijd gediend van preventie</p>
<p>Het aandeel preventie in de behandeling is verder nog al eens het kind van de rekening omdat preventie tijdsintensief is en moet concurreren met acute behandelingen of interventies. Door het tijdsintensieve karakter zien veel instellingen en beroepsbeoefenaren preventie als een netto kostenpost. In de financiering van zorgaanbieders zitten namelijk nauwelijks parameters die betrekking hebben op tertiaire preventie of collectieve (primaire en secundaire) preventie.</p>	<p>Preventie moet concurreren met acute behandelingen of interventies</p>
<p>Zorgaanbieders worden gefinancierd op basis van een mix van capaciteit en productie. Huisartsen krijgen voor ziekenfondspatiënten bijvoorbeeld een vast bedrag. Dat nodigt niet uit tot moeilijke gesprekken met de patiënt over bijvoorbeeld stoppen met roken. In ziekenhuisbudgetten spelen adherentie, beddenaantallen, functieplaatsen, polikliniekbezoeken, verpleegdagen, dagbehandelingen en bijzondere verrichtingen een rol. Pas sinds kort maakt de beleidsregel zorgvernieuwing een zekere substitutie tussen de verschillende budgetparameters mogelijk. Preventie wordt bij deze aanbieder niet gestimuleerd.</p>	<p>Financiering stimuleert geen preventie</p>
<p>Waar wel preventieve parameters in de budgetsystematiek zitten (riagg's, thuiszorg), heeft dit betrekking op de input en is er geen relatie met de opbrengst. Zicht op de resultaten ontbreekt (daardoor). Ook dat is weinig stimulerend.</p>	
<p>In de verzekeraarsbudgettering zitten evenmin expliciete preventieve parameters. De parameters in de Ziekenfondswet hebben betrekking op het risicoprofiel van de populatie. Belangrijke parameters zijn geslacht, leeftijd, regio, arbeidsrechtelijke status en sinds kort farmaciekostengroepen (fkg's). In de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) ontbreekt een op het risicoprofiel van de populatie gebaseerde budgettering. Er is dus sprake van een per capita systeem. Hierdoor zal een verzekeraar die uit is op maximalisatie van zijn bedrijfsresultaat derhalve alleen geïnteresseerd zijn in preventie die aantoonbaar leidt tot schadelastbeheersing.</p>	<p>In de verzekeraarbudgettering geen expliciete preventie parameters</p>
<p>Een additioneel probleem voor de verzekeraar is dat de opbrengsten van preventie zich pas in de toekomst voordoen.</p>	<p>De opbrengsten komen pas later</p>

De verzekerde kan dan inmiddels van verzekeraar zijn veranderd, waardoor de verzekeraar kosten kan maken zonder de opbrengsten te krijgen.

Een moeilijkheid voor de zorgverzekeraar is verder dat hij door zijn verzekerde in toenemende mate wordt beoordeeld op het belang van de verzekering voor de individuele verzekerde. Traditioneel heeft (primaire en secundaire) preventie daarin een beperkte plaats. In dat opzicht is de uitkomst van het onderzoek van Berenschot naar preventie door zorgverzekeraars niet verrassend: preventie wordt overwegend ingezet als marketinginstrument. Programmatische preventie vinden zij overwegend een taak van de centrale overheid. Sommige vormen van preventie leiden bovendien op termijn tot een hogere schadelast doordat uiteindelijk meer zorg wordt geconsumeerd.

Verzekeraar wordt beoordeeld op belang voor de individuele verzekerde

#### **4.3 Ontbreken effectieve sturingsinstrumenten voor volksgezondheidsdoelstellingen in de individuele gezondheidszorg**

Wat de sturingsinstrumenten betreft, gaat de Raad in deze paragraaf in op meer specifieke instrumenten die ontbreken om volksgezondheidsdoelen in de individuele gezondheidszorg te kunnen bevorderen. De inrichting van het zorg- en verzekeringsstelsel is immers ook een sturingsinstrument. Hier gaat het om het ontbreken van concrete doelstellingen, het gebrek aan gegevens over prestaties en het gebrek aan openbaarheid van informatie over prestaties.

##### **Het ontbreken van concrete doelstellingen**

Als volksgezondheidsdoelen mede sturend moeten zijn voor activiteiten in de individuele gezondheidszorg, zijn doelstellingen nodig. Dat is nodig als de overheid de individuele gezondheidszorg wil kunnen aanspreken op prestaties en die ook wil kunnen beoordelen. Die doelstellingen ontbreken op dit moment of zijn nauwelijks geëxpliciteerd. Meer in het algemeen geldt dat de definiëring van doelen in het Nederlands gezondheidsbeleid tamelijk impliciet is gebleven (Delnoij, et al., 2001).

Doelstellingen ontbreken of zijn nauwelijks geëxpliciteerd in de individuele gezondheidszorg

In de Zorgnota 2002 worden als algemene doelstellingen voor de volksgezondheid geformuleerd: de gezondheid van de burger beschermen en bevorderen en het versterken van de individuele positie en collectieve positie van de burger in de zorg. Het beleid is gericht op langer gezond leven en het

verhogen van de kwaliteit van leven bij ziekte. Speerpunten in het beleid zijn het voorkomen van onnodige sterfte, het terugdringen van vermijdbaar gezondheidsverlies en het bevorderen van gelijke kansen op gezondheid.

Globale geformuleerde doelstellingen voor ..

Voor de verschillende sectoren in de individuele gezondheidszorg gelden als globale doelstellingen: het bewerkstelligen van een patiëntgerichte curatieve somatische zorg, het creëren en instandhouden van een toegankelijk, samenhangend en kwalitatief verantwoord aanbod van geestelijke gezondheidszorg en een tijdig en passend, kwalitatief goed en betaalbaar aanbod van verpleging, verzorging en dienstverlening aan mensen die daaraan een maatschappelijk aanvaarde behoefte hebben.

.. de verschillende sectoren

Voor de volksgezondheid zijn vervolgens meer concrete doelstellingen geformuleerd in termen van streefcijfers voor minder roken, minder overmatig alcoholgebruik en minder vet eten.

	2000	Streefcijfer 2004
Aantal rokers	34%	28%
Probleemdrinkers	9%	8%
Verlaging vetconsumptie	36%	32%

Voor de individuele gezondheidszorg ontbreken dergelijke streefcijfers of concrete doelstellingen. Zo zijn bijvoorbeeld geen streefcijfers geformuleerd voor de succesvolle behandeling van patiënten met borstkanker of voor het terugdringen van decubitus. Wel is de hoofddoelstelling verder gespecificeerd in termen van toegankelijkheid en kwaliteit. De drie publieke belangen die de overheid bij de sturing van het zorgstelsel wil blijven waarborgen, zijn de algemene toegankelijkheid van de zorg, goede kwaliteit, doelmatigheid en (dus) betaalbaarheid (Vraag aan bod).

Geen streefcijfers voor de individuele gezondheidszorg

Over de oorzaken van het ontbreken van concrete doelstellingen is vooral vanuit het volksgezondheidsdomein onderzoek verricht. Zo komt Van Herten in haar proefschrift tot de conclusie dat gezondheidsdoelen als instrument meestal gebruikt worden op politiek niveau, maar dat hun praktische toepassing nog in de kinderschoenen staat. Ze noemt een aantal methodologische voorwaarden voor het gebruik van doelen. Zo moeten formuleringen Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden (SMART) zijn.

Praktische toepassing van doelstellingen staat nog aan het begin



Wanneer aan die SMART-voorwaarden wordt voldaan, valt of staat het succesvol gebruik van gezondheidsdoelen met politieke wil en durf (van Hertzen, 2000).

De oorzaken voor het ontbreken van concrete doelstellingen voor de individuele gezondheidszorg liggen deels op hetzelfde vlak. Methodologische problemen zijn ook hier nog aan de orde. Maar in de individuele gezondheidszorg heeft het ontbreken van doelstellingen ook te maken met die wil van de overheid. Anders dan op het terrein van volksgezondheid heeft de overheid hier gekozen voor een positie waarin een terugtrekkende overheid het uitgangspunt is. De gekozen rolverdeling tussen overheid en andere partijen is hier anders. Dat veroorzaakt op een aantal terreinen spanningen met de wens volksgezondheidsdoelstellingen sturend te laten zijn in de individuele gezondheidszorg.

Er zijn nog methodologische problemen naast de keuze voor minder sturing door de overheid

De concrete invulling van doelstellingen voor toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid laat de overheid, ook in het toekomstig stelsel, voor een belangrijk deel over aan de partijen in het veld. Als het gaat om toegankelijkheid heeft de overheid bijvoorbeeld op sommige onderdelen wel een concrete doelstelling geformuleerd, op andere weer niet. Zo geldt voor acute hulpverlening dat ambulances binnen 15 minuten ter plaatse moeten kunnen zijn. Die norm ligt vast in de Wet op het Ambulancevervoer. Voor andere onderdelen die te maken hebben met de toegankelijkheid laat de overheid het aan de veldpartijen over om de norm te stellen. De wachttijden voor de verschillende vormen van zorg zijn daar een voorbeeld van. Of het al dan niet organiseren van voldoende paraatheid op een eerstehulpafdeling van het ziekenhuis.

Partijen zouden zelf doelstellingen moeten concretiseren

De primaire verantwoordelijkheid van veldpartijen voor de verdere concretisering van doelstellingen maakt dat partijen zelf keuzes maken en prioriteiten stellen, veelal gericht op de eigen (patiënten)populatie. Zo staat het instellingen vrij om al dan niet mee te werken aan bijvoorbeeld het in hoofdstuk 2 genoemde landelijk prevalentie-onderzoek decubitus. Van de instellingen die meewerken, wordt een eigen bijdrage verwacht. Daarmee moeten ze die investering afwegen tegen andere, bijvoorbeeld meer investeren in scholing van werknemers, de aanschaf van hulpmiddelen of andere onderdelen van het kwaliteitsbeleid.

Iedere partij stelt daarbij zijn eigen prioriteiten

### **Gebrek aan gegevens over prestaties**

Willen volksgezondheidsdoelstellingen mede sturend zijn voor activiteiten in de individuele gezondheidszorg dan is, naast concrete doelstellingen, informatie nodig over prestaties. Die informatie ontbreekt. Inzicht in de stand van zaken wat de meting van prestaties c.q. zorgresultaten betreft, geven de bij de rijksbegroting 2002 gepresenteerde brancherapporten. De rapporten spreken duidelijke taal: in alle rapporten wordt het ontbreken van informatie over effecten van behandeling en kwaliteit van zorg als belangrijkste lacune beschouwd. In het algemeen zijn redelijk wat gegevens voorhanden over vraag, aanbod en capaciteit, gebruik en productie, hoewel ook hier de nodige lacunes worden gesignaleerd. Gegevens over de effecten en kwaliteit van zorg ontbreken.

Informatie over prestaties ontbreekt

Die gegevens zijn wel noodzakelijk als de bijdrage van de individuele gezondheidszorg aan volksgezondheidsdoelstellingen beoordeeld moeten worden. Als het gaat om het kwantificeren van de bijdrage die de individuele gezondheidszorg levert of kan leveren aan volksgezondheidsdoelstellingen, moet op dit moment volstaan worden met schattingen zoals die onder meer door het RIVM worden gedaan of op basis van (incidentele) studies (bijvoorbeeld complicaties voorkomen bij diabetici).

Informatie is wel nodig als de bijdrage aan volksgezondheidsdoelstellingen gekwantificeerd moet worden

Aan het probleem van de ontbrekende informatie liggen verschillende oorzaken ten grondslag. Te denken valt aan het ontbreken van standaardisatie van gegevens, onvoldoende financiële middelen en de lage automatiseringsgraad in de gezondheidszorg.

Verschillende oorzaken voor het ontbreken van informatie

In de huidige rol- en verantwoordelijkheidsverdeling voor de kwaliteit van zorg (en die hiervoor in relatie tot de doelstellingen aan de orde kwam) ligt een van de oorzaken voor het ontbreken van informatie over prestaties. De opvatting dat partijen primair verantwoordelijk zijn voor kwaliteit ziet men terug in de omslag van een sterke overheidsbemoediging via de erkenningvoorwaarden van instellingen naar een zeer globale Kwaliteitswet (Legemaate, 2000).

De Raad concentreert zich hier op een van de oorzaken die de informatie over prestaties in relatie tot volksgezondheidsdoelstellingen raken: er is geen overeenstemming over de indicatoren om prestaties te meten.

Focus op het ontbreken van indicatoren om prestaties te meten

*Indicatoren*

Er zijn verschillende soorten indicatoren. Te hoge respectievelijk te lage bloedsuikerwaarden zijn in de behandeling van suikerziekte-indicatoren waarmee het resultaat van de behandeling beoordeeld kan worden. Het zijn indicatoren waarmee tevens iets gezegd kan worden over de mate waarop patiënten risico's lopen op complicaties van de ziekte. Zij zijn internationaal geaccepteerd als uitkomstindicatoren voor een succesvolle behandeling van suikerziekte (Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002, RIVM, 2001).

Verschillende soorten indicatoren

In feite gaat het in dit voorbeeld om intermediaire uitkomstmaten. Uiteindelijk gaat het er bij volksgezondheidsdoelstellingen om iets te kunnen zeggen over de effecten van behandeling op de sterfte in de bevolking, op het vermeerderen van de gezonde levensjaren en de kwaliteit van leven. Uitkomstindicatoren zijn tot op heden overwegend gebaseerd op gegevens over sterfte en ziekte. Sommigen menen dat dit te danken is aan het feit dat het om klassieke uitkomstmaten gaat, waarover ook het meest bekend is wat betreft de relatie tussen het proces en de uitkomst van de zorg (Treurniet, 2001).

Intermediaire indicatoren of uitkomstmaten

Sterfte als uitkomstmaat voor het resultaat van de zorg is niet in alle gevallen mogelijk en of zinvol. In het voorbeeld van de diabetes met de bloedsuikerwaarden als de intermediaire uitkomstmaat is dat duidelijk. In dit geval kunnen met 'tussentijdse' uitkomstmaten complicaties worden voorkomen of kan de mate van het voorkomen van complicaties als 'tussentijdse' uitkomstmaat worden gezien. En met gegevens over het aantal infecties in instellingen kunnen preventieve maatregelen getroffen worden.

Sterfte niet altijd de juiste indicator

Voor een aantal behandelingen bestaat wel duidelijkheid over indicatoren die iets zeggen over het resultaat. Het resultaat van een nierdialyse kan bijvoorbeeld afgemeten worden aan de mate waarin afvalstoffen uit het bloed verwijderd worden. Dat is in een getal uit te drukken en het is te meten. Voor andere ziektebeelden en behandelingen geldt dat indicatoren die iets zeggen over het resultaat van behandeling (nog) niet uitgedrukt kunnen worden in concrete laboratoriumwaarden zoals bij diabetes of nierdialyse, maar wel globaler in termen van de afwezigheid van negatieve symptomen.

Voor sommige behandelingen wel duidelijkheid over de juiste indicator

De mate waarin decubitus ('doorliggen') voorkomt in een verpleeghuis kan iets zeggen over het resultaat van de

<p>behandeling en verpleging. Het is een van de indicatoren voor de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen waarover (internationaal) overeenstemming lijkt te bestaan. Het Nivel spreekt in dit verband van ongewenste uitkomstmaten (Versluijs, 2000).</p>	<p>Over sommige indicatoren bestaat internationaal overeenstemming</p>
<p>Het uitgangspunt is dat relevante uitkomstindicatoren voor de medische behandeling primair door de medische beroepsgroep moeten worden vastgesteld. Idealiter komen die uitkomstindicatoren (of intermediaire uitkomstmaten) terecht in protocollen en richtlijnen voor de beroepsuitoefening. Voor een deel is dat het geval. Zo zijn in de standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap voor de behandeling van diabetespatiënten streefwaarden voor de glucose in bloed opgenomen. In richtlijnen voor de behandeling van kanker zijn eveneens uitkomstmaten te vinden. Bijvoorbeeld door aan te geven wat de vijfjaarsoverlevingskans is van een bepaald soort kanker in een bepaald stadium met een gespecificeerde behandeling. Een (totaal)overzicht van door de (totale) beroepsgroep geaccepteerde richtlijnen met uitkomstmaten en/of intermediaire uitkomstmaten is niet voorhanden.</p>	<p>Uitkomstindicatoren horen in protocollen en richtlijnen voor de beroepsuitoefening</p>
<p>Een overzicht van door de instellingen gebruikte indicatoren voor de kwaliteit van zorg is opgenomen in bijlage 8. Daaruit blijkt dat nog weinig instellingen werken met uitkomstmaten. De IGZ constateert dan ook in de jaarrapportage 2000 dat, ondanks de uitkomsten uit vier 'Leidschendamconferenties', nog onvoldoende indicatoren ontwikkeld en beschikbaar zijn (IGZ, 2001). Verder beschikt slechts 5% van de instelling over een kwaliteitssysteem (TK, 27 4000 XVI-94, pag 6). Idealiter zouden uitkomstmaten daarin zijn opgenomen.</p>	<p>Nog weinig uitkomstmaten</p>
<p>Over de vraag met welke indicatoren het resultaat gemeten kan worden, bestaan dus (nog) geen eenduidige opvattingen. Zo zijn er twijfels en verschillende opvattingen over indicatoren voor kwaliteit van leven, over valide meetinstrumenten, over de geschiktheid van complicatieregistraties als indicator voor uitkomst van behandeling en over de vraag of en hoe het patiëntenperspectief in het resultaat verdisconteerd kan worden.</p>	<p>Nog geen eenduidige opvattingen over de geschikte indicatoren</p>
<p><b>Gebrek aan openbaarheid van informatie over prestaties</b> De kwestie van de openbaarheid van voorhanden zijnde (vergelijkende) gegevens in de gezondheidszorg krijgt op dit moment volop aandacht in de media. Het gaat dan vooral om resultaten waaruit verschillen in behandeling en resultaat</p>	

blijken en in het bijzonder om openbaarheid van die gegevens voor de consument.

In veel (onderzoeks)instellingen zijn veel gezondheidsdata voorhanden. De openbaarheid van de informatie en de toegankelijkheid van de informatie voor bijvoorbeeld de patiënt, zijn echter niet vanzelfsprekend en omstrede. Dat bleek weer zeer recent rond publicaties over het verschil in infectiegevaar na een operatie in ziekenhuizen. Uit gegevens van het RIVM en het CBO blijkt dat er aanzienlijke verschillen zijn tussen ziekenhuizen. De namen van ziekenhuizen zijn niet bekend (gemaakt).

Veel gezondheidsdata voorhanden, maar niet openbaar

In de discussie over nut en/of noodzaak van openbaarheid en toegankelijkheid van (vergelijkende) gegevens worden bezwaren, maar ook voordelen genoemd.

Discussie over bezwaren en voordelen van openbaarheid

Tegenstanders van openbaarheid wijzen onder meer op het volgende:

- Hulpverleners en instellingen zullen niet geneigd zijn hun medewerking te verlenen. Ze wijzen erop dat slechts een deel van de uitkomsten door prestaties van de professionals te beïnvloeden is. Ze voelen er weinig voor verantwoordelijk gesteld te worden voor schaarste aan bijvoorbeeld bestralingsapparatuur waardoor mindere resultaten behaald worden. Verder kunnen ze weinig doen aan het gedrag of leefpatroon van de patiënt en dat is wel van belang voor de uitkomsten.
- Het is weinig motiverend voor professionals om openbaar beoordeeld te worden.
- Media zullen met gegevens op de loop gaan en ongenueanceerde berichtgeving over incidenteel slechte(re) resultaten kunnen het imago van professionals en/of instellingen onterecht aantasten.
- Instellingen zullen er alles aan doen om hun cijfers beter te doen voorkomen dan feitelijk het geval is. Gegevens zullen niet betrouwbaar zijn.
- Het vraagt veel onnodige inspanningen omdat het gedrag van de patiënt er niet door verandert. De patiënt zal toch kiezen voor bijvoorbeeld het dichtstbijzijnde ziekenhuis.
- Het gevaar dat de politiek verkeerde conclusies trekt op basis van onvoldoende kennis om de resultaten op waarde te schatten.
- Mensen willen niet alles weten. Zeker niet als ze vanwege capaciteitsproblemen toch aangewezen zijn op slechter presterende instellingen.

De argument van tegenstanders van openbaarheid

Voorstanders van openbaarheid brengen onder meer de volgende argumenten naar voren:

- Informatie over resultaten aan de patiënt/burger onthouden is ontoelaatbaar. Bij verschillen in resultaten moet de patiënt of diens naaste voor de beste hulpverlener of instelling kunnen kiezen. De argumenten van de voorstanders van openbaarheid
- Als de patiënt/burger wordt aangesproken op zijn verantwoordelijkheid voor zijn gezondheid veronderstelt dit dat er goede informatie beschikbaar is waaruit hij/zij kan kiezen. Vraaggestuurde zorg kan niet gerealiseerd worden zonder inzicht te krijgen in de kwaliteit van het aanbod tenzij de zorgvrager erop kan vertrouwen dat hij/zij overal even goede zorg krijgt.
- Goed presterende professionals en instellingen willen dat laten zien. Hun resultaten kunnen anderen inspireren om minstens op een gelijk niveau te presteren.
- De keuzevrijheid van de patiënt kan met openbaarheid van resultaten een reële inhoud krijgen.
- Beleidsmatig gezien is openbaarheid van resultaten een veel sterker sturend instrument dan het vastleggen van normen/criteria in wet- en regelgeving. Het kan leiden tot minder regels vanuit Den Haag. Het resultaat telt en het veld is vrij om de weg te kiezen waarlangs dat resultaat wordt bereikt.

#### 4.4 Conclusies

Als belangrijke oorzaak voor de onvoldoende toerusting van het zorg- en verzekeringsstelsel ziet de Raad dat in de zorgpraktijk nog onvoldoende wordt ingespeeld op de noodzaak van meer samenhang tussen preventie, care en cure. Verder zitten in het verzekeringsstelsel nog onvoldoende prikkels om preventie te stimuleren.

In de zorgpraktijk wordt het belang van preventie niet altijd gezien en het verzekeringsstelsel stimuleert preventie onvoldoende

Voor het gebrek aan een effectief sturingsinstrument om volksgezondheidsdoelstellingen in de individuele gezondheidszorg te integreren, ziet de Raad drie oorzaken: het gebrek aan concrete doelstellingen, het gebrek aan gegevens om prestaties te meten en het gebrek aan openbaarheid van informatie over prestaties.

Drie oorzaken voor gebrek aan effectief sturingsinstrument:

In hoofdstuk 5 gaat de Raad na hoe bovenstaande problemen opgelost kunnen worden.

- gebrek aan concrete doelstellingen
- prestaties worden niet gemeten
- geen openbaarheid over prestaties



## 5 Oplossingsrichtingen

### 5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaat de Raad na op welke wijze voor de in hoofdstuk 4 geschetste problemen oplossingen gevonden kunnen worden. Die oplossingen kunnen niet geïsoleerd van het bredere beleidskader van de overheid worden gezien. Daarom schetst de Raad in de volgende paragraaf allereerst het beoordelingskader waaraan de oplossingsrichtingen worden getoetst. Vervolgens worden voor de twee probleemgebieden oplossingen verkend. De oplossingsrichtingen worden in het perspectief van het beoordelingskader gepresenteerd.

Oplossingen moeten niet geïsoleerd worden van het bredere beleidskader

### 5.2 Beoordelingskader

De Raad ontleent uitgangspunten voor de beoordeling van oplossingsrichtingen aan zijn eerdere adviezen over het toekomstig zorgstelsel (De rollen verdeeld, Europa, Care en cure).

Opvattingen van de Raad over het toekomstig zorgstelsel

Globaal kan wat het stelsel betreft een onderscheid gemaakt worden in de bestuurlijke vormgeving, het verzekerde pakket en het verzekeringsstelsel (RVZ, 2000).

Wat de bestuurlijke vormgeving betreft staan de rollen van de belangrijkste spelers op het veld en hun onderlinge betrekkingen centraal. Het kabinet heeft zijn opvattingen daarover verwoord in de nota's Vraag aan bod en Zorg met Toekomst. Kernpunt in die bestuurlijke vormgeving is de verdeling van verantwoordelijkheden tussen de spelers. Samengevat komt die nieuwe verdeling volgens het kabinet neer op:

Bestuurlijk referentiekader is de rolverdeling in Vraag aan bod

- minder regels vanuit 'Den Haag';
- een versterking van de positie van de zorgvrager ten opzichte van de aanbieders en de verzekeraars;
- een versterking van de positie van de verzekeraar ten opzichte van de zorgaanbieders;
- meer speelruimte voor zorgaanbieders.

Die verdeling van verantwoordelijkheden vormt in dit advies voor de Raad het bestuurlijk referentiekader.

Wat het verzekerde pakket betreft, gaat het om de breedte en diepte, de toegang, de compartimentering en het karakter van afspraken. Wat de compartimentering betreft, is in dit advies

Met welk verzekerd pakket wordt preventie het best gefaciliteerd



niet alleen die tussen AWBZ en ZFW van belang, maar vooral ook die tussen de individuele gezondheidszorg en de public health. Beoordeeld moet worden hoe en op welke wijze preventie het best wordt gefaciliteerd.

Wat het toekomstig verzekeringsstelsel betreft, wordt een algemene verzekering voor noodzakelijke zorg ingevoerd. De beslissing over de verdere uitwerking daarvan (karakter, reikwijdte, premie) is uitgesteld tot de volgende kabinetsformatie. De Raad acht de mate waarin de overheid volksgezondheidsdoelstellingen kan realiseren voor die verdere uitwerking relevant.

In hoeverre faciliteert de verzekeringsvorm preventie

Vanuit het perspectief van de zorgvrager kunnen bovenstaande beoordelingsmaatstaven nog verder geconcretiseerd worden. De zorgvrager zal oplossingen vooral beoordelen naar de mate waarin die bijdragen aan:

De zorgvrager wil meer kunnen kiezen en wil betere informatie

- meer keuzemogelijkheid en zeggenschap;
- informatie over aanbod, kwaliteit en levertijd van zorg(aanbieders) om een keuze te kunnen maken;
- informatie over aanbod, kwaliteit en levertijd van zorgverzekeraars om een keuze te kunnen maken uit verzekeringen
- het op tijd leveren van zorg waarvoor hij is verzekerd.

Het stelsel is voor de Raad dus meer dan alleen het verzekeringsstelsel. Het gaat om het geheel van wetten, regels en afspraken die in de Nederlandse gezondheidszorg een rol spelen. Verder moeten oplossingsrichtingen ook aansluiten bij de meer algemene beleidslijnen van de overheid. Zo is streven naar transparantie in informatie niet alleen inzet van beleid in de zorgsector, maar meer algemeen is het beleid gericht op de verbetering van de kwaliteit en de toegankelijkheid van de (overheids)informatie. Het invoeren van de VBTB-systematiek bijvoorbeeld in relatie met de Tweede Kamer legt bovendien een zwaar accent op de noodzaak van kwaliteit en betrouwbaarheid van de informatievoorziening. Het kabinet is verder voorstander van actieve openbaarmaking van overheidsinformatie. Ook deze beleidslijnen neemt de Raad mee bij het beoordelen van de oplossingsrichtingen.

Kwaliteit en betrouwbaarheid van de informatievoorziening

### 5.3 Preventie in de individuele gezondheidszorg faciliteren en (financieel) belonen

Het is goed om bij onderstaande uitwerking in gedachten te houden dat preventie in de individuele gezondheidszorg zich niet in alle opzichten laat onderscheiden in tertiaire, secundaire en primaire preventie. Eerder is al opgemerkt dat secundaire en primaire preventie steeds vaker onderdeel uitmaken van de zorg. Zo worden vrouwen bij vermoeden van genetisch bepaalde borstkanker uitgenodigd om over preventieve behandeling te praten. Strikt genomen is hier sprake van secundaire preventie, die bij algemene toepassing op termijn als collectieve preventie vorm kan krijgen.

De mogelijke maatregelen om preventie in de individuele gezondheidszorg te faciliteren, zijn globaal onder te verdelen in vier clusters:

- tertiaire preventie in de (organisatie van de) zorg en in de opleidingen articuleren en stimuleren;
- programmatische preventie in de individuele gezondheidszorg financieel belonen;
- partijen buiten de gezondheidszorg zien als partners om preventie te stimuleren;
- gebruik maken van communicatiestrategieën.

Vier clusters met maatregelen voor meer preventie in de individuele gezondheidszorg

#### **Tertiaire preventie in de zorg en in de opleidingen articuleren en stimuleren**

##### *Preventie in de zorg articuleren*

Het articuleren van het aandeel preventie in de zorg ziet de Raad als eerste voorwaarde om preventie in de zorg te faciliteren. Het meest voor de hand ligt het om dat te doen bij het opstellen van richtlijnen en protocollen voor beroepsbeoefenaren. Voor een deel gebeurt dat al. Zo worden voorlichting, preventieve maatregelen en educatie in diverse NHG-standaarden apart benoemd.

Preventieve onderdelen in protocollen apart benoemen..

Het apart benoemen van preventieve activiteiten heeft als voordeel dat preventie gaat leven voor beroepsbeoefenaren. Zij zullen preventie immers als een wezenlijk onderdeel van de zorg en behandeling moeten zien. Patiënten wijzen op het belang van factoren als leefstijl en roken bij het verdere beloop van de ziekte en het voorkomen van complicaties kost echter veel tijd. Sommigen zullen ook leefstijlfactoren niet aan de kaak durven of willen stellen omdat dit paternalistisch of betuttelend zou zijn. Dat kan een reden zijn om die onderdelen van de behandeling op een andere manier te

.. want dan gaat preventie leven voor beroepsbeoefenaren

presenteren, te organiseren en te financieren (zie verderop onder programmatische preventie).

Het articuleren van preventie in richtlijnen en protocollen is verder uit een oogpunt van duidelijkheid over de inhoud van de verzekering relevant. Als revalidatie na een hartinfarct is

Preventie apart benoemen geeft duidelijkheid over de reikwijdte van de aanspraak

opgenomen in de richtlijnen voor behandeling omdat hartrevalidatie beschouwd wordt als onderdeel daarvan, zal er ook geen twijfel bestaan over de aanspraak van de verzekerde. Uitgangspunt voor de aanspraak en de vergoeding is immers ‘de algemeen aanvaarde standaard’ of hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is.

De Raad onderstreept in dat opzicht het belang van het voornemen van het kabinet, zoals aangekondigd in de nota Sport, bewegen en gezondheid (TK 27 841-2), om in samenspraak met de medische beroepsgroepen richtlijnen en protocollen te ontwikkelen met een inbedding van sport- en bewegingselementen in curatieve behandelingen en revalidatiemethoden.

Dat preventie onderdeel is van de professionele standaard is vrij recent nog bevestigd in een uitspraak van het Gerechtshof in Amsterdam (TvGR, 2001/50). Het Hof stelde dat het achterwege laten van preventie door een tandarts wanprestatie en onrechtmatige daad opleverde. De overwegingen van het Hof op dit punt staan in onderstaand kader.

Preventie is onderdeel van de professionele standaard

*“Aldus is vastgesteld dat A. onvoldoende actief beleid ter stimulering van B.’s mondhygiëne heeft ontwikkeld, in het bijzonder haar nooit heeft geïnstrueerd hoe zij haar tanden goed moest poetsen, en voorts, ook anderszins niet een preventief beleid tegen voortschrijdende cariës en ontstekingen heeft ontwikkeld. Ook dit levert wanprestatie en een onrechtmatige daad van A. op en hij is op grond daarvan aansprakelijk voor de daardoor veroorzaakte schade, bij gebreke van verder relevant verweer dienaangaande.”*

*Preventie in de opleidingen articuleren*

De basis voor een ‘preventie-attitude’ bij zorgverleners moet in de opleiding gelegd worden. Daarom moet gedacht worden aan het herzien en bijstellen van opleidingscurricula en bij- en nascholingsprogramma’s.

Een preventie-attitude begint in de opleiding

Voor de initiële opleidingen zou de overheid meer expliciete opleidingseisen op het gebied van preventie kunnen formuleren. Voor de in het kader van de Wet BIG geregelde opleidingen zijn de bepalingen in de besluiten die de opleidingen regelen op dit punt voor de meeste beroepen uiterst summier. Zo bevat het Besluit opleidingseisen verpleegkundigen slechts de eis dat het onderdeel geneeskunde

Opleidingseisen voor preventie expliciteren

van de opleiding preventieve gezondheidszorg alsmede  
gezondheidsvoorlichting en -opvoeding moet omvatten.

In het Besluit gezondheidszorgpsycholoog is het onderdeel voorlichtingskunde één van vijf onderdelen waarvoor in totaal 40 uren van de opleiding beschikbaar is.

Een andere optie is om globale eisen ten aanzien van preventie te verbinden met de eindtermen van opleidingen zoals dat is gebeurd voor de artsen. In het Besluit opleidingseisen arts wordt verwezen naar de eindtermen van de opleiding waarin het onderdeel preventie verder is uitgewerkt (zie kader).

Preventie in de eindtermen van de opleiding uitwerken

#### 1.11 Preventie

- kennis van de gezondheidsrisico's op zowel individueel als collectief niveau en van de effecten van preventieve maatregelen;
- kennis van veel voorkomende relaties tussen omgevingsfactoren en ziekten;
- bekend zijn met enkele methodes van opsporing van gezondheidsproblemen en –bedreigingen alsmede met enkele methodes van opsporing van risicopatiënten zoals (...);
- kennis van enkele vormen van primaire, secundaire en tertiaire preventie;
- het meewerken aan het bewaken van de gezondheid op zowel individueel als collectief niveau.

Bron: Bijlage 1 bij artikel 3 Besluit opleidingseisen arts.

Het opnemen van preventie in eindtermen van opleidingen heeft als voordeel dat de eisen per beroepsgroep kunnen worden toegespitst. Verder is een voordeel dat eindtermen van opleidingen gemakkelijker kunnen worden aangepast dan wetgeving. Dat kan nodig zijn als er nieuwe inzichten ontstaan over wat nodig is om preventie in de praktijk aan te bieden.

Wat de vervolgoopleidingen en bij- en nascholing betreft, is vooral voor artsen een aanbod van vervolgoopleidingen totstandgekomen waarin preventie een prominente rol speelt. Dat is uiteraard het geval in de opleiding tot sociaal geneeskundige. Verder is een aanbod ontwikkeld voor curatief werkzame artsen.

In sommige vervolgoopleidingen speelt preventie een prominente rol ...

De overheid zou bij de beroepsorganisaties die de eisen voor vervolgoopleidingen formuleren, kunnen aandringen om preventie, waar dat nu nog niet geval is, een verplicht onderdeel te laten uitmaken van het curriculum. Zo kunnen huisartsen nu een keuze maken uit een aantal bijscholingsactiviteiten, maar

.. in andere veel minder

er is geen verplichting om te kiezen voor activiteiten of onderdelen waarin preventie op de voorgrond staat.

De overheid zou voor de specialistische opleidingen in het kader van de Wet BIG gebruik kunnen maken van de bevoegdheid goedkeuring te onthouden aan de opleidingseisen als preventie daarvan geen onderdeel uitmaakt. Het toepassen van die bevoegdheid die om kwalitatieve redenen (om preventie in de opleiding meer gewicht te geven) gewenst is, kan echter op gespannen voet komen te staan met de wens toetredingsbelemmeringen weg te nemen of te voorkomen. Op die spanning wijst ook de MDW-werkgroep die de toetredingsbelemmeringen voor de medische beroepen in kaart heeft gebracht (MDW-werkgroep, juli 2001).

Benut bevoegdheid om preventie verplicht te stellen in de specialistische opleidingen

*Tertiaire preventie programmatische organiseren en financieren*  
Een andere manier om preventie in de zorg te articuleren, is het opzetten van programmatische preventie voor doelgroepen, bijvoorbeeld voor specifieke groepen chronische patiënten. Het gaat veelal om tertiaire preventie die tot de reguliere zorg behoort, maar op een andere wijze wordt georganiseerd. Daar kunnen voordelen aan zitten voor zowel groepen patiënten als voor aanbieders, bijvoorbeeld vanwege schaalvoordelen of de inzet van menskracht en deskundigheid. Dergelijke programma's zouden ook apart gefinancierd kunnen worden, waarvoor verschillende aanbieders (huisartsen, praktijkverpleegkundigen, ziekenhuizen) zich kunnen aanmelden om het programma uit te voeren. De Raad heeft daarbij een voorkeur voor samenwerkingsverbanden van curatief en preventief gerichte disciplines.

Tertiaire preventie voor doelgroepen apart organiseren

Uitgangspunt bij dergelijke programma's moet zijn dat het preventieprogramma weliswaar (sterk) aangemoedigd, maar niet opgedrongen of verplicht wordt. De patiënt moet zijn keuzevrijheid kunnen behouden en zelf uiteindelijk beslissen of hij of zij wil meedoen aan een preventieprogramma. Waar het om gaat, is dat er een preventief aanbod wordt gedaan, waarvoor de patiënt kan kiezen en ook weet welke goede resultaten hij of zij hiervan kan verwachten.

Patiënten aanmoedigen om deze programma's te volgen

In de praktijk zijn al veel 'good practices' van dergelijke programmatische preventie te vinden. Enkele voorbeelden: de inzet van nurse practitioners in ziekenhuizen die spreekuur houden voor carapatiënten of patiënten met hartfalen om ze voor te lichten over de gevolgen van de aandoening en verergering te voorkomen, een speciaal spreekuur voor

Er zijn al goede voorbeelden in de praktijk

diabetespatiënten waarbij podotherapeuten, artsen en verpleegkundigen samenwerken om amputaties van voeten en benen te voorkomen, de inzet van praktijkverpleegkundigen in de huisartsenpraktijk.

De focus van beroepsbeoefenaren en instellingen zal verder niet alleen gericht moeten zijn op kortdurende preventieve interventies in de spreekkamer, maar zich moeten verbreden naar interventies die meer relaties hebben met bevolkingsgerelateerde gezondheidsindicatoren. In feite gaat het dan om ongevraagde primaire preventie bij patiënten met risicofactoren door bijvoorbeeld overgewicht of roken. Veelal is op dit moment geen sprake van een programmatische aanpak van deze risicofactoren. De hulpverleners besteden wel afzonderlijke aandacht aan die risico's, maar de aandacht is versnipperd.

Focus van beroepsbeoefenaren verbreden naar secundaire en primaire preventie

De programmatische preventieve aanpak bij deze risicofactoren zal in het algemeen lastig zijn. Als het gaat om leefstijl en leefwijze zijn dat zaken waar de patiënt waarschijnlijk maar met moeite afstand van zal kunnen doen. Bovendien kan de patiënt het als bemoeizucht ervaren en het als zijn eigen vrijheid beschouwen om te kiezen voor risicovol gezondheidsgedrag. Over deze specifieke relatie tussen gezondheid en gedrag heeft de Raad een apart advies in voorbereiding. Daarom wordt hier volstaan met het noemen van de mogelijkheid van programmatische preventie voor mensen die toch al om andere redenen contact zoeken met de individuele gezondheidszorg.

Op zich vereist een programmatische aanpak van tertiaire preventie voor doelgroepen geen nieuwe maatregelen van de overheid. Binnen de huidige verzekeringssystematiek hebben verzekeraars en aanbieders (onder meer met de flexizorgregeling voor het 2<sup>e</sup> compartiment) mogelijkheden om preventie op die manier te stimuleren. Wanneer de basisverzekering wordt ingevoerd zoals het kabinet van plan is, zullen problemen die er nu nog zijn vanwege de verschillen in aanspraken en financiering tussen AWBZ en ZFW verder kunnen afnemen. De integratie van preventie, care en cure, zoals eerder door de Raad bepleit, zal daardoor zeker kunnen toenemen en problemen als gevolg van een versnipperde financiering kunnen verminderen.

Binnen de huidige verzekering mogelijkheden voor programmatische tertiaire preventie



## Bewegen voor mensen met een chronische aandoening

Uit onderzoek van het RIVM blijkt dat chronisch zieken te weinig bewegen en dat hier nog veel gezondheidswinst te behalen is (VTV). In Den Bosch hebben een gezondheidscentrum en de thuiszorg deze handschoen met financiële steun van de gemeente en de zorgverzekeraar opgepakt. 71 meest oudere mensen hebben twee jaar lang aan een bewegingsprogramma deelgenomen. De meest voorkomende aandoeningen van de deelnemers waren gewrichtslijtage, rugklachten, hart- en vaatziekten, lymfe oedeem, cara en CVA. De deelnemers hadden 1 keer per week in groepen van ca. 12 personen les.

De directe kosten bedragen op jaarbasis ca. f 4.400 per groep waarvan f 1.400 middels eigen bijdragen wordt gefinancierd. Tevens dient een aantal uren coördinatie te worden gefinancierd.

Bij ruim eenderde van de deelnemers zijn de klachten afgenomen. Ook het bezoek aan huisarts, specialist en fysiotherapeut is significant afgenomen. Opvallend genoeg is dit bij medicatie veel minder het geval. Voor 88% van de deelnemers is op een aantal punten verbetering opgetreden. Hiernaast is er een hoge mate van algemene tevredenheid onder de deelnemers. Momenteel onderzoekt men in samenwerking met VGZ en de gemeente Den Bosch hoe dit programma structureel kan worden gefinancierd (Brabantse Ondersteunings Instituut Zorg

Nieuwe inzichten in secundaire preventie, bijvoorbeeld de zinvolheid van screening op bepaalde ziektes bij patiënten in een bepaalde leeftijdscategorie, vertalen zich in het algemeen in de evidence based richtlijnen voor de zorgverleners (en in een omschreven programma in het kader van de Wet op het Bevolkingsonderzoek). Dat vereist geen specifieke maatregelen van de overheid. Dat zou anders kunnen liggen als de screening bijvoorbeeld niet beperkt blijft tot patiënten die toch al de spreekkamer binnenkomen, maar zich moet uitstrekken tot de hele populatie van de huisarts. Het extra bereik zou dan met andere woorden wel gefinancierd moeten worden.

### *Verzekeraars prikkelen tot preventie*

De overheid zou verzekeraars moeten aanspreken op hun verantwoordelijkheid voor tertiaire preventie. De Raad is het niet eens met de opvatting dat de programmatische preventie in alle gevallen de verantwoordelijkheid is van de centrale overheid. Voor zover het gaat om programmatische tertiaire

Extra bereik moet gefinancierd worden

Verzekeraars aanspreken op verantwoordelijkheid voor tertiaire preventie

preventie die in wezen behoort tot de aanspraken en zoals in het voorafgaande beschreven, ziet de Raad een taak voor de verzekeraar. Verzekeraars zouden zich met preventie kunnen profileren. Nu gebeurt dat veelal, zoals uit onderzoek van Berenschot blijkt, met preventieve verrichtingen die buiten het 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> compartiment vallen. Het gaat om 3<sup>e</sup> compartimentsverstrekkingen als periodieke check-up's, kuuroorden en fitnessprogramma's. Marketing is zoals gezegd een belangrijke reden waarom verzekeraars deze producten in hun (aanvullende) polis opnemen. Profileren met 'echte' preventie vereist inzicht in het inkoopgedrag van preventie. Daarvoor zijn indicatoren nodig.

De overheid zou verzekeraars kunnen prikkelen tot meer preventie door met ze overeen te komen dat ze inzicht geven in de indicatoren die een rol spelen bij de inkoop c.q. het afsluiten van contracten met aanbieders. In de Verenigde Staten bijvoorbeeld zijn preventieve indicatoren een belangrijk onderdeel van de Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS). HEDIS moet het voor consumenten mogelijk maken om voor health plans te kiezen op basis van kwaliteit van zorg (US Department of Health and Human Services, 1995). Enkele voorbeelden van HEDIS-indicatoren zijn vaccinaties, screenings, prenatale zorg in de eerste drie maanden, jaarlijkse oogonderzoeken voor diabetici en follow-up na intramurale psychiatrische opnames (zie verder bijlage 5).

Indicatoren die inzicht geven in de rol van preventie bij inkoop door verzekeraar betere prikkel

Een andere optie is om binnen het normuitkeringsstelsel extra middelen te verschaffen aan verzekeraars die innovatieve en effectieve preventiestrategieën weten te bereiken bij de aanbieders van zorg. Hierbij kan het bijvoorbeeld gaan om verbindingen van tertiaire preventie met meer primair of secundair gerichte preventieve programma's of het anders organiseren van preventieve strategieën. Bijvoorbeeld programma's gericht op overgewicht in samenwerking tussen huisartsen en GGD'en.

Extra geld voor verzekeraars die vernieuwende tertiaire preventie weten te organiseren

### **Programmatische preventie door hulpverleners en aanbieders in de individuele gezondheidszorg financieel belonen**

Programmatische preventie zou in de individuele gezondheidszorg extra budget moeten kunnen genereren. Aanbieders en/of individuele hulpverleners in de individuele gezondheidszorg die bijvoorbeeld een hogere participatie van risicogroepen aan preventieve programma's weten te

bewerkstelligen, zouden hiervoor financieel beloond kunnen worden. Huisartsen bijvoorbeeld zouden beloond kunnen worden voor een bepaalde vaccinatiegraad van de eigen populatie voor de grieprik of wanneer zij patiënten weten te bewegen tot het volgen van een anti-rookcursus. In Engeland spreekt men in dit verband van *incentive payments*. Daartoe zouden public healthactiviteiten vertaald moeten worden in productie-eenheden die op verschillende plaatsen in de gezondheidszorg kunnen worden uitgevoerd.

Extra geld voor hulpverleners en instellingen die in de individuele gezondheidszorg preventie programmatisch uitvoeren

Overwegingen die naar de mening van de Raad daarbij een rol moeten spelen, zijn onder meer dat het moet gaan om preventie die zijn waarde bewezen heeft en dat het moet gaan om preventie die effectiever of even effectief en efficiënter in de individuele gezondheidszorg uitgevoerd kan worden. Het voordeel van het inschakelen van de individuele gezondheidszorg voor dergelijke activiteiten kan bijvoorbeeld liggen in het grotere bereik dat daarmee gerealiseerd kan worden. Of in de deskundigheid en het ‘gezag’ die vanuit de sector ingezet kan worden, bijvoorbeeld de inzet van geschoolde en getrainde mensen voor een bewegingsprogramma voor uitbehandelde en –gerevalideerde hartpatiënten.

Het voordeel kan zitten in het grotere bereik

Dit advies is niet de plaats om uitspraken te doen over effectieve programmatische preventie. De VTV 1997 en de nog te verschijnen VTV 2002 bieden wat dat betreft naar de mening van de Raad voldoende aanknopingspunten. Op basis van die studies zou de overheid moeten vaststellen welke preventieve interventies prioriteit krijgen in het beleid en welke (nieuwe) activiteiten ondergebracht kunnen worden in eerdergenoemde productie-eenheden voor public health.

Overheid moet vaststellen welke interventies prioriteit krijgen

De wijze van de financiering van dergelijke productie-eenheden met public healthactiviteiten zal uiteindelijk mede bepaald worden door de juridische vormgeving van het verzekeringsstelsel. Bij een privaatrechtelijke grondslag (zoals voorgestaan door de SER) sluiten burgers privaatrechtelijke overeenkomsten met verzekeraars. In die constructie lijkt het niet goed mogelijk om verzekeraars public health doelstellingen dwingend (van overheidswege) op te leggen. Om de publieke belangen van de gezondheidszorg optimaal veilig te stellen (en public healthactiviteiten zijn daarop gericht), kiest het kabinet voor een verzekering op publiekrechtelijke grondslag.

Financiering van die activiteiten afhankelijk van de juridische vormgeving van de verzekering

In de juridische vormgeving die het kabinet nu voorstaat in de nota Vraag aan bod, zou de overheid een zeker percentage van de verzekeringspremies kunnen benutten. Denkbaar is dat de overheid wettelijk vastlegt dat verzekeraars bijvoorbeeld 5% van hun budget moeten besteden aan preventieve programma's. Het gaat hier in eerste instantie om collectieve preventie, maar ook programma's met tertiaire preventie voor doelgroepen waarin verschillende strategieën worden geïntegreerd, zouden uit de 5%-regeling gefinancierd kunnen worden.

Bij een publiekrechtelijke grondslag 5% van het budget reserveren voor collectieve preventie..

Samenwerkingsvormen tussen aanbieders in de individuele gezondheidszorg en public healthorganisaties die aantoonbare meerwaarde hebben voor collectieve preventiestrategieën zouden eveneens uit die 5%-regeling structureel gefinancierd kunnen worden. De samenwerking en effectiviteit tussen public healthinstanties en de individuele zorg kunnen hierdoor gestimuleerd worden.

Aan de regeling zou de verplichting gekoppeld kunnen worden om te rapporteren over de besteding en de resultaten. Het HEDIS-model uit de VS kan als voorbeeld dienen. Verder zou als verplichting meegenomen kunnen worden dat in de rapportage ook aandacht besteed moet worden aan de wijze waarop verzekeraars over die public healthactiviteiten afstemming hebben gevonden met andere actoren die op dit terrein actief zijn, gemeenten en GGD-en bijvoorbeeld.

.. met een verplichting om te rapporteren over de besteding en de resultaten

Een andere optie is om een deel van genoemde 5% binnen het normuitkeringsstelsel te reserveren voor verzekeraars die aantoonbaar beter presteren dan andere. Preventie wordt dan een product waarop verzekeraars moeten concurreren. Doen ze dat goed dan levert dit een voordeel op, op de gereguleerde markt van de zorgverzekering. Doen ze het minder goed dan krijgen ze een lager budget en kunnen ze geconfronteerd worden met weglappende klanten. De overheid draagt er zorg voor, bijvoorbeeld via het CVZ, dat de resultaten van verzekeraars transparant zijn voor een groter publiek (à la HEDIS). Het betekent wel dat verzekeraars in de constructie via de normuitkering weinig tot geen risico lopen over de schadelast van preventieve public healthprogramma's.

Meer geld voor verzekeraars die aantoonbaar beter presteren op het gebied van collectieve preventie

### **Partijen buiten de gezondheidszorg inschakelen**

Werkgevers kunnen meer aan preventie doen. Ze kunnen dit doen door collectieve contracten met verzekeraars af te sluiten respectievelijk aan te bieden aan werknemers waarin

Werkgevers kunnen meer aan preventie doen

preventiestrategieën aantoonbaar zijn opgenomen, door in contracten met arbodiensten hierover afspraken te maken en door preventie ook in de reïntegratietrajecten gewicht te geven.

In de Verenigde Staten hebben werkgevers een belangrijke rol gespeeld in het economisch succes van managed care-organisaties. Die rol is aan het veranderen. Aanvankelijk ging het om een rol gericht op kostenbeheersing (van verzekeringspremies en in de gezondheidszorg), nu wordt die rol meer gekleurd door een gerichtheid op de consument i.c. de werknemer. Dit komt tot uitdrukking in de wijze waarop werkgevers nu positie kiezen. Ze vinden dat ze zich moeten concentreren op hun 'core business' en dat is niet kostenbeheersing in de gezondheidszorg, maar auto's verkopen of anderszins ondernemen. Wel informeren ze werknemers over de verschillende 'health plans', maar ze laten de keuze over aan de werknemer.

#### **Inkopen van preventieve zorg**

De Pacific Business Group on Health contracteert namens 30 grote werkgevers managed care voor 2,5 miljoen verzekerden. Preventie en public health worden hierbij beschouwd als een topprioriteit. Health plans worden hier ook expliciet voor betaald. Tevens werd geïnvesteerd in het monitoren van de performance. Werkgevers en werknemers worden aangemoedigd om alleen health plans te kiezen die excelleren in het daadwerkelijk bevorderen van de gezondheid. De uitvoering voltrok zich langs een aantal stappen:

- formuleren van richtlijnen voor preventie, voorlichting en coaching
- afsluiten van overeenkomsten met health plans over de implementatie
- onderlinge afspraken met de werkgevers om alleen nog maar managed care te contracteren die zich aan de richtlijnen houdt
- verzamelen van gegevens over de prestaties van de gecontracteerde organisaties
- aanpassen van richtlijnen, overeenkomsten en afspraken
- daadwerkelijk belonen van preventieve activiteiten
- publiceren van benchmarkgegevens
- consumentenonderzoek naar preventieve producten
- sponsoren van onderzoek naar preventieve zorg (Schauffler & Rodriguez, 1996).

In Nederland doen werkgevers overigens ook al het een en ander aan preventie. De brochure 'Renderend gezondheidsbeleid' van VNO-NCW onderstreept nog eens het belang daarvan. Het is een handreiking aan ondernemers om meer gezondheid en minder verzuim onder werknemers te bereiken. Hoewel bedrijven vooral gemotiveerd zullen raken vanwege beter te behalen bedrijfsresultaten, liggen daar kansen voor meer preventie. Zo moet worden aangenomen dat deelnemers aan fitnessprogramma's (zie kader) niet alleen het aantal verzuimdagen doen dalen, maar daarvan ook profiteren als het gaat om de algehele gezondheidssituatie.

Werkgevers worden gestimuleerd om een gezondheidsbeleid te voeren

De introductie van bedrijfsfitness leverde de ING Bank in 1997 een batig saldo op van ruim zeshonderdduizend gulden. Werknemers die op medische indicatie aan het fitnessprogramma deelnamen, verzuimden gemiddeld 27 dagen minder; de overige deelnemende werknemers verzuimden drie dagen minder.  
Bron: Renderend gezondheidsbeleid, VNO-NCW, 2001

#### *Communicatiestrategieën*

De overheid (en andere partijen) zouden een actieve communicatiestrategie moeten voeren waarin preventie een belangrijke rol speelt. In zijn advies Patiënt en Internet heeft de Raad een Gezondheidsportaal aanbevolen. De overheid zou bijvoorbeeld een preventiemodule kunnen (laten) ontwikkelen die daarin past. Verder zou een link naar die module te vinden moeten zijn op andere Internetpagina's die informatie over gezondheid bevatten.

Communiceren over preventie

In de nota Met zorg kiezen, over de toerusting van patiënten en consumenten in een vraaggestuurde zorg, heeft het kabinet aangekondigd aan Zorgonderzoek Nederland (ZON) te vragen een programma te ontwikkelen gericht op informatievoorziening aan zorggebruikers (TK, 27 807-2). Ook daarin past naar de mening van de Raad een onderdeel specifiek gericht op preventie. Het kabinet zal ZON vragen samen te werken met veldpartijen. De Raad wil in dit verband nog eens het belang onderstrepen om daarbij patiëntenorganisaties te betrekken.

Patiënten erbij betrekken

Een andere optie is het inrichten van (digitale) informatiepunten op plaatsen waar veel patiënten komen (winkelcentra, apothekers, gezondheidscentra, poliklinieken van ziekenhuizen). Dit is een redelijk succesvol instrument volgens het verslag over de ervaringen met NHS Direct in Engeland ([www.doh.gov.uk](http://www.doh.gov.uk)). Informatiepunten zijn een onderdeel van een breder programma, waaronder een 24 uursbereikbaarheid via 'call centers', waarmee 'A new gateway to healthcare' tot stand wordt gebracht.

Digitale informatiepunten inrichten

Op dit moment wordt verder onderzocht of de data die via de call centra beschikbaar komen, voor preventieve doeleinden gebruikt kunnen worden. Zo lijkt het mogelijk om met die data vroegtijdig besmettelijke ziekten op het spoor te komen. Ook wordt de mogelijkheid voor public health daarbij in kaart gebracht. In het in februari uit te brengen advies over e-health zal de Raad in de daarbij behorende achtergrondstudie aandacht besteden aan e-public health.

#### **5.4 Sturen met doelstellingen en op uitkomsten**

In hoofdstuk 4 zijn drie hoofdoorzaken benoemd voor het ontbreken van een effectief instrument om volksgezondheidsdoelstellingen de individuele gezondheidszorg te integreren: het gebrek aan concrete doelstellingen, het gebrek aan gegevens om prestaties te meten en het gebrek aan openbaarheid van informatie over prestaties. In deze paragraaf worden die oorzaken en mogelijke oplossingen weliswaar analytisch onderscheiden, maar ze hangen met elkaar samen.

##### **Sturen met doelstellingen**

De rolverdeling tussen overheid en partijen in de individuele gezondheidszorg brengt met zich mee dat de overheid zich terughoudend opstelt waar het gaat om het formuleren van concrete doelstellingen. Die terughoudendheid wordt ingegeven door de overtuiging dat het de partijen zelf zijn die verantwoordelijk moeten zijn voor kwaliteit en doelmatigheid van de zorg.

Tot nu toe stelt de overheid zich terughoudend op

Wanneer de overheid echter de individuele gezondheidszorg wil beoordelen op de bijdrage aan volksgezondheidsdoelstellingen is het zeer wel denkbaar dat de overheid middels het formuleren van doelstellingen aangeeft

Op andere terreinen formuleert de overheid wel concrete doelstellingen

waar prioriteiten zouden moeten liggen, ook al is ze voor het bereiken daarvan mede afhankelijk van de inzet van andere partijen. Op andere terreinen doet de overheid dat namelijk ook. De concrete doelstellingen in de nota Sport, bewegen en gezondheid zijn daar een voorbeeld van. De algemene doelstelling voor bewegingsbevordering wordt bijvoorbeeld uitgewerkt in zeer concrete en meetbare doelstellingen: een toename van de normactiviteit van 40% (1998) naar 45% in 2005 en 48% in 2010. Op het gebied van milieu formuleert de overheid doelstellingen voor het terugdringen CO<sup>2</sup> uitstoot. Het zijn doelstellingen die de overheid alleen kan bereiken met de inzet van andere verantwoordelijken op die terreinen.

Concrete doelstellingen voor de individuele gezondheidszorg, geformuleerd door de overheid, hoeven naar de mening van de Raad evenmin strijdig te zijn met uitgangspunten als minder regels vanuit Den Haag en deregulering. Om in termen van het 4R-model van het Sociaal Cultureel Planbureau te spreken (SCP, 2001): de *ruimte* voor de veldpartijen blijft overeind, maar de overheid wijst de *richting*.

De focus in dit advies ligt op de bijdrage van de individuele gezondheidszorg aan volksgezondheidsdoelstellingen. In dat licht zou de overheid ervoor kunnen kiezen om voor bepaalde ziektes concrete doelstellingen te formuleren. Zo heeft de overheid in Engeland 10 prioriteiten opgenomen voor het

- To reduce mortality rates from CHD (coronary heart disease) in people under 75 by 40% by 2010
- To improve and modernise heart disease services in England so that they rival the best in Europe by 2008
- Reduce mortality rate from suicide and undetermined injury by at least 20% by 2010

Bron: [www.doh.gov.uk](http://www.doh.gov.uk)

De kans van slagen om met door de overheid gestelde doelstellingen de richting van de individuele gezondheidszorg te sturen, lijkt vandaag de dag groter dan in de achterliggende jaren. De 'target'-strategie die in de jaren tachtig aanvankelijk



werd omarmd, raakte snel op de achtergrond. Onder meer omdat de overheid niet afgerekend wilde worden op resultaten (waarop zij zelf geen greep had, zie verder bijlage 4). Afgerekend worden op resultaten lijkt in deze tijd op meer bijval te kunnen rekenen. Resultaat is een van de elementen in het eerdergenoemde 4R-model van het SCP. Resultaten zeggen iets over de concrete keuzes die in het beleid gemaakt zijn. Ze dragen bij aan het streven naar een verhoging van de rationaliteit en de legitimiteit van het beleid (SCP, 2001).

In Nederland zou de overheid prioriteiten kunnen stellen op geleide van bevindingen in de VTV's 1997 en 2002. Het spreekt voor zich dat preventie daarbij een rol moet spelen (zie hiervoor in paragraaf 5.3 over programmatische (public health) preventie).

Bij wijze van voorbeeld formuleert de Raad hieronder concrete doelstellingen voor de zorg voor diabetespatiënten. Een uitgewerkt voorbeeld

<ol style="list-style-type: none"><li>1. Door algemene primaire en tertiaire preventieve maatregelen en door de verdere verbetering van de oogheelkundige zorg voor diabetespatiënten moet in 2010 een reductie van slechtziendheid en blindheid ten gevolge van diabetische retinopathie zijn bereikt van 30%.</li><li>2. Door algemene primaire en tertiaire preventieve maatregelen en door periodiek urineonderzoek op albumine moeten in 2010 nierfunctiestoornissen bij diabetespatiënten zijn teruggedrongen met 35%.</li><li>3. Door algemene primaire en tertiaire preventieve maatregelen en door doorvoering van periodiek voetonderzoek met educatie, aangepast schoeisel en preventieve voetzorg moet in 2010 het aantal amputaties door diabetische neuropathie zijn verminderd met 20%.</li><li>4. Door algemene primaire en tertiaire preventieve maatregelen en door correcties van andere risicofactoren voor hart- en vaatziekten moet in 2010 het aantal gevallen van myocardinfarct en van CVA bij diabetespatiënten zijn teruggedrongen met 20%.</li></ol> <p><i>Toelichting</i> Voor de ziekte diabetes mellitus (DM) bestaan in de gezondheidszorg zowel preventieve als curatieve mogelijkheden. Bijzonder bij deze ziekte is dat de tot de curatie behorende tertiaire preventie - in de zin van het voorkomen of vertragen van de progressie van complicaties - van groot belang is voor gezondheidswinst, niet uitsluitend ten aanzien van behoud van kwaliteit van leven, maar ook in termen van vermijding van sterfte en verlenging van 'gezonde' levensverwachting.</p> <p>Primaire preventie is alleen mogelijk ten aanzien van niet-insulineafhankelijke diabetes (type 2, meer dan 90% van de totale prevalentie, verder te noemen DM2) door het vermijden van overgewicht, ongezonde voedingssamenstelling en gebrek aan beweging. Deze maatregelen zijn zo mogelijk nog van groter</p>
---

belang voor mensen bij wie de ziekte reeds is vastgesteld: algemene tertiaire preventie.

Secundaire preventie in de zin van algemeen bevolkingsonderzoek naar DM2 wordt tot op heden niet aanbevolen. Case finding in de gezondheidszorg bij de aanwezigheid van één of meer risicofactoren (overgewicht, familiale belasting) raakt steeds meer geaccepteerd, hoewel een sluitend bewijs van de (kosten-)effectiviteit van een dergelijke aanpak niet is geleverd. DM2 is een ziekte met een lange symptoomloze periode (10 jaar), waardoor ook het aantal onbekende ziektegevallen ten opzichte van het aantal bekende gevallen zeer groot is. Voor insuline-afhankelijke diabetes (DM1) is vroegtijdige onderkenning meestal niet aan de orde, omdat de symptomen zich bijna altijd snel openbaren, maar sterfte aan DM1 zonder dat de ziekte was onderkend, komt sporadisch voor.

Tertiaire preventie als onderdeel van goede behandeling richt zich op de volgende vier bij DM belangrijke complicaties, die in omvangrijke mate de gezondheid schaden en leiden tot invaliditeit en sterfte:

1. microangiopathie leidend tot retinopathie (netvliesbeschadiging): dit is de meestvoorkomende oorzaak van slechtziendheid en blindheid op volwassen leeftijd in de westerse wereld;
2. microangiopathie leidend tot nefropathie (nierlijden): 30% van de DM-patiënten krijgt nierfunctiestoornissen, 11% van de dialysepatiënten is op basis van DM;
3. neuropathie leidend tot de diabetische voet: 50% van de amputaties van de onderste ledematen is het gevolg van DM;
4. macroangiopathie leidend tot hart- en vaatziekten: risico op myocardinfarct is 2-4x en op CVA 2-3x vergroot bij DM.

Algemene maatregelen die ook een belangrijke preventieve werking hebben ten aanzien van deze vier complicaties zijn, naast de drie al genoemde bij primaire preventie:

- goede glycaemische instelling;
- opsporen en behandelen van hypertensie;
- opsporen en behandelen van dyslipidemie;
- ontmoedigen van roken.

Specifieke maatregelen met tertiair preventieve werking zijn:

1. regelmatige oogheelkundige controle of fundusfotografie met visusbepaling om tijdig de indicatie voor lasercogulatie te stellen;
2. tenminste eenmaal per jaar onderzoek op albuminurie;
3. minimaal eenmaal per jaar onderzoek van de voet, met educatie van patiënt en familie, aangepast schoeisel en preventieve voetzorg;
4. bepalen en zonodig corrigeren van andere risicofactoren voor hart- en vaatziekten.

Uit vergelijkend onderzoek van nieuwe praktijkvormen met standaardzorg, RCT's en metaanalyses komt naar voren, dat met name op het vlak van deze tertiaire preventie veel winst te behalen zou zijn. De reducties, die bereikt zouden kunnen worden in een 'best practice' worden vanuit deze onderzoeken geschat op:

1. 50-75%
2. 35-90%
3. 0-70%
4. 25-55%

Bij de berekening van de reductiepercentages is uitgegaan van de mogelijkheid

dat in tien jaar tijd de uit onderzoek berekende gemiddelde reductiemogelijkheid voor de helft is gerealiseerd.

Doelstellingen ten aanzien van primaire en secundaire preventie zijn op dit moment nog niet goed te formuleren omdat daarvoor essentiële epidemiologische gegevens nog ontbreken. Voor de tertiaire preventie lijkt een programmatische aanpak het meest aangewezen.

(Bronnen: Ruwaard, 1996, VTV, 1997, CBO-richtlijnen en RVZ, 2001)

### Sturen op uitkomsten

Sturen op uitkomsten kan op verschillende niveau's plaatsvinden. De WHO-aanpak die gevolgd is bij het opstellen van het World Health Report 2000 richt zich op het monitoren van de 'performance' of uitkomsten van gezondheidszorgsystemen op macroniveau. Op regionaal of mesoniveau kan het gaan om de prestaties van clusters van aanbieders en verzekeraars. Op microniveau gaat het om prestaties van individuele verzekeraars, instellingen en beroepsbeoefenaren. In dit advies gaat het om uitkomsten op meso- en microniveau. Dus om uitkomsten die iets zeggen over de bijdrage van de individuele gezondheidszorg aan volksgezondheidsdoelstellingen.

Sturen op uitkomsten kan op verschillende niveau's

Wil de overheid volksgezondheidsdoelstellingen sturend laten zijn, dan moet in de individuele gezondheidszorg meer informatie beschikbaar komen over prestaties. Informatie over uitkomsten is voor een deel al voorhanden. Als voorbeeld wijst de Raad op de gegevens in de Nederlandse Kankerregistratie. De gegevens in de registratie (die geen wettelijke basis heeft, maar met gegevens wordt gevoed door meer dan 95% van de specialisten en instellingen) maken het mogelijk uitspraken te doen over de bijdrage van de individuele gezondheidszorg aan het terugdringen van vermijdbare sterfte en aan de kwaliteit van leven van patiënten met kanker. Tegelijkertijd kunnen met behulp van de registratie prestaties (en daarmee verschillen in behandelingsresultaat) per individuele hulpverlener, per instelling en per regio in kaart gebracht worden. (Op dit niveau zijn de gegevens overigens niet openbaar.) Op het gebruik van die registraties komt de Raad verderop terug.

In de individuele gezondheidszorg meer informatie nodig over prestaties

Soms is die informatie

Voor zijn proefschrift over maligne mesenchymtumoren maakte Nijhuis gebruik van de registratiegegevens van het Integraal Kankercentrum Noord-Nederland. Uit een analyse van de gegevens van 351 patiënten met primaire maligne wekedelentumoren blijkt dat in het oncologisch centrum van het Academisch Ziekenhuis Groningen de richtlijnen voor diagnostiek en behandeling voor wekedelensarcomen significant beter worden gevolgd dan in algemene ziekenhuizen. De bevindingen in zijn onderzoek pleiten volgens Nijhuis voor centralisatie van de diagnose en behandeling van maligne mesenchymtumoren.  
Bron: Medisch Contact, 56, no.43.

zorg 69

Waar informatie over uitkomsten ontbreekt, is een eerste stap overeenstemming bereiken over te gebruiken indicatoren. In dat verband is het van belang te laten zien dat het mogelijk is prestaties te meten met een beperkte set van indicatoren. De achtergrondstudie Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem laat zien dat dit mogelijk is. De overheid zou met enkele pilots de sector kunnen overtuigen. Wat de keuze voor pilots betreft, ligt het voor de hand dat te doen op die gebieden die al redelijk in kaart zijn gebracht wat betreft uitkomstindicatoren en die veel gezondheidswinst (kunnen) opleveren omdat het om grote groepen mensen gaat (diabeteszorg, oncologie en palliatieve zorg).

Prestaties zijn te meten met een beperkte set van indicatoren

Die pilotstudies genereren informatie over de te gebruiken indicatoren. Voor veel gezondheidsdoelen is overigens wetenschappelijk al aangetoond wat de juiste indicatoren zijn. Toch is het van belang die pilotstudies in Nederland te doen omdat alleen op die manier de juiste indicatoren voor de Nederlandse situatie tot stand kunnen komen.

Pilotstudies genereren de te gebruiken indicatoren

Een weg die vervolgens bewandeld kan worden om de indicatoren in te bedden in de gezondheidszorg, is de koppeling aan een betalingssysteem (zie verderop in deze paragraaf). De weg die bewandeld kan worden voor informatie over de indicatoren, is de weg van de convenanten. In de begroting 2002 heeft de minister van VWS aangekondigd in 2002 per zorgsector informatieconvenanten te willen sluiten met vertegenwoordigers van patiënten-/consumentenorganisaties en zorgaanbieders. Zorgaanbieders en verzekeraars krijgen twee jaar de tijd (2002 en 2003) om informatie over dienstverlening openbaar en inzichtelijk te maken. Naar de mening van de Raad moet in die convenanten dan vastgelegd worden welke indicatoren voor resultaat daarvoor gebruikt gaan worden. Vanuit de focus van dit advies zouden dat naar de mening van de Raad in de eerste plaats indicatoren dienen te zijn die de bijdrage aan volksgezondheidsdoelstellingen zichtbaar maken.

Indicatoren vervolgens inbedden in de gezondheidszorg, afspraken daarover bijvoorbeeld via convenanten

Het voordeel van per sector afspraken maken is dat de uitkomstindicatoren worden toegesneden op de specifieke omstandigheden en/of de stand van de wetenschap. In de psychiatrie zijn andere prestatie-indicatoren relevant dan in het verpleeghuis of in de thuiszorg.

Sectorale afspraken  
voordelen, maar ..

Nadelen zijn het grote gevaar van versnippering van informatie en het te lage abstractieniveau van de indicatoren. Bij een te laag abstractieniveau worden vooral indicatoren gehanteerd die iets zeggen over het proces van de zorgverlening of de bedrijfsvoering. Zo is de correspondentie van kaakchirurgen een pilotproject geweest voor een eerste kennismaking met bench-marking voor de kwaliteit van de kaakchirurgische zorgverlening en/of de organisatie. Als indicator is het aantal dagen tussen een consult en de brief daarover aan de verwijzer op zijn bruikbaarheid onderzocht (Fossen, et al., 2001). Het is duidelijk dat het proces en de organisatie van de zorg van invloed zijn op het te behalen resultaat, maar - waar mogelijk - zouden indicatoren waarmee het effect van een behandeling kan worden gemeten prioriteit moeten hebben. Als voor de weg van de convenanten gekozen wordt, moet het abstractieniveau van de indicatoren zeker een punt van aandacht zijn.

.. ook nadelen

Een andere optie is om in de benchmarktrajecten die lopen nadrukkelijker te kiezen voor indicatoren die iets zeggen over het resultaat. In de thuiszorg en in het verpleeghuis zou als start de indicator decubitus gebruikt kunnen worden. Indicatoren als ziekteverzuim zijn uiteraard ook belangrijk, maar vanuit de focus van dit advies verdienen indicatoren die iets zeggen over doeltreffendheid van de inspanningen de voorkeur boven indicatoren voor bijvoorbeeld procesdoelmatigheid.

Benchmarktrajecten bieden  
ook mogelijkheid voor  
afspraken over  
resultaatsindicatoren

Nog weer een andere optie is om bepalingen in de Kwaliteitswet aan te scherpen of te wijzigen. De zorgaanbieder is verplicht verantwoorde zorg te leveren (artikel 2). Doeltreffendheid is een van de elementen van verantwoorde zorg, naast doelmatigheid en patiëntgerichtheid. Artikel 4 biedt de mogelijkheid om te expliciteren dat instellingen bij het verzamelen en registreren van de gegevens betreffende de kwaliteit van zorg (in het bijzonder) aandacht moeten schenken aan gegevens inzake de doeltreffendheid. Die aandacht zou dan in de jaarlijkse verslaglegging ex artikel 5 terug moeten komen. Voor solistisch werkende beroepsbeoefenaren zou artikel 40 van de Wet op de Beroepen

Bepalingen in Kwaliteitswet  
kunnen aangescherpt worden

in de Individuele Beroepen in de Gezondheidszorg (Wet BIG) daarvoor aangepast en benut kunnen worden.

De vraag wie de resultaats- c.q. prestatiegegevens uit de individuele gezondheidszorg moet analyseren, is nog niet beantwoord. Omdat het antwoord daarop onder meer samenhangt met de functies die het instrument krijgt en het vraagstuk van de openbaarheid van gegevens, komt de Raad hier verderop op terug.

### **Openbaarheid van zorgresultaten**

Zoals aangegeven in hoofdstuk 4 krijgt de kwestie van de openbaarheid van voorhanden zijnde (vergelijkende) gegevens in de gezondheidszorg op dit moment volop aandacht in de media. Het gaat dan vooral om resultaten waaruit verschillen in behandeling en resultaat blijken en in het bijzonder om openbaarheid van die gegevens voor de consument. Bij de verkenning van oplossingsrichtingen gaat de Raad uit van twee analytisch te onderscheiden onderwerpen: het principe van de openbaarheid en de condities voor uitvoering.

#### *Het principe van de openbaarheid*

Voor een deel zijn gegevens die iets zeggen over prestaties al openbaar. Ze staan in wetenschappelijke publicaties, tijdschriften en onderzoeksverslagen. Zo zijn vergelijkende gegevens beschikbaar over behandelingsresultaten van 10 intensive care afdelingen waar routinematig kinderen worden opgenomen. De resultaten staan in een (Engelstalig) proefschrift (Gemke, 1995) en zijn daardoor weinig toegankelijk voor het grotere publiek. Verder zijn vergelijkende gegevens over zorg-resultaten in te zien via Internet. In het rapport Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem zijn veel verwijzingen opgenomen naar, overwegend Amerikaanse, sites. Voor de Nederlandse burger of patiënt een nogal omslachtige manier om aan informatie te komen.

Voor een deel zijn de gegevens openbaar

In paragraaf 4.3 heeft de Raad argumenten voor en tegen openbaarheid gepresenteerd. Tegenstanders wijzen naar de mening van de Raad terecht op nog bestaande methodologische problemen bij het vergelijken van gegevens. Er is lang niet altijd een rechtstreekse causale relatie tussen een interventie van een professional bijvoorbeeld en het resultaat bij de patiënt. Die causaliteit is in veel gevallen zeer complex. Toch zijn er ook behandelingen waar die causale relatie

Tegenstanders wijzen terecht op nog bestaande methodologische problemen

duidelijk is. Bijvoorbeeld bij het eerder genoemde voorbeeld van de nierdialyse.

Voorstanders hebben gelijk als ze wijzen op het belang van informatie voor de keuzevrijheid van patiënten. In veel van zijn adviezen heeft de Raad daarop gewezen (RVZ, 1998).

Voorstanders benadrukken terecht het belang voor de patiënt

Het argument van de tegenstanders dat het gedrag van de patiënt door openbaarheid niet verandert, verdient expliciet aandacht. Volgens de Raad is het nog wat vroeg om die conclusie te trekken. De onderzoeksgegevens daarover zijn nog summier en niet eensluidend. Amerikaans onderzoek (Mukamel, et al., 2001) toont weliswaar aan dat er geen grote verschuivingen optreden in marktaandelen, maar tevens wordt onvoldoende bewijs gevonden voor de conclusie dat openbaarheid er niet toe doet. In een andere studie wordt een positief effect aangetoond op het gedrag. Consumenten laten zich bij de keuze van verzekeraar leiden door de rangorde op de lijst van goed presterende verzekeraars en bleken bereid voor die informatie te betalen (Chernew, et al., NBER Working Paper 8589).

Niet te vroeg conclusie trekken dat het gedrag van de patiënt toch niet verandert

In Nederland heeft de openbaarheid van wachttijden effect op gedrag. Veel onderzoeksgegevens zijn daarover nog niet beschikbaar, maar Prismant signaleert een kentering. In plaats van gewoontegedrag gaan patiënten en huisartsen zich daadwerkelijk informeren over toegangstijden en wachttijden voor zorg en op basis hiervan keuzes maken (Prismant, 2001). En verzekeraars adverteren met wachtlijstbemiddeling.

In Nederland informatie over wachttijden effect op gedrag

Een redenering zou kunnen zijn dat de kwestie van de openbaarheid (zich vanzelf) oplost. Dat is ook gebeurd voor de resultaten in het onderwijs en de wachttijden in de zorg. Het jaarlijks overzicht in Trouw (en op Internet) van de schoolprestaties van middelbare scholen, biedt ouders de mogelijkheid een school te kiezen die goed presteert. Wat de gezondheidszorg betreft, laat de site van het Algemeen Dagblad een actueel overzicht zien van de wachttijden. Op de site staan alle ziekenhuizen gerangschikt die hun wachtlijstgegevens bijhouden. Zo kunnen patiënten weten dat de wachttijd voor een eerste polikliniekbezoek bij een internist uiteenloopt van 1 tot 13 weken.

Misschien lost het probleem (zich vanzelf) op, maar ..

Dat het probleem zich vanzelf oplost, lijkt niet erg waarschijnlijk. De Raad denkt dat de overheid in de kwestie van de openbaarheid, om verschillende redenen, positie moet

... de Raad acht dat niet waarschijnlijk

kiezen. Prestatie-indicatoren voor behandelingen zijn veel moeilijker te traceren dan de wachttijden, ook voor de media. Deels omdat er nog geen overeenstemming is over uitkomstmaten, maar meer nog omdat de terughoudendheid voor openbaarheid over prestaties in de gezondheidszorg groter zal zijn voor resultaten van behandelingen dan voor resultaten van (logistieke) processen.

Naarmate meer aanbieders (al dan niet met winstoogmerk) hun intrede doen in de Nederlandse gezondheidszorg wordt de noodzaak van vergelijkende informatie urgenter. Wil men kunnen vergelijken dan zullen alle (soortgelijke) instellingen dezelfde indicatoren of uitkomstmaten moeten gebruiken. De Raad denkt verder dat de belangen van de verschillende betrokkenen zozeer uiteenlopen dat het niet te verwachten is dat die binnen afzienbare termijn bij elkaar kunnen worden gebracht.

De belangen lopen daarvoor te veel uiteen

#### *Conditie voor uitvoering*

De Raad heeft nog niet de vraag beantwoord wie die prestatiegegevens of zorgresultaten moet analyseren, beoordelen en publiceren. Dat hangt samen met de functies die resultaatanalyses moeten (gaan) vervullen.

In dit advies is uitkomstenanalyse (of zorgresultaatanalyse) in de eerste plaats benaderd als een instrument waarmee de bijdrage van de individuele gezondheidszorg aan volksgezondheidsdoelstellingen kan worden aangetoond en gekwantificeerd. Het instrument kan echter meer functies hebben dan alleen het aantonen of kwantificeren van die bijdrage.

Een systeem van zorgresultaatanalyse kan meer functies vervullen

Wanneer systematisch zorgresultaten worden geanalyseerd, kan men spreken van een Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem. Een systematische analyse van zorgresultaten levert een belangrijke impuls voor kwaliteitsverbetering. Patiënten kunnen daardoor kiezen voor kwaliteit. Voor zorgverleners als uitvoerende professionals is het een manier om kwaliteit en zorgvernieuwing op de agenda te krijgen. Voor instellingen kan het een instrument zijn om te laten zien dat de instelling het 'goed' doet. Voor zorgverzekeraars kan het een instrument zijn om te laten zien dat ze concurreren op kwaliteit in plaats van op prijs. De overheid krijgt er een instrument bij om in de gezondheidszorg concurrentie op kwaliteit te bevorderen en niet alleen concurrentie op doelmatigheid en op prijs te

Een systematische analyse van zorgresultaten is een belangrijke impuls voor kwaliteitsverbetering



stimuleren (bijlage 5 en rapport Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem).

Met een Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem is het naar de mening van de Raad mogelijk om tot een meer op prestatie gebaseerd betalingssysteem of waarderingssysteem voor de gezondheidszorg te komen. Voor de langere termijn ziet de Raad dit als een reëel perspectief.

Het kan verder een functie hebben in een betalings- of waarderingssysteem

In andere landen gaat het eveneens die kant op. Zo worden goed presterende instellingen in Engeland beloond (zie kader). Die beloning is niet alleen financieel van aard, maar heeft kenmerken van immateriële waardering voor geleverde inspanningen. In die zin is eerder sprake van een waarderingssysteem.

In Engeland worden goed presterende instellingen beloond

In Engeland heeft de overheid een op prestaties gebaseerd vergelijkingsstelsel voor alle NHS-instellingen geïntroduceerd: the NHS Performance Ratings. Het stelsel is nog in ontwikkeling (indicatoren en criteria zullen de komende jaren worden verfijnd en aangepast), maar instellingen worden ingedeeld in vier categorieën. Er zijn ook vier categorieën indicatoren, waaronder indicatoren met een klinische focus. De slechts presterende instellingen krijgen geen ster, de beste krijgen drie sterren. De beloning voor de best presterende instellingen loopt uiteen van minder inspecties tot als eerste worden betrokken bij nieuwe initiatieven en van extra middelen tot meer invloed op het overheidsbeleid.  
Bron: [www.doh.gov.uk](http://www.doh.gov.uk)

In Amerika is dit jaar een rapport verschenen van het Institute of Medicine (IOM) onder de titel *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Het rapport beschrijft welke veranderingen nodig zijn om de kloof te dichten tussen wat mogelijk is en de praktijk als het gaat om de kwaliteit van zorg. Een van de punten die naar voren wordt gebracht, is dat kwaliteitsverbetering en betalingssystemen op één lijn moeten worden gebracht. Zo moet een betalingssysteem incentives bevatten voor zorgprocessen gebaseerd op 'best practices' en voor het behalen van betere 'outcomes' op het niveau van de patiënt (IOM, 2001). Aanbeveling 10 in het rapport luidt:

In Amerika wordt een pleidooi gehouden voor een betalingssysteem dat kwaliteit stimuleert

*"Private and public purchasers should examine their current payment methods to remove barriers that currently impede quality improvement, and to build in stronger incentives for quality enhancement".*

Met een Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem zijn prestaties per regio of adhaerentiegebied van (clusters van) instellingen in kaart te brengen. Dat zou de basis kunnen vormen voor een meer op kwaliteit en prestaties gebaseerd betalings- c.q. waarderingssysteem. Een dergelijk systeem gaat niet uit van 'loon naar werken' (van individuen) of van verrichtingen en productie (zoals de DBC's), maar van gerealiseerde prestaties en kwaliteit. De ongewenste invloed van betalingssystemen op het volume van medische verrichtingen kan daarmee mogelijk in gunstige zin beïnvloed worden (IOM, 2001 en rapport Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem).

Ongewenste invloed van betalingssystemen op het volume van medische verrichtingen in gunstige zin beïnvloeden

Voor zowel de openbaarheid van gegevens als voor een prestatiegericht betalings- c.q. waarderingssysteem is de betrouwbaarheid van aangeleverde en geanalyseerde gegevens een cruciale factor. Als patiënten (en verwijzers) er niet van op aankunnen dat de vergelijkende gegevens betrouwbaar en betekenisvol zijn, zullen ze de informatie laten voor wat het is (Mukanel, et al., 2001). Als instellingen en beroepsbeoefenaren geen vertrouwen hebben in de instituten die gegevens moeten beoordelen en analyseren, zal de animo niet groot zijn om mee te werken aan een systeem waarmee zorgresultaten worden gemeten. Dat pleit naar de mening van de Raad voor een onafhankelijk instituut.

De betrouwbaarheid van gegevens is voor een op prestaties gebaseerd betalingssysteem cruciaal

Een onafhankelijk instituut is door de Raad eerder bepleit (RVZ, 1997 en RVZ/RMO, 1999). Wat de Raad daarbij voor ogen stond, was een klein, maar deskundig bureau dat gebruik zou maken van data die elders al voorhanden waren. Aan een dergelijke constructie denkt de Raad eveneens voor het instituut dat belast zou moeten worden met de analyse, de beoordeling en de publicatie van zorgresultaten. Wat de Raad betreft zou de mogelijkheid onderzocht moeten worden of het instituut bijvoorbeeld op te hangen zou zijn aan het RIVM. Voor dit instituut is al langer sprake van het formaliseren van een planbureau functie.

Een onafhankelijk instituut is daarom een voorwaarde

Er zijn al veel databestanden bij instituten die voor een systematische analyse van zorgresultaten afgetapt zouden kunnen worden. Verder zijn er al veel registraties. In een overzicht op de site van VWS [www.tellenenmeten.nl](http://www.tellenenmeten.nl) worden 157 registraties vermeld. Een aantal van die registraties is

geschikt voor informatie over prestaties in de gezondheidszorg. Sommige registraties hebben een wettelijke basis, andere niet. De registratie voor het Informatiesysteem Wet Ambulancevervoer heeft bijvoorbeeld een wettelijke basis (ex artikel 19 WAV). Alle Centrale Posten Ambulancevervoer (CPA) en ambulancediensten zijn verplicht gegevens aan te leveren. Naast gegevens over vervoer en capaciteit worden gegevens verzameld over de aandoening van de patiënt en de behandeling die gegeven is. De registratie Incidentie van diabetes mellitus bij 0-14 jarigen is een voorbeeld van vrijwillige registratie. Alle klinisch werkzame kinderartsen worden maandelijks benaderd om alle nieuwe gevallen te melden. De respons is bijna 100%.

Dat instituut kan gebruik maken van voorhanden zijnde gegevens in databestanden en registraties

Over de bruikbaarheid van de registraties voor informatie over prestaties lopen de meningen overigens uiteen. Zo wordt in de VTV 1997 opgemerkt dat het aantal zorgregistraties dat (beperkt) bruikbaar is voor het beoordelen van de behaalde gezondheidswinst en de kwaliteit van het proces van zorg, in schril contrast staat met het grote aantal registraties dat er bestaat. Daarbij wordt opgemerkt dat ze ook niet voor dat doel zijn opgezet.

Treurniet en Huppes menen dat bestaande registraties, hoe verschillend ook, veel meer mogelijkheden bieden om prestaties op landelijk niveau te meten en te beoordelen dan tot nu toe gebeurt (Treurniet, 1999 en Huppes in RVZ, 2001). Voor de verdere uitwerking zou de Raad in overweging willen geven te bezien in hoeverre bestaande registraties zo aangepast kunnen worden dat ze bruikbaar zijn/worden voor het meten van prestaties. Technisch gezien lijken/zijn er weinig belemmeringen (zie ook de rapportage Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem) om met verschillende databestanden tot een (systematische) analyse van zorgresultaten te komen.

Zo nodig registraties aanpassen

Verder lijkt het toekomstig Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) veelbelovend voor de ontwikkeling van een systeem van zorgresultaatanalyse. Een EPD maakt het mogelijk dat alle voor de behandeling van een patiënt relevante gegevens voor alle daartoe geautoriseerde hulpverleners op elke plaats en op elk moment toegankelijk zijn in een adequaat beveiligde omgeving (Sanders, [www.artsennet.nl](http://www.artsennet.nl)). Zo kan een EPD transmurale consultatie vergemakkelijken. Een EPD kan naar de mening van de Raad ook van belang zijn voor het aanleveren van gegevens aan een onafhankelijk instituut. Denkbaar is dat dit instituut gezien wordt als een hulpverlener

Een Elektronisch Patiënten Dossier van belang

die toegang krijgt tot het EPD. Zie ook figuur 11 in het rapport Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem.

## 6 Conclusies en aanbevelingen

### 6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk vat de Raad de conclusies uit de voorafgaande hoofdstukken samen. Vervolgens formuleert hij zijn aanbevelingen in twee clusters. De aanbevelingen in het eerste cluster hebben tot doel om preventie stevig te verankeren in het zorgstelsel. De aanbevelingen in het tweede cluster hebben tot doel om de bijdrage van de individuele gezondheidszorg aan volksgezondheidsdoelstellingen transparant en meetbaar te maken.

Conclusies zijn samengevat en twee clusters van aanbevelingen

Centraal in dit advies staat de vraag op welke wijze de individuele gezondheidszorg kan bijdragen aan volksgezondheidsdoelstellingen. Wellicht ten overvloede merkt de Raad nog eens op dat bijdragen vanuit andere terreinen minstens zo relevant zijn voor volksgezondheidsdoelstellingen. Voor die bijdragen vanuit andere terreinen verwijst hij naar zijn adviezen over de openbare gezondheidszorg en facetbeleid. De focus in dit advies op de individuele gezondheidszorg laat zien dat ook daar nog winst te boeken is.

### 6.2 Conclusies

Individuele en op de bevolking gerichte gezondheidszorg hebben gemeenschappelijke doelen, namelijk het voorkomen van vroegtijdige sterfte, het verlengen van de gezonde levensverwachting en het verhogen van de kwaliteit van leven. Verschillen tussen de beide typen van zorg zijn dan ook niet zozeer te vinden in de doelstellingen, maar in wie het initiatief neemt (gevraagd of ongevraagd), hoe de presentatie van het aanbod is (individueel of collectief) en welk belang prevaleert: het individuele of het collectieve belang. De conclusie van de Raad is dat het niet bezwaarlijk is collectieve volksgezondheidsdoelstellingen te verbinden met individuele gezondheidszorg.

Volksgezondheidsdoelstellingen zijn te integreren in de individuele gezondheidszorg, maar ..

Zolang principes van de individuele gezondheidszorg, zoals respect voor de autonomie van de patiënt en informed consent, van kracht blijven, zijn volksgezondheidsdoelstellingen te integreren in de individuele gezondheidszorg. De patiënt in de spreekkamer wordt beter geholpen dankzij meer informatie over risico's of over hoe

.. principes als autonomie van de patiënt moeten wel gerespecteerd worden

complicaties of ziekten te voorkomen zijn. Dat kan leiden tot gezondheidswinst.

De gezondheidswinst in de individuele gezondheidszorg blijft achter bij de mogelijkheden. Er is nog gezondheidswinst te behalen door het zorgproces en de behandelingen verder te optimaliseren. In de diabeteszorg bijvoorbeeld is nog winstboeken door regelmatige controle van ogen en voeten. Verder neemt het belang van primaire, secundaire en tertiaire preventie toe in de spreekkamer door toenemende (genetische) kennis. Daarom wordt de individuele gezondheidszorg nog belangrijker om gezondheidswinst te boeken.

Er is in de individuele gezondheidszorg nog gezondheidswinst te boeken

Vanwege de toenemende verwevenheid van preventie, care en cure wordt wel een pleidooi gehouden voor een volledige integratie van volksgezondheid en de individuele gezondheidszorg. De conclusie van de Raad is dat dit niet nodig is. Er zijn goede redenen om voor twee gescheiden beleidslijnen te kiezen, maar wel moeten deze uitdrukkelijk onder de competentie van de minister van volksgezondheid (blijven) vallen, willen beide beleidslijnen elkaar versterken. Wel vindt de Raad dat preventie meer gewicht moet krijgen. Zoals gezegd is juist door meer preventie nog gezondheidswinst te boeken. Verder komen veel mensen pas laat met de individuele gezondheidszorg in aanraking, dat wil zeggen pas op het moment dat er klachten zijn. Preventie zal om die reden ook altijd buiten de individuele gezondheidszorg moeten plaatsvinden. En daar zijn ander instrumenten voor nodig dan in de individuele gezondheidszorg.

Binnen het domein van volksgezondheid twee beleidslijnen onderscheiden, maar wel onder de competentie van de minister van volksgezondheid en met meer aandacht voor preventie

Als volksgezondheidsdoelstellingen mede sturend moeten zijn voor activiteiten in de individuele gezondheidszorg moeten twee problemen worden opgelost, concludeert de Raad. Het zorgstelsel moet beter toegerust worden voor preventie en de overheid en anderen moet kunnen sturen met doelstellingen en op uitkomsten.

Twee problemen oplossen:  
- zorgstelsel toerusten voor meer preventie  
- sturen met doelstellingen en op uitkomsten

Preventie die onlosmakelijk met de zorg verbonden is (tertiaire preventie), moet meer gearticuleerd worden in behandelingen, richtlijnen en opleidingen. Dat is onder meer belangrijk omdat er dan volgens de Raad ook geen onduidelijkheid kan bestaan over de aanspraak op preventie. Die is dan immers een onderdeel van de professionele standaard.

Preventie articuleren in protocollen, richtlijnen en opleidingen

Om de mogelijkheden voor primaire en secundaire preventie in de individuele gezondheidszorg optimaal te kunnen benutten, is volgens de Raad een verzekeringsstelsel gebaseerd

Publiekrechtelijke grondslag voor verzekering biedt meer mogelijkheden voor preventie

op publiekrechtelijke grondslag nodig. Bij een privaatrechtelijke grondslag lijkt het niet goed mogelijk om verzekeraars effectief te prikkelen op het gebied van public healthdoelstellingen.

De Raad concludeert dat het gegeven dat andere partijen primair verantwoordelijk zijn voor de zorg, niet op gespannen voet staat met het formuleren door de overheid van doelstellingen voor de individuele gezondheidszorg. Concrete doelstellingen zijn zelfs wenselijk omdat ze de richting van de inspanningen in de zorg kunnen sturen.

Concrete doelstellingen zijn wenselijk

Naast concrete doelstellingen hebben de overheid en anderen meer informatie nodig over geleverde prestaties om de bijdrage van de individuele gezondheidszorg aan geconcretiseerde volksgezondheidsdoelstellingen te kunnen beoordelen. De Raad concludeert dat informatie over die prestaties, voor zover beschikbaar, nog te weinig zegt over de doeltreffendheid van de verleende zorg. Juist die doeltreffendheid is van belang om de bijdrage aan volksgezondheidsdoelstellingen te kunnen meten. Een systematische analyse van zorgresultaten zou daarvoor een geschikt instrument zijn.

Een systematische analyse van zorgresultaten is een geschikt instrument om prestaties te meten

Rond de informatie over prestaties in de gezondheidszorg is een discussie gaande over de wenselijkheid van openbaarheid van vergelijkende gegevens. Voor- en tegenstanders brengen argumenten naar voren die hout snijden. De Raad is voorstander van openbaarheid en vindt dat de overheid in die discussie eveneens positie moet kiezen. Het is namelijk niet erg waarschijnlijk dat het probleem van de openbaarheid zich vanzelf oplost. De benodigde informatie is in de gezondheidszorg immers moeilijk te traceren en de belangen van betrokkenen lopen daarvoor te ver uiteen.

De overheid moet kiezen voor openbaarheid van gegevens over prestaties

De Raad concludeert dat een systematische analyse van zorgresultaten op termijn tevens een geschikt instrument kan zijn om tot een op prestatie gebaseerd betalingssysteem c.q. waarderingssysteem voor de gezondheidszorg te komen. De betrouwbaarheid van aangeleverde en geanalyseerde gegevens is cruciaal om zover te komen. Daarom is de conclusie van de Raad dat een onafhankelijk instituut de meeste waarborgen biedt voor het verkrijgen van betrouwbare informatie, waarmee dan ook het vertrouwen van zowel de patiënt/consument als de instellingen en de beroepsbeoefenaren zeker is gesteld.

Een systematische analyse van zorgresultaten is tevens bruikbaar voor een betalings- of waarderingssysteem

### 6.3 Aanbevelingen

De Raad formuleert twee clusters van met elkaar samenhangende aanbevelingen. In het eerste cluster staan de aanbevelingen gericht op versterking van preventie in het zorgstelsel. In het tweede cluster staan de aanbevelingen die gericht zijn op het transparant maken van doelstellingen en het meten daarvan. Zoals gezegd moeten de aanbevelingen in samenhang gezien worden.

Twee samenhangende clusters van aanbevelingen:

- meer preventie in het zorgstelsel
- transparante doelstellingen en metingen

#### I Preventie in het zorgstelsel

Volgens de Raad zijn er vier soorten maatregelen waarmee preventie in de individuele gezondheidszorg bevorderd kan worden:

- preventie in de zorg en in de opleidingen articuleren en stimuleren;
- programmatische preventie in de individuele gezondheidszorg financieel belonen;
- partijen buiten de gezondheidszorg zien als partners om preventie te stimuleren;
- gebruik maken van ICT voor communicatiestrategieën.

De Raad beveelt de minister aan de betrokken gremia die zich bezighouden met protocol- en richtlijnontwikkeling voor professioneel handelen, te verzoeken de preventieve maatregelen c.q. onderdelen daarin apart te benoemen. Daarmee wordt preventie, indien aangewezen, een onderdeel van de professionele standaard en tevens onderdeel van de aanspraak in verzekeringen.

Preventie in protocollen apart benoemen vanwege duidelijkheid over de professionele standaard en de verzekeringsaanspraak

Het verdient aanbeveling om in de opleidingseisen voor de in het kader van de Wet BIG geregelde beroepen, voor zover dit nog niet het geval is, een verwijzing op te nemen naar de eindtermen van de opleiding. Dit biedt de mogelijkheid om het aandeel preventie in de opleidingen te expliciteren. Verder beveelt de Raad de minister aan met de beroepsgroepen te overleggen over het aandeel preventie in vervolgoopleidingen en in de eisen voor herregistratie. De minister nodigt betrokken beroepsgroepen en opleidingsinstellingen uit om de resultaten op dit punt binnen twee jaar te laten zien.

Preventie opnemen in opleidingseisen en eindtermen van opleidingen

Om verzekeraars tot tertiaire preventie te stimuleren, doet de Raad de volgende aanbevelingen.

Met verzekeraars indicatoren afspreken om preventie-aspect bij de inkoop van zorg te meten



- De minister overlegt met verzekeraars over de vraag met welke indicatoren (naar het voorbeeld van het Amerikaanse HEDIS-model) ze inzicht kunnen geven over de rol die preventie speelt bij de inkoop van zorg. Daarmee krijgt preventie een plaats in de productieparameters. De minister spreekt een termijn af waarbinnen die indicatoren beschikbaar zijn.
- Binnen het normuitkeringsstelsel wordt geld gereserveerd voor verzekeraars die innovatieve en effectieve (tertiaire) preventiestrategieën weten te bereiken bij aanbieders.

Verzekeraars belonen voor vernieuwende en effectieve tertiaire preventie

Om programmatische preventie te stimuleren doet de Raad de volgende aanbevelingen.

- Op basis van de VTV's '97 en '02 stelt de overheid vast welke preventieve interventies prioriteit krijgen in het beleid. Deze interventies worden in aparte productie-eenheden ondergebracht die door verschillende aanbieders uitgevoerd kunnen worden.
- Hiervoor wordt binnen het normuitkeringsstelsel 5% gereserveerd.
- Verzekeraars dienen te rapporteren over de besteding en de resultaten. Ze rapporteren eveneens op welke wijze ze hierover afstemming hebben gezocht met public healthaanbieders.
- Om concurrentie op preventie te bevorderen, wordt binnen die 5% regeling een deel gereserveerd voor verzekeraars die beter presteren te belonen.

Aparte productie-eenheden voor collectieve preventieve

5% reserveren binnen normuitkeringsstelsel

Rapporteren over resultaten

Beter presterende verzekeraars belonen

De Raad beveelt de minister aan om met werkgevers in gesprek te gaan over de mogelijkheid van het aanbieden van meerdere collectieve contracten aan werknemers. Werkgevers zouden werknemers vervolgens kunnen adviseren te kiezen voor een contract waarin preventie expliciet en zichtbaar een rol speelt. De afspraken zouden in een convenant neergelegd kunnen worden.

Met werkgevers afspraken maken over preventie

De Raad beveelt de overheid aan met de burgers te communiceren over het belang van preventie. De Raad adviseert om een preventiemodule te (laten) ontwikkelen voor het binnenkort te openen Gezondheidsportaal en digitale informatie-punten in te richten. Patiëntenorganisaties zouden in die communicatie naar de mening van de Raad een belangrijke rol dienen te vervullen.

Communiceren over het belang van preventie:

- Internet benutten
- Digitale informatiepunten

## II Transparante doelstellingen en metingen

In dit tweede cluster zijn de aanbevelingen zoals gezegd, gericht op het transparant maken van doelstellingen en het meten daarvan.

De Raad beveelt de minister aan om op geleide van de VTV '97 en '02 voor de individuele gezondheidszorg concrete doelstellingen te formuleren voor gebieden waarop in de individuele gezondheidszorg gezondheidswinst behaald moet worden.

Concrete doelstellingen formuleren

Het meten van gezondheidswinst (inclusief winst wat kwaliteit van leven betreft) wordt een speerpunt in het overheidsbeleid voor de individuele gezondheidszorg. Daarom krijgt het werken aan een systeem dat de zorgresultaten kan meten, in termen van investering in geld en menskracht (door de overheid) voorrang boven bijvoorbeeld het ontwikkelen van richtlijnen. Daarbij beveelt de Raad de volgende stappen aan.

Het meten van gezondheidswinst wordt een speerpunt in het beleid voor de individuele gezondheidszorg

Als eerste stap beveelt de Raad de minister aan te kiezen voor enkele pilot-studies waarmee de positieve effecten van een systeem van zorgresultaten aangetoond kunnen worden. De voorkeur gaat naar gebieden waar veel gezondheidswinst behaald kan worden omdat het om grote groepen mensen gaat, en waar tevens al (intermediaire) uitkomstindicatoren beschikbaar zijn. De Raad denkt daarbij onder meer aan diabeteszorg en de zorg voor oncologische patiënten. Voor de palliatieve zorg lijkt decubitus als uitkomstmaat geschikt.

Eerste stap: pilot-studies

Als tweede stap beveelt de Raad aan te werken aan de oprichting van een onafhankelijk instituut dat de zorgresultaten gaat analyseren, beoordelen en publiceren. Hij vindt een onafhankelijk instituut een absolute voorwaarde voor betrouwbare informatie en voor het vertrouwen dat patiënten/-consumenten, beroepsbeoefenaren en instellingen in een dergelijk instituut moeten kunnen hebben. De Raad denkt aan een klein, maar deskundig bureau dat gebruik maakt van databestanden die elders al voorhanden zijn. Voor een wettelijke basis zou de Kwaliteitswet benut kunnen worden. Verder is het denkbaar het instituut aan het RIVM op te hangen en aan te sluiten bij de planbureaufunctie waarvan reeds lang sprake is. De onafhankelijkheid is voor de Raad essentieel.

Tweede stap: een onafhankelijk instituut oprichten dat de zorgresultaten gaat analyseren, beoordelen en publiceren

Als derde stap beveelt de Raad aan met de sectoren afspraken te maken over de verdere ontwikkeling en de inbedding van prestatie-indicatoren. Wat de Raad betreft moet het met name

Derde stap: afspraken de verder ontwikkeling en inbedding inbedding van de resultaatsindicatoren in de gezondheidszorg

gaan om de indicatoren die de bijdrage van de individuele gezondheidszorg aan volksgezondheidsdoelstellingen zichtbaar maken. Die afspraken kunnen op verschillende wijze geconcretiseerd worden: in de aangekondigde informatieconvenanten, in de benchmarktrajecten en in de Kwaliteitswet. Vanwege de transparantie en het verplichtend karakter heeft de Raad een voorkeur voor de Kwaliteitswet.

Als vierde stap ziet de Raad het publiceren van vergelijkende informatie over prestaties van instellingen en beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Hij ziet daarin een instrument dat kwaliteitsverbetering stimuleert. Het transparant maken van kwaliteit van (medische) prestaties biedt daartoe grote mogelijkheden. Verder kan kwaliteit daardoor een rol spelen bij zowel de keuze van de patiënt als in het contracteerbeleid van de zorgverzekeraar. Hij vindt dat de minister in de discussie over openbaarheid van gegevens het belang van kwaliteit(sverbetering) moet benadrukken.

Vierde stap: vergelijkende informatie over prestaties publiceren

Als vijfde stap ziet de Raad het ontwikkelen van een systeem van zorgresultaten tot een meer op prestatie gebaseerd betalings- c.q. waarderingssysteem. Anders dan een systeem gebaseerd op verrichtingen of productie (zoals de DBC's) belooft een systeem gebaseerd op een analyse van zorgresultaten de kwaliteitsverbetering van de zorg. Niet 'loon naar werken' is het uitgangspunt, maar de gerealiseerde prestaties en kwaliteit. Een dergelijk systeem zou de ongewenste invloed van betalingssystemen op het volume van medische verrichtingen in gunstige zin kunnen beïnvloeden. Met een dergelijk systeem wordt het tevens mogelijk om (clusters van) instellingen te belonen voor verbeteringen in de gezondheidstoestand van de bevolking in de regio, het verzorgings- of adhaerentiegebied.

Vijfde stap: ontwikkeling van een op prestatie gebaseerd betalings- c.q. waarderingssysteem

## **Raad voor Volksgezondheid en Zorg,**

*Voorzitter,*

Prof. drs. J. van Londen

*Algemeen secretaris,*

Drs. P. Vos

# Bijlagen



## **Bijlage 1**

### **Relevant gedeelte uit het door de minister van VWS vastgestelde werkprogramma RVZ 2000**

#### **3 Volksgezondheid en zorg: publiek-private allianties (rubriek II minister van VWS)**

##### **3.1 Beleidskader**

In Nederland zijn volksgezondheid en zorg in twee verschillende beleidssystemen ondergebracht. Deze tweedeling heeft de volgende gedaante aangenomen. De volksgezondheid is onder de titel openbare gezondheidszorg bij de gemeenten terechtgekomen, in een specifiek sturingssysteem met eigen beleidsdoelen en –middelen. De zorg hebben wij daarentegen functioneel gedecentraliseerd. Die is ondergebracht bij het particulier initiatief van zorgaanbieders en verzekeraars. Ook voor de zorg is een specifiek sturingssysteem ontworpen: een omvangrijk bouwwerk van aanbodregulering.

In de huidige stringente vorm bestaat de tweedeling pas enkele decennia. Zij is een deels onbedoeld bijverschijnsel van de nadruk die sinds 1970 ligt op aanbodbeheersing. Daardoor is het overheidsbeleid sterk voorzieningengericht geworden, met een bedrijfseconomische grondslag. De vraagzijde – en zeker de maatschappelijke doelen van de zorg – kreeg geen plaats in dit beleid.

Het resultaat is dat de samenleving de individuele gezondheidszorg geen collectieve of publieke doelen kan stellen. Dit is een op termijn ongewenste situatie. De individuele gezondheidszorg staat hierdoor namelijk los van haar uiteindelijke doel: de gezondheidstoestand van de bevolking. En dat leidt vroeg of laat tot problemen met de legitimering. Effectiviteit en legitimiteit hangen nu eenmaal samen.

De tweedeling is om nog een reden ongewenst. De openbare gezondheidszorg kan de haar opgelegde taken alleen met

behulp van de individuele gezondheidszorg effectief uitvoeren. En om al deze redenen beval de RVZ in een advies over openbare gezondheidszorg (1999) de minister van VWS aan tussen beide zorgsystemen loopbruggen te slaan. Die loopbruggen ziet men heel voorzichtig ontstaan in de toepassingen van disease management en al heel duidelijk in de openbare geestelijke gezondheidszorg.

Waarom is het zo belangrijk de tweedeling met loopbruggen teniet te doen? Om verschillende redenen. Door het aanbod

van individuele gezondheidszorg systematisch te koppelen aan volksgezondheidsdoelen, ontstaan nieuwe, uitdagende mogelijkheden voor zelfsturing. Die kan de bestaande overheidssturing deels vervangen. En tegelijkertijd biedt het kansen de verantwoordelijkheden van overheid en particulier initiatief consequenter toe te delen. Er ontstaat een beleidskader voor weloverwogen en verantwoorde delegatie van publieke taken. Maar de misschien belangrijkste reden is dat hierdoor afrekenenheden ontstaan. De belastingbetaler wil weten wat het rendement is op zijn in de gezondheidszorg geïnvesteerd kapitaal. Wat is het resultaat van al die activiteiten die met elkaar jaarlijks 70 miljard gulden vereisen?

Welke bouwmaterialen hebben wij voor het slaan van de loopbruggen nodig? Voorwaarde is in ieder geval dat overheid en particulier initiatief een nieuwe besturingsfilosofie overeenkomen. Die zou de vorm van een publiek-private samenwerking moeten aannemen, waarin drie zaken centraal staan.

- Een integraal beleidskader voor volksgezondheid en zorg, waarin de twee onverbreekelijk met elkaar zijn verbonden (een sturingssysteem).
- Aan outcomes gerelateerde sturing van zorgprocessen, concreet: financiering van zorgaanbod ijken aan extern vast te stellen prestaties.
- Een vorm van concessieverlening, gekoppeld aan vooraf gestelde publieke doelen, aan beoordeling op resultaat achteraf en aan transparante marktinformatie.

Maar de belangrijkste voorwaarde is durf: overheid en particulier initiatief moeten de salto mortale aandurven.



### 3.2 Probleemstelling

De probleemstelling voor een advies hierover is zojuist gegeven. Hoe brengen wij de gewenste kanteling van het besturingsperspectief tot stand?

Het beleidsprobleem is de nu nog gescheiden sturingssystemen volksgezondheid en zorg te integreren in een sturingssysteem. Onvermijdelijk is dan de bij de twee sturingssystemen behorende doelen te combineren. De doelen van de volksgezondheid zouden vervolgens aan de zorg moeten worden gesteld. Dat betekent:

- een niet op aanbod, maar op vraag en een niet op voorzieningen, maar op functies georiënteerde sturing;
- het aan de sector opleggen van resultaats-, niet van inspanningsverplichtingen;
- het durven te werken met prestatieloon.

Het probleem is nu: kan zo'n systeem werken, is het handhaafbaar. En is dit systeem beheersbaar? Vraag is ook wie dan de regie moet voeren namens de overheid: de verzekeraar of de zorgaanbieder? En misschien kan de werkgever wel regisseur zijn. Ten slotte moet men zich afvragen of de politieke bereidheid bestaat met zo'n systeem in zee te gaan en risico's te lopen. Zien besluitvormers de noodzaak ervan in en zijn zij bereid tot actie over te gaan?

### 3.3 Adviesdomein en beleidsvragen

Het adviesdomein valt samen met de beleidssector volksgezondheid en zorg, dat wil zeggen met het door de Zorgnota 2000 gecoverde terrein. De RVZ beperkt zich tot gezondheidsdoelen.

Van de zojuist geformuleerde probleemstelling kan men, rekening houdend met de vragen die de minister de Raad stelt (zie bijlage 1), deze beleidsvragen afleiden.

1. *Probleemanalyse*
  - Wat is op het terrein van volksgezondheid en zorg het bestaande of het te verwachten beleidsprobleem?
  - Hoe ernstig en hoe urgent is het probleem?
  - Hoe wordt het probleem veroorzaakt en in stand

gehouden?

2. *Beoordeling van oplossingen*
  - Welke doelen moet de overheid voor de volksgezondheid stellen?
  - Hoe kunnen deze doelen aan de zorgverlening worden gekoppeld?
  - Wat zijn mogelijke beleidsstrategieën en -maatregelen?
  - Welke criteria zijn relevant om de strategieën en maatregelen aan te toetsen?
  - Wat is de uitkomst van de toetsing?
3. *Advies*
  - Welke beleidsmaatregelen moet de minister nemen?
  - Hoe ziet het bijbehorend actieprogramma eruit?

#### *Toelichting*

In de probleemanalyse onderzoekt de Raad onder meer de gevolgen van de ontkoppeling van volksgezondheid en zorg. Bij de beoordeling van oplossingen kijkt de Raad ook naar de ervaringen in andere beleidssectoren en in andere landen. Ervaringen met het wel en niet koppelen van de doelen van volksgezondheid en zorg. Belangrijk bij de beschrijving en de beoordeling van oplossingen zijn incentives en garanties voor onder meer de kostenbeheersing en de toegankelijkheid van de zorg. Centraal staat hier de zelfsturing en het sturen op outcomes. Publiek-private samenwerking zal een relevante factor zijn.

### **3.4 Functie advies**

Dit advies zal een rol kunnen spelen bij de politieke herwaardering van het stelsel van ziektekostenverzekeringen die in het Regeerakkoord 1998 is aangekondigd. Het onderwerp van het advies is in feite de sturing van zorgactiviteiten. De Raad onderzoekt de mogelijkheid het bestaande systeem van aanbodregulering, van sturen op input en van stringente overheidsbemoediging te vervangen door een op zelfsturing en output financiering gebaseerd stelsel. Daarin, dus ook in het verzekeringsstelsel, staat de geleverde prestatie voorop.

Het gaat dan om een kanteling van het besturingsperspectief en om een andere beleidsstrategie. De Raad wil met zijn

advies ook bijdragen aan een verdere operationalisering van het concept ‘maatschappelijk ondernemerschap’ en een nieuw elan geven aan het particulier initiatief. Zo zou de publiek-private samenwerking in de gezondheidszorg verder kunnen worden ontwikkeld.

De Raad hoopt het onderwerp met zijn advies steviger in de politieke agenda te kunnen verankeren. En verder is een brede openbare discussie in de zorgsector over het onderwerp zeer gewenst. Het advies kan daarbij een rol spelen.

### **3.5 Programmering**

De functie die het advies in het beleidsproces kan vervullen, maakt het noodzakelijk dat het begin 2001 verschijnt.

### **3.6 Relevante andere publicaties en instanties**

De Raad borduurt met dit advies voort op het thema van zijn advies over de openbare gezondheidszorg uit 1999. Relevant is zeker het advies van de WRR over volksgezondheidszorg uit 1997.

### **3.7 Literatuur**

- *Adviezen RVZ*  
Sociale zekerheid en zorg (1996).  
De toekomst van de AWBZ (1997).  
Met zorg wonen deel 1 (1997) en deel 2 (1998).  
Samenwerken aan openbare gezondheidszorg (1999).  
Facetbeleid/Gezondheid buiten de gezondheidszorg (verschijnt 1999).
- *Overheidsbeleid*  
Tweede Kamer der Staten-Generaal. Geestelijke Gezondheidszorg: brief van de minister van VWS. Den Haag: SDU, vergaderjaar 1996-1997. No. 25 424-2.  
Tweede Kamer der Staten-Generaal. Openbare Gezondheidszorg: brief van de minister van VWS. Den Haag: SDU, vergaderjaar 1998-1999. No. 26 598-1.

- *Overig*
  - Commission of the European Communities. The development of public health policy in the European Community. Brussel: EU, 1998.
  - Secretary of State for Health (UK). Our healthier nation: a contract for health. London: The stationery office limited, 1998.
  - Water, H.P.A. van de en L.M. van Hertem. Health Policies on Target? Review of Health Target and Priority Setting in 18 European Countries. Leiden: TNO Prevention and Health, 1998.

## **Bijlage 2**

### **Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)**

**Voorzitter:**

Prof. drs. J. van Londen

**Leden:**

Mw. prof. dr. I.D. de Beaufort

Drs. J.C. Blankert

J. Franssen

Mw. M.J.M. le Grand-van den Bogaard

Prof. dr. T.E.D. van der Grinten

Mw. prof. dr. J.P. Holm

Mw. J.M.G. Lanphen, huisarts

Mr. A.A. Westerlaken

**Algemeen secretaris:**

Drs. P. Vos



## Bijlage 3

### Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

#### Betrokken raadsleden:

- Prof. dr. T.E.D. van der Grinten
- Mr. A.A. Westlaken

#### Ambtelijke projectgroep:

- Mw. mr. G.P.M. Raas, projectleider
- J.B.J. Drewes, arts, projectmedewerker
- Mw. dr. A.J. Struijs, projectmedewerker
- Drs. P.P.T. Jeurissen, projectmedewerker
- Mw. J.J. Lekahena-de Wolf, projectsecretaresse

#### Samenstelling klankbordgroep:

##### *Vanuit de RVZ:*

- Prof. dr. T.E.D. van der Grinten
- Mr. A.A. Westlaken

##### *Leden:*

- De heer I.M.K. Delawi, internist UMC Utrecht
- Drs. H.A. van der Hoeven, directeur St. Gezondheidscentra Zoetermeer
- Prof. dr. N.S. Klazinga, hoogleraar sociale geneeskunde, AMC UvA
- Drs. M.A.M. Leers, verzekeraar van de CZ-groep
- Prof. dr. W. Lemstra, voorzitter NVZ
- Mr. M.E.M. Nuyten, secretaris gezondheidszorg, VNO-NCW
- Prof. dr. D. Post, vakgroep Gezondheidswetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen
- Prof. dr. F.F.H. Rutten, Institute for Medical Technology Assessment, Erasmus Universiteit Rotterdam
- Dr. D. Ruwaard, RIVM
- W.M.L.C.M. Schellekens, arts, directeur CBO
- F.B.M. Sanders, radioloog (oud voorzitter Orde van Medisch Specialisten)
- Prof. dr. P. Schnabel, directeur SCP
- Mw. H.E.M. Sales MHA, directeur thuiszorg Twente
- Prof. dr. A.J.P. Schrijvers, Juliuscentrum AZU
- Dr. P.A.H. Verbraak, voorzitter Raad van Bestuur GGz Eindhoven

### Overzicht gevoerde gesprekken

- Prof. Schrijvers, Juliuscentrum AZU
- Prof.dr. R.T.J.M. Janssen, directeur GGD Eindhoven en hoogleraar KUB
- Dr. P.A.H. Verbraak, GGz E
- Drs. M.A.M. Leers en H. Wilsens, RvB CZ Groep Zorgverzekeringen
- Mw. ir. M.H. Kwekkeboom, SCP
- De heer J.A. Bruggeman, Hackfortberaad
- Dr. H.G.J. Nijhuis en de heer A. Wagenaar, bureau Public Health
- Drs. J.M. Boot en drs. B. Hesdahl, projectmedewerkers stelselherziening NSPH
- Prof. dr. H. Rengelink, hoogleraar economie en organisatie van de gezondheidszorg (KUB)
- A.H.M. Kerkhoff en O. van Heffen, TUT, faculteit der bestuurskunde
- Q.A.J. Swagerman MHA, directeur Thuiszorg Centraal Twente
- Drs. A.W.M. Meijer, Universiteit Maastricht, vakgroep BEOZ
- Mw. M. Paes, LVG Gezondheidscentrum Samen Beter
- Prof. dr. W. Lemstra en drs. R.N. van der Plank, NVZ vereniging van ziekenhuizen
- De heer drs. H. Simons, NIZW
- Mw. dr. P. Uniken Venema en de heer W. van den Ouwelant, LVGGD
- De heren A. Schoenmaker en T. Voorham, GGD Rotterdam
- G.H. de Valk, arts, College voor zorgverzekeringen
- Mevrouw F. Rikken, College voor zorgverzekeringen



## **Bijlage 4**

### **Historische en internationale context debat volksgezondheid en zorg**

J.B.J. Drewes, arts

#### **1 Inleiding**

In deze achtergrondstudie wordt verkend welke lessen uit het verleden kunnen worden getrokken en wat Nederland kan leren van andere landen.

De studie is als volgt opgebouwd. Eerst wordt bekeken of in het verleden een grotere bijdrage van de gezondheidszorg aan volksgezondheidsdoelen in Nederland is geleverd dan nu het geval is en wat daarbij bevorderende of belemmerende factoren waren (hoofdstuk 2). Vervolgens komt in hoofdstuk 3 aan de orde, in hoeverre het beleid van de landelijke overheid in de afgelopen decennia gericht is geweest op een grotere bijdrage van de gezondheidszorg aan het realiseren van volksgezondheidsdoelen, wat het resultaat van dit beleid is geweest en wat daarbij belemmerende en bevorderende factoren waren.

In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op de verhouding volksgezondheid – gezondheidszorg in ons omringende landen, de mogelijke factoren die een grotere dan wel een kleinere integratie van volksgezondheid en zorg bepalen en welke daarvan over te nemen zijn voor de Nederlandse situatie. In het samenvattende hoofdstuk 5 worden lessen voor de toekomst getrokken, uit ons eigen verleden en uit omringende landen.

## 2 De verhouding volksgezondheid – gezondheidszorg in het verleden

In dit hoofdstuk wordt bekeken of in het verleden een grotere bijdrage van de gezondheidszorg aan volksgezondheidsdoelen in Nederland is geleverd en wat daarbij bevorderende of belemmerende factoren waren.

Volksgezondheid bestaat als begrip pas sinds eind 18<sup>de</sup>, begin 19<sup>de</sup> eeuw. Om de gezondheidstoestand van het volk te kennen is immers bevolkingsregistratie nodig (demografie) en om deze te kunnen duiden zijn statistische bewerkingsmethodieken een voorwaarde (epidemiologie) (Verdoorn, 1965). De eerste onderzoeken op dit terrein kregen de vorm van zogenaamde medische topografieën, waarvan de eersten rond 1795 verschenen (Van der Maas en Mackenbach, 1995).

De verantwoordelijkheid van de overheid voor de volksgezondheid is voor het eerst vastgelegd in de Grondwet van 1798 (Gunning-Schepers, et al., 1997), maar tot ver in de 19<sup>de</sup> eeuw werd deze overheidsverantwoordelijkheid nauwelijks tot gelding gebracht. Ook vanuit de beroepsbeoefenaren werd aan het begin van de 19<sup>de</sup> eeuw nog weinig aan de bevordering van de volksgezondheid gedaan. Daartoe ontbrak het immers op grote schaal aan inzicht in hoe ziekten ontstonden en zich onder de bevolking verspreiden. Bacteriën als ziekteverwekkers werden pas rond 1870 ontdekt en de feitelijke wijze van overdracht pas in de decennia daarna.

Algemeen werd eind 18<sup>de</sup>, begin 19<sup>de</sup> eeuw een sterke achteruitgang in de volksgezondheid en de gezondheidszorg geconstateerd. In ons omringende landen werd die achteruitgang vooral aan de opkomende industrialisatie geweten met de daaruit voortvloeiende erbarmelijke levens- en arbeidsomstandigheden voor een groot deel van de bevolking, met nauwelijks enige toegang tot medische zorg. In Nederland is de industrialisatie veel minder snel voortgeschreden en pas rond 1850 gestart. De achteruitgang wordt hier vooral geweten aan de algehele verslechtering van de economie (Wouters, 1968; Van der Maas en Mackenbach, 1995).

De zich in de 19<sup>de</sup> eeuw professioneel ontwikkelende geneeskunde stond in het begin van die eeuw vanuit ons retrospectieve gezichtspunt bezien nog in de kinderschoenen. De geneeskunde had noch in de ogen van het publiek, noch in

de ogen van de politiek verantwoordelijken en de bestuurders veel te bieden op het vlak van de bescherming en bevordering van de volksgezondheid.

Daarop waren twee belangrijke uitzonderingen. In de eerste plaats was in 1722 de beschermende werking van moedwillige besmetting met pokkenstof ontdekt, maar deze methode maakte veel slachtoffers, die door de inoculatie juist met pokken besmet raakten. Door de Engelse arts Jenner werd aan het eind van de 18<sup>de</sup> eeuw ontdekt, dat de zogenaamde koepokinenting ook beschermende werking bood tegen pokken, met veel minder bijwerkingen. Deze vaccinatie, waarvan de feitelijke werking nog niet werd begrepen, werd in 1796 in Engeland, in 1799 in Nederland en in de loop van de 19<sup>de</sup> eeuw in de meeste landen van Europa ingevoerd.

Tevens werden in de loop van deze eeuw vanuit de steeds meer verzamelde cijfers over met name sterfte en verspreiding van besmettelijke ziekten, maar ook vanuit observaties van dokters in de dagelijkse praktijk steeds duidelijker dat er verband bestond tussen het optreden van dergelijke ziekten en de vaak erbarmelijke omstandigheden, waaronder grote delen van de stadsbevolking moesten leven. Dit inzicht ontstond zonder dat de feitelijke relatie tussen de ziekten en deze omstandigheden bekend was. Omdat zij in hun dagelijkse praktijk vrij machteloos waren om iets aan deze ziekten te doen, vooral niet aan de toen nog regelmatig optredende epidemieën (Mooij, 2001), pleitten een aantal artsen voor een sterke verbetering van deze omstandigheden, met name ten aanzien van de drinkwatervoorziening, aanleg van riolering, afvalverwijdering en in latere fasen woningverbetering en verbetering van de voedselvoorziening. Deze artsen, aangeduid als de *hygiënist*en, kozen er niet voor om de gezondheidszorg te verbeteren maar om het bestuur en de politiek te beïnvloeden. Als deze beïnvloeding niet lukte, gingen zij vaak zelf de politiek in (Houwaart, 1991).

Ook de gezondheid in werkplaatsen en fabrieken kreeg in deze periode nauwelijks aandacht, behalve van de arts Samuel Coronel (Bergink, 1960). Deze stelde op brede schaal de ongezonde arbeidsomstandigheden in de opkomende industrieën aan de orde en bracht zijn bevindingen onder in een eerste Nederlands leerboek op dit terrein (Coronel, 1861). Zijn inspanningen leverden toen nog weinig op.

Rond 1850 schommelde de levensverwachting nog steeds rond de veertig jaar en met name de zuigelingen- en kleutersterfte was onverminderd hoog. Hierin kwam vanaf ongeveer 1855 verandering toen een lichte daling van de sterfte intrad, welke vanaf 1880 versnelde en met name in de eerste helft van de twintigste eeuw grote vormen aannam. Voor vrouwen trad de versnelling pas vanaf 1919 in. Deze verandering van het ziekte- en sterfjepatroon wordt aangeduid als de *epidemiologische transitie* (Wolleswinkel, 1998).

In de loop van de negentiende eeuw was de medische wetenschap tot ontwikkeling gekomen. De mogelijkheden voor genezing waren op veel terreinen nog wel beperkt, maar in 1865 was de medische beroepsuitoefening geregeld en de technische mogelijkheden om ziekten te herkennen, te begrijpen en daadwerkelijk te behandelen namen toe, onder andere door de toepassing van asepsis (1851) en de ontdekking van bacteriën als ziekteverwekkers (1870).

Dit leidde ertoe dat voor de verbetering van de algemene volksgezondheid de toegang tot de gezondheidszorg een relevante factor werd. Twee ontwikkelingen zijn daarbij van belang. Allereerst het ontstaan van allerlei vormen van onderlinge ziektekostenverzekering, zoals ziekenfondsen die voor bepaalde groepen de financiële toegankelijkheid en beschikbaarheid van gezondheidszorg gingen regelen. Voor de daarvoor niet in aanmerking komende armen ontstond in de tweede helft van de negentiende eeuw onder invloed van de Armenwet van 1854 de zogenaamde armenzorg: gezondheidszorg voor minvermogenden welke in de grote steden door de gemeentelijke overheid werd verzorgd (Wouters, 1968; Van Leeuwen, 2000).

De aandacht van de hygiënisten voor de verbetering van de leefomstandigheden begon vanaf 1850 zijn vruchten af te werpen en tot vermindering van ziektes te leiden. In die periode kwamen de watervoorziening, het levensmiddelen toezicht, de verbetering van de huisvesting, de aanleg van de riolering en de vuilnisverwijdering op gang. Daarnaast werden maatregelen getroffen om de arbeidsomstandigheden in de industrieën te verbeteren: meer aandacht voor de veiligheid en de beperking van de arbeid (kinderen, vrouwen en de arbeidsduur in het algemeen). Bij dit laatste was overigens de inbreng vanuit geneeskundige hoek beperkt (Leertouwer, 2001).

Kenmerkend voor deze ontwikkelingen van wat achteraf gezien veelal zou kunnen worden aangemerkt als facetbeleid, was de 'natuurlijke' coalitie tussen enerzijds groepen geneeskundigen en anderzijds de politieke stromingen, die ieder vanuit hun eigen doelstellingen opkwamen voor belangen van de arbeiders: de socialisten, maar ook de verlichte liberalen die pleiten voor instandhouding van voldoende adequate arbeidskrachten en de christenen, die opkwamen voor de geestelijke belangen. Naast deze natuurlijke samenloop van belangen werd het succes van deze vormen van facetbeleid vooral bepaald door de enorme effecten die tegen relatief geringe kosten en op relatief eenvoudige wijze konden worden bereikt.

De overheidsbemoeyenis met de volksgezondheid begon in de tweede helft van de 19<sup>de</sup> eeuw ook vorm te krijgen in wetgeving. Naast de al genoemde Armenwet (1854) en de Regeling van de medische beroepuitoefening (1865) moeten daarbij genoemd worden: de Begrafeniswet (1869), de Besmettelijke ziektenwet (1872), de Wet kinderarbeid (1874), de Quarantainewet (1877), de Krankzinnigenwet (1884), de Arbeidswet (1889), de Woningwet (1901) en de Warenwet (1919). Deze wetgeving heeft een belangrijke basis gevormd voor de gerichte overheidsbemoeyenis met de volksgezondheid in al zijn facetten (Querido, 1965). Opvallend is dat een deel van deze wetgeving in eerste instantie niet tot echte actie van de overheid zelf leidde. Maar in deze periode ontstond wel steeds meer particulier initiatief om de volksgezondheid te bevorderen. Zo ontstonden vanaf 1875 overal in den lande kruisverenigingen, met als oorspronkelijk doel uitvoering te geven aan de besmettelijke ziektenwet.

Vanuit de ontwikkeling van de medische wetenschap aan het eind van de 19<sup>de</sup> en het begin van de 20<sup>ste</sup> eeuw ontstonden steeds meer gerichte mogelijkheden tot gezondheidsverbetering, zowel op curatief als preventief vlak. Vanuit deze mogelijkheden ontstonden ook specifieke verenigingen rond de preventieve zorg voor zuigelingen en de tuberculosebestrijding. Deze en andere vormen van collectieve preventie vanuit het particulier initiatief hebben in deze periode een zeer belangrijke en substantiële bijdrage aan de verdere verbetering van de volksgezondheid geleverd. Ook artsen waren in ruime mate bij al deze activiteiten betrokken, zowel in adviserende en bestuurlijke, als in uitvoerende zin.

Binnen zowel private als publieke voorzieningen voor gezondheidszorg werd in die periode nog niet echt onderscheid gemaakt tussen preventie, cure en care. Ook bij artsen en in ziekenhuizen speelde dit onderscheid geen bepalende rol. Wel werd de preventieve zorg, zowel publiek als privaat, steeds vaker georganiseerd binnen min of meer zelfstandige voorzieningen (tuberculosebestrijding, consultatiebureaus), welke ook bij private uitvoering via een subsidiestelsel in toenemende mate door de overheid werden gefinancierd (Volksgezondheidsnota, 1966).

Deze privaat georganiseerde preventief gerichte zorg werd opgezet vanuit maatschappelijke bewegingen en organisaties, die vanuit hun eigen belangen en levensovertuiging volksgezondheidsdoelen stelden op een specifiek terrein. Maar ook vanuit de overheid werden in toenemende mate dit soort doelen gesteld. Met name in de grote steden ontstonden gemeentelijke gezondheidsdiensten om de plaatselijke verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid ook op uitvoerend vlak gestalte te geven (Van Lieburg, 1994; Kerkhoff, 1999; Israëls en Mooij, 2001).

Onder artsen ontstaat langzaam maar zeker een functiedifferentiatie, met beginnende specialisatie op preventief en sociaal-geneeskundig vlak, maar nog lang worden public healthtaken door oorspronkelijk curatief gerichte artsen verricht: jeugdgezondheidszorg door kinderartsen en huisartsen, tuberculosebestrijding door longartsen.

Tijdens en na de tweede wereldoorlog komt de verbetering van de geneeskundige techniek in een stroomversnelling. Vooral de beschikbaarheid van medicijnen zoals penicilline en tuberculostatica leidt onder artsen tot een andere kijk op het belang van traditionele preventie. Tegelijkertijd ontstaan echter op grond van dezelfde ontwikkeling van de wetenschap hele nieuwe mogelijkheden voor preventie, zowel op het gebied van de vaccinaties en bevolkingsonderzoek, als op het vlak van de voorlichting en medicamenteuze profylaxe (Mackenbach, 2001).

De samenhang tussen de gezondheidszorg en de (individuele en collectieve) preventie wordt na 1945 in de fase van de wederopbouw in sommige sectoren, zoals de kruisorganisaties, nog verder versterkt, maar de eenheid neemt met name in de behandelende sector relatief af. Toch zijn ook daar nog wel preventieve elementen in het werk aanwezig. Als belangrijke factor voor deze voortgaande scheiding van curatie en

preventie kan vooral de invoering van de Ziekenfondswet worden gezien, waarin wel de financiering van curatie maar niet die van de preventieve activiteiten werden geregeld (Querido, 1953).

Preventieve activiteiten hebben van meet af aan onderdeel uitgemaakt van het werk van de Nederlandse huisarts, zoals ook blijkt uit de eerste formulering van het profiel van de huisarts door de Woudschotenconferentie van 1960. De huisartsen zagen zichzelf in die tijd als spil in de hele gezondheidszorg, inclusief de preventie (Van Goor, 1961) en zochten naar nieuwe mogelijkheden in die preventie (Van den Dool, 1960). Sinds 1983 behoort preventie ook officieel tot het basistakenpakket. Het gaat zowel om individuele preventie als om meer programmatische preventieve zorg en surveillance van risicogroepen. Signalering van gezondheidsbedreigende factoren, zowel ten aanzien van de individuele patiënt als ten aanzien van de samenleving, wordt als een taak in dit kader opgevat. De programmatische preventie richt zich bij het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker en de vaccinatiecampagne tegen influenza. In het individuele patiëntencontact vormt nu ook gerichte gezondheidsadviesing over bijvoorbeeld roken, overgewicht, lichaamsbeweging, cholesterol en SOA-preventie bij spreekuurcontacten een belangrijke preventieve activiteit van de huisarts. Deze activiteit past als zodanig in de in sommige kringen voorgestane 'minimal intervention strategy'. Dit geldt ook voor opportunistische preventie in de zin van casefinding, bijvoorbeeld met betrekking tot hypertensie en cholesterol.

Ook voor andere primair curatief gerichte beroepsgroepen geldt dat preventie en gezondheidsbevordering nog steeds onderdeel uitmaken van het handelen. In veruit de meeste gevallen betreft dit individugerichte, casuïstische preventie. Te denken is bijvoorbeeld aan het geven van preventieadviezen door medisch specialisten, fysiotherapeuten, oefentherapeuten, tandartsen, mondhygiënist, diëtisten en verloskundigen aan patiënten die naar deze hulpverleners zijn verwezen. Op groepen gerichte preventieve activiteiten komen voor in de vorm van zwangerschapsgymnastiek, genetische advisering, screening van zwangeren op rhesus-antagonisme, hepatitis B en lues, opvoedings- en oudercursussen, ouderengymnastiek en meer bewegen voor ouderen, tilcursussen en ruggescholen, voedingsvoorlichting aan ouderen of andere groepen. In de strikte zin van het woord is bij sommige van de genoemde preventieve activiteiten geen sprake van programmatische

preventie omdat het veelal ontbreekt aan onder meer een systematische opzet en follow-up.

Ook door instellingen voor gezondheidszorg zoals ziekenhuizen en instellingen voor geestelijke gezondheidszorg worden preventieve activiteiten uitgevoerd of aangeboden. Voor een deel gebeurt dit in meer of minder geformaliseerd verband, zoals bij de ggz-preventie door de riagg's. Enkele ziekenhuizen bieden ook preventie-activiteiten aan ten behoeve van het publiek. Dit geldt bijvoorbeeld voor het Havenziekenhuis in Rotterdam, alwaar men beschikt over een zogenoemde 'travel clinic'. Bij deze voorziening kunnen reizigers advies krijgen over noodzakelijke of aan te bevelen vaccinaties. Bedeelde vaccinaties kunnen hier ook worden verkregen. Verder kan men er terecht met vragen over ziekteverschijnselen die een gevolg kunnen zijn van buitenlandse reizen, alsook voor de behandeling van daadwerkelijke klachten.

Samenvattend kan geconcludeerd worden dat de curatieve gezondheidszorg tot ongeveer 1850 nauwelijks een positieve bijdrage leverde aan het realiseren van volksgezondheidsdoelen. In plaats van dat de overheid in die tijd van artsen een bijdrage vroeg om volksgezondheidsdoelen te realiseren, waren het juist een deel van de artsen die de overheid maanden om meer aan de bevordering van de volksgezondheid te doen. Belemmerende factoren daarbij waren vooral het principe van relatieve staatsonthouding en het feitelijke gebrek aan medische mogelijkheden om de volksgezondheid daadwerkelijk te beïnvloeden.

Na 1850 is de volksgezondheid spectaculair verbeterd en dat komt zowel op conto van de overheid middels – deels door artsen geïnitieerd – 'facitbeleid avant la lettre', wetgeving en uitvoering van taken door gemeentelijke gezondheidsdiensten, maar zeker ook voor een belangrijk deel door enorme inspanningen van het particulier initiatief in de gezondheidszorg. Bevorderende factoren hierbij waren de toenemende bemoeienis van de overheid met de volksgezondheid en de grote potentie van het particulier initiatief in deze periode. Ook de toegankelijkheid van effectieve gezondheidszorg nam in deze periode toe door onderlinge verzekering en aanvullende armenzorg. Ook na de tweede wereldoorlog levert de gezondheidszorg nog steeds een belangrijke bijdrage aan de volksgezondheid, zowel op preventief, als curatief vlak, zij het minder uitgesproken dan in



het verleden en voor sommige sectoren in afnemende mate. De steeds verdere verbetering van de medische techniek leidt potentieel ook tot verdere verbetering van de volksgezondheid, maar het is niet eenvoudig het aandeel van de curatie in deze verbetering te meten en in kaart te brengen. De steeds verdergaande scheiding in deze periode tussen preventie en curatie is vooral bevorderd door de totstandkoming van de Ziekenfondswet, waarmee een proces in gang gezet werd van gescheiden financieringskanalen voor beide sectoren en door de verminderde noodzaak tot preventief optreden door het ontstaan van meer curatieve mogelijkheden.

### **3 Integratiebeleid volksgezondheid en zorg**

In dit hoofdstuk komt aan de orde in hoeverre het beleid van de landelijke overheid in de afgelopen decennia gericht is geweest op een grotere bijdrage van de gezondheidszorg aan volksgezondheidsdoelen, wat er van dit beleid is gerealiseerd en wat daarbij belemmerende en bevorderende factoren waren. Om deze vragen te kunnen beantwoorden wordt de periode na de tweede wereldoorlog nog eens bekeken vanuit een meer beleidsmatig perspectief.

#### **3.1 Volksgezondheidsnota 1966**

Na de tweede wereldoorlog ontstaan binnen de gezondheidszorg steeds meer op zichzelf gerichte sectoren. Dit wordt ook duidelijk in de Volksgezondheidsnota 1966. Deze eerste 'allesomvattende' beleidsnota besteedt nog veel aandacht aan gezondheidsbescherming, en gaat nog duidelijk uit van de volksgezondheid als een geïntegreerd systeem van collectieve activiteiten en individuele zorg. In de Volksgezondheidsnota wordt onderscheid gemaakt tussen een algemeen volksgezondheidsbeleid (het in verschillende andere sectoren van het overheidsbeleid rekening houden met de belangen van de volksgezondheid) en een specifiek volksgezondheidsbeleid. In de nota ligt het accent op dit specifieke volksgezondheidsbeleid en in het bijzonder op de opbouw van een stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen en van een stelsel van ziektekostenverzekeringen. De overheid moest de verantwoordelijkheid nemen voor de ontwikkeling hiervan.

In deze periode wordt in het beleid nog uitgegaan van de integratie van zorg en volksgezondheid in één systeem. Maar deze integratie lijkt al wel onder druk te staan van de snel voortschrijdende segmentering van de gezondheidszorg, die zal leiden tot de perceptie van de beroemde lappendeken. Binnen korte tijd leidt dit tot beleidsinitiatieven om met name de gezondheidszorg, en niet zozeer de volksgezondheid in zijn geheel, te willen herstructureren. Dit werd vooral ingegeven door de sterke kostenstijging die in de gezondheidszorg was opgetreden.

### **3.2 De periode 1974-1985**

#### *Structuurnota 1974*

Deze beleidslijn werd voor het eerst verwoord in de Structuurnota 1974. Daarin werd het accent volledig gelegd op de structuur van de gezondheidszorg: de zorgvoorzieningen, de ziektekostenverzekeringen en de prijzen en tarieven in de gezondheidszorg. In de nota werd inhoudelijk weinig aandacht besteed aan gezondheidsbescherming en preventie en al helemaal niet aan de bevordering van de volksgezondheid buiten de gezondheidszorg in bredere zin. Wel kwam vanuit het structuurdenken de versterking van de extramurale zorg en preventie op de politieke agenda. "Het nadrukkelijk onderscheiden en vervolgens in zijn ontwikkeling stimuleren van de basisgezondheidszorg als collectief preventieve gezondheidszorgsector werd met deze nota in gang gezet." (Van de Water 1989, p. 16). Hiermee wordt in feite de uitvoering van volksgezondheidsactiviteiten beleidsmatig buiten het domein van de gezondheidszorg geplaatst. Deze ontwikkeling naar een steeds meer in zichzelf gekeerd gezondheidszorgbeleid is pas in 1986 weer doorbroken met het uitbrengen van de Nota 2000.

Aanvankelijk werd aan het in de nota beoogd landelijk net van regionale 'openbare gezondheidsdiensten' met een zo uniform mogelijk takenpakket (preventie, specifieke ziektebestrijdingsprogramma's en informatieverzameling) nog wel een andere functie met betrekking tot de gezondheidszorg toegedacht. De gezondheidszorg in de regio zou bestuurd worden door een 'regionaal orgaan', waarin de lagere overheid samen met het veld zou participeren. De openbare gezondheidsdienst was als het ware voorbestemd om de bureaufunctie van het regionale bestuursorgaan voor de gezondheidszorg te vervullen (Stuurgroep 1987, p. 19).

In de discussie met de Tweede Kamer bleek destijds dat er ernstige bezwaren waren tegen de sterke identificatie van 'openbare' gezondheidszorg met 'overheids'gezondheidszorg. Het waren de VVD en de confessionele partijen die opkwamen voor het particulier initiatief. Zij pleitten voor zorgvuldige maatstaven bij de taakverdeling tussen overheid en particulier initiatief en stonden op het standpunt dat een openbare gezondheidsdienst pas een taak mag krijgen als vast is komen te staan dat deze taak niet even goed of beter door particuliere organisaties kan worden uitgevoerd (Idem, p. 22).

De term 'basisgezondheidsdienst' werd ter vervanging van de term 'openbare gezondheidsdienst' in 1979 door de toenmalige staatssecretaris Veder-Smit geïntroduceerd. De basisgezondheidsdienst is de van een of meer gemeenten uitgaande dienst, die werkzaamheden uitvoert in het basisechelon en bovendien de uitvoering van aan de gemeente bij wet opgedragen taken vervult. Vanaf dit moment gaan de gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD, ook wel GG&GD) en de districtsgezondheidsdiensten DGD ook wel DG&GD) 'basisgezondheidsdiensten' heten. Deze term burgert niet in. In 1988 maakten diensten en gemeenten hun voorkeur voor de term GGD formeel kenbaar (Van de Water 1989, p. 20).

In 1980 verschijnt de Schets Basisgezondheidsdiensten. Deze schets gaat vooral over het takenpakket. In de politieke discussie staat de PvdA tegenover de VVD en het CDA. De PvdA pleitte voor twee taken: de coördinatie van de basisgezondheidszorg volgens een gemeentelijk volksgezondheidsplan en de uitvoering van taken overeenkomstig dit plan. Het CDA en de VVD vinden dat de uitvoering van taken op het terrein van de basisgezondheidszorg zoveel mogelijk door het particulier initiatief moet gebeuren.

In 1976 wordt het ontwerp van Wet voorzieningen gezondheidszorg (WVG) ingediend. In deze wet zijn artikelen opgenomen over het instellen van openbare gezondheidsdiensten per regio en over hun taken. De opsomming van taken is, in vergelijking met de gedachten uit de Structuurnota, voorzichtig: alleen het verzamelen en analyseren van epidemiologische gegevens en enkele traditionele, wettelijke taken zijn opgenomen. Wel is het mogelijk bij AMvB andere taken op het terrein van de openbare gezondheidszorg toe te voegen. De confessionele

partijen en de VVD vinden dit nog te weinig terughoudend (Stuurgroep 1987, p. 24).

De WVG werd in 1982 door de Eerste Kamer aangenomen; tot die tijd is de toedeling van taken aan de basisgezondheidsdiensten onderwerp van politieke discussie geweest. In de 8 jaar na de Structuurnota was duidelijk geworden dat de basisgezondheidsdiensten geen ondersteunende bureaus voor het regionale bestuur zouden worden, geen regionale informatiecentra zouden zijn en dat zij geen monopolie zouden krijgen op het terrein van de collectieve preventie, de GVO en de specifieke ziektebestrijdingsprogramma's.

### **3.3 Periode 1985 - 2000**

De Nota 2000 uit 1986 pleit voor een accentverlegging van gezondheidszorgbeleid naar gezondheidsbeleid. In deze nota is de invloed van de Canadees Lalonde herkenbaar. Hij formuleerde als eerste voor Canada de gezondheidsproblemen en gezondheidsdoelen. Als minister van volksgezondheid maakte hij duidelijk dat het gezondheidszorgsysteem niet de enige en belangrijkste bepalende factor voor de volksgezondheid is. Er zijn vier groepen van factoren van invloed op volksgezondheidsproblemen: medisch-biologische factoren, omgevingsfactoren (fysiek en sociaal), gedrag en gezondheidszorg. Het ontwerp-Kerndocument Gezondheidsbeleid van 1989 werkt dit uiteindelijk nog nader uit.

In de heroriëntatie op de volksgezondheid is ook het beleid van de WHO richtinggevend. Als nadere uitwerking van de Health for allstrategie komt gezondheidsbevordering centraal te staan. Dit heeft onder andere vorm gekregen in de zogenaamde Healthy Citiesbeweging en in de 'target-strategie, die ook in Nederland gedurende een beperkte periode in de marge is gevoerd.

Daarnaast doet in de Nota 2000 ook de term 'facetbeleid' zijn intrede als een belangrijk aspect in het volksgezondheidsbeleid. Met een versterking van facetbeleid wil het ministerie in alle overheidsmaatregelen de gezondheidscomponent zichtbaar maken, zodat gezondheid de plaats krijgt die het volgens het ministerie toebehoort. Gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering staan hierbij op de voorgrond.

Beleidsaccenten in facetbeleid en preventie worden gelegd bij de gevolgen van vergrijzing, kanker, hart- en vaatziekten en ongevallen. Er wordt een verschuiving zichtbaar waarin gemeenten een belangrijke rol worden toebedacht bij het realiseren van het volksgezondheidsbeleid.

De Nota 2000 wordt in het (preventie)veld met instemming begroet, hoewel sommigen waarschuwen voor te hoge verwachtingen van preventie en GVO (NRV, 1987). Aan de ene kant worden de analyses in de Nota 2000 over de toestand van de volksgezondheid geroemd en aan de andere kant heerst teleurstelling over het ontbreken van concrete (financiële) beleidskeuzen. Daarnaast is er ook in het veld - bij de koepels, de lagere overheden en de politieke partijen - weinig eensgezindheid over de inhoudelijke keuzen ten aanzien van gezondheidsbeleid. Hoewel de impact van de Nota 2000 op het denken van beleidsmakers en preventiewerkers niet mag worden onderschat - ook anno 1999 wordt de nota nog steeds aangehaald - slaagt het ministerie niet in zijn opzet een keerpunt te creëren van een gezondheidszorgbeleid naar een gezondheidsbeleid.

Een van de beleidsvoornemens van de overheid is dat het ministerie van Volksgezondheid elke vier jaar een nota volksgezondheid zal opstellen. Was de Nota 2000 grotendeels een opsomming van feiten en beschouwingen (TK 19 700, XVI, no. 2, p. 62), met het *ontwerp-Kerndocument gezondheidsbeleid voor de jaren 1990-1995* wil het ministerie van WVC een nota opstellen, waarbij de kring van organisaties in het veld nauw wordt betrokken. Immers - zo stelt het ministerie - voor het realiseren van de gestelde gezondheidsdoelen is de steun van maatschappelijke organisaties en lagere overheden onontbeerlijk.

Inmiddels is de wind uit een andere hoek gaan waaien. Mede onder invloed van het rapport *Bereidheid tot verandering* van de Commissie Dekker (1987) worden nieuwe prioriteiten gesteld. In de nota *Verandering verzekerd* geeft de minister een reactie op het rapport van de Commissie Dekker, waarbij de overheid met betrekking tot volksgezondheidsbeleid de rol van gemeenten opnieuw benadrukt. Om deze rol daadwerkelijk vorm te kunnen geven, krijgen gemeenten een instrument in handen, de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV). Deze wet geeft een opsomming van taken van het gemeentebestuur en de financiering wordt gedecentraliseerd via het Gemeentefonds.

Na het plan Dekker treedt een fase in waarin termen als terugtrekkende overheid, deregulering en marktwerking op de voorgrond treden. Inhoudelijk zorgbeleid en aandacht voor kwaliteit en zorgvernieuwing hangen volgens het kabinet nauw samen met de vorm van structuur en financiering. Omdat het kabinet hierover met een nieuwe nota komt, blijft het ontwerp-Kerndocument een ontwerp.

Per 1 januari 1989 wordt de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) van kracht. Deze wet vervangt de betreffende artikelen uit de ingetrokken WVG. Via de WCPV decentraliseert de rijksoverheid een aantal taken naar de gemeenten en verplicht zij gemeentebesturen om voor de uitvoering van deze taken een basisgezondheidsdienst in stand te houden. In feite geeft de wet een opsomming van taken voor de gemeentebesturen, zij moeten o.a.:

- de continuïteit en de samenhang van collectieve preventie bevorderen en deze afstemmen op de curatieve gezondheidszorg;
- ter verwezenlijking hiervan zorgdragen voor: het verwerven van inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking; het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen; het bevorderen van de hygiëne; het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, inclusief GVO;
- zorgdragen voor de uitvoering van de collectieve preventie betreffende infectieziekten en jeugdigen vanaf 4 jaar, voorzover dit bij AMvB is bepaald.

'Basisgezondheidsdiensten' worden vanaf begin 1989 via het Gemeentefonds gefinancierd. Een aantal voorheen geldende centrale subsidieregelingen zoals de stimuleringsregeling basisgezondheidsdiensten, jeugd tandzorg, jeugdgezondheidszorg, niet-curatieve geslachtsziektebestrijding, regionale samenwerkingsverbanden gezondheidsvoorlichting en -opvoeding kwamen daarmee te vervallen. Deze overgang van centrale financiering en doeluitkeringen naar een algemene uitkering via het Gemeentefonds, zo kort na de nota Verandering verzekerd, heeft veel vragen opgeroepen. Weliswaar paste deze maatregel in het streven de financiële verhoudingen tussen Rijk en lagere overheden te vereenvoudigen, maar de invloed die de rijksoverheid via de WCPV kan uitoefenen was volgens sommigen daardoor veel te gering geworden (Van de Water 1989, p. 94).

In oktober 1992 zond staatssecretaris Simons de nota Preventiebeleid voor de volksgezondheid: praktische keuzen voor de jaren '90 naar de Tweede Kamer. Deze nota is gebaseerd op een aantal adviezen, voorstellen en studies van de Gezondheidsraad, de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, de LHV-NHG, het landelijk centrum GVO en de STG. Preventie staat nog steeds hoog op de politieke agenda en er gebeurt al veel. Daarom beperkt de nota zich tot voorstellen voor vernieuwing en versterking van het beleid. Het belang van preventie wordt breed onderkend, de opgave is nu de concrete uitwerking. Onderzoek naar effectiviteit en doelmatigheid verdient stimulans, evenals een betere ondersteuning. Ontwikkelingsgebieden zijn volgens de nota de eerste lijn en het facetbeleid. Daarmee wordt voor het eerst weer officieel benadrukt, dat de curatieve eerstelijnszorg taken heeft in de collectieve preventie.

In deze periode heeft op de achtergrond ook de Health for all-strategie van de WHO het beleid mee bepaald. Nederland had zich in 1984 aan deze targetstrategie verbonden. Om de drie jaar is over de vorderingen ten aanzien van de targets gerapporteerd, het laatst in 1997 (Ministerie van VWS, 1997). Daarbij wordt geconstateerd, dat veel van de gestelde volksgezondheidsdoelen weliswaar zijn gehaald, maar ook een aantal meer kwantitatieve duidelijk niet, zoals ten aanzien van het terugdringen van hart- en vaatziekten en kanker, het bevorderen van leefstijlverandering, het verkleinen van gezondheidsverschillen en het verbeteren van de gezondheid van boven 65-jarigen (Van de Water, 1998).

### **3.4 Samenvattend**

De Volksgezondheidsnota van 1966 gaat nog uit van de eenheid van volksgezondheid en zorg, maar er zijn al haarscheurtjes zichtbaar. De periode 1974 – 1985 kenmerkt zich door een sterke wens tot regulering vanuit de centrale overheid. Centraal stond de wens de invloed van het openbaar bestuur op de gezondheidszorg te vergroten. Dit is echter niet gerealiseerd, het politieke klimaat was er niet naar en het specifieke klimaat van de gezondheidszorg, met zijn private uitvoering, leende zich er niet voor. De ingezette 'target' strategie in het kader van Health for all van de WHO wordt aanvankelijk omarmd maar raakt ook snel weer op de achtergrond, mede omdat de overheid zijn greep op de

gezondheidszorg verkleint en niet afgerekend wil worden op resultaten waarop zij zelf geen greep heeft.

Dit betekende voor de openbare gezondheidszorg en daarmee voor de (collectieve) preventie waarvoor - zoals alle partijen erkennen - de overheid de primaire verantwoordelijkheid draagt, twee zaken:

1. Het adagium van de bij voorkeur private uitvoering van de openbare gezondheidszorg en de (collectieve) preventie blijft tot 1985 door alle perikelen heen in de politieke discussie steeds gehandhaafd. In de periode daarna is niet meer sprake van een absolute voorkeur, maar wel wordt van private uitvoering op sommige onderdelen nog steeds veel verwacht.
2. Er heeft, toen de WVG niet doorging en een stelselherziening in het verschiet lag, een nogal onverhoedse decentralisatie van verantwoordelijkheden voor de volksgezondheid van het rijk naar gemeenten plaatsgevonden, die later niet meer teruggedraaid wordt. Daardoor komt de volksgezondheid ongewild apart te staan van het gezondheidszorgbeleid.

In de periode 1985 - 2000 is en wordt alle mogelijke moeite ondernomen om aan deze abrupte scheiding van volksgezondheid en zorg en deze plotselinge overgang van rijk naar gemeente te adapteren. Dit gebeurt onder andere door integraal volksgezondheidsbeleid te propageren, door de overheidsverantwoordelijkheden te verduidelijken en door de positie van de GGD's te versterken. Ook wordt er een begin gemaakt met het hanteerbaar maken van de spanning tussen de 'reikwijdte' van de overheidsverantwoordelijkheden en die van de 'private uitvoering'. Deze spanning leidt er immers vaak toe dat aan de openbare gezondheidszorg aanpalende terreinen, zoals de curatieve zorg, de ggz en het sociale beleid, zich geheel vrijblijvend of maar in beperkte mate verantwoordelijk voelen voor taken op dit gebied.

De min of meer strikte afscheiding van de collectieve preventie van de rest van de gezondheidszorg wordt, behalve door de in hoofdstuk twee gesignaleerde gescheiden financieringsstromen, verder bestendigd door het aparte wettelijke regiem van de WCPV, dat min of meer toevallig tot stand komt door het afblazen van de WVG-operatie. Latere pogingen tot reïntegratie van volksgezondheid en gezondheidszorg komen niet goed van de grond. De aanvankelijk enthousiast omarmde target-strategie van de



WHO, zoals in het Ontwerp-kerndocument, komt onder druk van de verschuiving van de beleidsmatige aandacht naar de verandering van het zorgstelsel steeds meer op de achtergrond te staan.

## 4 Internationale vergelijking

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de verhouding volksgezondheid – gezondheidszorg in ons omringende landen, de mogelijke factoren die een grotere dan wel een kleinere integratie van volksgezondheid en zorg bepalen en welke daarvan over te nemen zouden zijn voor de Nederlandse situatie.

### 4.1 Vergelijkend onderzoek

Vergelijkend onderzoek naar de situatie van de public health tussen verschillende landen is schaars. Twee voorbeelden:

In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van het percentage dat de beleidssector preventie ontvangt ten opzichte van de totale zorguitgaven. Dit percentage bedroeg op grond van andere aannames en criteria die in het JOZ werden gehanteerd voor Nederland 3% in 1995. Daarmee is Nederland vergelijkbaar met de andere genoemde Europese landen.

**Tabel 1 Aandeel sectoren in totale uitgaven gezondheidszorg in 1995**

	Totaal (%)	Intramuraal	Extramuraal	Preventie	Overige sectoren
Nederland	100	59	17	3	21
België	100	52	21	2	25
Denemarken	100	65	17	4	14
Duitsland <sup>1)</sup>	100	46	31	4	19
Frankrijk	100	51	23	2	24
Zwitserland	100	51	28	2	19
Gemiddeld	100	54	23	3	20

<sup>1)</sup> gegevens voor Duitsland uit 1994.

Bron: CBS, 1998

Het NIVEL voerde een internationaal vergelijkend onderzoek uit naar taken van huisartsen. Uit dit onderzoek komt naar voren dat Nederlandse huisartsen, in het veld van Europese landen, gekenschetst kunnen worden als tamelijk voorzichtig bij het uitvoeren van preventie. Afgezien van de relatief hoge betrokkenheid bij cervixscreening, een gevolg van de organisatie van het betreffende bevolkingsonderzoek in Nederland, en de griepvaccinatie verricht de Nederlandse huisarts aanzienlijk minder preventieve activiteiten als bloeddrukmeting en bloed-cholesterolonderzoek dan huisartsen in veel andere Europese landen.

#### **4.2 Verhouding volksgezondheid en zorg in andere landen**

Om te bezien hoe de verhouding ligt tussen de volksgezondheid en de gezondheidszorg in andere landen, zijn - voorzover voorhanden - de inrichting en de uitvoering van de volksgezondheid en de betrokkenheid van de gezondheidszorg daarbij in zeventien landen onderzocht (European Observatory 2001) onderzocht. Daarbij zijn in het licht van de vraagstelling de ontwikkelingen in de volgende landen interessant.

In België is de volksgezondheid grotendeels overheidstaak, met name berustend bij de onderscheiden gemeenschappen (Vlaanderen, Wallonië, etc.). In Vlaanderen is sinds 1997 een beleid in gang gezet om met name de gezondheidsbevordering een gemeenschappelijke onderneming te maken van (lokale) overheid en de gezondheidszorg, middels zogenaamde Lokaal Gezondheidsoverleg (LOGO), waarin ook huisartsen, apothekers, diëtisten en vertegenwoordigers van ziekenhuizen en verzorgingshuizen participeren. Eind 1999 bestonden er 25 van dergelijke LOGO's. Vanuit de overheid zijn concrete doelen geformuleerd, die met een dergelijke aanpak moeten worden gerealiseerd. In Wallonië wordt ook gestreefd naar decentralisatie zij het meer via een met Nederland vergelijkbaar model, met minder inschakeling van de gezondheidszorg. Hier wordt net als bij de Europese Commissie gewerkt met vijfjarenplannen. Sommige van de public healthtaken zijn wel uitbesteed aan particuliere organisaties, zoals de door de overheid gesubsidieerde moeder- en kindzorg en screeningsprogramma's voor kanker aan de universiteiten.

In Denemarken zijn de volksgezondheidsactiviteiten deels geïntegreerd met de curatieve gezondheidszorg en deels georganiseerd als afzonderlijke activiteiten. Het algemene vaccinatieprogramma wordt uitgevoerd door huisartsen op basis van een verrichtingstarief. Zij verzorgen ook consultatiebureauactiviteiten. Anders ligt dat voor de preventieve ouderenzorg, waarvoor de overheid een programma heeft geïnitieerd, maar waarvoor huisartsen tot nu toe nauwelijks zijn te interesseren. Er is een netwerk van health promoting-ziekenhuizen in het leven geroepen om preventie gekoppeld aan ziekenhuisvoorzieningen te creëren.

In Duitsland is men sinds de zeventiger jaren begonnen de onderdelen van de collectieve preventie zo veel mogelijk onder de ziektekostenverzekering (Krankenkasse) te brengen. Dat geldt met name voor de jeugdgezondheidszorg, de jeugd tandzorg en voor screenings. Later is daar ook de gezondheidsbevordering bij gekomen al lukte het minder gemakkelijk dit tot een omschreven verstrekking te maken. Na deze overdracht is het aantal artsen werkzaam in de public health sterk afgenomen van 4900 in 1970 naar 3300 in 1996 en het aantal tandartsen zelfs van 2500 naar 800. De artsen in de ambulante zorg hebben daardoor een groot aandeel gekregen in de preventieve zorg. Sommige onderdelen zoals screenings en check-ups maken een verplicht onderdeel uit van hun takenpakket, terwijl andere onderdelen, zoals vaccinatie met de ziektekostenverzekeraar worden onderhandeld. Daardoor worden nu in Duitsland preventieve activiteiten onder dezelfde condities aangeboden als curatieve. Een en ander heeft echter net als in Denemarken wel geleid tot een beduidend lagere vaccinatiegraad dan in vergelijkbare landen.

Een interessant aspect van de situatie in Duitsland is ook dat de ziektekostenverzekering en de sociale verzekering tegen ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid beide onder verantwoordelijkheid van de Krankenkassen zijn gebracht. Daardoor wordt het belang van de verzekeraar bij preventie en snelle revalidatie bevorderd (Post, 2001).

In Finland worden op het lokale vlak de diensten van de openbare gezondheidszorg vooral aangeboden via gezondheidscentra, zoals moeder- en kindzorg en vaccinaties. De lokale overheid is verplicht screeningsprogramma's te voeren, maar besteedt deze vaak uit aan een particuliere organisatie. Naast scholen en vrijwilligersorganisaties speelt ook de gezondheidszorg een rol in de

gezondheidsbevordering. De resultaten van de Finse public healthinspanningen langs deze lijnen zijn in de afgelopen decennia volgens eigen rapportages erg bemoedigend geweest.

Noorwegen beschikt over een uitgebreid public healthprogramma, dat regelmatig wordt aangepast aan de actuele omstandigheden en nieuwe technische mogelijkheden. Momenteel geldt een nieuw National Environment and Health Action Plan (NEHAP). De huisartsen zijn ingeschakeld bij de uitvoering van dit plan. Overigens heeft ook Nederland zich verplicht een dergelijke NEHAP op te stellen. Dit zal waarschijnlijk in het najaar van 2001 vorm krijgen in een interdepartementale nota Milieu en Gezondheid.

In Oostenrijk worden in het kader van de ziektekostenverzekering een jaarlijkse check-up en voor vrouwen een jaarlijkse controle bij de gynaecoloog, vergoed. Van de 15-19-jarigen maakt zo'n 60% en van de 20-jarigen en ouder zo'n 10% van de bevolking gebruik van deze mogelijkheden, overigens met grote regionale verschillen. In sommige regio's wordt een actief uitnodigingsbeleid gehanteerd.

In Spanje bestaan twee gezondheidszorgsystemen naast elkaar. Het traditionele systeem is uitsluitend curatief en sterft langzaam uit. Een nieuw systeem, dat sinds 1984 tot stand is gekomen, biedt geïntegreerd gezondheidsbevordering, preventie, curatie en rehabilitatie vanuit teams (Equipo de Atención Primaria, EAP). Sinds 1995 zijn meer dan 400 van deze EAP's betrokken bij een programma voor preventie en gezondheidsbevordering. De uitvoering van de public healthtaken binnen de teams ligt hoofdzakelijk bij de practice nurse.

Ook in Zweden wordt de public health geïntegreerd aangeboden vanuit openbare primary care centres, zo'n 950 met een bijna landelijke dekking (89%). De artsen verstrekken gecombineerd behandeling, advies en preventie en bijna alle huisartsen zijn nagenoeg volledig betrokken bij alle aspecten van de preventieve zorg. Door de centra worden ook consultatiebureaus, vaccinaties, zwangerschapscontroles en check-ups geleverd.

Het Verenigd Koninkrijk kent van oudsher binnen de National Health Service een sterke verbinding van public health met de curatieve zorg, vooral op het vlak van de eerstelijnszorg. In

1990 is een systeem van financiële prikkels (incentive payments) ingevoerd om de uitvoering van public healthtaken in deze eerste lijn te bevorderen, aanvankelijk voor vaccinaties en screening en later ook voor gezondheidsbevordering en advies aan chronisch zieken. Dit heeft echter niet volledig tot het beoogde resultaat geleid, reden waarom preventieactiviteiten momenteel ook weer meer vanuit de lokale en regionale overheid worden gepland en aangestuurd, in samenhang met een breed facetbeleid. Momenteel is een nieuw landelijk actieprogramma in gang gezet, waarbij onder andere nicotinevervangings therapie op doktersvoorschrift mogelijk wordt (Department of Health, 2001).

Voor de ontwikkelingen in de Verenigde Staten op dit vlak kan verwezen worden naar de achtergrondstudie over de sturingsinstrumenten (zie bijlage 5).

## **5 Samenvatting en conclusies**

### **5.1 Lessen uit het verleden voor de toekomst**

In het verleden heeft met name in de periode vanaf ongeveer 1850 tot na de tweede wereldoorlog een grotere bijdrage van de gezondheidszorg aan de volksgezondheid bestaan in Nederland dan thans het geval is. Voor die tijd was er geen herkenbare bijdrage in dit opzicht te traceren. De bijdrage heeft zich in betreffende periode ook vertaald in een aanmerkelijke verbetering van de volksgezondheid, met name afgemeten aan de spectaculaire daling van het sterftecijfer. Deze daling moet echter ook grotendeels op conto geschreven worden van het in diezelfde periode goed op gang gekomen 'facetbeleid avant la lettre'. Belemmerende factoren tot 1850 lijken vooral geweest te zijn:

- de relatieve staatsonthouding, die toen het politieke klimaat bepaalde;
- de gebrekkige mogelijkheden van de geneeskunde om daadwerkelijk effectief aan de volksgezondheid bij te dragen.

Bevorderende factoren na 1850 lijken met name te zijn geweest:

- de toenemende overheidsbemoediging met de volksgezondheid, onder meer tot uiting komend in wetgeving en de oprichting van gemeentelijke gezondheidsdiensten;
- het onvermoeibaar ijveren van artsen en maatschappelijke groeperingen om zowel via beïnvloeding van het bestuur

- en de politiek, als via preventie en zorgverlening de volksgezondheid te verbeteren;
- de toenemende financiële toegankelijkheid tot de gezondheidszorg en preventieve voorzieningen.

In de periode na de tweede wereldoorlog levert de gezondheidszorg nog steeds een belangrijke bijdrage aan de bescherming en bevordering van de volksgezondheid, zij het minder uitgesproken dan in het verleden en voor sommige sectoren in afnemende mate. Deze afname hangt samen met het definitief ontstaan van gescheiden financieringskanalen voor preventie en curatie. De nogal eenzijdige bemoeienis van het beleid met de structuur van de gezondheidszorg vanaf 1974 betekende voor de volksgezondheid, waarvoor - zoals alle partijen erkennen - de overheid de primaire verantwoordelijkheid draagt, twee zaken:

1. Het lang gehandhaafde politieke adagium van de bij voorkeur private uitvoering van de openbare gezondheidszorg en de (collectieve) preventie maakte een goede vormgeving van een geïntegreerd volksgezondheidsbeleid tot een moeizame onderneming.
2. Er heeft, toen de WVG niet doorging en een stelselherziening in het verschiet lag, een nogal onverhoedse aparte regeling van de collectieve preventie plaatsgevonden middels de WCPV, met daarin een decentralisatie van verantwoordelijkheden van het rijk naar gemeenten, waardoor de loskoppeling van de curatieve zorg ook een wettelijke basis kreeg.

Het beleid van de landelijke overheid is in de afgelopen decennia gericht geweest op het stroomlijnen van deze twee gevolgen. Daarbij werd op gezette tijden ook weer een grotere bijdrage van de gezondheidszorg aan het realiseren van volksgezondheidsdoelen als politieke wenselijkheid naar voren gebracht. Dit kan op twee manieren gebeuren:

1. Door de effectiviteit van de gezondheidszorg in brede zin verder te vergroten. Op dit terrein heeft het beleid zeker voortgang geboekt, met name door de bevordering van het gestandaardiseerd handelen, zowel in de preventie als in de curatie. Niet echter is een beleid geformuleerd om de bijdrage van de curatieve gezondheidszorg aan de volksgezondheid in kaart te brengen en te meten, laat staan daarop af te rekenen.
2. Door weer meer de gezondheidszorg in te schakelen bij de uitvoering van de collectieve preventie. Ook op dit vlak zijn wel enige stappen gezet, met name richting huisartsen,

maar in internationale vergelijking blijft deze bijdrage nog enigszins achter. Overigens zijn de uitkomsten van collectief preventieve activiteiten bij meer inschakeling van de gezondheidszorg niet altijd gunstig. Met name de vaccinatiegraad lijkt te dalen bij inschakelen van de gezondheidszorg.

In de periode 1985 - 2000 is en wordt wel moeite ondernomen om aan de steeds verdergaande scheiding tussen volksgezondheid en zorg een einde te maken. Er werd een begin gemaakt met het hanteerbaar maken van de spanning tussen de 'reikwijdte' van de overheidsverantwoordelijkheden en die van de 'private uitvoering'. Deze spanning leidt er immers vaak toe dat aan de openbare gezondheidszorg aanpalende terreinen, zoals de curatieve zorg, de ggz en het sociale beleid, zich geheel vrijblijvend of maar in beperkte mate verantwoordelijk voelen voor taken op dit gebied. Potentieel bestaat wel de mogelijkheid voor uitbreiding van deze gerichte preventieve activiteiten, met name wanneer werkdruk en financiering dat toestaan. Tevens zouden daarbij dit soort preventieve activiteiten programmatischer opgezet moeten worden.

## **5.2 Lessen uit andere landen**

In met Nederland vergelijkbare landen bestaat vaak een substantieel grotere betrokkenheid van de gezondheidszorg bij de uitvoering van de openbare gezondheidszorg. Ook zijn de preventieve diensten vaak meer ondergebracht in het verzekeringssysteem. Dit wettigt de conclusie, dat een substantiëlere bijdrage van de gezondheidszorg aan de volksgezondheid in ieder geval mogelijk is. Of dat ook tot betere resultaten leidt is onduidelijk, al is in dit verband het voorbeeld van Finland hoopgevend.

Onderbrenging van grote delen van de financiering van openbare gezondheidszorg onder het ziektekostenverzekeringssysteem is in veel landen gerealiseerd. Gegevens of dit leidt tot een grotere efficiency en kosteneffectiviteit van deze vormen van zorg, zijn echter niet voorhanden. Voor de vaccinatieprogramma's is duidelijk dat uitvoering door de gezondheidszorg leidt tot een lagere vaccinatiegraad. Voor het bereik van screeningen is dat onduidelijk.

## Literatuur

Bergink, A.H. Samuel Senior Coronel, zijn betekenis voor de sociale geneeskunde in Nederland. Assen: s.n., 1960.

Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (Cie Dekker). Bereidheid tot verandering. S.l.: s.n. 1987.

Coronel, S. sr. De Gezondheidsleer toegepast op de Fabrieksnijverheid, Haarlem: s.n. 1861.

Delnoij, D.M.J., I.K. Glasgow en N.S. Klazinga. Naar een nieuwe architectuur van het Nederlandse zorgsysteem: een discussienota over de wenselijke organisatie van het zorgaanbod als fundament voor de stelselherziening. Amsterdam: AMC/Universiteit van Amsterdam, 2001.

Department of health. Vision to Reality. 2001.  
[www.doh.gov.uk/visiontoreality](http://www.doh.gov.uk/visiontoreality)

Dool, C.W.A. van den. Enige mogelijkheden tot het vroegtijdig opsporen van chronische ziekten door de huisarts. Leiden: H.E. Stenfert Kroese, 1960.

European Observatory on Health care systems: Health in Transition country profiles, 1996, 1999, 2000 en 2001.  
[www.observatory.dk](http://www.observatory.dk)

Goor, I.A. van. Huisarts en preventieve gezondheidszorg. Assen: Van Gorcum, 1961.

Herten, L.M. van. Health targets, navigating in health policy; Gezondheidsdoelen: navigeren in gezondheidsbeleid. Proefschrift Amsterdam. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2001.

Houwaart, E.S. De hygiënisten: artsen, staat en volksgezondheid in Nederland 1840-1890. Proefschrift Maastricht. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1991.

Israëls, H. en A. Mooij. Aan de Achtergracht: honderd jaar GG&GD Amsterdam. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker, 2001.



Kerkhoff, A.H.M. Stad en gezondheid in historisch perspectie: oude en nieuwe rollen van gemeente en GGD.. In: Kerkhoff, A.H.M., et al. *Moderne Public Health in Den Haag*. Den Haag: Bureau Public Health, dienst OCW, Gemeente Den Haag 1999.

Leertouwer, H., D. Post en J.W. Groothoff. De bijdrage van geneeskundigen aan de preventie van arbeidsgebonden aandoeningen in de 19<sup>e</sup> eeuw. *TSG*, 79, 2001, no. 5, p. 301-306.

Leeuwen, M.H.D.van. *De eenheidsstaat: Onderlinges, armenzorg en commerciële verzekeraars 1800-1890. Deel II van Zoeke naar zekerheid, Risico's, preventie, verzekeringen en andere zekerheidsregelingen in Nederland 1500-2000*. Den Haag/Amsterdam: Verbond van Verzekeraars/NEHA, 2000.

Lieburg, M.J. van. *De geschiedenis van de gemeentelijke gezondheidsdienst te Rotterdam 1919-1994*. Rotterdam: Erasmus Publishing, 1994.

Maas, P.J. van der en J.P. Mackenbach (red.). *Volksgezondheid en gezondheidszorg*. Utrecht: Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, 1995.

Mackenbach, J. *Het meesterschap van Daedalus*. Rotterdam: Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, 2001.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Health for all by the year 2000: rapportage Nederland 1997*. Rijswijk: Ministerie van VWS, 1997.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. *Schets basisgezondheidsdiensten*. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1980.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. *Doelgericht veranderen, Ontwerp-Kerndocument Gezondheidsbeleid voor de jaren 1990-1995*. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1989.

Mooij, A. *Van Pest tot Aids: vijf eeuwen besmettelijke ziekten in Amsterdam*. Bussum: uitgeverij Thoth, 2001.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Kanttekeningen bij de Nota 2000*. Zoetermeer: NRV, 1987.

Post, D. Duitse 'Krankenkassen' hadden Donner moeten inspireren. Trouw 5 juli 2001.

Rosen, G. The history of public health. Baltimore/London: The Johns Hopkins University Press, 1973.

Stuurgroep Epidemiologie in basisgezondheidsdiensten: De epidemiologische taak van de basisgezondheidsdiensten: eindverslag. Amsterdam: GG en GD, 1987.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Volksgezondheidsnota 1966. De geschiedenis van het Nederlandse Volksgezondheidsbeleid, p. 17-32. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid/Staatsuitgeverij, 1966.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens (Nota 2000). Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1985-1986. No 19 500-1,2.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Preventiebeleid voor de volksgezondheid. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1992-1993. No. 22 894-1.

Querido, A. De ontwikkeling van de openbare gezondheidszorg in de laatst verlopen 40 jaar. Het ziekenfonds, jaargang 27, november 1953, p 1-14.

Querido, A. , Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Den Haag: SDU, 1965.

Verdoorn, J.A. Volksgezondheid en sociale ontwikkeling. Utrecht/Antwerpen: Het Spectrum NV, 1965.

Water, H.P.A. van de. Bouwen aan basisgezondheidszorg: over wetenschappelijke en organisatorische grondslagen van collectieve preventie. Proefschrift Rotterdam. Leiden: Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO, 1989.

Water, H.P.A. van de. Bull's Eye or Achilles' Heel. Kopenhagen: WHO Europe, 1996.

Water, H.P.A. van de en L.M. van Hertem. Health Policies on Target?: Review of Health Target and Priority Setting in 18 European Countries. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1998.

Wolleswinkel-van den Bosch, J.H. The epidemiological Transition in The Netherlands. Proefschrift Rotterdam. Rotterdam: Erasmusuniversiteit, 1998.

Wouters, Th. A. Van Bedeling naar verheffing: bijdragen tot de geschiedenis van het zuiden van Nederland. Tilburg: Stichting Zuidelijk Historisch Contact, 1968.



## **Bijlage 5**

### **Sturen op versterking van volksgezondheid**

Drs. P.P.T. Jeurissen

## **6 Inleiding**

Nederland geeft veel geld uit aan gezondheidszorg. Inmiddels is dit 81,6 miljard gulden en dit bedrag neemt snel in omvang toe. Tegelijkertijd zijn er echter wachtlijsten en ook de patiënt is in toenemende mate ontevreden over de geleverde diensten. De (organisatie van de) zorg past zich onvoldoende aan de veranderende behoefte van de bevolking aan. Er is, met andere woorden, sprake van een performance crisis (Delnoij, et al., 2001).

Voor het eerst sinds de opkomst van de moderne medische wetenschap eind vorige eeuw stagneert nu bovendien de toename in onze levensverwachting. De traditionele koppositie van Nederland in Europa dreigt binnen enkele decennia tot een staartpositie te vervallen (Platform openbare gezondheidszorg, 2000; Thien 2001). Een ander gezondheidsprobleem is dat de gemiddelde gezonde levensverwachting langzamer toeneemt dan de gemiddelde levensverwachting met als gevolg een snelle toename van het aantal zorgbehoevenden. Bovendien persisteren de sociaal-economische gezondheidsverschillen (Rengelink, 2001; Programmacommissie Sociaal-Economische Gezondheidsverschillen II, 2001).

Een belangrijke oorzaak van de gezondheidsproblemen is dat de leefstijlfactoren zich ongunstig ontwikkelen (Volksgezondheid Toekomstverkenning, 1997). Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is eveneens van mening dat de gezondheidsproblemen in Nederland niet meer alleen zijn op te lossen door enkel meer en betere zorg te bieden (Thien & Kalis, 2001). De aandacht zou derhalve weer meer naar het public health perspectief moeten verschuiven.

De snelle ontwikkelingen, in het midden van de vorige eeuw, op het terrein van de curatieve zorg (farmacologie, chirurgische technieken, transplantatiegeneeskunde, oncologie etc.) hebben het zwaartepunt van de zorginfrastructuur echter verschoven in de richting van medische voorzieningen. Tegelijkertijd is er een uitgebreid netwerk van "care" voorzieningen opgebouwd.

Het idee bestaat dat verdere toename van gezondheidswinst baat heeft bij het beter gebruik maken van de bestaande infrastructuur in de cure en de care voor public health doeleinden. In de Verenigde Staten pleit Dr. Dickey, tot voor kort voorzitter van de American Medical Association (AMA), ervoor om curatie, managed care en public health meer met elkaar te verbinden (Dickey, 1999). In Nederland wint dit gedachtegoed eveneens terrein (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 1999; Nationaal Contract Openbare Gezondheid, 2001; Netherlands School of Public Health, 2001).

In Nederland zijn de individuele gezondheidszorg en de public health grotendeels gescheiden beleidscircuits. Dit komt door een aantal oorzaken. Zo is de aard van de zorg die in beide circuits geleverd wordt veelal verschillend. Waar de individuele gezondheidszorg zich vooral richt op behandeling en zorg inclusief de tertiaire preventie, speelt binnen de public health (collectieve en programmatische) preventie en (ongevraagde) zorg aan specifieke groepen een belangrijke rol. Er is derhalve sprake van verschillende werkvormen. Hiernaast zijn er historische redenen voor het onderscheid in verschillende beleidscircuits. Deze komen in een andere achtergrondstudie aan de orde.

De aard van de productie(processen) binnen de zorg is door innovatie en andere opvattingen voortdurend aan verandering onderhevig. Veelal heeft dit consequenties voor de besturing en organisatie. Hierbinnen behoren preventie en zorg echter idealiter tot een en hetzelfde systeem van redeneren, streven en doen (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 1999). Dit impliceert dat moet worden gezien hoe beide systemen elkaar kunnen versterken. De schakels hiertussen worden gelegd door een beleidsinstrumentarium met de juiste prikkels.

In deze achtergrondstudie gaat het om de (be)sturing van de individuele gezondheid en de public health in het licht van volksgezondheidsdoelstellingen. De vraag hoe de individuele

gezondheidszorg meer kan bijdragen aan (collectieve) volksgezondheidsdoelstellingen staat centraal. Twee hoofdvragen zijn te onderscheiden:

- Hoe heeft de verhouding tussen beide bestuurlijke systemen vorm gekregen?
- Hoe kan middels adequate sturingsmechanismen public health en preventie binnen de individuele gezondheidszorg worden versterkt?

In het vervolg wordt de besturing van de individuele gezondheidszorg enerzijds en de public health en de openbare gezondheidszorg anderzijds uiteengezet (paragraaf 2). Vervolgens wordt het gehanteerde beleidsinstrumentarium beschreven en besproken. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen wet- en regelgeving, financiering en overleg en communicatie (paragraaf 3). Vervolgens wordt een nieuw sturingsmodel en instrumentarium gepresenteerd (paragraaf 4). Tot slot volgt een afsluitende paragraaf met de belangrijkste conclusies (paragraaf 5).

## **7 Bestuurlijk kader**

### **Individuele gezondheidszorg**

#### *Algemeen*

De individuele gezondheidszorg (cure en care) bestaat uit de structuur en organisatie die zich richt op individuele hulpvragen. De genezing of verzorging van individuele patiënten en cliënten staat daarbij centraal. Soms zijn hieraan ook collectieve aspecten verbonden zoals bij de behandeling van besmettelijke ziekten. In meer algemene zin geldt dat genezing van individuen bijdraagt aan de collectieve gezondheid van de bevolking. Genezing leidt immers ook tot een verbetering van de totale gezondheidstoestand van de bevolking. De individuele gezondheidszorg is verreweg het grootst in omvang. Voorzieningen die zich primair hierop richten besteden ongeveer 98% van het totale budget (Zorgnota 2001).

De huidige besturing van de gezondheidszorg is een resultante van accenten die in het verleden zijn gelegd. Het stelsel draagt de filosofie van verschillende tijdsbeelden in zich (planning, concurrentie, kwaliteit). Tegelijkertijd zijn er enkele constanten waarneembaar (particulier initiatief, overleg). In het vervolg van deze paragraaf wordt hier kort op ingegaan.

*Particulier initiatief en overleg staan centraal*

Particulier initiatief en overleg hebben een eigen en heel belangrijke rol binnen de Nederlandse gezondheidszorg. De individuele gezondheidszorg wordt immers hoofdzakelijk uitgevoerd door het particulier initiatief. Het particulier initiatief heeft hierdoor een aanzienlijke machtspositie waardoor zij in staat is om een belangrijke stempel op het overheidsbeleid te drukken. Belangrijke partijen hierbij zijn de zorgaanbieders, de vrije beroepsbeoefenaren en de zorgverzekeraars.

Verregaande uitvoeringsbevoegdheden voor het particulier initiatief in combinatie met het complexe karakter van grote delen van de zorgsector draagt bij aan een bestuursmodel waarin overleg een voornamelijk rol heeft. Zonder draagvlak is er in de zorg weinig tot niets haalbaar (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 1997). Ook minister Borst beseft dit:

*"In de gezondheidszorg kan het niet zonder overleg. De minister is nu eenmaal niet de baas in de gezondheidszorg. Die telt immers meerdere regisseurs." (NRC Handelsblad, 16 september 1997)*

*(Be)sturing door planning*

In 1974 verschijnt een blauwdruk voor de structurering van de gezondheidszorg. Het idee achter deze zogeheten structuurnota was dat de gezondheidszorg het best bestuurd kon worden door de overheid. Planning was daarbij het belangrijkste sturingsmechanisme. Een ander belangrijk onderdeel van de structuurnota was een basisverzekering. De invloed van het particuliere initiatief en het belang van het overleg zorgden er echter voor dat deze plannen of in de ijskast zijn verdwenen dan wel aanzienlijk zijn aangepast. Zo is de basisverzekering is er tot op heden niet gekomen en ook de voor de planning zo belangrijke Wet voorzieningen gezondheidszorg is nooit ingevoerd.

Sinds de structuurnota is er desalniettemin een min of meer samenhangend systeem van wet- en regelgeving ontstaan dat nog steeds de basis vormt van de besturing van de individuele gezondheidszorg. Het gaat dan om het wetgevingsdrieluik van de Ziekenfondswet (ZFW) en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). Deze regelen respectievelijk de verzekeringsfinanciering, de



capaciteit en de prijzen. In de praktijk werd vooral kostenbeheersing een van de centrale doelstellingen van dit sturingsmechanisme. Sinds 1977 zijn de financiële doelstellingen van de overheid vastgelegd in het Financieel Overzicht Zorg. Dit is geleidelijk het centrale financiële planningsinstrument geworden.

*(Be)sturing door geregleerde concurrentie*

Sinds de ideeën van de Commissie Dekker is het op planning gebaseerde sturingsmodel aangevuld met het idee van de geregleerde concurrentie (Commissie Dekker, 1987). Via economische prikkels moest een sociale vorm van marktwerking ontstaan waarbij geconcurrereerd werd op doelmatigheid en kwaliteit. Belangrijke veranderingen vonden stapsgewijs plaats waardoor wel gesproken is over een stille revolutie in de ziektekostenverzekering (afschaffing van het regionale monopolie ziekenfondsen, afschaffing contracteerverplichting vrije beroepsbeoefenaren, de introductie van maximumtarieven en het introduceren van de verzekeraarsbudgettering). De AWBZ is hier tot dusver grotendeels buiten gebleven. Bovendien is de concurrentie op kwaliteit tot dusver niet van de grond gekomen. De belangrijkste reden hiervoor is dat hiervoor in het sturingsmodel geen prikkels zijn geïntroduceerd die dit mogelijk maken zoals transparantie van kwaliteit.

De geregleerde concurrentie vervangt het oude planninginstrumentarium echter niet. Zij wordt als het ware erin geïncorporeerd om er vervolgens langzaam overheen te schuiven. In de praktijk vindt het huidige overheidsbeleid ten dele plaats op basis van regelingen uit het tijdperk van de planning en voor het andere deel op basis van de filosofie van de geregleerde concurrentie (Delnoij et. al., 2001).

Particulier initiatief en overlegmodel blijven ook hier immer nadrukkelijk aanwezig. Wel ontvlecht de overheid de verstrengeling tussen advies en overleg en tussen deskundigen- en belangenadvies (van Mierlo, 1996). In 1999 introduceert zij bovendien het instrument van de meerjarenafspraken. Daarbij gaat het om meerjarige afspraken tussen overheid en veld over de aanwending van intensiveringen en de bijbehorende verantwoording. Overleg tussen overheid en veldpartijen speelt in dit proces een centrale rol.

*(Be)sturing op kwaliteit*

Concurrentie op kwaliteit is een hoeksteen van het besturingsparadigma onder de gereguleerde concurrentie. Tot dusver zijn in dit model echter nauwelijks kwaliteitsprikkel opgenomen. Kwaliteitsverbetering moest via een ander sturingsmechanisme worden bereikt.

In de jaren negentig komt de belangstelling voor kwaliteit sterk op de voorgrond. In Leidschendam worden enkele grote conferenties gehouden en de overheid komt met kwaliteitswetgeving. Instellingen worden gehouden aan een Kwaliteitswet waardoor zij onder andere een kwaliteitsjaarverslag moeten opstellen. Beroepsbeoefenaren krijgen te maken met de wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG) en de Wet Gemeenschappelijke Behandelovereenkomst (WGBO). In meer algemene zin komt bovendien vraaggestuurde zorg in zwang. Het gaat er hierbij om dat de patiënt/cliënt meer invloed krijgt op (de behandeling van) zijn eigen zorgvraag<sup>1</sup>. Dit probeert men bijvoorbeeld te bereiken met de introductie van de persoonsgebonden budgetten.

### **Collectieve en openbare gezondheidszorg**

#### *Algemeen*

Collectieve en openbare gezondheidszorg zijn moeilijk te definiëren begrippen omdat ze zich slecht laten afbakenen. Centraal staat het onderscheid tussen gevraagde en ongevraagde zorg. Collectieve gezondheidszorg wordt daarbij geassocieerd met ongevraagde zorg en individuele gezondheidszorg met gevraagde zorg. Collectieve gezondheidszorg behelst derhalve onder meer screenings- en vaccinatieprogramma's, openbare geestelijke gezondheidszorg, gedwongen opname van psychiatrische patiënten, collectieve preventie en voorlichting en de (ongevraagde) individuele preventie bij huisartsen, specialisten, tandartsen, verloskundigen, thuiszorg, consultatiebureaus en ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Het begrip openbare gezondheidszorg is nauw gerelateerd aan collectieve gezondheidszorg. Openbare gezondheidszorg bevat die delen van de gezondheidszorg en het openbaar bestuur die zich doelbewust richten op de ziektepreventie en de bescherming en bevordering van de volksgezondheid (Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg, 2001). In dit begrip wordt dus de taak van het openbaar bestuur geëxpliciteerd.

In de internationale literatuur wordt hoofdzakelijk gesproken over het overkoepelende begrip public health. Het doel van de public health is om te zorgen voor die condities waarin mensen gezond kunnen blijven (Institute of Medicine, 1988). Public health heeft dan betrekking op preventie en gezondheidsbevordering en bestaat uit voorlichting, gedragsinterventies, epidemiologie, infectieziekten en zorg voor sociaal zwakke- en hoge risico groepen (Mays et al., 2000).

De totale kosten die gemaakt worden op het terrein van collectieve- en openbare gezondheidszorg zijn niet goed te identificeren. In de regel kijkt men voor een schatting naar een beperkt aantal posten uit de Zorgnota die worden geassocieerd met collectieve gezondheidszorg (GGD-en, screeningsprogramma's etc.). In de individuele gezondheidszorg worden op dit terrein echter ook kosten gemaakt die niet goed zijn te herleiden. Hierdoor wordt er in de praktijk meer uitgegeven dan de vaak genoemde 2 procent van de totale zorguitgaven. Een overzicht van preventie binnen de curatieve sector is opgenomen in box 1. Tabel 1 bevat een schatting van de public health uitgaven. Deze schatting is vergelijkbaar met het veelgenoemde percentage van 5% van de totale uitgaven (RIVM, 2001).

#### **Box 1: Public health binnen de curatieve zorg**

Het duidelijkst komt public health binnen de curatieve zorg tot uiting binnen de (geïntegreerde) eerste lijn en de tandarts en de mondhygiënist. Opvallend is dat Nederlandse huisartsen minder aan preventie doen dan hun Europese collega's. De huisarts is eveneens betrokken bij screenings en vaccinaties. Preventie behoort tot het basistakenpakket van de huisarts. Preventie bij de overige medische beroepsgroepen heeft in de regel betrekking op individugerichte casuïstische preventie.

Programmatische preventie speelt een grote rol bij de begeleiding van zwangere vrouwen door verloskundigen en artsen. Bij de wijkverpleegkundigen is de aandacht voor preventie sterk verminderd en vervangen door meer curatief gerichte taken. Preventie binnen ziekenhuizen krijgt bijvoorbeeld gestalte via ziekenhuishygiënecommissies en het antibioticabeleid (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 1998). Ook ontstaan op vrijwillige basis nieuwe op gentechnologie gebaseerde preventieve strategieën zoals borstamputaties bij risicogroepen.

Binnen de geestelijke gezondheidszorg is preventie een expliciete taak van de Riagg (Trimbosinstituut, 1999).

Binnen de verslavingszorg neemt preventie een steeds meer plaats in binnen veel behandelingsstrategieën.

**Tabel 1: Uitgaven public health<sup>1</sup>**

Preventieve tandheelkunde	1.000 mln.
Gemeentelijke gezondheidsdiensten	738 mln.
Bedrijfsgezondheidszorg	PM
Preventie in de huisartsgeneeskunde	350 mln.
Ouder- en kindzorg/dieetadvisering	335 mln.
Verloskundige zorg / kraamzorg	620 mln.
Thuiszorg	250 mln.
Oefentherapie (Mensendieck/Cesar)	80 mln.
Audiologische centra / centra voor erfelijkheidsonderzoek	PM
Inspectie waren en veterinaire zaken	128 mln.
Geestelijke gezondheidszorg / verslavingszorg	105 mln.
Gezondheidsbevordering, ziekte-specifieke preventie, patiënten- en consumentenbeleid en projecten, experimenten en onderzoek	325 mln.
Ambulancevervoer	450 mln.
Bevolkingsonderzoeken, vaccinatieprogramma's en SOA-klinieken	350 mln.
<b>Totaal (schatting)</b>	<b>4.731 mln.</b>

<sup>1</sup> Het gaat hier om schattingen op het terrein van public health en preventie. Tertiaire preventie in intramurale instellingen is grotendeels buiten beschouwing gebleven.

(Bron: Zorgnota 2002 en schattingen op basis van ruwe gegevens van NIVEL, CTG en Hosman)

#### *Facetten van volksgezondheidszorgbeleid*

De public health heeft naar haar aard relatief sterke relaties met andere beleidsterreinen. De public health vervult namelijk een belangrijke taak in de wisselwerking tussen het domein van de leefwereld en de systemen of instituties (Van der Maessen, 1999). Het betreft dan bijvoorbeeld het grote steden beleid, de volkshuisvesting, woningaanpassingen en andere voorzieningen voor ouderen en gehandicapten arbeidsrehabilitatie en de armoedebestrijding.

De Canadese minister Lalonde poneerde midden jaren '70 de stelling dat gezondheid niet alleen tot stand wordt gebracht door gezondheidszorg maar ook door een aantal andere factoren gericht op biologische, sociale, fysieke en leefstijlaspecten die ook onderdeel zijn van het volksgezondheidsbeleid. Dit idee kreeg breed navolging en was in Nederland een belangrijke inspiratiebron voor de Nota 2000 in 1986. In deze beleidsnota lag het accent op het creëren van mogelijkheden tot het voorkomen van ziekten.

In 1985 startte de World Health Organization (WHO) het 'healthy cities program'. Dit initiatief ging van vergelijkbare gedachten uit als Lalonde en de Nota 2000. In Nederland bestaat sinds 1987 een netwerk gezonde steden (Van Heffen & Kerkhoff, 1997). Facetbeleid heeft hierin een belangrijke rol. Aan de combinatie van volksgezondheidsbeleid met andere beleidsterreinen is ook door latere kabinetten aandacht besteed. Voorbeelden hiervan zijn de sociale vernieuwing en het grotestedenbeleid (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 1999).

#### *(Be)sturing van collectieve- en openbare gezondheidszorg*

De collectieve gezondheidszorg wordt voor een groot deel uitgevoerd binnen het openbaar bestuur. Met name de gemeente speelt een centrale rol. Gemeenten beschikken hiertoe, veelal binnen een intergemeentelijk samenwerkingsverband, over eigen gezondheidsdiensten (GGD). Traditioneel staan deze GGD-en op grotere afstand van het gemeentebestuur dan andere gemeentelijke diensten zoals de sociale dienst. Dit komt door de complexiteit van de productieprocessen, de dynamiek van het intergemeentelijke samenwerkingsverband en de professionele autonomie van de medische beroepsgroep.

### **Box 2: De Gemeentelijke gezondheidsdienst**

De GGD-en bewegen zich op het terrein van de openbare gezondheidszorg. Preventie staat hierbij vaak centraal. Vaak is er ook expliciete aandacht voor achterstandsgroepen. Een belangrijk deel van de taken is vastgelegd in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) en de Wet bestrijding infectieziekten en opsporing ziekteoorzaken. Andere taken liggen op het gebied van rampenbestrijding, ambulancevervoer en enkele andere dienstverlenende taken (medische advisering, forensische geneeskunde, reizigersvaccinatie). GGD-en treden ook op als relatiebeheerder ten opzichte van het zorgveld en zorgfinanciers. Andere partners zijn gemeentelijke diensten zoals sociale zaken, politie, milieu maar ook patiëntenorganisatie en wijk- en buurtbewoners.

De missie van de GGD Eindhoven luidt: “De GGD streeft naar een betere gezondheid van de bevolking van Eindhoven in het algemeen en in het bijzonder van mensen in achterstandsituaties. Dit doet zij door te signaleren, adviseren, initiëren en uitvoeren van preventieve zorg. Zij doet dit in interactie en samenwerking met derden. (GGD Eindhoven, 1998).

In de structuurnota van staatssecretaris Hendriks (1974) was er eveneens aandacht voor preventie en openbare gezondheidszorg. Het beleid op dit terrein zou worden ingebed in een landelijke netwerk van gemeentelijke gezondheidsdiensten. Aangezien niet elke gemeente was aangesloten bij een GGD richtte het beleid zich in eerste instantie vooral op het bereiken van een landelijke dekking. In 1981 is om deze reden de subsidieregeling basisgezondheidsdiensten in werking getreden. Tien jaar later was een nagenoeg landelijke dekking van de GGD-en een feit (van Heffen en Kerkhoff, 1997). Door fusievorming zijn er momenteel nog 45 GGD-en.

De commissie Dekker heeft niet expliciet geadviseerd over de positie van de openbare gezondheidszorg binnen een systeem van gereguleerde concurrentie. Wellicht dat deze mede hierdoor buiten dit sturingsstelsel is gebleven. Er werd besloten tot verdere decentralisatie van de bevoegdheden op dit terrein naar de gemeente. De bestaande doeluitkeringen werden met een doelmatigheidskorting overgeheveld naar het

gemeentefonds en in 1990 werd de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) ingesteld met terugwerkende kracht tot 1989.

In de WCPV wordt de verantwoordelijkheid voor de totstandkoming en bevordering van de collectieve preventie, van de continuïteit daarvan en van de relatie met het curatieve systeem expliciet bij de gemeentebesturen gelegd. Gescheiden circuits bij curatie en preventie moesten immers nadrukkelijk worden vermeden (Van Dolron, 2000).

Sinds die tijd is er veel kritiek geweest op de wijze waarop de WCPV door gemeente en GGD-en is uitgevoerd. Vanuit verschillende kanten waaronder de Inspectie Volksgezondheid is er zware kritiek gekomen (Inspectie voor de gezondheidszorg, 1995). De doelstellingen van de WCPV kwamen onvoldoende uit de verf. Bovendien waren er grote verschillen tussen de gemeenten en ontbrak de samenhang met de gezondheidszorg. De rijksoverheid bleef echter meer dan tien jaar op afstand.

Inmiddels wordt een wijziging van de WCPV voorbereid. De gemeentelijke taken op het terrein van de collectieve preventie worden hierin nader geëxpliciteerd (Ministerie van VWS, 1998)<sup>2</sup>. Bovendien krijgen de gemeenten ook de regie over de jeugdzorg voor 0 tot 4 jarigen. Tot dusver was dit een expliciete taak voor thuiszorginstellingen die uit de AWBZ werd gefinancierd. Door deze wijziging hoopt men te komen tot een integrale jeugdzorg voor 0-19 jarigen. Op termijn zal deze zorg geheel uit het gemeentefonds worden gefinancierd (Ministerie van VWS, 2000).

De rijksoverheid toont zich sinds kort ook weer meer betrokken bij de openbare gezondheidszorg. Samen met de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en de Landelijke Vereniging van Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (LVGGD) heeft men een nationaal contract afgesloten dat een nieuwe impuls aan de openbare gezondheidszorg moet geven. Belangrijke aandachtsgebieden hierin zijn onder meer ook de samenwerking met de cure en de care, bevordering van samenhangend beleid en de sociaal-economische gezondheidsverschillen. Ook is er aandacht voor de rol van de collectieve gezondheidszorg en de public health in het stelseldebat. Bleef in de stelseldebatten van Hendriks en Simons de public health een beetje buiten beeld omdat ze als apart onderdeel werden gezien. Momenteel wordt gepleit voor

een integraal opnemen van public health in alle aspecten van een nieuw volksgezondheidsstelsel (NSPH, 2001). Het proces waarin preventieve en curatieve zorg, door de toenemende kennis over risicofactoren, steeds meer in elkaar schuiven gaat ondertussen gewoon door (Delnoij et al., 2001). De eerste officiële erkenning dat de curatieve zorg ook taken heeft op het terrein van de collectieve preventie is echter nog relatief recent. Dit gebeurde in de in 1992 verschenen regeringsnota: "Preventiebeleid voor de volksgezondheid: praktische keuzen voor de jaren '90".

#### *Overige ontwikkelingen*

Een andere ontwikkeling is de voortgaande vermaatschappelijking (community care) en extramuralisering van de zorg waardoor het openbaar bestuur en met name de gemeente zich meer en meer moeten bemoeien met het domein van de gezondheidszorg. Zo worden er in de nieuwe wijk IJburg (Amsterdam) geen intramurale AWBZ-voorzieningen gebouwd. Mensen met gezondheidsproblemen komen derhalve meer en meer in de wijk wonen waardoor een extra beroep bestaat op allerlei gemeentelijke voorzieningen zoals welzijnswerk, sociale dienst, politie maar natuurlijk ook de openbare gezondheidszorg. Soms wijst men op het belang van regionale ordening voor de noodzakelijke samenwerking met de gemeenten (ZN-Journaal, 2001).

Gemeenten hebben de afgelopen jaren geleidelijk steeds meer taken gekregen op het gebied van de zorg. Voorbeelden hiervan zijn de regionale indicatieorganen, het verslavingsbeleid en de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG). Hierdoor is ook de zorgportefeuille van de wethouder zwaarder geworden. Momenteel wordt eveneens overwogen om de gemeenten een grotere rol te geven op het grensvlak van welzijn en gezondheidszorg door de introductie van een door de gemeenten aangestuurd dienstverleningsstelsel (Interdepartementaal beleidsonderzoek WVG, 2000). De Raad adviseert volgend jaar over het onderwerp van de community care in een bredere context.

Tot slot moet gewezen worden op de Europese ontwikkelingen. De gezondheidszorg is een eigen beleidsterrein voor de lidstaten. Het beleid van de lidstaten mag het vrije verkeer van goederen en diensten echter niet belemmeren. De Europese Commissie legt zichzelf op het terrein van de public health en de collectieve gezondheidszorg echter minder beperkingen op. Veel aspecten van collectieve



gezondheidszorg zoals bijvoorbeeld infectieziekten laten zich immers niet tegenhouden door grenzen. Recentelijk heeft de Europese Commissie dan ook een groot stimuleringsprogramma op dit terrein opgestart (Europese Commissie, 2000). Men richt zich hierbij primair op een kennis- en informatiesysteem met gezondheidsdata, gezondheidsbevordering en preventie en bestrijding van infectieziekten.

### **Conclusies**

De stelsels voor gezondheidszorg en public health hebben zich de afgelopen 25 jaar grotendeels gescheiden ontwikkeld. Binnen de diverse herzieningen van het stelsel voor de individuele gezondheidszorg is een public healthoriëntatie nooit een belangrijk issue geweest. Vraagstukken van sturing van uitvoering en kostenbeheersing domineerden deze discussie. Tegelijkertijd is een effectief eigen stelsel voor de public health niet goed van de grond gekomen en ontbreken koppelingen met de curatieve zorg.

Ondanks de gebrekkige oriëntatie op public health vindt een groot deel van de uitgaven ten behoeve van preventie en public health toch plaats binnen de curatieve zorg. Dit wordt echter versluierd door de huidige registraties en sturingskaders. Met een goede aansturing van deze functie van de curatieve sector is waarschijnlijk nog veel winst te boeken. De curatieve zorg en de public health hebben echter als aparte stelsels in essentie een verschillende taakopdracht.

## **8 Beleidsinstrumentarium**

### **Algemeen**

In deze paragraaf wordt globaal het beleidsinstrumentarium besproken zoals dat op dit moment binnen de gezondheidszorg wordt gehanteerd. Hierbij wordt een impliciete toespitsing gemaakt, gericht op de centrale vragen van het advies. In deze paragraaf wordt een onderscheid gemaakt naar een drietal groepen van beleidsinstrumenten. We bespreken de wet- en regelgeving, de organisatie en financiering en overleg en communicatie.

### **Wet- en regelgeving**

*Het recht als beleidsinstrument*

Sturing van de gezondheidszorg vindt onder meer plaats door het recht. Het recht is een stelsel van verbindende voorschriften of normen, waarin voor burgers, rechtspersonen en ambtsdragers is vastgelegd wat toegestaan, toelaatbaar of verplicht is en welke afdwingbare gevolgen partijen aan elkaars handelen mogen verbinden. Deze normen betreffen derhalve zowel vrijheden en bevoegdheden als plichten en afspraken (Van den Heuvel, 1998).

Rechtsnormen hebben een viertal kenmerken gemeen. In de eerste plaats hebben zij zowel een normerende, instrumentele als een waarborgfunctie. Op de tweede plaats vereisen juridische instrumenten in het overheidsbeleid controle en handhaving. Juridische instrumenten hebben voorts ook veelal een dwangmatig karakter. Tot slot is het een beleidsinstrumentarium met een reactief karakter. Het recht volgt in de regel op de maatschappelijke ontwikkelingen.

#### *Het juridische beleidsinstrumentarium*

In de gezondheidszorg vindt de juridische aansturing van het stelsel vooral plaats via beleidsregels, convenanten en (publiekrechtelijke) overeenkomsten. Sinds de gereguleerde marktwerking is de nadruk op de beide laatste instrumenten komen te liggen maar de beleidsregels zijn voor de dagelijkse praktijk van de aansturing van groot belang gebleven. Het sturend vermogen is sterk afgekalfd mede door het gebrek aan goede controle en onderhoud. Hierdoor is een 'creatieve' omgang met deze beleidsregels gestimuleerd.

#### **Box 3: Het juridische beleidsinstrumentarium**

- Een *beschikking* is een rechtsbeslissing van een bestuursorgaan, gebaseerd op een publiekrechtelijke bevoegdheid, waardoor nieuw recht wordt geschapen voor een of meer individuen of met betrekking tot concrete situaties. Voorbeelden van beschikkingen in de gezondheidszorg zijn bijvoorbeeld indicatiebesluiten in het kader van de AWBZ en de WVG. Gemeenten hebben hierin een belangrijke rol. Overigens bestaat er momenteel enige onduidelijkheid of een indicatiebesluit wel als een beschikking kan worden gezien.
- *Beleidsregels* zijn algemene regels over de uitoefening van een bestuursbevoegdheid jegens de bestuurden, op eigen gezag vastgelegd door de bevoegde bestuursinstantie of door een hiërarchisch hogere bestuursinstantie. Belangrijke voorbeelden in de gezondheidszorg zijn bijvoorbeeld de budgetregels en de tarieven van het CTG.
- De bedoeling van een *plan* is een aantal complexe en samenhangende voornemens en factoren naar tijd en plaats overzichtelijk te maken, teneinde een of meer doelstellingen te bereiken.

De factoren kunnen onder meer zijn een budget, personeel, inspraak, onteigening, afspraken, vergunningen, goederen en diensten. Plannen kunnen zowel een instrumenteel als een informatief karakter hebben. Voorbeelden van plannen in de gezondheidszorg zijn de zorgnota en capaciteitsplannen. Plannen zijn enkel juridische instrumenten voor zover zij rechtsgevolgen hebben.

- Een *vergunning* is een toestemming van een bevoegd bestuursorgaan voor een activiteit of de vaststelling van een recht. In de gezondheidszorg komt dit veelvuldig voor bij bouwbeslissingen en capaciteits- en functie-uitbreidingen. Het kwaliteitsaspect speelt hierbij een belangrijke rol. Het tegendeel van een vergunning is een *ontheffing*.
- Een *concessie* is een toestemming, verleend door een bevoegd orgaan, voor een recht om iets te doen bijvoorbeeld de uitvoering van de AWBZ door een zorgkantoor. Bij concessies wil de overheid binnen nauwkeurig omschreven kaders een activiteit slechts aan een beperkt aantal gegadigden toestaan.
- Een *convenant* is een afspraak tussen bestuursorganen onderling of tussen de overheid en maatschappelijke organisaties, zoals beroepsgroepen of organisaties, ter verwezenlijking van het beleid van de overheid. Samen met de *publiekrechtelijke overeenkomst* behoort het convenant tot de zogenaamde horizontaliserende instrumenten. Aangezien overeenkomsten vaak berusten op bestuursrechtelijke wetgeving zoals bijvoorbeeld de ZFW zijn zij in juridisch opzicht meer verplichtend dan convenanten. Een voorbeeld hiervan zijn de lokale afspraken tussen instellingen en verzekeraars op het terrein van de zorginkoop. De meerjarenafspraken en het convenant openbare gezondheidszorg zijn voorbeelden van convenanten.
- *Zelfregulering* is een vorm van bindende normstelling door een representatief kader uit de groep van belanghebbenden, in casu de doelgroep van het beleid. Indien zelfregulering voorziet in mechanismen om de naleving van de normen te controleren en te handhaven, is de normstelling afdwingbaar. In de gezondheidszorg wordt zelfregulering veelvuldig toegepast bij kwaliteitsontwikkeling zowel van de instellingen

De laatste jaren stimuleert de overheid beleidsvorming op het niveau van instellingen en gemeenten (zelfplanning). Voorbeelden zijn de verplichte lange termijn huisvestingsplannen voor intramurale instellingen, regiovisies, kwaliteitsjaarverslagen, de lokale gezondheidsplannen van gemeenten etc. De planmatige activiteiten van de rijksoverheid

beperken zich grotendeels tot het (financieel) beheersmatige aspect.

In de gezondheidszorg wordt relatief veel gebruikt gemaakt van sturing door convenanten. Voordelen hiervan zijn de flexibiliteit, de snelle implementatie en de geringe kwetsbaarheid voor gerechtelijke procedures. Draagvlak en gelijke belangen zijn voorwaarden voor een goede uitvoering (Herweijer en Fleurke, 1992). Nadelen zijn de handhaafbaarheid en de belangenbehartiging door de deelnemende partijen. Bovendien worden de belangen van de niet-deelnemers (consumenten) vaak onvoldoende behartigd. In de gezondheidszorg lijken de nadelen de voordelen veelal te overtreffen (Klee en Okma, 2001).

In de individuele gezondheidszorg neemt het overeenkomstenstelsel een belangrijke plaats in. Het overeenkomstenstelsel regelt de onderlinge verhouding tussen zorgaanbieders en verzekeraars op de zorginkoopmarkt. Het overeenkomstenstelsel moet bijdragen aan doelmatigheid, toegang en kwaliteit van de zorg. Volksgezondheidsdoelstellingen spelen hierin een kleinere rol.

#### *Verschillende wettelijke kaders individuele- en collectieve gezondheidszorg*

De belangrijkste wetten in de gezondheidszorg zoals de ZFW, AWBZ, WZV en WTG zijn totstandgekomen in de jaren zestig en zeventig; de belangrijkste bestuurswet in de openbare gezondheidszorg in 1989 (WCPV). In de jaren negentig kwam ook veel nieuwe kwaliteitswetgeving tot stand (Kwaliteitswet, WGBO en BIG).

De wetgeving uit de jaren zestig en zeventig beruiste veel meer op de principes van een dirigistische overheid dan de meer recente wetgeving op het terrein van de openbare gezondheidszorg en de kwaliteitsborging. Voorbeelden zijn het grote belang van vergunningen in de WZV en de beleidsregels in de WTG.

De besturing van gezondheidszorg is hierdoor nog steeds aanbod gericht. Beheersing en planning gebeurt op basis van makkelijk te identificeren indicatoren zoals voorzieningen, bedden, specialistenplaatsen, dure medische functies, verpleegdagen, normpraktijken, consulten etc. Preventie en public health komen binnen deze benadering niet goed uit de verf. Deze zijn immers minder goed in dit type indicatoren te

vangen.

In de WCPV krijgt de gemeente de verantwoordelijkheid voor de collectieve preventie<sup>3</sup>. De gemeente is bovendien verantwoordelijk voor de afstemming met de curatieve gezondheidszorg. In de praktijk is hiervan echter weinig terechtgekomen. Gemeenten beschikken niet over de benodigde bevoegdheden en sanctiemogelijkheden en herkennen gezondheidsbeleid ook onvoldoende als een eigen verantwoordelijkheid. Zij kunnen inhoudelijk, financieel en procedureel onvoldoende meerwaarde bieden (Van Dolron, 2000).

**Tabel 2: Preventie aanspraken (AWBZ en ZFW) en public health taken (WCPV)**

WCPV	Primaire preventie	Leefmilieu, hygiëne, psychohygiëne, GVO, jeugd, infectieziekten (art. 2, 3 WCPV; Infectieziektewet)
	Secundaire preventie	
	Tertiaire preventie	
AWBZ	Primaire preventie	Vaccinaties (art. 28 besluit zorgaanspraken)
	Secundaire preventie	Screeningen (art. 26, 27 besluit zorgaanspraken; Wet op het bevolkingsonderzoek)
	Tertiaire preventie	Voorlichting en als onderdeel zorgproces,
ZFW	Primaire preventie	
	Secundaire preventie	Erfelijkheidsadvisering en tuberculose onderzoek (art. 2; verstrekkingenbesluit)
	Tertiaire preventie	Niet expliciet als onderdeel zorgproces

### **Structuur en financiering**

#### *Structuur en financiering als beleidsinstrumenten*

Er is schaarste aan financiële middelen. Hierdoor is het belangrijk om de middelen zo doelmatig mogelijk te besteden. Dit kan door het belonen van het efficiënt en effectief uitvoeren van afgesproken prestaties. Hiervoor is inzicht nodig in de outcome en output van het productieproces. Vaak is dit echter moeilijk meetbaar waardoor veelal van throughput- en inputfinanciering gebruik wordt gemaakt. Enkele financiële instrumenten zijn opgenomen in box 4.

Gezondheidszorg en public health worden verschillend gefinancierd. In het vervolg wordt hierop ingegaan. De structuur en organisatie zijn eveneens belangrijk bij het

behalen van volksgezondheidsdoelstellingen. Het gaat dan in het bijzonder om de functionele interactie tussen de individuele gezondheidszorg en de public health sector.

#### *Financiering van individuele gezondheidszorg*

De gezondheidszorg wordt gefinancierd via een verzekeringsstelsel waarin de overheid grote invloed heeft op hoogte en omvang van de inkomensafhankelijke premies. Bovendien heeft zij ook invloed op de allocatie van de premiegelden door de dubbele budgettering van aanbieders en verzekeraars. De beide budgetteringsmodellen kennen verschillende budgetparameters. De tarieven vervullen de scharnierfunctie tussen beide modellen.

#### **Box 4: Het financiële beleidsinstrumentarium**

- Door *eigen betalingen* worden mensen gedwongen om een afweging te maken tussen de individuele kosten en opbrengsten van een bepaald product. Deze afweging wordt gestuurd door de prijselasticiteit van het product. Jammer genoeg blijken prijselasticiteiten vaak geen stabiele waarde te hebben (Van Mierlo, 2000).
- Een *subsidie* is een budgetoverdracht van actor A naar actor B, waarbij actor B zich verbindt de verkregen gelden te besteden aan een door A te bepalen activiteit. Bij een *algemene uitkering* is er door de budgetoverdracht geen specifieke bestedingsverplichting. Bij een *specifieke uitkering* is deze er wel. De budgetoverdracht kan ook aan een cliënt geschieden zoals bij een persoonsgebonden budget.
- Een *verzekering* ontleent haar recht in de regel aan de combinatie van grote onzekerheid en hoge kosten. Om dit risico af te dekken worden premies betaald die onder bepaalde condities recht geven op een toekomstige uitkering of verstrekking in natura.
- *Budgettering* geeft de overheid de mogelijkheid om de kosten van voorzieningen en verstrekkingen te begrenzen. Een budget wordt in de regel verdeeld met behulp van bepaalde indicatoren. Veelal probeert men hierin ook prestatie-indicatoren op te nemen.
- Door regulering van de *prijzen* kan de overheid de werking van het marktmechanisme in een door haar gewenste richting proberen te beïnvloeden. Zij kan bijvoorbeeld patiënten beschermen tegen onredelijk hoge prijzen als gevolg van allerlei marktimperfecties.

De parameters in de verzekeraarsbudgettering (ZFW) hebben betrekking op het risicoprofiel van de populatie. Belangrijke parameters zijn geslacht, leeftijd, regio en arbeidsrechtelijke status van de verzekerden. Hiernaast is er een vereveningssystematiek. In de AWBZ ontbreekt een op het risicoprofiel van de populatie gebaseerde budgettering. De zorgkantoren zijn hier de risicoloze uitvoerders van de budgettering.

Zorgaanbieders worden gefinancierd op basis van een mix van capaciteit en productie. In ziekenhuisbudgetten spelen bijvoorbeeld adherentie, beddenaantallen, functieplaatsen, polikliniekbezoeken, verpleegdagen, dagbehandelingen en bijzondere verrichtingen een rol<sup>4</sup>, terwijl huisartsen voor ziekenfondspatiënten een vast bedrag krijgen en bij particuliere patiënten verrichtingen declareren. De verzekeraar is dus afhankelijk van een beperkt aantal parameters om te sturen op de zorginhoud.

In de financiering van aanbieders zitten nauwelijks parameters die betrekking hebben op collectieve gezondheidszorg en (programmatische) preventie. Een van de weinige uitzonderingen zijn de riagg's. Hier kan de verzekeraar contractueel preventie-uren afspreken. Dit betreft inputfinanciering waardoor er geen relatie bestaat met de opbrengsten van preventie (box 5).

In de thuiszorg bestaan eveneens beleidsregels voor preventieve activiteiten. Het gaat dan om de activiteit, instructie en voorlichting. Deze vormt onderdeel van de reguliere activiteiten maar kan ook als apart product op verwijzing van een huisarts of specialist worden verkregen. De eigen bijdrage die hiervoor gold is onlangs afgeschaft. Programmatische preventie in de thuiszorg wordt tot op heden, met uitzondering van de zorg van 0-4 jarigen, niet apart gefinancierd. Het betreft hier activiteiten gericht op doelgroepen zoals: mantelzorgers, chronisch zieken, ouderen etc. De Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) heeft geadviseerd om hiervoor 1% van het budget te oormerken (LVT, 2000).

#### **Box 5: Uitkomsten van (evidence based) ggz-preventie**

Preventieprogramma's zijn in staat de psychosociale weerbaarheid van mensen te vergroten. Het gaat dan vooral om risicogroepen zoals bijvoorbeeld kinderen van gescheiden ouders. Ook sociale risicofactoren kunnen beïnvloed worden. Zo is in diverse studies aangetoond dat met behulp van oudervoorlichting en stressmanagementtrainingen aan ouders, kindermishandeling met 50% kan worden verminderd. Ook pestgedrag op scholen is goed te beïnvloeden. Op het werk kan preventie bijdragen aan meer arbeidssatisfactie en daarmee een lager stressniveau.

Preventieve strategieën zoals bijvoorbeeld omgangscursussen, opvoedingsvoorlichting, leefstijlprogramma's en ondersteuningsgroepen dragen bij tot reductie van depressieve symptomen en de kans op terugval. Terugval bij schizofrenie kan door onder meer gezinsgerichte interventies en het bevorderen van therapietrouw met circa 50% worden verminderd. Andere kansen liggen bij preventie van gedragsstoornissen en oppositioneel-opstandig gedrag. Tot slot kan ook preventie van bepaalde lichamelijke aandoeningen en fysieke risicofactoren bijdragen aan de preventie van psychopathologie. Te denken valt aan rode hond, alcoholgebruik, drugs en medicijnen tijdens de zwangerschap, geboortecomplicaties, loodvergiftiging, hersenletsel door ongevallen en hoge bloeddruk (Hosman,

Zorgaanbieders worden dus vooral betaald om hun capaciteit en om wat ze doen. Of ze ook de goede dingen doen en of ze die dingen ook goed doen, blijft buiten beschouwing. De verzekeraar heeft nauwelijks aangrijpingspunten om zorgaanbieders hierop aan te sturen.

In de verzekeraarsbudgettering zitten eveneens geen expliciete public health-parameters. Wel is er de flexizorgregeling



waardoor maximaal 3% van het budget alternatief kan worden ingezet. Voorbeelden hiervan zijn dieetadvies in plaats van specialistische hulp bij sommige allergievormen en glucometers in plaats van frequente huisartscontroles bij diabetespatiënten ([www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)).

Ook ziekenfondsen kunnen nauwelijks (primaire) preventie bij verzekerden in hun premiestelling stimuleren. Zij zijn immers gehouden om voor elke verzekerde dezelfde nominale premie te heffen. Hierdoor kan geen gebruik worden gemaakt van bijvoorbeeld no-claimkortingen en niet-rokerspolissen om de verzekerde aan te zetten tot gezond gedrag en individueel gezondheidsmanagement.

Preventie kan bijdragen aan schadelastbeheersing van verzekeringsportefeuilles. Het is echter een probleem dat de kosten ver voor de baten uitgaan. Hierdoor kunnen de baten van investeringen in preventie bij andere verzekeraars terecht komen. In de praktijk is preventie dan ook vooral een marketinginstrument voor het werven van nieuwe verzekerden (De Leeuw, 1998). Andere factoren die hierbij een rol spelen, zijn algehele profilering en klantenbinding (Danan en Telgenkamp, 2001). Preventieve investeringen zijn bovendien gevoelig voor schaafeffecten. Grote en regionale verzekeraars zijn daarom beter in staat om preventie te contracteren en op te zetten (Mays, et al., 2000).

Sinds de privatisering van de Ziektewet en de introductie van de Wet premiedifferentiatie en marktwerking bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (pemba) is investeren in preventie interessant voor werkgevers. Ziekteverzuim en instroom in de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) leiden immers tot hoge kosten die door preventie en snelle behandeling beperkt kunnen worden. In de bedrijfsgezondheidszorg, maar ook middels collectieve contracten en aanvullende verzekeringen kan hieraan worden gewerkt. Zo kunnen (programmatische) preventiestrategieën, gericht op bijvoorbeeld vermindering van ziekteverzuim, binnen de collectieve contracten een belangrijk potentieel concurrentieaspect vormen. In Nederland komt dit nog niet echt uit de verf. Uit Amerikaans onderzoek blijkt bovendien dat werknemers die gebruikmaken van (programmatisch) preventieve voorzieningen meer tevreden zijn over hun verzekering en hier ook meer mond-op-mondreclame voor maken (Schauffler & Rodriguez, 1996).

*Financiering van openbare en collectieve gezondheidszorg*

De financiering van de openbare gezondheidszorg is anders georganiseerd dan in de individuele gezondheidszorg. Zo wordt deze dienstverlening grotendeels met belastingmiddelen en niet met premiemiddelen betaald. Toch is er ook sprake van versnippering van financiering en onduidelijke uitvoeringsverantwoordelijkheden. Bovendien ontbreekt een aparte wettelijke regeling om de preventietaken te financieren (Ziekenfondsraad, 1996).

Gemeentelijke gezondheidsdiensten worden gefinancierd vanuit het gemeentefonds (tabel 3). Het is de gemeente bovendien toegestaan om voor collectieve preventie een bijdrage van haar burgers te heffen (art. 4 lid 1 WCPV)<sup>5</sup>. Hier wordt echter voor zover bekend geen gebruik van gemaakt. Voor een aantal preventieprogramma's (screeningen, vaccinaties) bestaat financiering op basis van artikel 39 Wet financiering volksverzekeringen (WVF). Projectfinanciering en fondsvorming spelen voorts ook een relatief grote rol. De casuïstische en individuele preventie wordt vooral (ongeoormerkt) gefinancierd binnen de kaders van de individuele gezondheidszorg.

Gemeentelijke gezondheidsdiensten krijgen hun inkomsten uit een groot aantal verschillende bronnen (tabel 3). Er worden bijvoorbeeld eveneens werkzaamheden verricht voor instanties op het terrein van onderwijs, sociale zaken en welzijn (Meijer en Van den Ouwelant, 1999). De uitgaven van gemeenten aan collectieve preventie fluctueren bovendien tussen de f 7 en f 70 per persoon per jaar (Inspectie Volksgezondheid, 2000).

**Tabel 3: Ontvangsten voor diensten, subsidies en bijdragen GGD-en**

	1990	1993	1997	1998
Rijk en provincies	23,7	28,0	18,7	30,4
Gemeenten	394,0	452,6	421,8	455,5
Ziekenfondsen	93,8	104,6	16,6	16,8
AWBZ	1,8	2,4	13,2	11,2
Cliënten			23,5	26,4

Anderen	86,2	131,0	104,8	121,6
Totaal	599,4	718,6	598,6	661,8

Bron CBS, 1996, 2000

Collectieve preventie is voor verzekeraars bedrijfseconomisch veelal niet aantrekkelijk. Nadelen zijn de reeds genoemde hoge kortetermijninvesteringen, de onzekerheid over de effectiviteit, de moeilijke organisatorische vormgeving, het onbedoelde gebruik en de moeilijke financieringsmogelijkheden (Danen & Telgenkamp, 2001). Regionale zorgverzekeraars zoeken soms wel vanuit maatschappelijk oogpunt het grensvlak op van collectieve preventie en gemeentelijk beleid. Een voorbeeld hiervan is het regieproject in Amsterdam waarbij gezondheidswerkers in achterstandswijken zijn aangesteld. In dit project is het echter niet gelukt om met evaluaties de zorgconsumptiecijfers en de eventuele daling daarbij hard te maken (LVG, 1999).

*Structuren op het grensvlak van public health en zorg*

In Nederland ligt de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van individuele zorg bij het particuliere initiatief. De gemeente is verantwoordelijk voor de public health. Gemeenten zijn ook verantwoordelijk voor de samenwerking met de curatieve zorg. In de praktijk is hier echter veel meer sprake van een wisselwerking. De rijksoverheid blijft hierbij op afstand maar kan wel stimuleren en faciliteren.

Indien de rijksoverheid de samenwerking tussen public health en individuele gezondheidszorg wil stimuleren, moet zij aansluiten bij zorginhoudelijke ontwikkelingen die vragen om samenwerking tussen public health en gezondheidszorg<sup>6</sup>. Aangezien de zorg door verzekeraars wordt gecontracteerd, ontstaat in de praktijk een driehoeksrelatie tussen aanbieder, verzekeraar en overheid.

In de samenwerking tussen public health en zorg spelen strategische, functionele en structurele attributen een rol (Halverson, et al., 1997). Strategische doelen van samenwerking zijn bijvoorbeeld de uitwisseling van informatie en ervaring en het gezamenlijk leveren van bepaalde zorgvormen. Dit laatste krijgt gestalte door de vorming van zorgketens.

Indien verzekeraars werk willen maken van de public health-oriëntatie van zorgaanbieders, is een groot marktaandeel in de

regio of van een collectiviteit van belang (Halverson, et al., 1996, Goldberg, 1998). Op de gemeentelijke markt verzekert de grootste verzekeraar nog steeds circa tachtig procent van de ziekenfondsverzekerden (Van den Brink, 2001). Andere collectiviteiten spelen echter een steeds grotere rol. Zo was in 1998 al 54% van de particulier verzekerden, meestal via de werkgever, verzekerd in een collectief contract. Tot dusver letten de werkgevers bij de aanbesteding van een collectief contract vooral op de premiestelling en in mindere mate op de pakketstelling (Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven, 2000). Aspecten van public health spelen daarom nauwelijks een rol. In de Verenigde Staten is dit ook al veel meer het geval. Daar bestaat een positieve correlatie tussen de kwaliteit van preventieve zorg en grote inkoopcombinaties van werkgevers (Born & Simon, 2001). Functionele interactie tussen public healthorganisaties en zorgaanbieders kan op meerdere terreinen plaatsvinden (Halverson, et al., 1997):

1. Beleidsvorming; dit heeft bijvoorbeeld betrekking op het identificeren van gezondheidsbedreigingen, de aanpak hiervan en het informeren van andere beleidsorganen hierover.
2. Voorlichting en wijkgericht werken (gedragsbeïnvloeding, voorlichting en counseling maar ook screening en consultatiefuncties).
3. Informatiesystemen en epidemiologie; voordelen zijn kostenbesparingen en toegang tot allerlei relevante data (Fishman en Wagner, 1998).
4. Specifieke voorzieningen die de toegang en explicitering van zorgvraag verbeteren zoals vervoer, migrantenvoorlichters en jeugdzorg.
5. Het aanbod van klinisch (preventieve) voorzieningen.
6. Casemanagement; voorbeelden waar meerwaarde kan ontstaan, zijn de chronische ziektebeelden zoals diabetes, geestelijke gezondheidszorg en infectieziekten. Specifieke functies zoals praktijkverpleegkundigen kunnen hierin een belangrijke rol spelen.

In de Verenigde Staten is onderzoek gedaan naar factoren die allianties tussen public healthorganisaties en health care maintenance-organisaties (HMO) stimuleren (Mays, et al., 2000). Hieruit blijkt dat non-profit-HMO's en lokale HMO's significant meer samenwerkingsverbanden met public healthorganisaties aangaan. Tevens bestaat er een negatief verband tussen het aantal HMO's in een regio en eventuele allianties en met public healthorganisaties. Deze verschillen

zijn groter bij primaire preventie dan bij secundaire en tertiaire preventie. Hieruit blijkt de kwetsbare positie van (primaire) preventie in een omgeving met concurrentie.

In Nederland gebeurt samenwerking tussen public health en zorgaanbieders vooral door netwerkvorming en samenwerkingsverbanden. Belangrijkste stimulansen voor samenwerking zijn de aansluiting bij de lokale situatie, een coördinatiefunctie, voldoende financiering, inkadering in het instellingsbeleid en zichtbare resultaten (RVZ, 1998). GGD-en kunnen door het coördinatorschap en hun kennis en deskundigheid op het gebied van onderzoek bijdragen aan het succes van het netwerk (Van der Kooij & Uniken Venema, 1999).

Er zijn verschillende mogelijkheden voor uitwerking van (programmatisch) preventieve strategieën in de zorgpraktijk. Voorbeelden zijn bijvoorbeeld het 'stoppen met roken'-project in de huisartsenzorg, het verbeteren van de voedingstoestand van ouderen door de thuiszorg of het voorkomen van psychische aandoeningen op het werk. Ook op scholen zijn er veel mogelijkheden zoals bijvoorbeeld de ontbijtles.

Binnen de huisartsenpraktijken zullen de praktijkverpleegkundigen de focus op (tertiaire en programmatische) preventie versterken. Assistentes doen eveneens met enige regelmatigheid preventieve werkzaamheden. Hierbij is te denken aan pilcontroles (23%), bloeddrukcontrole (43%), vragen stellen voor de huisarts komt onderzoeken (43%) patiënten uit risicogroepen oproepen (56%) en voorlichting geven aan specifieke groepen (75%) (Verhaak, et al., 1994). Door de toenemende complexiteit van het werk vormen preventieve activiteiten in toenemende mate een zware belasting voor de individueel werkende huisarts. Binnen gezondheidscentra is hier veel meer ruimte voor (Thien, 2001). Gezondheidscentra vormen door hun omvang eveneens belangrijke partners in (lokale) zorgnetwerken.

### **Overleg en communicatie**

#### *Overleg en communicatie als beleidsinstrument*

Overleg is een centrale pilaar in de besturing van de gezondheidszorg. Hier wordt in de gezondheidszorg dan ook volop (informeel) gebruik van gemaakt. Zonder overleg en communicatie is er vaak weinig draagvlak, een vereiste binnen de bestuurscultuur van de gezondheidszorg.

De sturende werking van communicatie komt door kennisvermeerdering bij de doelgroep. Het idee is dat vermeerdering van kennis tot gedragsverandering leidt. Dit is echter vaak een misverstand gebleken omdat mensen vaak eigen (emotionele) redenen hebben om hun gedrag niet aan te passen. Bovendien spelen de voordelen vaak op korte termijn, terwijl de nadelen zich op langere termijn manifesteren (roken). Inzicht in de beïnvloedingsmogelijkheden van menselijk gedrag is dan ook een voorwaarde voor effectieve voorlichting. In de praktijk betekent dit dat eigenlijk een individuele aanpak noodzakelijk is (Van Dolron, 2000). In ieder geval moet de communicatievorm nauwkeurig op de doelgroep worden afgestemd.

De maatschappelijke verhoudingen horizontaliseren, waardoor overleg en communicatie niet meer zijn weg te denken binnen het beleidsinstrumentarium. Een sturingsstelsel waarin informatie geen centrale plaats heeft, is niet meer levensvatbaar. Transparantie kan er op termijn toe bijdragen dat de burger de overheid helpt om haar doelstellingen op het terrein van vraaggerichte zorg te realiseren. Als zij immers inzicht heeft in de kwaliteit van de zorg kan zij bijvoorbeeld een keuze maken op basis van een betere afweging van prijs en kwaliteit. In box 6 staan enkele communicatieve beleidsinstrumenten.

#### **Box 6: Communicatief instrumentarium**

- *Communicatie* kan in haar meest elementaire betekenis worden beschouwd als de overdracht van informatie van zender naar ontvanger. Communicatie is dan gericht op het teweegbrengen van een door de zender beoogd effect bij de ontvanger. Het accent ligt op kennis en cognitie (Van de Heuvel, 1998).
- *Voorlichting* betreft een actieve vorm van informatieverstrekking met de vooropgezette bedoeling kennis, houding en/of gedrag te beïnvloeden (te veranderen of te bevestigen) teneinde bij te dragen aan het bereiken van bepaalde beleidsdoelen (Algemene Rekenkamer, 1991). *Kwantitatieve gezondheids- en vraaggerichte prestatieindicatoren* zijn als een vorm van voorlichting te beschouwen.
- *Lobbyen* is informatieoverdracht op persoonlijk niveau, van persoon tot persoon dus. Men probeert hiermee

### *Individuele gezondheidszorg*

Informatie reduceert onzekerheid. Hoe groter de onzekerheid vooraf, des te groter de informatiewaarde van een bericht hieraan een einde kan maken. Om die reden is specifieke informatie in de curatieve sector voor een individu dan ook meestal betekenisvoller dan algemene gezondheidsinformatie. Patiënten zijn immers 'at risk' en daardoor gevoelig voor opmerkingen omtrent bijvoorbeeld hun gezondheidsgedrag. In de spreekkamer vindt een subtiel proces van beïnvloeding plaats dat vaak succesvol is (Van Dolron, 2000). In de Verenigde Staten concludeert de U.S. Preventive Services Task Force dan ook dat de meest veelbelovende rol voor preventie binnen medische praktijken ligt in het veranderen van patiëntengedrag (Schauffler & Rodriguez, 2000).

Binnen de gezondheidszorg is communicatie overigens echter vooral een middel in het behandelingsproces. Veel behandelingsvormen zoals psychotherapie zijn zonder goede communicatie nauwelijks denkbaar. Binnen het behandelingsproces vindt ook de meeste voorlichting plaats. Informed consent heeft bovendien een wettelijke basis. Artsen die actief gebruik maken van (gedrags)voorlichting bij hun behandelstrategieën hebben ook meer tevreden patiënten (Schauffler & Rodriguez).

De (curatieve) gezondheidszorg zou vaak betrokken moeten worden bij programmatische voorlichting. Zij bezit immers een waardevol netwerk van potentiële doel- en risicogroepen. Dit geldt vooral voor de eerste lijn waar huisartsen binnen enkele jaren in aanraking komen met nagenoeg hun hele praktijkpopulatie. Zo kunnen huisartsen bijvoorbeeld mishandelde kinderen adviseren contact op te nemen met vertrouwensartsen of informatieve folders verspreiden via hun spreekkamer. Hierdoor levert men een bijdrage aan het bereiken van public healthdoelstellingen.

De meeste preventieactiviteiten worden door de huisarts echter vooral gedaan omdat de klachten er aanleiding toe geven of omdat de patiënt erom verzoekt en niet uit preventief oogpunt. Hoger opgeleiden worden bijvoorbeeld relatief vaak gescreend. Het patiënten bevragen op schadelijke leefgewoontes en dit registreren is echter zeker nog geen routine (Verhaak, et al., 1994). Aangezien negentig procent van alle contacten plaatsvindt binnen de eerste lijn liggen hier veel kansen voor (programmatische) verbindingen tussen public health en zorgaanbieders (box 7). Dit mede omdat deze

populatie wel een curatieve hulpvraag heeft maar vaak geen curatief probleem. Bovendien heeft preventie dicht bij de mensen het meeste effect (LVG, 2001).

**Box 7: Integratie van public healthactiviteiten in de eerste lijn**

In de Vinexlocatie Leidsche Rijn (Utrecht) wordt van elke bewoner een individueel gezondheidsprofiel vastgesteld en opgeslagen. Zo ontstaat een 'nulmeting' om de gezondheidstoestand van individuen en groepen in Leidsche Rijn te volgen<sup>1</sup>. Het gezondheidsprofiel vormt een onderdeel van een kennismakingsgesprek tussen patiënt en huisarts. De beschikbare gegevens kunnen gebruikt worden voor monitoring, onderzoek naar chronische ziekten, vaststellen waarde van vernieuwingen, onderzoek toegankelijkheid, onderzoek naar de invloed van externe factoren enzovoorts. Doelstellingen op het terrein van de public health en de gezondheidszorg worden zo in één (project)organisatie gecombineerd. Dit sluit aan bij de gedachte van primary care zoals die in Engeland veel beter vorm heeft. Een communicatieve strategie die in Nederland nog niet wordt gebruikt, is het openbaar maken van medische prestatie-indicatoren van zorgaanbieders aan een breder publiek (Hackfortberaad, 1998). Patiënten en cliënten, maar ook overheid en verzekeraars hebben hierin slechts gebrekkig inzicht. Dit is echter een belangrijke randvoorwaarde voor vraaggerichte zorg. Verzekeraars kunnen kwaliteit onderdeel maken van hun contracteerbeleid en alleen dan kunnen consumenten weloverwogen keuzes maken waardoor er daadwerkelijk concurrentie op kwaliteit kan ontstaan.

De 'best practice'-instellingen zullen meer patiënten krijgen die zij door de combinatie van extra inkomsten en lagere marginale kosten ook zullen gaan behandelen. Er ontstaat derhalve een prikkel om goede kwaliteit te leveren doordat dit bijdraagt aan een positief exploitatieresultaat. Doordat dit doorwerkt op macroniveau verbetert ook de gezondheid van de gemiddelde Nederlander. Dit is meetbaar met voor kwaliteit van leven gecorrigeerde collectieve indicatoren.

In de Verenigde Staten heeft men op dit terrein al aanzienlijke vooruitgang geboekt. Hier kunnen verpleeghuispatiënten bijvoorbeeld kiezen voor verpleeghuizen met veel of weinig decubitusproblematiek ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) waardoor deze instellingen worden geprikkeld om hier iets aan te doen.

Breed toegankelijke informatie over best practices en kwaliteitsuitkomsten maakt ook alternatieve vormen van



toezicht mogelijk. Deze richten zich namelijk op de rol van ICT in relatie tot toezicht en burgerparticipatie (Leeuw, 1999). Ervaring op andere beleidsterreinen leert eveneens dat uitkomstenanalyses veelal effectieve instrumenten zijn. Een voorbeeld hiervan is de effectiviteit van de integrale veiligheidsmonitor (Andersson Elffers Felix, 1999).

Een systeem dat zorgt voor 'perfecte' prestatie-informatie heeft een hoge mate van intuïtieve aantrekkingskracht. In de praktijk zal het echter een lange en moeizame weg van continue informatieverbetering betekenen. Amerikaanse ervaringen leren ons hierbij dat de voorstanders een combinatie van technische en procedurele obstakels op hun weg zullen vinden (Roper & Cutler, 1998). Ook is niet direct sprake van grote verschuivingen in de patiëntenstromingen (Mukamel en Mushlin, 2001). In de achtergrondstudie Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem wordt uitgebreid op het nut en de noodzaak van uitkomstenanalyse ingegaan.

#### *Openbare en collectieve gezondheidszorg*

Vanuit public healthperspectief ligt de nadruk op een ander soort van communicatieve strategieën. Programmatische voorlichting speelt hierbij een centrale rol. Zo is voorlichting bij activiteiten op het terrein van de collectieve gezondheidsbevordering veelal het eindproduct van de werkzaamheden.

(Programmatische) voorlichting krijgt zowel gestalte via landelijke campagnes (roken, alcohol en veilig rijden) als op lokaal en regionaal niveau. In het laatste geval richt men zich dan vaak op specifieke doelgroepen (scholen, dak- en thuislozen, verslaafden, ouderen etc.). Zo heeft men in Den Haag een boekje gemaakt, gericht op allochtonen waarin staat hoe te handelen bij kleine gezondheidsklachten. Uiteraard bestaan er ook programma's die zich meer specifiek op gedragsbeïnvloeding richten.

Public healthorganisaties kunnen zich ook richten op zorginstellingen vanwege het bereik op doelgroepen en individuen. Zorginstellingen en beroepsbeoefenaren zijn bovendien niet alleen intermediair, maar kunnen ook een aparte doelgroep van beleid zijn. In een radicale variant zou dit betekenen dat gemeentelijke gezondheidsdiensten zich omvormen tot service-instituten die aan de curatieve sector diensten verlenen. Hierbij valt te denken aan kennisoverdracht, registraties, verzameling en analyse van epidemiologische data,

beschikbaar stellen van specifieke deskundigen etc. (Van Dolron, 2000).

In een aantal gevallen vormt communicatie binnen de public healthsector ook onderdeel van een behandelingsproces. Met name is dit het geval bij de zorg voor gemarginaliseerden. GGD-en zetten dan veelal een strategie van bemoeizorg in. Om deze tot een succes te maken is goede communicatie, gericht op verkrijgen van vertrouwen, onontbeerlijk.

### **Conclusies**

Public health en gezondheidszorg vormen twee verschillende stelsels waarbij het opvalt dat het beleidsinstrumentarium van de gezondheidszorg nauwelijks is toegesneden op zowel public healthdoelstellingen als tertiaire preventie. De betrokkenheid van het veld is wel terug te vinden in het beleidsinstrumentarium. Dit blijkt bijvoorbeeld uit veelvuldig toegepaste instrumenten zoals zelfregulering en convenanten. Ondanks het belang van informatie in moderne sturingssystemen ontbreekt voor de belanghebbenden goede informatie over (medische) prestaties.

Op een aantal terreinen is er winst te boeken met meer samenwerking tussen public health en gezondheidszorg. Hierbij is te denken aan: beleidsvorming, voorlichting en wijkgericht werken, informatiesystemen en epidemiologie, het verbeteren van de toegang en het expliciteren van de zorgvraag voor bepaalde doelgroepen, klinisch (preventieve) voorzieningen en casemanagement. Hierbij kunnen GGD-en zich naast hun traditionele taken toeleggen op de service- en consultatiefunctie en de zorg op opsporing en behandeling.

## **9 Op weg naar een nieuw sturingsmodel?**

### **Inleiding**

De zorg heeft onvoldoende prikkels om volksgezondheidsdoelen nadrukkelijker na te streven. Dit vraagt om aanpassingen in het vigerende beleidsinstrumentarium. Dit beleidsinstrumentarium moet aansluiten bij de doelstellingen op het terrein van de volksgezondheid. Indicatoren hierbij zijn een langere levensduur en een betere kwaliteit van leven maar ook meer preventie en betere ondersteuning van de openbare

gezondheidszorg. Het gaat om de verwezenlijking van een tweetal zaken:

- Een grotere oriëntatie op public health en (secundaire en tertiaire) preventie door de (curatieve) gezondheidszorg (de goede dingen doen).
- De bijdrage aan verlenging van levensduur en kwaliteit van leven door de (curatieve) gezondheidszorg expliciteren en stimuleren (de dingen goed doen).

De 'oplossing' bestaat uit een aantal beleidsinstrumenten die kunnen bijdragen aan deze doelstellingen. De beleidsinstrumenten moeten een toets op adequaatheid kunnen doorstaan. Criteria hierbij zijn bijvoorbeeld haalbaarheid, effectiviteit, efficiency en beperkte ongewenste effecten. Kwaliteit (de dingen goed doen) en public health (de goede dingen doen) zijn de twee thema's rondom dit instrumentarium.

### **Sturen op kwaliteit**

Gereguleerde concurrentie is het heersende beleidsparadigma voor de gezondheidszorg. Uit de nota Vraag aan bod blijkt dat het kabinet van plan is om dit ook in de toekomst te continueren en verder uit bouwen (Ministerie van VWS, 2001). De maatregelen die dit tot stand moesten brengen waren tot dusver gericht op concurrentie, op doelmatigheid en op prijs. Voorbeelden hiervan zijn bijvoorbeeld de afschaffing van de contracteerplicht voor vrije beroepsbeoefenaren en de instelling van maximumtarieven.

Binnen de gereguleerde concurrentie ontbreekt het echter aan mechanismen die kwaliteitsverbetering stimuleren. Kwaliteit wordt in het stelsel weliswaar geborgd door de Inspectie maar onvoldoende gestimuleerd en aangestuurd. Indien dit wel gebeurt, kan er extra gezondheidswinst worden behaald. Dit betekent een bijdrage aan de volksgezondheidsdoelstellingen.

Een manier om concurrentie op kwaliteit te bevorderen, is het transparant maken van de (medische) prestaties. Kwaliteit kan hierdoor een rol spelen bij zowel de keuze van de patiënt als het contracteerbeleid van de zorgverzekeraar. In een aantal landen wordt hiermee sinds een aantal jaren ervaring opgedaan. Hieruit blijkt dat er weliswaar veel (technische) problemen overwonnen moeten worden, maar dat het transparant maken van kwaliteit en (medische) prestaties als continue ontwikkelproces tegelijkertijd grote mogelijkheden heeft.

Het transparant maken van kwaliteit strekt zich ook, misschien wel bij uitstek, uit tot het terrein van de preventie. Goede preventie is immers een belangrijke kwaliteitsindicator. In de Verenigde Staten zijn preventie-indicatoren een belangrijk onderdeel van de Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS). HEDIS moet het mogelijk maken voor consumenten om voor health plans te kunnen kiezen op basis van de kwaliteit van zorg (US Department of Health and Human Services, 1995). Enkele voorbeelden van preventieve HEDIS-indicatoren zijn: vaccinaties, screenings, prenatale zorg in de eerste drie maanden, jaarlijkse oogonderzoeken voor diabetici en follow-up na intramurale psychiatrische opnames. Het betreft hier hoofdzakelijk programmatische en secundaire preventie.

De Raad heeft een aparte achtergrondstudie aan uitkomstenanalyse gewijd. Hieruit komt een haalbaar en effectief beleidsinstrument naar voren. Eventuele risico's liggen vooral in de betrouwbaarheid van de aangeleverde gegevens en de soms grote onzekerheidsmarges rondom de hieruit te trekken conclusies. De Raad hecht aan een proces waarin de uitkomstenanalyses op adequate wijze tot stand kan komen.

In de Verenigde Staten wordt uitkomstenanalyse afgedwongen door de overheid. Zij kan dit doen omdat zij met haar monopolie op de voorwaarden voor medicare en medicaid contracten over een grote inkoopmacht beschikt. In Nederland ontbreekt dit. In de concessievoorwaarden voor een nieuw (basis)verzekering zou deze taak kunnen worden opgenomen (wettelijke borging).

## **Sturen op public health en preventie**

### *Inleiding*

In 1994 zijn er 133.500 sterfgevallen geweest waaraan preventief werken een bijdrage had kunnen leveren (VTV; RIVM, 1997). De belangrijkste oorzaken hiervan zijn roken (23.000), hoge bloeddruk (17.000), hoog cholesterol (12.000), lichamelijke inactiviteit (8.000), glucose intolerantie (7.000) en sterk overgewicht (6.000). De gezondheidszorg wordt tot dusver echter nauwelijks aangestuurd op haar public health oriëntatie.

Ten aanzien van de verschillende vormen van preventie zijn er dus kansen om de public healthoriëntatie van de

gezondheidszorg te versterken. Deze liggen op het terrein van de financiering en de organisatie maar ook in de wettelijke verankering van public healthdoelstellingen, voorlichting en opleidingscurricula.

#### *Financiering*

In de meeste voorzieningen in de gezondheidszorg ontbreekt het aan geormerkte financiering van preventieactiviteiten. Bij een aantal voorzieningen zouden aparte budgetindicatoren voor (programmatische en secundaire) preventie moeten komen. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan huisartsen, gezondheidscentra en ambulante verslavingszorg maar natuurlijk ook aan de ziekenhuizen. Ook bij de Riagg's en de thuiszorg kan de preventieve oriëntatie op deze manier verder worden versterkt.

Het is echter onvoldoende om preventiebudgetten alleen maar te oormerken. Dit is immers moeilijk controleerbaar en in de praktijk hebben acute zaken prioriteit. Om deze reden verliest (niet-programmatische) preventie het vaak van curatief gerichte investeringen. Bij health maintenance organizations is preventieve zorg gecorreleerd met positieve financiële resultaten in de voorgaande budgetperiode (Born & Simon, 2001). Er is dan immers voldoende geld beschikbaar.

Preventie in de gezondheidszorg moet derhalve extra budget kunnen opleveren. Dit kan als meer op output wordt gefinancierd. Hiervoor zijn zeker mogelijkheden te vinden. Het is namelijk goed mogelijk om een deel van de public healthactiviteiten te vertalen in productie-eenheden die in een regulier financieringssysteem kunnen worden opgenomen (Rengelink, 2001).

De gezondheidszorg kan bijdragen aan een hogere participatie van risicogroepen aan preventieve programma's. Het is mogelijk hiervoor prikkels te introduceren. Zo krijgen huisartsen in Engeland *incentive payments* voor het uitvoeren van bepaalde preventieve verrichtingen. In ons land is dit ook mogelijk. Huisartsen kunnen beloond worden als zij hun patiënten aan een anti-rookcursus weten te laten deelnemen of als zij een bepaalde vaccinatiegraad bij de grieprik behalen<sup>7</sup>. De bijdrage van professionals aan de deelname aan evidence based preventieprogramma's moet worden beloond<sup>8</sup>. De regisseur van preventie in de individuele gezondheidszorg heeft hierin een belangrijke taak. In box 8 is een voorbeeld van een mogelijk programma gegeven.

(vervolg box 8)

**Box 8. Bewegen voor mensen met een chronische aandoening**

Opvallend gering is dit bij medicatie veel minder het geval. Voor 88% van de deelnemers is op een aantal punten verbetering opgetreden. Hiernaast is er een hoog mate van algemene tevredenheid onder de deelnemers. Momenteel onderzoekt men in Den Bosch samenwerking met VUZ en de gemeente Den Bosch gezondheidscentrum en de thuiszorg deze handschoen met financiële steun van de gemeente en de zorgverzekeraar gefinancierd (Brabants Ondersteunings Instituut Zorg, 2009).

71 meest oudere mensen hebben twee jaar lang aan een bewegingsprogramma deelgenomen. De meest voorkomende aandoeningen van de deelnemers waren gewrichtslijtage, rugklachten, hart- en vaatziekten, lymfe oedeem, cara en CVA. De deelnemers hadden 1 keer per week in groepen van ca. 12 personen les. De directe kosten bedragen op jaarbasis ca. f 4.400 per groep waarvan f 1.400 middels eigen bijdragen wordt gefinancierd. Tevens dient een aantal uren coördinatie te worden gefinancierd. De directe kosten bedragen op jaarbasis ca. f 4.400 per groep waarvan f 1.400 middels eigen bijdragen wordt gefinancierd. Tevens dient een aantal uren coördinatie te worden gefinancierd. Bij ruim een derde van de deelnemers zijn de klachten afgenomen. Ook het bezoek aan huisarts, specialist en fysiotherapeut is significant afgenomen.

Aparte preventieve parameters in de budgetten maken het verzekeraars mogelijk om hier in hun contracteerbeleid rekening mee te houden. Indien verzekeraars bovendien met preferente zorgaanbieders mogen gaan werken ontstaat een extra stimulans. Zij kunnen dan immers zorgaanbieders die werk maken van kwaliteit en public health tot preferente aanbieder maken. In de Verenigde Staten zijn georganiseerde organisaties van preferente aanbieders (managed care) positief gecorreleerd met een betere kwaliteit en toegang tot de (programmatische) preventieve zorg (Born & Simon, 2001).

De budgettering van de verzekeraars moet eveneens preventie stimuleren. In de Verenigde Staten doen managed care organisaties met een vast budget meer aan preventieve zorg dan traditionele fee-for-serviceverzekeraars (Mays et. al., 2000). Verzekeraars moeten dus niet gefinancierd worden op het aantal verstrekkingen maar op een naar risico gecorrigeerd populatiebudget zoals de normuitkering.

Om effectief zorg te leveren binnen een per capita financieringssysteem wordt het traditionele dokter-patiëntmodel vervangen door meer *population based clinical practice* (Goldberg, 1998). Dit betekent dat verzekeraars ook worden afgerekend op of de goede zorg is verleend en niet alleen of de zorg goed is verleend. Verzekeraars worden dan geprikkeld om toenadering te zoeken tot andere actoren die ook een bijdrage leveren aan gezondheidswinst (Delnoij, et al., 2001). De verantwoordelijkheid voor die vormen van preventie die uiteindelijk leiden tot een hogere schadelast moet echter niet bij de verzekeraar worden gelegd.

Werkgevers zouden een eigen contracteerbeleid kunnen ontwikkelen. Collectieve contracten vormen inmiddels een groot deel van de verzekeringsmarkt en werkgevers hebben groot belang bij goede preventieve voorzieningen. Werkgevers en andere zorginkoopcombinaties kunnen druk uitoefenen op verzekeraars om hieraan meer te doen. In de Verenigde Staten gebeurt dit reeds (box 9) en heeft inmiddels geleid tot een betere kwaliteit van preventieve zorg voor groepen werknemers (Born & Simon, 2001).

#### **Box 9 Inkopen van preventieve zorg**

De Pacific Business Group on Health contracteert namens 30 grote werkgevers managed care voor 2,5 miljoen verzekerden. Preventie en public health worden hierbij beschouwd als een topprioriteit. Health plans worden hier ook expliciet voor betaald. Tevens werd geïnvesteerd in het monitoren van de performance. Werkgevers en werknemers worden aangemoedigd om alleen health plans te kiezen die excelleren in het daadwerkelijk bevorderen van de gezondheid. De uitvoering voltrok zich langs een aantal stappen:

- formuleren van richtlijnen voor preventie, voorlichting en coaching;
- afsluiten van overeenkomsten met health plans over de implementatie;
- onderlinge afspraken met de werkgevers om alleen nog maar managed care te contracteren die zich aan de richtlijnen houdt;
- verzamelen van gegevens over de prestaties van de gecontracteerde organisaties;
- aanpassen van richtlijnen, overeenkomsten en afspraken;
- daadwerkelijk belonen van preventieve activiteiten;
- publiceren van benchmarkgegevens;
- consumentenonderzoek naar preventieve producten;
- sponsoren van onderzoek naar preventieve zorg (Schauffler & Rodriguez, 1996).

In de verzekeringspolis kan het gebruik van (primaire) preventie eveneens worden gestimuleerd. Werkgevers hebben in het verleden gepleit om voor bepaalde ziekten die met preventief gedrag te managen zijn no-claimkortingen in te voeren (Ziekenfondsraad, 1994). In recentere publicaties wordt ook op deze mogelijkheid gewezen. Individueel risicomanagement is immers steeds beter mogelijk (Saan, 2001) en mag derhalve meewegen in de premiestelling (NSPH, 2001). De Raad adviseert volgend jaar over deze problematiek.

#### *Organisatie*

Het is belangrijk om na te gaan in welke curatieve voorzieningen de (programmatisch) preventieve en public healthtaken een significant onderdeel van het takenpakket kunnen zijn. Hier kan door functionele samenwerking in de dagelijkse praktijk kruisbestuiving ontstaan. De hiermee gemoeide samenwerkingskosten zijn idealiter een financierbare productiefactor.

De Raad ziet met name in de eerste lijn goede kansen om tot verdere integratie van preventieve en curatieve functies te komen. Het primaire proces in de huisartsgeneeskunde is immers de dialoog in de spreekkamer. Preventieve strategieën zoals voorlichting kunnen hier effectief zijn. Bovendien draagt de komst van de praktijkverpleegkundige bij aan de preventieve oriëntatie binnen de eerste lijn. Hier is een aangrijppunt voor preventief beleid gecreëerd.

De oriëntatie op public health en preventie wordt versterkt door multidisciplinaire werkvormen. Fysieke nabijheid van curatieve en preventieve functies leiden tot kruisbestuiving.



Daar waar dit in georganiseerde vorm plaatsvindt - zoals binnen gezondheidscentra - blijken er ook minder doorverwijzingen naar de tweede lijn te zijn, waardoor aanzienlijke kostenbesparingen worden gerealiseerd (Zuiderwijk, et al., 1999). Bovendien zijn gezondheidscentra door hun schaalgrootte in staat om op dit terrein naast uitvoerende taken ook de voor preventie en public health zo belangrijke coördinerende taken te verrichten.

De aansluiting tussen preventieve functies en de tweede lijn kan op onderdelen ook nog worden verbeterd. Zo zijn er problemen met het opsporen van kinderen met gehoorstoornissen in audiologische centra. Doordat deze kinderen vervolgens via de huisarts naar de specialist worden verwezen, ontstaat onnodige toegangsproblematiek.

Samenwerking tussen public healthorganisaties en de gezondheidszorg moet verder gestimuleerd worden. Op verschillende terreinen zoals bijvoorbeeld beleidsvorming, voorlichting, wijkgericht werken, informatievoorziening, enkele specifieke voorzieningen, casemanagement en klinisch preventieve voorzieningen. Niet alleen de gemeente maar ook de verzekeraar en de voorzieningen in de gezondheidszorg zelf zijn verantwoordelijk voor deze samenwerkingsinitiatieven. Deze samenwerkingsvormen zouden kunnen worden gesubsidieerd.

#### *Overige mogelijkheden*

- Het volksgezondheidsperspectief (verbetering van levensduur en kwaliteit van leven) kan een duidelijkere plaats krijgen in de huidige stelselwetgeving. Hierdoor wordt bijvoorbeeld duidelijk dat de gezondheidszorg niet alleen een functie heeft in de behandeling van ziektes, maar ook in de preventie ervan.
- In Nederland bestaat er op het terrein van de curatieve zorg nauwelijks gemeenschappelijke doelenformulering en beleidsvorming tussen de regisseurs van de openbare en individuele gezondheidszorg. In Engeland formuleren deze samen een 'health improvement programma'. Indien de curatieve zorg betrokken wordt bij de lokale gezondheidsnota's kunnen deze die rol gaan vervullen. Het is goed om hier sprake te laten zijn van een duaal proces. Dit kan door zorgvoorzieningen meer na te laten denken over hun doelstellingen op het terrein van volksgezondheid bijvoorbeeld. Dit kan door ze in het kwaliteitsjaarverslag vast te laten leggen wat hun doelstellingen zijn en wat zij hieraan hebben gedaan.

- In de beroepsopleidingen kan de invalshoek van public health en preventie worden versterkt. Bij een aantal veel voorkomende gezondheidsproblemen liggen hiervoor zeker kansen. Te denken is bijvoorbeeld aan hoge bloeddruk, gespannenheid en slaapstoornissen.
- In de informatievoorziening kan meer aandacht komen voor specifiek op geografische gebieden en collectiviteiten gerichte epidemiologie. Deze (regionale) informatie kan vervolgens gevolgen hebben voor het beleid. Dit betreft uiteraard het beleid van de gemeenten, maar zeker ook van verzekeraars en aanbieders. Hierbij is bijvoorbeeld te denken aan accenten binnen en uitbreiding van de curatieve productiecapaciteit. Experimenten op dit terrein zoals bijvoorbeeld in Leidsche Rijn verdienen financiële steun.
- De relatie tussen gedrag en bepaalde ziekten lijkt groter te zijn dan men in het verleden dacht. Dit vraagt ook binnen de gezondheidszorg om meer aandacht voor de rol van voeding, alcohol, tabak en bewegen (Breslow, 1996). Voorlichting hierover kan een prominentere rol krijgen. Hiervoor kunnen de huidige voorlichtingsactiviteiten worden omgebouwd tot public healthinformatiepunten. Aangezien zowel bereik als schaalgrootte hierbij van belang zijn, kunnen deze functies worden ondergebracht binnen geïntegreerde eerstelijnsorganisaties zoals gezondheidscentra.

## 10 Tot slot

Volksgezondheid en zorg zijn twee grotendeels gescheiden systemen. Dit is zowel in de uitvoering het geval als, misschien nog wel meer, in de besturing. Nu de gezondheidswinst van de Nederlandse bevolking stagneert, moet worden bezien of ook in de gezondheidszorg de volksgezondheidsdoelen niet een grotere rol moeten vervullen. Hiertoe is niet zozeer een ander sturingssysteem nodig. Beter is het om met gericht beleid binnen de huidige sturingsparadigma's te werken aan een sterkere oriëntatie van het stelsel op public health.

Er zijn voorstellen gedaan om de gezondheidszorg meer te betrekken bij volksgezondheidsdoelstellingen. Noodzakelijk hiervoor is wettelijke legitimering van deze beleidslijn in combinatie met vooral organisatorische en financiële prikkels. Public health en preventie moeten zowel organisatorisch als financieel herkenbaar worden binnen de gezondheidszorg. Een

geheel eigen stimulans zal moeten uitgaan van een grotere  
transparantie van de medische kwaliteit.

## Noten

- <sup>1</sup> Het idee achter vraagsturing is dat het effectief expliciteren van de vraag met de huidige dominantie op het aanbod niet meer zo goed lukt. Patiënt en consument moeten hier een grotere rol in krijgen zonder dat dit overigens tot "U vraagt wij draaien" mag leiden.
- <sup>2</sup> Deze taken zijn de gezondheidsbevordering, de infectieziektebestrijding, de medische milieukunde, de openbare geestelijke gezondheidszorg en de technische hygiënezorg.
- <sup>3</sup> "De gemeenteraad bevordert de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen collectieve preventie alsmede de onderlinge afstemming tussen deze preventie en de curatieve gezondheidszorg (art. 2 lid 1)". Deze taken worden nader uitgewerkt. Tevens heeft elke gemeente de verplichting om een gemeentelijke gezondheidsdienst in te stellen of in stand te houden (art. 5 lid 1). De GGD moet ook deskundigheid op een aantal specifieke terreinen beschikken (art. 6 lid 1).
- <sup>4</sup> Sinds enige tijd maakt de beleidsregel zorgvernieuwing een zekere substitutie tussen de verschillende budgetparameters mogelijk.
- <sup>5</sup> Indien de gemeente zich aan bepaalde regels houdt, kan zij ook in het kader van de WVG eigen bijdragen heffen (art. 6 lid 1).
- <sup>6</sup> Zo zal door de toename van het aantal chronische ziekten meer en meer behoefte komen aan andere behandelstrategieën. Integratie van cure, care en public health speelt hierbinnen een belangrijke rol. Een andere ontwikkeling is de toenemende risicokennis. Preventieve zorg zal daardoor meer en meer integreren in de curatieve zorg.
- <sup>7</sup> Huisartsen die betrokken zijn bij de oproep voor bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker halen bijvoorbeeld een 10% hogere deelname onder de doelgroep dan huisartsen die hier niet bij betrokken zijn (Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1997-1998, 22894, nr. 16). Andere mogelijkheden voor extra beloning zijn hoge vaccinatiegraden, hoge opkomst bij screeningprogramma's, incidentie laaggewicht baby's en retina-onderzoek bij diabetespatiënten.
- <sup>8</sup> Uit onderzoek naar omgang met lage rugpijn blijkt bijvoorbeeld dat het trainen van patiënten in zelfmanagement even effectief is als medicatie. Bovendien

voelt de patiënt zich daar beter bij (Fishman & Wagner, 1998).

## Literatuur

Andersson Elffers Felix. Koppelings- en sturingsmechanismen: vergelijkende sectorstudie. Zoetermeer: Rfv/RVZ, 1999.

Born, P.H. en C.J. Simon. Patients and profits: the relationship between HMO financial performance and quality of care. *Health Affairs*, 20, 2001, no. 2, p. 167-174.

Brabants Steunpunt Bewegingsactiviteiten en Gezondheidszorg. Niet topfit, maar wel in beweging: ervaringen met Gezond Bewegen voor mensen met een chronische aandoening in 's Hertogenbosch. Tilburg: BOZ, 2001.

Breslow, L. Public Health and managed care: a California perspective. *Health Affairs*, 15, 1996, no. 1, p. 92-98.

Brink, R.J. van den. Een efficiënte ziekenfondsmarkt? *ESB*, 9-3-2001.

Commission of the European Communities. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on the health strategy of the European Community. Brussels: COD, 2000.

Danen, S.C.A. en M.L.C. Telgenkamp. Eindrapport Verzekerd van preventie?!: de rol van zorgverzekeraars bij (programmatische) preventie. Utrecht: Berenschot, 2001.

Delnoij, D., N. Klazinga en K. Stronks. Gevraagd: Nieuwe deltawerken in de gezondheidszorg: een leidraad voor de stelselbesluit. *S&D*, 2001, no. 2, p. 10-19.

Delnoij, D.M.J., I.K. Glasgow en N.S. Klazinga. Naar een nieuwe architectuur van het Nederlandse zorgsysteem: een discussienota over de wenselijke organisatie van het zorgaanbod als fundament voor de stelselherziening. Amsterdam: AMC/Universiteit van Amsterdam, 2001.

Dolron, J.H.A. van. Over het realiteitsgehalte van een (gemeentelijk) preventief volksgezondheidsbeleid. *B en M*, 2000, no. 3, p. 153-163.

Fishman, P.A. Managed care data and public health: the experience of Group Health Cooperative of Puget Sound. *Annual review of Public Health*, 19, 1998, no. 1, p. 477-491.  
GGD-Eindhoven. Vernieuwend gezondheidsbeleid in de stad Eindhoven: gezondheidsbeleid in beweging. Eindhoven: GGD-Eindhoven, 1998.

Goldberg, B.W. Managed care and public health. *Annual review of Public Health*, 19, 1998, no. 1, p. 527-537.

H.P. Schauffler en T. Rodriguez. Exercising purchasing power for preventive care. *Health Affairs*, 15, 1996, no. 1, p. 73-85.

Hackfortberaad. Sturen op effecten voor een gezonde zorg: zorgeffectrapportages als sturingsinstrument voor doelmatige gezondheidszorg: manifest. Vorden: Hackfortberaad, 1988.

Halverson, P.K., et al. Not-So-Strange Bedfellows: Models of Interaction between Managed Care Plans and Public Health Agencies. *The Milbank Quarterly*, 75, 1997, no. 1, p. 113-138.

Heffen, O. van en A.H.M. Kerkhoff. Beleidsvoering in de algemene gezondheidszorg. Assen: Van Gorcum & Comp. B.V., 1997.

Herweijer, M. Effecten van subsidies. *Beleidswetenschap*, 8, 1994, no. 1, p. 27-44.

Herweijer, M. en F. Fleurke. Hoe en wanneer bevorderen plannen en convenanten de effectiviteit van beleid. In: Pröpper, I.M.A.M. en M. Herweijer (red.). *Effecten van plannen en conventanten*. Deventer: Kluwer, 1992.

Heuvel, J.H.H.J. van den. *Beleidsinstrumentatie: sturingsinstrumenten voor het overheidsbeleid*. Utrecht: Lemma, 1998.

Hosman, C.M.H. *Beheersbaarheid van het onbeheersbare: over management van effectieve preventie*. Rede. Maastricht: Universiteit Maastricht, vakgroep gezondheidsvoorlichting, 1996.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. *GGD's op de drempel van de eeuwwisseling*. Den Haag: IGZ, 2000.

Institute of Medicine (U.S.) Committee for the Study of the Future of Public Health. The Future of Public Health. Washington D.C.: National Academy Press, 1988.

Kerkhoff, A.H.M., et al. Moderne Public Health in Den Haag. Den Haag: Bureau Public Health, Dienst OCW, Gemeente Den Haag, 1999.

Klee, M. en K.G.H. Okma. Convenanten: nieuw instrument van beleid? Z&V, 2001, no. 1, p. 8-20.

Kok, L., J. Hoeben en S. Descska. Concurrentie tussen particuliere zorgverzekeraars. Den Haag: IOO bv Economisch onderzoek voor de publieke sector, 2000.

Kooij, A. van der en P. Uniken Venema. Een probleem, vele partners: gezondheidsdoelen bereiken via lokale zorgnetwerken. GGD Nieuws, juni 1999, p. 21-24.

Landelijke Vereniging Gezondheidscentra/Landelijk Centrum Opbouwwerk. Verslag van de Werkconferentie Integrale zorgaanpak in achterstandsgebieden 25 maart 1999. Utrecht: LVG, 1999.

Landelijke Vereniging Gezondheidscentra. Samenwerken in zorgnetwerken: een handreiking voor gezondheidscentra. Utrecht: LVG, 2001.

Landelijke Vereniging voor Thuiszorg. Voorlichting en preventie in de thuiszorg: naar preventie programma's. Strategienota. Bunnik: LVT, 2000.

Leeuw, W. de. Preventiebeleid zorgverzekeraars. Afstudeeronderzoek. Zoetermeer: RVZ, 1998.

Loslaten regionale ordening brengt samenwerken met gemeenten in gevaar. ZN Journaal, 2001, no. 12, p. 6.

Mays, G.P., et al. How managed care plans contribute to public health practice. Inquiry, 2000/2001, no. 37, p. 389-410.

Meijer, A.W.M. en W. van den Ouwelant. De GGD nader beschouwd. Utrecht: LV GGD, 1998.



Mierlo, J.G.A. van, Adviesorganen in de gezondheidszorg. In: Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Maarssen: De Tijdstroom, 1996.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zorgnota 2001. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2000.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Beleidsnotitie positionering jeugdgezondheidszorg 0 – 19 jaar. Den Haag: VWS, 2000.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Hoofdpijnen adviezen basistaken collectieve preventie. Den Haag: VWS, 1998.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zorg Lokaal: van de WGV naar een dienstverleningsstelsel: interdepartementaal beleidsonderzoek Wet Voorzieningen Gehandicapten. Den Haag: VWS, 2000.

Mukamel, D.B. en A.I. Mushlin, The impact of quality report cards on choice of physicians, hospitals, and HMOs: a midcourse evaluation, Journal on Quality Improvement Vol. 27, no. 1, 2001.

Nationaal contract openbare gezondheidszorg: intentie tot samenwerking 2001-2003. Leiden: s.n., 2001.

Netherlands School of Public Health. Public health is het stelsel: een manifest. Utrecht: NSPH, 2001.

Programmacommissie Sociaal-Economische Gezondheidsverschillen II (Commissie Albeda), Zorg Onderzoek Nederland, 2001.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Besturen in overleg. Zoetermeer: RVZ, 1998.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Samenwerken aan openbare gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 1999.

Rengeling, H. Public health in de stelseldiscussie. TSG, 79, 2001, no. 4, p. 205-206.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne.  
Brancherapport Volksgezondheid: deelrapport preventie. Den Haag: SDU, 2001.

Roper, W.L. en C.M. Cutler. Health plan accountability and reporting: issues and challenges. *Health Affairs*, 17, 1998, no. 2, p. 152-155.

Saan, J.A.M. Hoezo de stelselwijziging. *TSG*, 79, 2001, no. 4, p. 203-205.

Schuyt, C.J.M. Sturing en het recht. In: Bovens, M.A.P. en W.J. Witteveen (red.). *Het schip van staat: beschouwingen over recht, staat en sturing*. Zwolle: Tjeenk Willink, 1985.

Thien, I. Voldoende aanknopingspunten voor versterking van OGZ: VWS over de toekomst Openbare Gezondheidszorg. *HMF*, 2000, no. 2, p. 7-9.

Thien, W.M.A.H. en A.A.W. Kalis. Public health en de inrichting van de gezondheidszorg. *TSG*, 79, 2001, no. 4, p.207-208.

Trimbos-instituut / GGZ Nederland. *Gids GGZ preventie*. Utrecht: Trimbos-instituut, 1999.

US Department of Health and Human Services. *Prevention and Manged Care: Opportunities for Managed Care Organizations, Purchasers of Health Care, and Public Health Agencies*. *MMWR: morbidity and mortality weekly report*, 44, 1995, RR-14, p. 1-12.

Verhaak, P.F.M., J.M.Bosman en J. v.d. Velden. *Preventie: nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk*. Utrecht: Nivel, s.a.

Voorkeurssysteem zorgaanbieders. *Metro*, 26-4-2001.

Vuijsje, H. *Hulpeloze gladiatoren: haalt de openbare gezondheidszorg het jaar 2000?* Amsterdam: Uitgeverij De Balie, 1996.

Walburn, L. *Merging Medicine, Managed Care, and Public Health*. *Pennsylvania Medicine*, October 1999, p. 10-11

Ziekenfondsraad. Financiering van preventie-activiteiten volksgezondheid. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1994.

Ziekenfondsraad. Organisatie en financiering preventie-activiteiten volksgezondheid. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1996.

Zuiderwijk, E., P.W. Meulenberg, A.W. Hoes en A.J.P. Schrijvers, Minder klinische consumptie in gezondheidscentra?: een vergelijkend onderzoek in Maarssenbroek, Huisarts en Wetenschap, Vol. 43, no. 7, 2000.



## Bijlage 6

### Gezondheid als individueel en als collectief goed

Dr. A.J. Struijs

#### 1 Inleiding

Volksgezondheid en zorg zijn twee gescheiden beleidsterreinen. Met deze scheiding lijkt een aantal onderscheidingen parallel te lopen, die relevant zijn voor de vraagstelling die in deze achtergrondstudie centraal staat. Het gaat hierbij om de volgende onderscheidingen.

'Volksgezondheid' verwijst in het algemeen naar *collectief* gerichte zorg met als doel preventie, bevordering en bescherming van *gezondheid van de gemeenschap* als geheel of van een specifieke (risico)groep. 'Gezondheidszorg' verwijst meestal naar *individueel* gerichte zorg en richt zich op genezing en verzorging van *ongezondheid van het individu*.

Met het onderscheid tussen volksgezondheid en zorg hangt verder samen dat deze termen kunnen verwijzen naar het *aanbod* van de zorg (namelijk collectief of individueel aangeboden zorg) of naar het *doel* van de zorg (namelijk collectief of individueel goed). Een collectief aanbod hoeft niet per definitie gericht te zijn op een collectief doel. En omgekeerd geldt dat een collectief doel, bijvoorbeeld het terugdringen van het griepvirus, ook door een individueel aanbod, via een griepinjectie bij de huisarts, bereikt kan worden.

In deze achtergrondstudie gaat het in eerste instantie om het *doel van de zorg: gezondheid als individueel en als collectief goed*. Aan het doel van gezondheid(szorg) ligt een normatieve visie en een mensbeeld ten grondslag. Deze visie heeft implicaties voor de wijze waarop zorg verleend wordt. Zo wordt de beleidsvisie op gezondheid en gezondheidszorg in normatief opzicht op dit moment bepaald door het mensbeeld van de mondige burger, die goed geïnformeerd is en in staat is zelf

keuzen te maken. Voor de organisatie van de zorg betekent dit de keuze voor 'op maat' en 'vraaggestuurde' zorg.

Om te kunnen onderzoeken of meer samenhang of zelfs integratie mogelijk is tussen volksgezondheid en zorg, is het van belang na te gaan of beide typen zorg gemeenschappelijke doelstellingen hebben. Het kan zijn dat doelstellingen elkaar overlappen en of dat ze juist uiteenlopen. De achterliggende gedachte is dat bestuurlijke koppeling alleen mogelijk is als ook inhoudelijke doelstellingen met elkaar te verenigen zijn. Normatieve aspecten spelen hierbij een rol.

De opzet van deze achtergrondstudie is als volgt. In hoofdstuk 2 staan de onderzoeksvragen geformuleerd, die tevens de opzet vormen voor het overige deel van deze studie. Dit betekent dat in hoofdstuk 3 de eerste onderzoeksvraag beantwoord wordt. Deze paragraaf is beschrijvend van aard en laat visies op doelstellingen van gezondheidszorg zien en op gezondheid. In hoofdstuk 4 gaat het om de vraag of doelstellingen van collectieve zorg en individuele zorg tot elkaar te herleiden en in normatief opzicht met elkaar te verenigen zijn. In hoofdstuk 5 volgen samenvatting en conclusies.

## 2 Vraagstelling

De vraagstelling voor deze achtergrondstudie laat zich als volgt samenvatten:

*In hoeverre laten gezondheid als individueel en als collectief goed zich in conceptueel en in normatief opzicht met elkaar verenigen en in doelstellingen tot elkaar herleiden?*

De centrale vraag kan in de volgende deelvragen worden uitgewerkt (dit is tevens de leidraad voor de opzet en de inhoud van deze studie).

*Wat zijn doelen van gezondheid, gezondheidszorg en volksgezondheid? (hoofdstuk 3)*

- gezondheid als collectief en als individueel goed;
- onderscheid in individuele gezondheidszorg en individuele gerichte gezondheidszorg met een collectief doel;
- onderscheid in gevraagde en ongevraagde gezondheidszorg.

*Zijn volksgezondheid en individuele gezondheidszorg in doelstellingen tot elkaar te herleiden? (hoofdstuk 4)*

- In hoeverre zijn individuele gezondheidszorg en collectieve volksgezondheidszorg tot elkaar te herleiden?
- In hoeverre zijn doelstellingen van volksgezondheid en zorg in normatief opzicht met elkaar te verenigen of juist met elkaar strijdig?
- Kan dit geïllustreerd worden aan praktijkvoorbeelden?

### **3 Doelstellingen van volksgezondheid en individuele gezondheidszorg**

#### **3.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk worden eerst algemene doelen van gezondheid en gezondheidszorg beschreven (par. 3.2). Daarna volgt een toespitsing op begrip en doelen van volksgezondheid (par. 3.3) en worden doelen en kenmerken van collectieve en individuele gezondheidszorg geordend en met elkaar vergeleken (par. 3.4). Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting en conclusies (par. 3.5).

#### **3.2 Begrip en doelen van gezondheid en gezondheidszorg: algemeen**

Doelen van *gezondheid* en van *gezondheidszorg* kunnen onderscheiden worden, maar hangen ook nauw met elkaar samen. Doelen van gezondheidszorg zijn immers gericht op doelen van gezondheid en impliceren dan ook een visie op gezondheid en de waarde die eraan gehecht wordt. Soms zal dan ook vanuit doelen van *gezondheidszorg* af te leiden zijn welk gezondheidsbegrip ten grondslag ligt, maar ook andersom geldt dat een bepaalde visie op *gezondheid* implicaties heeft voor doelen en werkwijzen in de gezondheidszorg. Met behulp van beleids(advies)nota's en literatuuronderzoek worden in deze paragraaf begrip en doelen van gezondheid en gezondheidszorg beschreven en in kenmerken onderscheiden.

*Individuele en collectieve doelen als uitgangspunt voor gezondheidszorg*

In 1988 vatte Thung op basis van een onderzoek naar een aantal beleids(advies)nota's de doelstelling van gezondheidszorg als volgt samen: streven naar maximalisering van zelfstandigheid en zelfredzaamheid van de burgers,

respectievelijk een minimalisering van de behoefte aan professionele hulp. Als een hulpvraag manifest wordt, dient hieraan zoveel mogelijk te worden tegemoetgekomen binnen de grenzen van de economische haalbaarheid. Op het niveau van medische kennis streeft men ernaar deze grenzen door voortgaande wetenschappelijke ontwikkelingen steeds te verleggen (Thung, 1988).

Uit deze omschrijving blijkt een groot accent op individuele doelen van gezondheidszorg en gezondheid als *individueel goed*: het bevorderen van gezondheid is van groot belang met het oog op het zelfstandig en zelfredzaam kunnen functioneren van individuen. Gezondheid in de meest optimale vorm houdt in vrij te zijn van ziekten en zich te kunnen ontplooien. Gezondheidszorg is dienstverlening en gaat om zorgactiviteiten die in dienst staan van gezondheidsbevordering en bestrijding of verlichting van ziekten van individuele burgers. Aan gezondheidszorg zijn grenzen op individueel niveau en op collectief niveau: gebruik van zorg moet beperkt blijven en is alleen nodig als de burger zich zelf niet meer kan helpen (=individuele grens) en wordt verder bepaald door 'grenzen van de economische haalbaarheid' en de vooruitgang van de medische wetenschap (=collectieve grenzen).

De commissie Dunning hield zich bezig met de vraag waar grenzen liggen tussen noodzakelijke en niet noodzakelijke zorg. In haar rapport *Kiezen en delen* (1991) geeft de commissie haar zienswijze op gezondheid en gezondheidszorg. De commissie verstaat onder gezondheid 'het vermogen tot normaal functioneren in de samenleving', gezondheidszorg is een middel dat gericht is op dit doel. De wijze waarop enkeling en samenleving gezondheid omschrijven en waarderen, zal in belangrijke mate de inrichting van de gezondheidszorg bepalen, vindt de commissie.

De commissie maakt een onderscheid in drie benaderingen van gezondheid en gezondheidszorg: respectievelijk de individuele benadering, de medische professionele benadering en de gemeenschapsgerichte benadering.

Volgens de *individuele benadering* is gezondheid van belang voor individuen om zich te ontplooien en te kunnen functioneren in de samenleving. Wat onder gezondheid wordt verstaan, is afhankelijk van wat het individu wil bereiken. Gezondheidszorg staat ten dienste van deze individuele doelstellingen. Keuzen tussen noodzakelijke en niet



noodzakelijke voorzieningen in de zorg worden niet gemaakt, zolang de middelen beschikbaar zijn.

Volgens de *medisch professionele benadering*, de tweede benadering die de commissie onderscheidt, moet gezondheid beperkt blijven tot normaal biologisch en medisch functioneren. Gezondheid is feitelijk de afwezigheid van ziekte of gebrek. Gezondheidszorg beperkt zich dan ook tot dienstverlening gericht op dit doel, maatschappelijke hulpverlening valt daarbuiten. Wat noodzakelijke zorg is, wordt bepaald vanuit het medisch professionele kader, in uitkomsten van behandeling en gezondheidswinst.

De derde benadering is *de gemeenschapsgerichte benadering* van gezondheid en gezondheidszorg. Gezondheid wordt hier omschreven als het vermogen van de enkeling tot normaal functioneren in de samenleving. Niet individuele voorkeuren staan voorop, maar bepalend is 'welke zorg vanuit het belang van de gemeenschap noodzakelijk moet worden geacht.' Keuzen hierin kunnen per samenleving verschillend zijn, afhankelijk van de waarden en normen die in een samenleving bepalend zijn. Gelijkwaardigheid van mensen, de beschermwaardigheid van menselijk leven en het solidariteitsbeginsel zijn in Nederland de belangrijkste normatieve uitgangspunten.

De commissie Dunning kiest zelf voor de laatste benadering. Immers, vanuit een gemeenschapsgerichte benadering is noodzakelijke zorg te omschrijven los van individueel bepaalde behoeften en de toegang tot gezondheidszorg is voor ieder mogelijk omdat het ziekerisico gemeenschappelijk wordt gedragen. Een gemeenschapsgerichte benadering betekent echter wel inperking van de individuele keuzevrijheid, maar ook inperking van de professionele autonomie van beroepsbeoefenaren (Commissie Keuzen in de zorg, 1991).

Het rapport van de commissie Dunning ordent de verschillende visies op gezondheid en gezondheidszorg en maakt vervolgens zelf een keuze voor gemeenschapsgerichte benadering. Gezondheid is in die benadering niet een individueel goed, maar wordt gezien als een collectief goed. De keuze voor deze invalshoek is te verklaren uit de noodzaak keuzen in de zorg te maken vanwege problemen van schaarste, rantsoenering van de zorg en noodzakelijke selectie van patiënten. Deze keuzen - die met behulp van de 'trechter van Dunning' gemaakt worden - tussen noodzakelijke en niet

noodzakelijke zorg hebben ook consequenties voor gezondheid als individueel goed. De individuele keuzevrijheid wordt ingeperkt als gevolg van een rechtvaardige verdeling van schaarse middelen en op basis van solidariteit. Dit betekent dat niet alle vormen van zorg die in het kader van gezondheid als individueel goed mogelijk zijn, ook geboden worden.

*Brede en smalle definities van gezondheid*

Er kan naast een gemeenschapsgerichte en een individuele benadering ook een onderscheid gemaakt worden tussen 'brede' en 'smalle' definities van doelen van gezondheid en gezondheidszorg.

Met 'breed' wordt dan bedoeld dat gezondheid en gezondheidszorg gedefinieerd worden als een middel tot een ander doel. Het doel van gezondheid van individuen wordt dus verbonden met een bredere context en ondergeschikt gemaakt aan de doelen van deze context. Er zijn hiervan al verschillende voorbeelden ter sprake gekomen. Bij Thung en anderen met een voorkeur voor een individuele benadering is die brede context 'zelfontplooiing' en 'zelfredzaamheid' van individuele burgers. Voor de commissie Dunning is 'normaal functioneren in de samenleving' het ijkpunt. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 1948) hanteert een hele brede definitie en omschrijft het zo: 'health is a complete state of physical, mental and social well-being'. Gezondheid krijgt daarmee een heel brede betekenis en gaat in de richting van 'welzijn'.

Er zijn verschillende gradaties mogelijke in de reikwijdte of breedte van het gezondheidsbegrip. Kiest de WHO voor een heel breed gezondheidsbegrip, anderen vatten het minder breed op. Gezondheid wordt dan gezien als de toestand waarin het individu erin geslaagd is zich fysiek en psychisch aan te passen aan de eisen van de omgeving. (Mol en Van Lieshout, 1989; Schnabel, 1982) Gezondheid wordt ook wel omschreven als 'dynamisch evenwicht' tussen de eigen mogelijkheden en de invloed van factoren en omstandigheden van buiten. De Nota 2000 (TK 1985-1986 No 19500-1,2) is daar een voorbeeld van. Gezondheid wordt hier gezien als een situatie van evenwicht, dat wordt bepaald door de omstandigheden waarin mensen verkeren en het vermogen dat zij zelf bezitten, of zich met behulp van anderen kunnen verwerven, om zich te verweren tegen verstoringen. (...)

Gezondheid kan ook worden gedefinieerd als een proces van ontwikkelingen, gericht op het behoud van het evenwicht tussen omgevingsomstandigheden en endogene (biologische, genetische en persoonlijkheids)factoren, door alle fasen van het leven heen.

Kenmerkend voor al deze minder of meer brede omschrijvingen van gezondheid is dat de reikwijdte van gezondheid groter is dan 'vrij zijn van ziekte' en betrokken wordt op de context(en) of verbonden wordt met omgevingsfactoren van mensen.

In het NRV-advies *Grenzen van de Zorg* (NRV, 1986) zien we daarentegen een 'smalle' definitie van gezondheid en gezondheidszorg. Doelstellingen van gezondheidszorg zijn beperkt en afgebakend, het achterliggende gezondheidsbegrip wordt in beperkende zin omschreven. Niet gezondheid, maar ziekte of het voorkomen van ziekten is het eigenlijk uitgangspunt van gezondheidszorg. Deze 'negatieve' of ook wel natuurwetenschappelijke visie op het gezondheidsbegrip vertoont sterke overeenkomsten met wat door de commissie Dunning omschreven is als de medisch professionele benadering.

De NRV omschrijft de doelstellingen van gezondheidszorg verder als "behoud of herstel van gezondheid, verzorging of verpleging in verband met door ziekte of handicap gestoord of onvoldoende ontwikkeld lichamelijk of psychisch functioneren dan wel verlichting van het lijden". Er zijn uit deze omschrijving van vijf subdoelstellingen te onderscheiden:

1. behoud van gezondheid;
2. herstel van gezondheid;
3. verzorging;
4. verpleging;
5. verlichting van lijden.

Vergelijkbare omschrijvingen zijn te vinden in het WRR-rapport *Volksgezondheidszorg* (1997): voorkomen en genezen van ziekten, verzorging van zieken. De WRR kiest bewust voor een smalle definitie, omdat gezondheidszorg vaak nauwelijks een effectieve bijdrage kan leveren aan meer brede doelstellingen als 'normaal functioneren' of 'participeren in de maatschappij'. (WRR, 1997) Ook Schnabel constateert in een achtergrondstudie bij het genoemde WRR-rapport dat niet gezondheid, maar een smalle en negatieve omschrijving van

gezondheid - handicap, ziekte en gebrek - het uitgangspunt zijn voor diagnose en behandeling:

"In health care the handicaps are often the point of departure, diseases the point of application, disabilities the point of measurement and impairments the end point: the basis of diagnosis. Fundamentally, outside the field of health care, in the area of science and clinical research, the sequence is of course exactly the other way round."  
(Schnabel, 1997: 198)

In medische leerboeken is een smalle definitie voor gezondheid en gezondheidszorg ook het meest gangbaar. Leerstof is vooral geënt op ziekten, gezondheid wordt negatief gedefinieerd als de afwezigheid van ziekte.

Een smalle definitie van gezondheid en gezondheidszorg beperkt geneeskunde tot ziektekunde en hanteert dus een negatief omschreven gezondheidsbegrip. Echter met de opkomst van de gezondheidswetenschappen, waarbinnen een positief gezondheidsbegrip het uitgangspunt vormt, laaide de discussie over een positieve (brede) visie dan wel een negatieve (smalle) visie op gezondheid weer op (Ten Have, 1988).

#### *Feit of waardeoordeel*

De genoemde discussie houdt verband met het debat dat al langere tijd gaande is in filosofische kringen over de wetenschappelijke status van de geneeskunde. Daarbij gaat het om de vraag wat de geneeskunde doet als zij 'ziekte' constateert. Gaat het om een louter descriptief oordeel, een *feit*, dat in de werkelijkheid klaar ligt, of spreekt ze een *waardeoordeel* uit waarin de werkelijkheid als onwenselijk wordt gekenschetst? Voor een aantal sectoren van de geneeskunde geldt dat een oordeel geveld wordt op basis van statistische gegevens. Laboratoriumonderzoek, maar ook groeicurven van een kind zijn bijvoorbeeld gebaseerd op statistische kennis. Toch kunnen vraagtekens gezet worden bij deze feitelijkheid. Het zijn vooral filosofen die deze discussie op gang brengen. (Ten Have, 1988; Mol en Van Lieshout, 1989). De grenzen tussen 'ziek' en 'niet ziek' zijn in zekere mate willekeurig en verschuiven ook naarmate er meer kennis beschikbaar komt. Wat voor 'normaal' en 'niet normaal' doorgaat, blijkt bovendien voor verschillende bevolkingsgroepen in verschillende omstandigheden verschillend te liggen. De

universele geldigheid van bepaalde normen of standaarden komt daarmee ter discussie te staan.

#### *De waardering van gezondheid*

De waardering van gezondheid is in de loop van de twintigste eeuw toegenomen, mede dankzij de snelle ontwikkeling van de medische wetenschap. Er is echter ook sprake van een wisselwerking: omdat mensen gezondheid steeds belangrijker zijn gaan vinden, heeft dit ook de ontwikkeling van de medische wetenschap gestimuleerd. Gezondheid is een belangrijke richtlijn en principe voor het handelen geworden. Gezondheid is niet alleen een doel op zich dat nagestreefd moet worden, maar het is ook een normatief criterium voor de beoordeling van voedsel, water en lucht of voor situaties, omstandigheden en plannen van mensen. Gezondheid is altijd tegelijkertijd een kwestie van empirische bevindingen en van evaluatieve beslissingen geweest.

Om een voorbeeld te noemen: sinds wetenschappelijk is aangetoond dat roken de kans op longkanker of hart- en vaatziekten sterk vergroot, wordt roken aangemerkt als ongewenst gedrag dat het beste vermeden kan worden. Toen bleek dat roken ook schadelijke gevolgen heeft voor niet-rokers in de omgeving (passief roken), werd niet-roken tot een morele imperatief. Immers: de vrijheid van de roker mag dan misschien prevaleren boven zijn eigen gezondheid, maar niet boven die van anderen (Schnabel, 1997).

Gezondheid heeft volgens sommigen de plaats van religie of levensbeschouwing ingenomen. Nu hebben gezondheid en ziekte altijd al religieuze connotaties gehad: het leven is heilig, zorgen voor je leven is een heilige plicht en ziekte is een straf of wordt door het lot bepaald (Rolies, 1988; Ten Have, 1988). Gezondheid blijkt een belangrijke consensuswaarde te bezitten. Het *goede* leven wordt door velen primair verbonden met gezondheid: we zijn niet gezond om te leven, maar leven om gezond te zijn (Ten Have, 1988). Schnabel verklaart de resacralisering van gezondheid als volgt: mensen hebben in gezondheid een nieuwe religie gevonden: gezondheid is geworden tot een 'paracultureel' aanbod dat aansluit bij een kernculturele behoefte (Schnabel, 1982).

#### *Instrumentele en intrinsieke waarde van gezondheid*

Doelen van individuele gezondheid hangen dus samen met wat de samenleving of collectiviteiten waarvan de burger deel uitmaakt verwachten. Gezondheid kan daarbij een waarde in

zichzelf hebben (intrinsieke waarde), maar ook instrumentele waarde hebben, dus waardevol zijn met het oog op een ander doel. Sommigen leggen het accent vooral op de *instrumentele waarde* van gezondheid: gezondheid is een middel om volwaardig te participeren in de samenleving. Een instrumentele benadering hangt samen met een brede definitie van gezondheid. Dat blijkt bijvoorbeeld uit een omschrijving als die van de NSPH: 'Gezondheid is in alle beleid primair omschreven als voorwaarde voor sociale ontplooiing en maatschappelijke participatie.' (NSPH manifest, 2001) en uit de gemeenschapsgerichte benadering van de commissie Keuzen in de zorg: 'Gezondheid is het vermogen tot normaal functioneren in de samenleving'.

Ook in het verkenningsrapport *Zorg met toekomst* (2001) komt een instrumentele en brede visie op gezondheid naar voren: "een goede gezondheid draagt bij aan de welvaart en levert daarmee een positieve bijdrage aan de samenleving". En: "een goede gezondheid stelt het individu beter in staat actief te zijn in de privé- en arbeidsfeer" (VWS, 2001).

Anderen benadrukken dat gezondheid een doel op zich is en een *intrinsieke waarde* heeft. Deze invulling komt bijvoorbeeld terug in de visie dat gezondheid waardevol is om zichzelf en in de opvatting dat de gezondheidszorg zich moet bezighouden met zijn 'core-business' en niet meer pretenties moet hebben. Gezondheid is een toestand, een eindproduct, dat bereikt kan worden door een goede gezondheidszorg.

#### *Samenvatting*

Er zijn in deze paragraaf verschillende visies op begrip en doelen van gezondheid en gezondheidszorg opgespoord. Sommigen leggen het accent op gezondheid als individueel goed, anderen kiezen voor een medisch-professionele benadering, weer anderen kiezen voor een gemeenschapsgerichte benadering van gezondheid. Ook kan onderscheid gemaakt worden tussen een brede benadering van gezondheid (gezondheid is normaal functioneren in de samenleving) en een smalle benadering van gezondheid (gezondheid is de afwezigheid van ziekte).

Daarnaast kwam ter sprake dat een oordeel over gezondheid en ziekte feitelijk (over biologisch functioneren) dan wel normatief (evaluatief over sociaal functioneren) opgevat kan worden. Hierover is vooral onder filosofen die zich met geneeskunde bezighouden een discussie gaande. In deze

discussie speelt mee of een negatief, neutraal en smal begrip van gezondheid dan wel van een positief, normatief en breed begrip van gezondheid het uitgangspunt vormt. Behalve deze aspecten aan het gezondheidsbegrip, is er nog een onderscheid te maken in het accentueren van de intrinsieke of van de instrumentele waarde van gezondheid. Een brede definitie van gezondheid gaat gepaard met een instrumentele waarde van gezondheid en een smalle definitie gaat samen met grotere nadruk op de intrinsieke waarden van gezondheid.

### **3.3 Begrip en doelen van public health**

Deze paragraaf spitst zich toe op de vraag wat kenmerkend is aan doelen van volksgezondheid. Een eenduidige definitie van 'volksgezondheid' is moeilijk te vinden. Ook bij de definiëring zien we naast neutraal geformuleerde definities normatief geformuleerde definities van volksgezondheid.

Een voorbeeld van een neutraal geformuleerde definitie is die van Van der Maas en Mackenbach (1986). Volksgezondheid zien zij als 'de omvang en spreiding van ziekte, invaliditeit en sterfte in de bevolking.' Volksgezondheid is in deze definitie de 'gezondheidstoestand van de bevolking', waarbij de nadruk ligt op ongezondheid. Het Engelse 'Acheson report' (1988) definieert 'public health' als 'the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through organised efforts of society'. In de laatste definitie zijn collectieve acties en beleidsdoelen in de definitie ingesloten en speelt het normerende aspect van gezondheid een rol. Beiden typen definities hebben ook overeenkomsten:

- het gaat om verschijnselen van enige omvang en betekenis voor de bevolking als geheel, of voor deelgroepen daarbinnen (leeftijdsklassen, etnische groeperingen en groepen die verschillen naar leefomstandigheden of sociaal-economische status), en
- verschijnselen die door collectieve actie kunnen worden beïnvloed. (VTV, 1993).

Op basis van het RVZ-advies Samenwerken aan openbare gezondheidszorg (1999) en andere literatuur zijn de volgende kenmerken aan doelen van volksgezondheid of 'public health' te onderscheiden:

*Collectief gericht*

Volksgezondheidszorg kan omschreven worden als *collectief* gerichte zorg met als doel preventie, bevordering en bescherming van *gezondheid van de gemeenschap* als geheel of van een specifieke (risico)groep. Dit in tegenstelling tot 'de individuele gezondheidszorg' die de *ongezondheid van het individu* als uitgangspunt heeft. Bij volksgezondheid gaat het om gezondheid op macro- en mesoniveau, individuele doelen zijn niet afwezig, maar van ondergeschikt belang. Het is van belang na te gaan welk 'collectief' bedoeld wordt. De omvang en samenstelling van een doelgroep kunnen namelijk verschillend van aard zijn. Traditioneel staat volksgezondheid voor 'de gezondheid, het lichamenlijk welzijn van het volk' (Van Dale). De term 'volk' stond lange tijd voor een min of meer homogeen samengestelde bevolking. In de huidige pluriform samengestelde samenleving is die homogeniteit sterk afgenomen. Niet alleen vinden verschuivingen in de samenstelling plaats door een toename van het aantal ouderen in de samenleving, maar ook de etnisch-culturele diversiteit is zowel in aantal als in verscheidenheid toegenomen. Deze verschuivingen hebben ook gevolgen voor de volksgezondheid. Zo worden mensen wel steeds ouder, maar blijven ze niet altijd gezond, waardoor het aantal chronisch zieken toeneemt.

Ook ontwikkelingen in de geneeskunde laten zien dat volksgezondheidsdoelen sterk geïndividualiseerd zijn. Een goed voorbeeld hiervan is de opkomst van de voorspellende geneeskunde. Hierdoor is het mogelijk dat een individuele prognose van toekomstige ziekte en preventie gemaakt kan worden op basis van gegevens op populatieniveau. Zo wordt het steeds eenvoudiger per persoon het risicoprofiel vast te stellen, na te gaan in welke risicogroep deze thuishoort en te kijken welke preventieve of gezondheidsbevorderende (be)handeling daarbij aansluit. Dit kan leiden tot preventieprogramma's.

Samenvattend kunnen we stellen dat de traditionele collectiviteit waarop het begrip volksgezondheid betrekking heeft, door dit soort ontwikkelingen onder spanning komt te staan. Het 'volk' is minder hecht en meer verscheiden geworden. Volksgezondheidsdoelen zullen daarom niet uitsluitend en per definitie betrokken worden op de bevolking als geheel, maar er zal meer differentiatie komen. Volksgezondheidsdoelen kunnen ook betrekking hebben op een *deel van de bevolking* (bijvoorbeeld een regio met een verhoogde kans op een bepaalde besmetting), een bepaalde



*doelgroep* (vaccinaties voor jonge kinderen, griepinjecties voor ouderen) of een *risicogroep* (screening op borstkanker, baarmoederhalskanker, hepatitisvaccinatie voor niet-westerse allochtonen). Een collectiviteit kan ook betrekking hebben op de groep werknemers van een bedrijf. Nu werkgevers meer financiële risico's lopen bij ziekteverzuim van hun werknemers, houden zij zich meer bezig met het gezondheidsbeleid binnen hun bedrijf.

#### *Ongevraagde zorg*

Een ander kenmerk van volksgezondheidszorg is dat deze zorg in de regel ongevraagd wordt aangeboden. Dit heeft te maken met wie verantwoordelijk is voor de volksgezondheid. Dat kan de overheid zijn, maar dat is niet per definitie het geval. In het verleden was het vooral het particulier initiatief dat zich bezighield met volksgezondheidsdoelen. Later werd dit overgenomen door de overheid en op dit moment zien we verschuiving van collectieve taken van de overheid naar andere actoren, zoals werkgevers en verzekeraars. De overheid heeft (ook) echter de grondwettelijk taak de volksgezondheid te bevorderen. Kenmerkend voor public healthdoelen is dus dat het initiatief niet ligt bij de hulpvrager, maar bij de aanbieder van zorg: de overheid of een ander actor met collectieve verantwoordelijkheid. Het aanbod van deze zorg heeft een programmatisch karakter, ze wordt planmatig en doelgericht verleend. Geregeld vindt een evaluatie plaats en een kosteneffectiviteitsanalyse (KEA). Zo heeft een commissie van de Gezondheidsraad op dit moment een advies in voorbereiding over bijstelling van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) tot 2010.

#### *Collectief aanbod en collectief doel*

Bij een *collectief aanbod* gaat het om collectief aangeboden zorg: bijvoorbeeld een bepaald preventieprogramma. De doelgroep bestaat dan uit een verzameling individuen die hetzelfde zorgaanbod krijgen. De doelgroep kan bestaan uit de samenleving als geheel, een specifieke risicogroep (screeningprogramma's, vaccinatieprogramma's), de stad of het dorp, een regio of buurt (voorlichtingsprogramma's), categoriale groep of een 'deelmarkt'.

Collectieve gezondheidszorg kan ook betrekking hebben op het *collectieve doel* van volksgezondheid: bijvoorbeeld het inenten tegen hepatitis. Dit is een vorm van primaire preventie dient een collectief doel of een *collectief goed*, dat wil zeggen dat de waarde ervan uitstijgt boven de gezondheid van een

verzameling individuen. Het collectief goed is niet direct te herleiden tot een individueel goed. In het geval van hepatitis betekent dit bijvoorbeeld dat het hoofddoel is de circulatie van het virus terug te dringen en alle mensen bereiken. Dit komt de gezondheidstoestand van de bevolking als geheel ten goede. Deelname van een zo groot mogelijke groep is van groot belang. In hoeverre burgers als individu ook werkelijk optimaal beschermd zijn tegen hepatitis is nog maar de vraag en is in feite ook van ondergeschikt belang.

*Gezondheidswinst en verbetering van kwaliteit van leven*

Doel van volksgezondheidszorg is de gezondheidstoestand van de bevolking of een omschreven groep daarvan te verbeteren of tenminste op een aanvaardbaar peil te houden. De National School of Public Health (NSPH) omschrijft public health als het voorkomen van ziekte en het beschermen en het bevorderen van gezondheid. Dit kan geëxpliciteerd worden als het verlengen van gezonde levensverwachting, het voorkomen van vermijdbare sterfte en het verhogen van de kwaliteit van leven van personen met een langdurige ziekte of handicap. (NSPH Manifest, 24 april 2001).

De NSPH hecht veel waarde aan omgevingsfactoren, gedragsbeïnvloeding, kennis van determinanten en integrale aandacht voor public healthdoelen in de hele gezondheidszorg. Het bereik van public healthdoelen reikt ook verder dan alleen de gezonde burgers. Het gaat de NSPH ook om het verhogen van de kwaliteit van leven van langdurig zieken en gehandicapten. Volksgezondheidsdoelen zijn daarmee ook integrale doelen van individuele gezondheidszorg.

Ook Mackenbach beschrijft public healthdoelen. Volgens Mackenbach (onofficiële oratie, 2001) is de meest gebruikte (normatieve) definitie van public health of maatschappelijke gezondheidszorg: "Public health is the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organized efforts of society". Deze definitie verwijst zowel naar de wetenschap als het werkterrein van maatschappelijke gezondheidszorg (of public health) en gaat uit van een nauwe relatie daartussen. Mackenbach benadrukt de maatschappelijke invloed op gezondheid. Ook in zijn opvatting is de context waarvan mensen deel uitmaken van groot belang voor de gezondheidstoestand van individuen en groepen.

Er zijn drie samenhangende collectieve aspecten aan public health te onderscheiden. Als het gaat om het collectieve aspect van public health is het van belang na te gaan of het betrekking heeft op:

- 1) *omgevingsinvloeden*: dit betreft de invloed van omgevingsfactoren op de gezondheid van individuen. Het milieu, de sociaal-economische positie, de culturele context, de arbeidsomstandigheden zijn voorbeelden van omgevingsfactoren die gezondheidstoestand van individuen beïnvloeden. De rapporten van de commissie Albeda over het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen hebben betrekking op deze categorie collectieve aspecten.
- 2) *collectieve maatregelen*: hierbij gaat het om een collectief aanbod van maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid of de gezondheid van bepaalde groep individuen. Collectieve maatregelen zijn in de regel primair gericht op volksgezondheidsdoelen, maar dienen in tweede instantie ook de gezondheidsbelangen van individuen. Hierbij valt te denken aan primaire en secundaire preventieactiviteiten.
- 3) *kwantitatieve onderzoeksmethoden*: betreft onderzoek op populatieniveau, waarvan de uitkomsten gebruikt kunnen worden voor verbetering van individuele behandelingen. Zo kan meer gezondheidswinst of kwaliteit van leven verbeterd worden. Dit type collectieve aspecten is het meest relevant voor dit advies.

Een recent voorbeeld van een kwantitatieve onderzoeksmethode die leidt tot een hogere kwaliteit van leven is het cohortonderzoek van TNO Preventie en gezondheid naar de ontwikkeling van zeer vroeg geboren kinderen (Verloove-Van Horick, S.P., A.L. den Ouden en F.J. Wal, 2001). Hieruit blijkt dat 10% van de kinderen, die levend geboren werden na een zwangerschap van minder dan 32 weken en/of met een geboortegewicht onder 1500 g, een ernstige handicap of beperkingen had op de schoolleeftijd. Van de overige 90% ondervond de helft aanzienlijke problemen in het dagelijks leven. Lichte ontwikkelingsstoornissen en gedrags- en leerstoornissen namen toe naarmate deze kinderen ouder werden. Afwijkingen vastgesteld tijdens gestandaardiseerd neurologisch onderzoek op jonge leeftijd hebben een hoge voorspellende waarde voor deze latere problemen. Naar aanleiding van de uitkomsten van dit onderzoek werd in het LUMC besloten de grens van behandeling te verschuiven van 24 naar 25 weken (NRC, 28 mei 2001; NRC, 2 juni 2001).

Op dit moment lijkt er steeds meer aandacht te komen voor (collectieve) uitkomsten van zorg, zorgresultaten en gezondheidswinst. Uitkomsten worden op populatieniveau met elkaar vergeleken en gezondheidszorg - ook als deze individueel wordt aangeboden - wordt beoordeeld met collectieve maatstaven. Individuele zorg wordt steeds meer op basis van collectieve uitkomsten van zorg bijgesteld en aangepast. Voor zorgaanbieders leidt dit ertoe dat zij op hun verantwoordelijkheid voor volksgezondheidsdoelen binnen de curatieve sector gewezen worden. Gezondheidswinst en verhoging van kwaliteit van leven zijn volksgezondheidsdoelen die niet alleen in de preventieve, maar ook in de individuele gezondheidszorg behaald kunnen worden.

Er zijn ook redenen die tegen integratie van volksgezondheidsdoelen in individuele gezondheidszorg pleiten:

- *Urgente zorg.* Er zijn situaties denkbaar waarbij gezondheidsproblemen helemaal op zichzelf staan, denk aan spoedeisende hulp. In een levensbedreigende situatie waarin direct ingegrepen moet worden, doen volksgezondheidsdoelstellingen er (even) niet toe en gaat het erom een enkel leven te redden. De intrinsieke waarde prevaleert dan boven de instrumentele waarde van gezondheid.
- *Geen prioriteit.* Een ander bezwaar aan integratie volksgezondheidsdoelen in de zorg is dat de eerste aandacht in de individuele gezondheidszorg toch uitgaat naar het individuele gezondheidsprobleem en de behandeling ervan. Volksgezondheidsdoelen komen pas in beeld als de dokter en de patiënt beiden er de belangen van inzien.
- *Drempels.* In de praktijk zullen er drempels blijven: de huisarts heeft geen tijd, ziet geen onmiddellijk effect, vindt het bemoeizuchtig. De patiënt ervaart het als bemoeizucht, heeft niet om leefstijlvoorschriften gevraagd en ziet het als een inperking van de persoonlijke vrijheid.

#### *Samenvatting en conclusie*

Kenmerkend voor public healthdoelen is dat niet het individu, maar het collectief centraal staat. Deze kan bestaan uit de bevolking als geheel of een deel (risicogroep) van de bevolking

betreffen. Het collectieve karakter kan betrekking hebben op omgevingsfactoren, op collectieve maatregelen of op kwantitatieve onderzoeksmethoden. De collectief gerichte public healthdoelen zijn niet alleen te behalen in de sfeer van preventie en gezondheidsbevordering, maar ook in de cure- en de caresector. Er zijn echter ook redenen die tegen integratie van volksgezondheid en zorg pleiten of integratie tegenwerken.

### **3.4 Doelen van volksgezondheid en gezondheidszorg: verschillen en overeenkomsten**

In deze afsluitende paragraaf wordt nagegaan in hoeverre gezondheid als individueel goed en gezondheid als collectief goed verschillen en overeenkomsten vertonen. De beantwoording van deze vraag is een eerste aanzet tot beantwoording van de centrale vraag van deze studie: in hoeverre laten gezondheid als individueel goed en als collectief goed zich in conceptueel en normatief opzicht met elkaar verenigen en in doelstelling tot elkaar herleiden.

Vergelijking van doelen van gezondheidszorg met doelen van volksgezondheid laat zien dat er overeenkomsten zijn. In de eerste plaats geldt dat de doelen van volksgezondheid en zorg in strikte zin dezelfde is: bevordering van gezondheidswinst en verhoging van kwaliteit van leven.

In de tweede plaats geldt zowel voor volksgezondheid als voor gezondheidszorg dat gekozen kan worden voor een smalle of een brede definitie. Smal wil zeggen dat doelen van gezondheidszorg of volksgezondheid beperkt blijven tot 'neutrale' medisch-professionele doelen. Een brede definitie zet doelen van gezondheidszorg en volksgezondheid in een (bredere) context en vat gezondheid instrumenteel op: gezondheid met het oog op zelfontplooiing of zelfredzaamheid, gezondheid met het oog op normaal functioneren in de samenleving of met het oog op normaal functioneren op de werkplek.

De keuze voor een brede definitie van gezondheidszorg en volksgezondheid betekent niet alleen het accent op het instrumentele karakter van gezondheid, maar maakt ook de normatieve dimensie die aan gezondheidszorg en volksgezondheid ten grondslag ligt meer expliciet. Dat blijkt

bijvoorbeeld uit de keuze van de commissie Dunning: deze commissie kiest voor een gemeenschapsgerichte benadering in verband met de keuze die - vanwege schaarse middelen - gemaakt moet worden tussen noodzakelijke en niet noodzakelijke zorg. Een dergelijke keuze moet niet afhankelijk zijn van individuele voorkeuren en ook niet aan de medische beroepsbeoefenaren overgelaten worden, zegt de commissie. Vanuit de gemeenschap moet bepaald worden welke zorg noodzakelijk wordt geacht. Principes als gelijkwaardigheid, beschermwaardigheid en solidariteit liggen hieraan ten grondslag. Tegelijkertijd ligt in deze opvatting een normatieve begrenzing van individuele doelen van gezondheid en gezondheidszorg besloten. Gezondheid als individueel goed wordt dan in normatieve zin begrensd door keuzen op collectief niveau.

Een smalle definitie heeft als voordeel dat beter af te bakenen valt wat tot de 'core-business' van doelen van gezondheidszorg hoort. Een brede definitie van gezondheid heeft als nadeel dat niet goed in positieve (ideale) termen gezondheid te definiëren valt. Met een smalle definitie van gezondheid - gezondheid opgevat als de afwezigheid van ziekte - is beter af te bakenen wat met gezondheidszorg bereikt moet worden.

Wat betekenen deze bevindingen voor de vraag naar integratie van volksgezondheidsdoelen in de individuele gezondheidszorg? De keuze voor een brede, dan wel smalle definitie zal afhangen van de reikwijdte van de doelstelling. Blijven die doelstellingen beperkt tot medische doeleinden, dan ligt een smalle definitie voor de hand. Een voorbeeld hiervan is dat meer preventie in de diabeteszorg kan leiden tot minder complicaties voor diabetespatiënten. Het doel van een deze interventie beperkt zich tot de desbetreffende groep. Daarmee zijn zowel individuele als collectieve gezondheidsbelangen gediend: er wordt meer gezondheidswinst bereikt en de kwaliteit van leven wordt verhoogd voor de desbetreffende groep.

Als integratie van volksgezondheidsdoelen en individueel gerichte gezondheidszorg een verder reikend doel heeft, bijvoorbeeld het terugdringen van het ziekteverzuim in het bedrijf, dan ligt een bredere definitie voor de hand. Het gaat hierbij niet alleen om gezondheid als individueel goed van de burger, maar ook om het belang van de werkgever die zoveel mogelijk gezonde werknemers in dienst wil hebben. De zorg

om de gezondheid van het individu krijgt dan naast een intrinsieke waarde ook een instrumentele waarde.

Individuele zorg wordt dan in een breder perspectief geplaatst: het gaat niet alleen om de behandeling van een individueel gezondheidsprobleem, maar de doelstelling van de behandeling wordt dan in een breder perspectief gezet en dient een collectief belang. Individuele zorg wordt dan mee bepaald door normen afkomstig uit de betreffende sociale context(en) waarvan iemand deel uitmaakt: bijvoorbeeld de samenleving (de overheid) de bevolking (volksgezondheid), de arbeidssituatie (gezonde arbeiders), de buurt (gezonde buurtbewoners) of de eigen leefomgeving.

Integratie van volksgezondheidsdoelen in individuele gezondheidszorg is in principe mogelijk en soms ook wenselijk omdat beide typen zorg uiteindelijk gericht zijn op hetzelfde doel: vergroten van gezondheidswinst en het verhogen van de kwaliteit van leven. Tegelijkertijd zal het om praktische redenen niet altijd wenselijk en haalbaar zijn om volksgezondheidsdoelen en individuele gezondheidszorg te integreren.

## **4 Zijn volksgezondheid en individuele gezondheidszorg in doelstellingen tot elkaar te herleiden?**

### **4.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk zal worden nagegaan in hoeverre doelstellingen van individuele en collectieve gezondheidszorg elkaar overlappen, dan wel specifiek en niet tot elkaar te herleiden zijn. Daarbij gaat het vooral om de vraag of gevraagde individuele zorg en ongevraagde collectieve zorg niet in tegenspraak met elkaar zijn en mogelijk tot een botsing leiden tussen individuele en collectieve belangen.

In de individuele gezondheidszorg staat immers de individuele patiënt centraal en zijn principes als individuele autonomie, informed consent, keuzevrijheid en privacy daarbinnen vanzelfsprekende normatieve uitgangspunten. Op het terrein van de volksgezondheid staan andere principes centraal, zoals solidariteit, gelijkheid, effectiviteit en utiliteit. Als binnen de

individuele gezondheidszorg volksgezondheidsdoelstellingen betrokken worden is het de vraag of belangen van volksgezondheid de individuele belangen van de patiënt niet gaan overspelen.

Allereerst worden normatieve aspecten aan de integratie van doelstellingen van volksgezondheid en zorg in kaart gebracht. Dit wordt geïllustreerd aan een praktijkvoorbeeld. (par. 4.2). In de daarop volgende paragraaf wordt verder ingegaan op de wijze waarop volksgezondheidsdoelstellingen in de individuele zorg aangeboden worden. Gebeurt dit op basis van informed consent, met drang of met dwang (par. 4.3). Vervolgens komt ter sprake in welke gevallen collectieve preventieve maatregelen kunnen botsen met individuele belangen (par. 4.4). Ten slotte wordt dit hoofdstuk afgesloten met een samenvatting en conclusie (par.4.5.).

#### **4.2 Normatieve aspecten aan de integratie van doelstellingen van volksgezondheid en zorg**

Om te illustreren op welke wijze normatieve aspecten verbonden zijn aan doelstellingen van volksgezondheid en zorg en de integratie van beide doelstellingen wordt hieronder een voorbeeld geïntroduceerd dat vaker zal terugkomen in deze paragraaf. Dit voorbeeld laat ook zien welke normatieve problemen verbonden zijn aan de integratie van doelstellingen van volksgezondheid en zorg.

Het betreffende voorbeeld is een diabetesproject van de GGD in samenwerking met huisartsen onder Turkse patiënten in Rotterdam. Doel van het onderzoeksproject is de verbetering van de bloedsuikerspiegel en in het verlengde daarvan minder diabetesgebonden klachten.

De prevalentie van diabetes mellitus type II (DM II) is hoger onder lagere sociale lagen van de Nederlandse bevolking, en hoger onder Turken dan onder Nederlanders. Hoewel de huisartsenzorg aan de Turkse en Nederlandse diabetespatiënten niet verschilt, blijkt de glycaemische instelling van de Turken slechter te zijn. Waarschijnlijk is dat zij zich minder goed aan de adviezen van de huisarts (kunnen) houden, onder andere doordat een aantal adviezen betreffende dieet, lichaamsbeweging en medicatie niet altijd aansluiten bij de Turkse cultuur. Om een doelmatige huisartsenzorg aan allochtonen in Rotterdam te bevorderen, is gestart met migrantenvoorlichting in de eerste lijn. (...) De interventie bestaat uit een begeleidingsproject van 9 maanden. Een Turkse migrantenvoorlichtster functioneert als brug tussen hulpverleners en de diabetespatiënt, om cultuur en communicatieverschillen te overbruggen. Einddoel van de interventie is het bewerkstelligen van een verbeterde bloedsuikerspiegel bij Turkse diabetes type II patiënten. (Voerham, Uitenwaal en De Haan, 2001)



Dit voorbeeld laat zien hoe een volksgezondheidsdoelstelling een bijdrage kan leveren aan individuele gezondheidszorg. In dit geval houdt het volksgezondheidsdoel in de gezondheidswinst te bevorderen bij een specifieke groep diabetespatiënten met een slechtere gezondheidstoestand. Aan deze doelstelling ligt het principe van rechtvaardigheid ten grondslag, namelijk het streven gezondheidsverschillen te reduceren. Het gaat echter in dit project niet om het doel van bevorderen van volksgezondheid alleen, maar ook om het optimaliseren van de individuele gezondheidszorg in het belang van de individuele patiënt.

*Gemeenschappelijk doelstellingen, verschillende wegen*

Uit dit voorbeeld blijkt dat individuele en collectief gerichte gezondheidszorg een gemeenschappelijk doel hebben, namelijk verhoging van de gezondheidswinst of verbetering van kwaliteit van leven. Verschillen tussen gezondheid als individueel en als collectief goed zijn er dan ook niet zozeer in doelstellingen, maar in wie het initiatief voor zorg neemt (gevraagd of ongevraagd), hoe de presentatie van de zorg plaatsvindt (individueel of collectief aanbod), maar vooral welk belang prevaleert: het individuele of het collectieve belang. Juist dit laatste verschil, individuele of collectieve belang, kan aanleiding geven tot fricties. Ook al dienen beide typen van zorg dezelfde doelstellingen, de wegen daar naar toe zijn verschillend, verlopen volgens andere principes en belangen. Op de verschillende principes en belangen die in het geding zijn, wordt nu verder ingegaan.

*Ethische aspecten aan doelstellingen*

Aan volksgezondheidsdoelen zijn verschillende ethische aspecten te onderscheiden. Verweij (1992) noemt als kenmerkende principes effectiviteit, egaliteit, utiliteit en

solidariteit. Deze morele beoordelingscriteria richten zich op de eventuele risico's voor individuen, de afweging van baten en lasten en de rechtvaardigheid van het stellen van prioriteit in preventie. Een ander cluster van ethische aspecten hangt samen met de bejegening van individuen met hun keuzevrijheid. Dit zijn ethische aspecten die samenhangen met de vrijheid en autonomie van individuen. De individugerichte en de collectief gerichte principes kunnen met elkaar in conflict komen, omdat ze verschillende belangen vertegenwoordigen. Is dit ook het geval in het diabetesproject?

De interventie in het diabetesproject in Rotterdam is gericht op gedragsveranderingen. De bloedsuikerspiegel van een diabetespatiënt kan namelijk pas goed worden ingesteld als de patiënt zich houdt aan een aantal adviezen met betrekking tot voeding, beweging en medicijngebruik. Een belangrijk kenmerk van de interventie van de migrantenvoorlichtster is de advisering op maat, gericht op gedragsverandering. Meestal betekent dit: minder vet eten, meer bewegen en de medicijnen trouw innemen. (Voorham, Uitewaal en

In dit diabetesproject lijken de verschillende belangen op het eerste gezicht niet met elkaar strijdig te zijn. Het collectieve belang een goede gezondheidstoestand van de hele bevolking of een specifieke groep te bevorderen dient ook de individuele belangen van Turkse diabetespatiënten. Medewerking aan het project is op vrijwillige basis, na informed consent, en is niet problematisch omdat hun eigen gezondheidsbelangen ermee gediend zijn. Toch zullen patiënten bemoeienis met hun persoonlijke leefstijl niet altijd op prijs stellen en adviezen kunnen bemoeizuchtig overkomen. De basis waarop deze bemoeienis met de persoonlijke leefstijl gebeurt - vrijwillig, met drang of dwang - maakt dus veel uit.

### **4.3 Informed consent, drang of dwang**

#### *Informed consent*

Of volksgezondheidsdoelen een inbreuk betekenen op de individuele vrijheid van de patiënt of cliënt hangt af van de wijze waarop de zorg wordt aangeboden. De deelnemers van het diabetesproject hebben aan het begin een informed

consent gegeven. Dit is een belangrijk ethisch principe dat recht doet aan de autonomie van de individuele patiënt.

Volksgezondheidsdoelen raken de persoonlijke levenssfeer van burgers. Inbreuk op de persoonlijke levenssfeer is soms geen probleem. In het diabetesproject is dat opgelost door via informed consent de deelname aan dit volksgezondheidsaanbod vrijwillig te maken. Maar niet bij iedere vorm van collectieve preventie is de keuze van de individuele patiënt gewaarborgd. Er zijn verschillende gradaties mogelijk die kunnen variëren van aanbieden zonder aandringen tot krachtig aandringen tot deelname of zelfs dwang.

#### *Drang*

Bij 'krachtig aandringen' speelt morele druk een belangrijke rol. Als bijvoorbeeld de eigen arts aandringt tot deelname, is het voor een patiënt moeilijker om zelf te kiezen. Voor de effectiviteit van de zorg blijkt morele druk van groot belang te zijn. In het diabetesproject zien we dat voedingsadviezen en adviezen over gedragsverandering vooral aanslaan als de migrantenvoorlichtster er druk achter zet: 'De patiënten volgen de adviezen niet omdat ze nu weten waarom dat moet, maar omdat ik zeg dat ze dat moeten doen.'

Uit de resultaten van dit diabetesproject blijkt dat de voorlichting op het gebied van gedragsadviezen effect heeft gehad, met name het concrete voedingsadvies en het advies met betrekking tot bewegen. Het waarom van gedragsverandering was niet altijd goed over te brengen. Een migrantenvoorlichtster hierover: De patiënten volgen de adviezen niet omdat ze nu weten waarom dat moet, maar omdat ik zeg dat ze dat moeten doen. Als het inzicht in het waarom van de adviezen zo complex is, en ook niet vanzelfsprekend, dan zal er een minder rationele weg naar gedragsverandering noodzakelijk zijn. (Voorham, Uitewaal en De Hoop, 2001)

Voor de aanvaardbaarheid van 'krachtig aandringen' is het van belang of de patiënt of cliënt zelf het belang van het ongevraagde aanbod inziet. Het kan hierbij gaan om inzien van het eigen gezondheidsbelang of om dat van anderen. Een recent voorbeeld van 'drang' is de dringende oproep aan klanten van een prostitué, bij wie TBC is geconstateerd, zich te melden en zich op TBC te laten testen. De oproep juist aan

deze groep ligt vanuit het oogpunt van privacy gevoelig. Toch is het vanuit volksgezondheidsmotieven gezien van groot belang dat de desbetreffende personen zich melden. Dit voorbeeld van secundaire preventie raakt veel sterker de persoonlijke levensfeer en komt daarmee in botsing dan de voedingsadviezen uit het eerder genoemde diabetesproject. Dit laatste voorbeeld is een voorbeeld van tertiaire preventie, waarvan de doelstelling gemakkelijk in verband te brengen is met de ziekte en behandeling van de patiënt.

Het maakt dus in moreel opzicht uit of op welke basis een ongevraagd aanbod wordt aangeboden.

#### *Dwang*

Van dwang is sprake als iemand niet vrij is om zelf te beslissen, maar een maatregel krijgt opgelegd. Denk bijvoorbeeld aan de patiënt die in verband met een infectieziekte in quarantaine moet of een gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Om schade aan anderen te voorkomen wordt aan deze patiënt beperkingen opgelegd. Ook hier dus een duidelijk voorbeeld van een volksgezondheidsbelang dat de individuele belangen kan overstijgen.

Samenvattend: in deze paragraaf is de basis waarop volksgezondheidszorg wordt aangeboden nader onderscheiden. Naarmate de druk op de individuele patiënt/burger toeneemt om deel te nemen aan een preventieaanbod, doet dit afbreuk aan de persoonlijke vrijheid. Het lijkt verder uit te maken om welk type preventie het gaat. Tertiaire preventie integreren in de individuele gezondheidszorg levert minder problemen op dan primaire en secundaire preventie.

#### **4.4 Collectieve belangen boven individuele belangen?**

Er is een aantal redenen te noemen waarom de vrijheid en de autonomie van individuen in het gedrang kunnen komen bij preventieve maatregelen.

- Het algemene volksgezondheidsbelang krijgt een zwaarder gewicht toegekend dan de keuzen van het individu. Behalve volksgezondheidsbelangen, spelen hierbij ook economische en wetenschappelijke belangen een rol.

- Collectieve preventie wordt aangeboden, deelname is voor het rendement ervan van groot belang. Individueel afzien van dit aanbod – bijvoorbeeld bevolkingsscreening - heeft gevolgen voor de volksgezondheid. Soms worden maatregelen voor de burger genomen boven wat hij of zij zelf zou kiezen om gezondheidsrisico's te voorkomen. Een bekend voorbeeld is de verplichting van de valhelm of de veiligheidsgordel.
- Leefstijl is een van de determinanten voor gezondheidsbeleid. Het gevaar is dat overheid, zorgaanbieder, zorgverzekeraar zich gaan bemoeien met zaken uit iemands persoonlijke levenssfeer.
- Gezondheidsbeleid hoeft niet in conflict te komen met de persoonlijke vrijheid van individuen als het beleid zelf wijst op de eigen (mede) verantwoordelijkheid van individuen. Het hangt er echter vanaf welke invulling aan eigen verantwoordelijkheid worden gegeven. Kan iemand worden aangesproken op eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid, of ook aansprakelijk gesteld worden voor (sommige) kosten van gezondheidszorg (zie Verweij, 1992; en ook Burgerschap en eigen verantwoordelijkheid, achtergrondstudie bij het advies Rollen verdeeld, RVZ, 2000).

*Eigen belang of in het belang van anderen?*

Veel preventieve maatregelen beogen het voorkomen van ziekte of invaliditeit bij anderen dan degenen die maatregel ondergaan. Velen dragen lasten of krijgen beperkingen opgelegd, vanwege het gezondheidsbelang van anderen. Een zorgvuldige morele afweging van collectief aangeboden preventieve zorg is noodzakelijk. Wegen de individuele lasten wel op tegen het collectieve belang van de maatregel. Als er bijvoorbeeld risico's verbonden zijn aan vaccinaties, mogen die dan wel collectief worden aangeboden? Nu het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) door de Gezondheidsraad weer onder de loep genomen wordt en mogelijk wordt uitgebreid, zijn deze morele aspecten ook weer actueel.

Het collectief goed krijgt in het laatste geval hoge prioriteit en overstijgt de individuele gezondheidsbelangen. Dit collectieve gezondheidsbelang dient ook de individuele belangen, maar kan niet individueel bereikt worden. De inzet van allen is hiervoor nodig. Daarom is deze doelstelling van volksgezondheidszorg niet te reduceren tot alleen individuele zorg. Zo pleit de Minister voor een volledig rookvrij ministerie van Volksgezondheid en moet dit als voorbeeld dienen voor

de samenleving. Ander voorbeeld zijn de griepvaccinaties in een verpleeghuis: alleen als iedereen meewerkt, zal de maatregel werken. Doel van een dergelijke activiteit is collectief gericht: de bescherming van allen tezamen. Daarvoor is een gezamenlijke inspanning nodig (Verweij, 2001).

Uit deze voorbeelden blijkt dat er graduele verschillen zijn in de vrije ruimte van individuen om af wijken van collectief aangeboden zorg. Op het gebied van deelname aan preventieprogramma's in het kader van anti-rookbeleid is er meer vrije ruimte voor individuen dan in het geval van deelname aan preventieprogramma's om zeer besmettelijke ziekten te voorkomen.

#### 4.5 Conclusie

In dit hoofdstuk zal worden nagegaan in hoeverre doelstellingen van de individuele en collectieve gezondheidszorg elkaar overlappen, dan wel specifiek en niet tot elkaar te herleiden zijn. Daarbij is vooral de vraag aan de orde of gevraagde individuele zorg en ongevraagde collectieve zorg niet in tegenspraak met elkaar zijn en mogelijk tot een botsing leiden tussen individuele en collectieve belangen. Met andere woorden: als volksgezondheidsdoelstellingen in de individuele gezondheidszorg betrokken worden, is het de vraag of deze doelstelling de individuele belangen van de patiënt niet gaan overspelen.

*Individuele belangen waarborgen.* Het integreren van volksgezondheidsdoelen hoeft in normatief opzicht geen problemen op te leveren als in de presentatie van de zorg rekening gehouden wordt met principes die de individuele belangen zoveel mogelijk beschermen. Uit het voorbeeld van het diabetesproject blijkt dat hiermee rekening gehouden kan worden door van de deelnemers aan het project aan het begin een informed consent te vragen.

*Morele druk meer effect.* Overigens blijkt ook uit dit project dat de voorlichting alleen niet altijd helpt of het juiste middel is. Een krachtiger middel is het uitoefenen van morele druk om de gedragsadviezen op te volgen. Voor deze doelgroep bleek dit middel meer effect te hebben op gedragsverandering.

*Zorg op maat.* Toch zal dit niet altijd en voor iedereen en voor elke doelgroep gelden. Een gedifferentieerd aanbod op maat,

waarbij rekening gehouden worden met achtergrond, milieu en omgevingsfactoren van patiënten of cliënten lijkt voor de hand te liggen.

*Doelstelling: in wiens belang?* Aanvaardbaarheid van volksgezondheidsdoelstellingen in de individuele gezondheidszorg hangt af van wiens belang ermee gediend is. Het maakt veel uit of de doelstellingen in het verlengde van de behandeling zelf liggen en dus volledig in het belang van de patiënt zelf zijn, of dat het belang van de volksgezondheidsdoelstelling niet direct in het belang van het individu zelf is, zoals het geval bij vaccinatieprogramma's. In het geval van tertiaire preventie doet zich minder gauw een botsing van individuele en collectieve gezondheidsbelangen voor dan in het geval van primaire of secundaire preventie. Tertiaire preventie is immers onderdeel van het behandelingsproces en staat in direct verband met de individuele gezondheidsbelangen.

Anders ligt het bij vaccinatieprogramma's, die tot de primaire preventie gerekend worden. Een hoge vaccinatiegraad is in het belang van de volksgezondheid, maar vaccinatie dient niet altijd het individuele belang.

De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat integratie van volksgezondheidsdoelstellingen in de individuele gezondheidszorg in normatief opzicht te rechtvaardigen zijn als:

- dezelfde normatieve principes blijven gelden die ook gelden in de individuele gezondheidszorg. Dus: individuele autonomie, informed consent, privacy etc.;
- de basis waarop preventieve maatregelen in de individuele gezondheidszorg geïntegreerd kunnen worden zijn verschillend in gewicht. Het maakt uit of deelname aan preventie op basis van informed consent, drang of dwang gebeurt;
- bij het aanbod van de zorg het principe van zorg op maat gehanteerd wordt;
- de doelstelling van de volksgezondheidsaspecten vanzelfsprekend in het verlengde liggen van de behandeling van de patiënt;
- en als dit laatste niet het geval is, het te rechtvaardigen is dat collectieve gezondheidsbelangen de voorrang krijgen op individuele belangen.

Overigens betekent deze conclusie niet dat integratie van volksgezondheid en zorg in alle gevallen mogelijk en gewenst is.



## Literatuur

Beaufort, I.D. de, H.M. Dupuis (redactie). Handboek Gezondheidsethiek. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1988.

Epidemiologisch Bulletin. Themanummer: Actuele knelpunten in de Haagse Gezondheidszorg in het licht van moderne maatschappelijke tendensen. Jaargang 35/36, 2000/2001, no. 1/2 en 3/4.

Callahan, D. What kind of Life. The limits of medical Progress. New York: Simon and Schuster, 1990.

Delnoij, D.M.J., I.K. Glasgow en N.S. Klazinga. Naar een nieuwe architectuur van het Nederlandse zorgsysteem: een discussienota over de wenselijke organisatie van het zorgaanbod als fundament voor de stelselherziening. Amsterdam: AMC/UvA/Afdeling sociale geneeskunde (eigen uitgave), 2001.

Gezondheidsraad. Prenatale screening. Downsyndroom, neuralebuisdefecten, routine-echoscopie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2001.

Grens baby's bij 25 weken. NRC, 28 mei 2001.

Have, H.A.M.J. ten. Gezondheid tussen beschrijving en waardering. In: Rolies, J. (red.) De gezonde burger: gezondheid als norm, p. 107-123. Nijmegen: SUN, 1988.

Have, H.A.M.J. ten, R.H.J. ter Meulen en E. van Leeuwen. Medische ethiek.. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998.

Herten, L.M.van, Health Targets. Navigating in health policy. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2000.

Hilhorst, P. Artsen weten niet wat het beste is. Interview met Annemarie Mol. De Volkskrant, 16 juni 2001.

Horstman K. en R. Houtepen. Burgerschap en het goede leven. Een normatieve analyse van 'Hartslag Limburg, samen gezond' GGD nieuws, oktober 2000.

Koelewijn, Jannetje. Je kunt een roze baby niet laten sterven. NRC, 2 juni 2001.

Köhler, W. Te vroeg of te licht. NRC Handelsblad, 26 mei 2001.

Köhler, W. Dwang of drang: vaccinaties vereisen solidariteit in egocentrische maatschappij NRC Handelsblad, 29 september 2001.

McKeown, Th. The role of medicine. Oxford: Blackwell, 1979.

Mackenbach, J. Het meesterschap van Daedalus: over paradigma, succes en toekomst van de maatschappelijke gezondheidszorg. Inofficiële oratie. Rotterdam: Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, 2001.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zorg met toekomst: een verkenning op het terrein van de volksgezondheid en de gezondheidszorg. Den Haag: SDU, 2001.

Mol, A. en P. van Lieshout. Ziek is het woord niet: medicalisering, normalisering en de veranderende taal van huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg, 1945-1985. Proefschrift Groningen. Nijmegen: SUN, 1989.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Advies Grenzen van de zorg. Zoetermeer: NRV, 1986.

Netherlands School of Public Health. Public health is het stelsel: een manifest. Utrecht: NSPH, 2001

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Samenwerken aan openbare gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 1999.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Burgerschap en eigen verantwoordelijkheid: achtergrondstudie bij het advies De rollen verdeeld. Zoetermeer: RVZ, 2000.

Rengelink, H. Public Health in de stelsel-discussie. TSG, 79, 2001, no. 4, p. 205-206.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Volksgezondheid Toekomst Verkenning: de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 195-2010 (red. D. Ruwaard, et al.). Bilthoven; Den Haag: RIVM, SDU, 1993.

Richardus J.H, et al.. An European concerted action investigating the validity of perinatal mortality as an outcome indicator for the quality of antenatal and perinatal care. *Journal of Perinatal Medicine*, 1997; no. 25, p. 313-324.

Richardus J.H., et al. The perinatal mortality rate as indicator of quality of care in international comparisons. *Medical Care*, 1998; no. 36, p. 54-66.

Rolies, J. (red.) *De gezonde burger: gezondheid als norm*. Nijmegen: SUN, 1988.

Rolies, J. *Gezondheid: een nieuwe religie*. In: Rolies, J. (red.) *De gezonde burger: gezondheid als norm*. Nijmegen: SUN, 1988.

Rose, G. 'The Strategy of Preventive Medicine: Lessons form Cardiovascular Disease'. *British Medical Journal*, 1981; 282; p. 1847-51.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Samenwerken aan openbare gezondheidszorg*. Zoetermeer: RVZ, 1999.

Schnabel, P. *Tussen stigma en charisma: nieuwe religieuze bewegingen en geestelijke volksgezondheid*. Deventer: Kluwer, 1982.

Schnabel, P. In: *Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Rapporten aan de Regering: Volksgezondheidszorg*. Den Haag: Sdu Uitgevers, 1997. (no. 52)

Thung, P.J. en een Commissie van de KNMG, *Gezondheidszorg bij beperkte middelen*. In: Beaufort, I.D. de, H.M. Dupuis (redactie), *Handboek Gezondheidsethiek*, p. 153-170. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1988.

Verloove-Vanhorick, S.P., A.L. den Ouden en F.J. Walther. *Uitkomsten van een Nederlandse cohort van zeer vroeg geboren kinderen uit 1983*. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 2001, p. 989-997.

Verweij, M.F. Ethische uitgangspunten voor het collectief vaccinatieprogramma. *Infectieziektenbulletin*, 11, 2000, p. 258-261.

Verweij, M.F. *Preventive Medicine. Between Obligation and Aspiration*. Utrecht: Zeno, 1998.

Verweij, M.F. Liever voorkomen dan genezen? *Tijdschrift Gezondheidszorg en Ethiek*, 2, 1992, no. 3, p. 91-94.

Verweij, M.F. *Ethiek van preventie. Achtergrondstudie in opdracht van de NRV*. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1992.

Van der Veen, E. Zorgverzekeraars en openbare gezondheidszorg: een paar apart. *TSG*, 79, 2001, no.4, p. 202-203.

Voorham, A.J.J., P.J.M. Uitewaal en T. de Hoop. Voorlichting in de eigen taal aan Turkse diabetespatiënten: het effect op bloedsuikerwaarden, de ervaren zorg en gedrag. In: ZON/MW. *Sociaal-economische gezondheidsverschillen: van verklaren naar verkleinen. Deel 4*. Den Haag: ZON/MW, 2001.

Vredevoogd, C.B., et al. Perinatale sterfte getoetst: resultaten van een regionale audit. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 145, 2001, p. 482-487.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. *Rapporten aan de Regering: Volksgezondheidszorg*. Den Haag: Sdu Uitgevers, 1997. (no. 52)

World Health Organization, *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneve: WHO, 2000.



## Bijlage 7

### Begrippenlijst en gezondheidsindicatoren

#### Begrippen

*Curatieve gezondheidszorg:* individuele gezondheidszorg.

Met curatieve zorg wordt in het algemeen de ziekenhuiszorg, de medisch specialistische en de zorg van huisartsen bedoeld. In dit advies wordt de term gelijkgesteld aan individuele gezondheidszorg. Dat is een breder begrip waardoor ook de zorg in verpleeghuizen, in de thuissituatie en in verzorgingshuizen eronder valt.

*Individuele gezondheidszorg:* zorg rechtstreeks betrekking hebbend op een persoon en ertoe strekkende gezondheid te bevorderen, te bewaken, van een ziekte te genezen, voor het ontstaan van een ziekte te behoeden, de gezondheidstoestand te beoordelen of verloskundige bijstand te verlenen.

De omschrijving van individuele gezondheidszorg is ontleend aan artikel 1 van de Wet BIG. Tijdens de parlementaire behandeling van de wet is uitvoerig en herhaaldelijk ingegaan op de betekenis van het begrip individuele gezondheidszorg en welke (zorg)handelingen daaronder vallen. Duidelijk is dat het niet alleen gaat om curatieve of technische handelingen zoals opereren, maar ook om handelingen die erop gericht zijn te voorkomen dat de gezondheid van een individu wordt bedreigd of aangetast. Het kan dus ook gaan om advies en instructie of om onderzoek. Essentieel is dat het gaat om een gerichtheid op het individu en op diens gezondheid(stoestand). Zo is uitdrukkelijk bepaald dat bejaardenzorg, sportmassage en gezinsverzorging niet onder het begrip vallen omdat ze niet specifiek op de gezondheid van het individu gericht zijn.

*Collectieve gezondheidszorg:* zorg die betrekking heeft op groepen personen

*Openbare gezondheidszorg (ogz) en public health:* de term openbare gezondheidszorg is het Nederlandse equivalent van de internationale term public health. Voor de Nederlandse situatie is geen sluitende, algemeen aanvaarde definitie voorhanden, maar ogz heeft de volgende kenmerken:

- populatiegericht (gericht op de hele bevolking of groepen daaruit)
  - permanent (continu of intermitterend, bijvoorbeeld jeugdgezondheidszorg, bevolkingsonderzoek)
  - programmatisch (planmatig en doelgericht)
  - professioneel (gespecialiseerde professionele activiteit)
- (Bron: RVZ, april 1999, Samenwerken aan openbare gezondheidszorg)

Voor dit advies omschrijft de raad het begrip openbare gezondheidszorg als: die delen van de gezondheidszorg en het openbaar bestuur die zich doelbewust richten op de ziektepreventie en de bescherming en bevordering van de volksgezondheid.

*Collectieve preventie:* Interventies om de gezondheid van de bevolking of specifieke groepen daaruit te beschermen en te bevorderen en om ziektes op (sub)populatie-niveau te voorkómen (RVZ, 1999 (samenwerken aan openbare gezondheidszorg)

*Primaire preventie:* interventies om een ziekte te voorkómen door het wegnemen van de oorzaken. De doelgroep is de gezonde populatie en het streven is om door beïnvloeding van exogene en/of endogene determinanten de incidentie en prevalentie van ziekten en aandoeningen te verlagen (VTV, 1997).

*Secundaire preventie:* interventies om ziekten in een vroeg stadium op te sporen, daardoor eerder met behandelen te starten met als doel genezing te bewerkstelligen dan wel verergering van ziekte te voorkómen. De doelgroep omvat personen die ziek zijn, maar zich daarvan niet bewust zijn (VTV, 1997).

*Tertiaire preventie:* interventies om verergering of complicaties van ziekten te voorkomen. Deze interventies worden geacht onderdeel uit te maken van de reguliere behandeling, verpleging en verzorging. De doelgroep omvat personen die ziek zijn en bedreigd worden door vermijdbare complicaties.

*Programmatische preventie:* preventie volgens een vooraf vastgesteld programma gericht op een categorie personen met bepaalde risicokenmerken. De hulpverlener treedt actief en anticiperend op.

*Casuïstische preventie*: preventieve activiteit als onderdeel van een individueel hulpverleningsproces.

*Gezondheidstoestand*: gezondheid zoals beschreven in termen van objectief meetbare grootheden of indicatoren (VTV 1997)

*Indicator*: een meetbare grootheid die een beeld geeft van een bepaald aspect van de gezondheidstoestand (lichamelijk, psychisch, sociaal). Aggregatie van metingen op individueel niveau levert indicatoren op populatieniveau (VTV 1997)

*Gezondheidsindicatoren*: indicatoren waarmee de gezondheidstoestand van de bevolking kan worden geanalyseerd. Sterfte en zelfredzaamheid zijn daar voorbeelden van. Zie voor de verschillende typen indicatoren onderstaand overzicht.

*Verloren levensjaren*: aantal jaren dat personen die zijn overleden ten gevolge van een aandoening nog geleefd zouden hebben bij afwezigheid van de aandoening ten opzichte van een gekozen bovengrens (bijvoorbeeld de resterende levensverwachting) (VTV 1997)

*Samengestelde volksgezondheidsmaat*: berekende indicator waarin gegevens over morbiditeit en sterfte zijn gecombineerd; voorbeelden zijn de gezonde levensverwachting en de 'Disability Adjusted Life Years' (DALY's) (VTV 1997)

*QALY* 's: Quality Adjusted Life Years (een maat voor op sterfte en op kwaliteit van leven gecorrigeerde levensjaren)

*DALY*'s: Disability Adjusted Life Years (een maat voor een combinatie van verloren gezonde levensjaren vanwege voortijdige sterfte met verloren gezonde levensjaren als gevolg van gezondheidsgebreken)

De DALY kan als een internationaal gestandaardiseerde QALY worden beschouwd, waarbij de standaardisering betrekking heeft op de wijze van berekening van verliezen ten gevolge van mortaliteit en ten gevolge van gezondheidsgebreken. Waar de QALY wordt gebruikt als uitkomstmaat voor individuele interventies, wordt de DALY meer ingezet bij de vergelijking van 'performance' van gezondheidszorgsystemen en landen. (Rutten in 'De 'state of the art' van economisch evaluatieonderzoek in de gezondheidszorg, Bijlage 6 advies medische hulpmiddelen, november 1997)



*Intermediaire uitkomstmaat*: kenmerk gemeten aan de patiënt, dat een relevante verandering in diens gezondheidstoestand ten gevolge van een zorginterventie aangeeft dan wel voorspelt (VTV 1997)

### **Gezondheidsindicatoren**

<i>Type indicator</i>	<i>Indicatoren</i>
Aan- of afwezigheid van ziekte	<p><i>Incidentie</i> (het aantal nieuwe gevallen van of nieuwe personen met een bepaalde ziekte in een bepaalde periode, absoluut of relatief)</p> <p><i>Prevalentie</i> (het aantal gevallen of personen met een bepaalde ziekte op een bepaald moment (punt-prevalentie) of in een bepaalde periode, bijvoorbeeld per jaar (periode-prevalentie), absoluut of relatief)</p>
Functioneren en kwaliteit van leven	<p><i>Ervaren gezondheid</i> (te interpreteren als een overall maat voor de gezondheidgerelateerde kwaliteit van leven)</p> <p><i>Lichamelijke beperkingen</i> (onderscheiden in langdurige en tijdelijke beperkingen)</p> <p><i>Psychisch onwelbevinden</i> (gemeten aan de hand van vragen uit de 'ABS' over negatieve gevoelens)</p> <p><i>Handicaps</i> (gedefinieerd als 'maatschappelijke' gevolgen van ziekte)</p> <p><i>Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid</i> (als indicatoren van respectievelijk tijdelijke en meer langdurige beperkingen ten aanzien van het verrichten van arbeid)</p>
Mortaliteit	<p>Gegevens over <i>sterfte</i></p> <p><i>Levensverwachting</i> (het gemiddeld aantal nog te verwachten levensjaren op een bepaalde leeftijd)</p> <p><i>Verloren levensjaren</i> (aantal jaren dat personen die zijn overleden ten gevolge van een aandoening nog geleefd zouden hebben bij afwezigheid van de aandoening ten opzichte van een gekozen bovengrens) (bijvoorbeeld de resterende levensverwachting)</p>

<i>Type indicator</i>	<i>Indicatoren</i>
Samengestelde volksgezondheidsmaten	<p><i>Gezonde levensverwachting (GLV)</i> (geeft aan hoeveel 'gezonde' levensjaren men mag verwachten)</p> <p><i>Disability-Adjusted Life Year (DALY)</i> (een maat voor de totale hoeveelheid gezondheid die verloren gaat in een bevolking door ziekte of sterfte)</p>

Bron: ontleend aan gegevens in VTV, RIVM, 1997



## Bijlage 8

### Overzicht van in gebruik zijnde indicatoren voor de kwaliteit van zorg

Onderstaand wordt een overzicht gegeven van in gebruik zijnde indicatoren in de verschillende sectoren van de individuele gezondheidszorg om de kwaliteit van zorg te meten. De indicatoren zijn afkomstig uit het Tabellenboek kwaliteitssystemen, de stand van zaken per zorgsector in 2000 (Nivel, 2000).

#### **Thuiszorginstellingen LVT**

- Evaluaties van zorgplannen
- Overzicht van noodzakelijk geachte zorg versus gerealiseerde zorg
- Wachlijsten/tijden
- Ziekte en verloop van medewerkers
- Incidenten
- Klachten
- Andere indicatoren

#### **Gehandicaptenzorg**

- Het aantal zorgplannen in relatie tot het aantal cliënten
- Kwalitatieve controle van zorgplannen (bijv. ZIP-methode)
- Toegangstijden/wachlijsten
- Ziekte en verloop van medewerkers
- FOBO-registratie
- Klachten
- Andere indicatoren

#### **GGZ-instellingen**

##### *Input-indicatoren*

- Het aanbod van doelgroepen/cliënten
- De toegeleiding, indicatie(stelling) van cliënten
- De zorgzwaarte van de doelgroepen/cliënten

##### *Procesindicatoren*

- Wachtijden voor hulpverlening of (onderdelen van) zorgprogramma's
- Frequentie en duur van de hulpverlening per cliënt
- Wisselingen van 'hoofd-behandelaar'
- Aantal onvrijwillige opnames en dwangbehandelingen

- Aantal en aard van dwangmiddelen en maatregelen
- Percentage cliëntgebonden tijd van hulpverleners

#### *Uitkomstindicatoren*

- Aanwezige en ontslagen cliënten naar behandelduur en diagnose
- Aanwezige en ontslagen cliënten naar type hulpverlener of zorgprogramma
- Vermindering van klachten/stoornissen
- Mate van herstel in sociaal functioneren
- Tevredenheid van de cliënt over de hulpverlening
- Aantal klachten van cliënten
- Aantal drop-outs of eenzijdige verbreking van de behandeling

#### *Andere indicatoren*

#### **Verpleeghuizen**

- Evaluaties van zorgplannen
- Gegevens over zorgzwaarte wachtlijsten/tijden
- Ziekte en verloop van medewerkers
- Incidenten
- De klachtenregistratie
- Andere indicatoren

#### **Verzorgingshuizen**

- Evaluaties van zorgplannen
- Gegevens over zorgzwaarte
- Wachtlijsten/tijden
- Ziekte en verloop van medewerkers
- Incidenten
- Klachten
- Ander indicatoren

#### **Ziekenhuizen**

- Productiecijfers van afdelingen
- Medische outcome gegevens (bijv. complicaties)
- Toegangstijden (tot de eerste afspraak)
- Doorstroomtijden (van het totale zorgproces)
- Wachttijden (in de wachtkamer)
- Ziekte en verloop van medewerkers
- Formele klachtenregistratie
- Overzichten van ongenoegens en klachtenbemiddeling
- Andere indicatoren

**Gezondheidscentra**

- De productiecijfers (behandelingen, medicatie)
- Gegevens over uitkomsten van de hulpverlening (resultaat/outcome)
- Klachten
- Wachlijsten/tijden
- Ziekte en verloop van medewerkers

**Thuiszorginstellingen BTN**

- Evaluaties van zorgplannen
- Overzicht van noodzakelijk geachte zorg versus gerealiseerde zorg
- Wachlijsten/tijden
- Ziekte en verloop van medewerkers
- Incidenten
- Klachten
- Andere indicatoren



## Bijlage 9

### Lijst van afkortingen

AMA	American Medical Association
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIG	Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg
BPR	Business Process Redesign
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
fkq's	farmaciekostengroepen
HEDIS	Health Plan Employer Data and Information Set
LVGGD	Landelijke Vereniging van Gemeentelijke Gezondheidsdiensten
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
PEMBA	Wet premiedifferentiatie en marktwerking bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAO	Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WGBO	Wet Gemeenschappelijke Behandelovereenkomst
WHO	World Health Organization
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG).
WVF	Wet financiering volksverzekeringen
WVG	Wet voorzieningen gehandicapten (WVG)
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
ZFW	Ziekenfondswet





## Bijlage 10

### Literatuur

- Achterberg, P.W. en P.G.N. Kramers. Een gezonde start: sterfte rond de geboorte in Nederland: trends en oorzaken vanuit internationaal perspectief. Bilthoven: RIVM, 2001.
- Achterberg, P.W., P.G.N. Kramers en E.A. van der Wilk. Nederland Gezond beoordeeld?: analyse van internationaal vergelijkende rapporten over zorg en gezondheid. Bilthoven: RIVM, 2001.
- Ades, P.A. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. *The New England Journal of Medicine*, 345, 2001, no. 12, p. 892-902.
- Bennema, M., E.M. Sluijs en C. Wagner. Overzichtstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector 1990-2000. Utrecht: Nivel, 2000.
- Bergs, I. Het nut in perspectief: openbaarmaking van toegangstijden en wachttijden cure. *Prismant Magazine*, 2001, no. 4, p. 16-17.
- Bonsel, G.J. Wat heet beter. Oratie. Amsterdam: AMC, 2001.
- Born, P.H. en C.J. Simon. Patients and profits: the relationship between HMO financial performance and quality of care. *Health affairs*, 20, 2001, no. 2, p. 167-174.
- L. Breslow. Public Health and managed care: a California perspective. *Health Affairs*, 15, 1996, no. 1, p. 92-98.
- Chernew, M., G. Gowrisankaran en D.P. Scanlon. Learning and the value of information: the case of health plan report cards: working paper. Cambridge: National Bureau of Economic Research, 2001.
- Commers, M. en E. de Leeuw. Hoe beoordeelt de bevolking over gezondheidsdeterminanten?: inventarisatie en beschouwing. *TSG*, 79, 2001, no. 1, p. 39-48.

Commers, M.J. Determinants of health: Theory, Understanding, Portrayal, Policy. Proefschrift. Universiteit Maastricht, 2001.

Cools H.J.M. en J.W.A. Swen. Minder sterfte en meer zelfredzaamheid: CVA-service hept direct. Medisch Contact, 56, 2001, no. 20, p. 781-783.

Danen, S.C.A. en M.L.C. Telgenkamp. Verzekerd van preventie?: de rol van zorgverzekeraars bij (programmatische) preventie. Utrecht: Onderzoeksbureau Berenschot. 2001.

Deeg, D.J.H., et al. (red.) Ouder worden in Nederland: tien jaar longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). Amsterdam: Thela-Thesis, 2000.

Delnoij, D., N. Klazinga en K. Stronks. Gevraagd: Nieuwe deltawerken in de gezondheidszorg: een leidraad voor de stelsel-discussie. S&D, 2001a, no. 2, p. 10-19.

Delnoij, D.M.J., I.K. Glasgow en N.S. Klazinga. Naar een nieuwe architectuur van het Nederlandse zorgsysteem: een discussienota over de wenselijke organisatie van het zorgaanbod als fundament voor de stelselherziening. Amsterdam: AMC/Universiteit van Amsterdam, 2001b.

Department of Health. Vision to Reality. Londen: Department of Health, 2001.

Fossen, J.A., et al. De correspondentie van een kaakchirurg. Medisch Contact, 56, 2001, no. 39, p. 1422-1425.

Fulop, N., et al. Lessons for health strategies in Europe: the evaluation of a national health strategy in England. European Journal of Public Health, 10, 2000, no. 1, p. 11-17.

Gemke, R.J.B.J. Outcome assessment of pediatric intensive care: principles and applications. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1994.

Gezondheidsraad. Van implementeren naar leren: het belang van tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap in de gezondheidszorg. Den Haag: Gezondheidsraad, 2000.

Gezondheidsraad. Urine-incontinentie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2001.

Grinten, T.E.D. van der. Het ontstaan van de volksgezondheid als publiek domein. *Medisch Contact*, 47, 1992, no. 36, p. 1031-1032.

Groenewegen, P.P. en G. van der Wal. De toestand van de Nederlandse gezondheidszorg: behoefte aan genuanceerde en concrete maatstaven. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 145, 2001, no. 36, p. 1722-1725.

Gunning-Schepers, L.J. en L.M. van Heteren. Targets in health policy. *European Journal of Public Health*, 2000, no. 10, p. 2-6.

Hemingway, H., et al. Underuse of coronary revascularization procedures in patients considered appropriate candidates for revascularization. *The New England Journal of Medicine*, 344, 2001, no. 9, p. 645-654.

Herten, L. van. Health policies on targets? Review on health target setting in 18 European countries. *European Journal of Public Health*, 2000, no. 10, p. 11-16.

Herten, L.M. van. Health targets, navigating in health policy; Gezondheidsdoelen: navigeren in gezondheidsbeleid. Proefschrift Amsterdam. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2001.

Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*: Washington, D.C.: National Academy Press, 2001.

Kansen voor de inwendige geneeskunde: in de spreekkamer is het number needed to treat altijd één. *Medisch Contact*, 56, 2001, no. 22, p. 860-862.

Kassirer, J.P. The quality of care and the quality of measuring it. vol *The New England Journal of Medicine*, 329, 1993, no. 17, p. 1263-.

Klein Ikkink, K. en C. Wagner. *De relatie tussen kwaliteits(deel)systemen en de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen*. Utrecht: Nivel, 2000.

Kramers, P.G.N., P.W. Achterberg en E.A. van der Wilk. Leren van het buitenland: gezondheid en zorg internationaal vergeleken: een samenvatting van drie studies. Bilthoven: RIVM, 2001.

Kramers, P.G.N., P.W. Achterberg en E.A. van der Wilk. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg in internationaal perspectief: achtergronden en implicaties voor beleid. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde, 145, 2001, no. 36, p. 1752-1755.

Kwaliteitssysteem laat nog even op zich wachten. Nieuwsreflex-bericht 11 10 2001 Medisch Contact.

Levi, M. Kansen voor de inwendige geneeskunde. Rede. Amsterdam: Vossiuspers UvA, 2001.

Maassen, H. 'Gezondheidszorg afrekenen op het effect op gezondheid. Medisch Contact, 56, 2001, no. 29/30, p. 1100-1102.

Mackenbach, J. Het meesterschap van Daedalus: oer paradigma, succes en toekomst van de maatschappelijke gezondheidszorg. Rotterdam: Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, 2001.

Mays, G.P., et al. How managed care plans contribute to public health practice. Inquiry, 37, 2000/2001, 389-410.

Mckee, M. en P. Berman. Health targets in Europe: learning from experience. European Journal of Public Health, 2000, no. 10, p. 1.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zorgnota 2001. Den Haag: VWS, 2000.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zorgnota 2002. Den Haag: VWS, 2001.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Vraag aan bod: hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel. Den Haag: VWS, 2001.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brancherapport Volksgezondheid. Deelrapport Care: een eerste proeve. Den Haag: VWS, 2001.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.  
Brancherapport Volksgezondheid. Deelrapport Cure: een eerste proeve. Den Haag: VWS, 2001.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.  
Brancherapport Volksgezondheid. Deelrapport Preventie: een eerste proeve. Den Haag: VWS, 2001.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.  
Brancherapport Volksgezondheid. Deelrapport Geestelijke Gezondheidszorg en Maatschappelijke Zorg: een eerste proeve. Den Haag: VWS, 2001.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.  
Brancherapport Welzijn & Sport: een eerste proeve. Den Haag: VWS, 2001.

Mukamel, D.B. en A.I. Mushlin. The impact of quality report cards on choice of physicians, hospitals, and HMO's: a midcourse evaluation. *The Joint Commission*, 27, 2001, no. 1, p. 20-27.

Nayler, C.D. en D. Phil. What is appropriate care? *The New England Journal of Medicine*, 338, 1998, no. 26, p. 1918-1920.

Netherlands School of Public Health. Public health is het stelsel: een manifest. Utrecht: NSPH, 2001.

NSH Direct: A new gateway to healthcare. Cambridge: NHS direct, 2000.

Ouwelant, W. van den en J. van der Kamp. Het bevorderen van public health: interview met Paul Schnabel. *GGD Nieuws*, december 2000, p. 11-14.

Perleth, M., E. Jakubowski en R. Busse. What is 'best practice' in health care? State of the art and perspectives in improving the effectiveness and efficiency of the European health care systems. *Health Policy*, 56, 2001, p. 235-250.

Phelps, C.E. The methodologic foundations of studies of the appropriateness of medical care. *The New England Journal of Medicine*, 329, 1993, no. 17, p. 1241-1245.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Professionals in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 1999.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Samenwerken aan openbare gezondheidszorg. Zoetermeer, RVZ, 1999.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Gezond zonder zorg. Zoetermeer, RVZ, 2000.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Gezondheid in al haar facetten: achtergrondstudie. Zoetermeer: RVZ, 2000.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De rollen verdeeld. Zoetermeer: RVZ, 2000.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Care en cure. Zoetermeer: RVZ, 2000.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Medische-specialistische zorg in de toekomst. Zoetermeer: RVZ, 2001.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren. Zoetermeer: RVZ, 2001.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie). Zoetermeer: RVZ, 2001.

Robinson, J.C. The end of managed care. JAMA, 285, 2001, no. 20, p. 2622-2628.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997: De som der delen. Bilthoven; Utrecht: RIVM, Elsevier/De Tijdstroom, 1997.

Selby, J.V., et al. Variation among hospitals in coronary-angiography practices and outcomes after myocardial infarction in a large health maintenance organization. The New England Journal of Medicine, 335, 1996, no. 25, p. 1888-1896.

Sluijs, E.M. en C. Wagner. Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken in 2000 met bijlage: Tabellenboek kwaliteitssystemen. Utrecht: Nivel, 2000.

Sociaal en Cultureel Planbureau. Bedreven en gedreven: een heroriëntatie op de rol van de Rijksoverheid in de samenleving. Den Haag: SCP, 2001.

Shekelle, P.G., et al. The reproducibility of a method to identify the overuse and underuse of medical procedures. *The New England Journal of Medicine*, 338, 1998, no. 26, p. 1888-1895.

Thien, W.M.A.H. en A.A.W. Kalis. Public health en de inrichting van de gezondheidszorg. *TSG*, 79, 2001, no. 4, p. 207-208.

Treurniet, H.F. Kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg: ontwikkeling van uitkomstindicatoren. Proefschrift Erasmus Universiteit. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1999.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Patiënten/consumentenbeleid. *Nota Met zorg kiezen*. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2000-2001. No. 27807-2.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Sport, bewegen en gezondheid. *Nota Sport, bewegen en gezondheid*. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2000-2001. No. 27841-2.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Vaststelling van de begroting en ontvangsten van het Ministerie van VWS voor het jaar 2001. Standpunt betreft het rapport van de Adviescommissie IGZ. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2000-2001. No. 27400 XVI-94.

US Department of Health and Human Services. Prevention and Managed Care: Opportunities for Managed Care Organizations, Purchasers of Health Care, and Public Health Agencies. *MMWR: morbidity and mortality weekly report*, 44, 1995, RR-14, p. 1-12.

Veen, E. van der. Zorgverzekeraars en openbare gezondheidszorg: een paar apart. *TSG*, 79, 2001, no. 4, p. 202-203.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. *Rapporten aan de Regering: Volksgezondheidszorg*. Den Haag: Sdu Uitgevers, 1997. (no. 52)



Wilk, E.A. van der. Lange leve Nederland!: een analyse van trends in de Nederlandse levensverwachting in een Europese context. Bilthoven, RIVM, 2001.

## Bijlage 11

### Overzicht publicaties RVZ

De publicaties zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op bankrekeningnummer 19.23.24.322 t.n.v. VWS te Den Haag, o.v.v. RVZ en het desbetreffende publicatienummer.

#### Adviezen en achtergrondstudies

01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)	30,00	EUR	13,61
01/10	Volksgezondheid en zorg	30,00	EUR	13,61
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	30,00	EUR	13,61
01/08	Verzekeraarbaarheid van nieuwe gezondheids- risico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	30,00	EUR	13,61
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren	30,00	EUR	13,61
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkennende studie)	25,00	EUR	11,34
01/04 <sup>E</sup>	Healthy without care	20,00	EUR	9,08
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)	42,50	EUR	19,29
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	15,00	EUR	6,81
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	30,00	EUR	13,61
00/03	De rollen verdeeld	30,00	EUR	13,61
99/26	Care en cure	25,00	EUR	11,34
99/25	Over Schotten in care en cure: opvattingen en werkwijzen (achtergrondstudie bij Care en cure)	25,00	EUR	11,34
99/23	Gezond zonder zorg: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	20,00	EUR	9,08
99/22	Allochtonen cliënten en geestelijke gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Interculturalisatie van de gezondheidszorg)	20,00	EUR	9,08
99/21	Interculturalisatie van de gezondheidszorg	25,00	EUR	11,34
99/20	Gezondheid in al haar facetten (TNO achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	20,00	EUR	9,08
99/19	Gezond zonder zorg	20,00	EUR	9,08
99/18	Over e-health en cybermedicine			

	(achtergrondstudie bij Patiënt en Internet)	35,00	EUR	15,88
99/17 <sup>E</sup>	The Patiënt and the Internet	25,00	EUR	11,34
99/17	Patiënt en Internet	20,00	EUR	9,08
99/16	Gender en professionals in de gezondheidszorg: resultaten van een expertmeeting (achtergrondstudie bij Professionals in de gezondheidszorg)	20,00	EUR	9,08
99/15	Professionals in de gezondheidszorg	40,00	EUR	18,15
99/14	De Nederlandse zorgverzekering in het licht van het recht van de EG (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	25,00	EUR	11,34
99/13	Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel in Europa: een economische verkenning (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	25,00	EUR	11,34
99/12	The role of the European Union in Healthcare (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	25,00	EUR	11,34
99/11	Een nieuw drugsbeleid? Voor- en nadelen van de legalisering van drugs	30,00	EUR	13,61
99/10	Europa en de gezondheidszorg	25,00	EUR	11,34
99/10 <sup>E</sup>	Europe and health care	30,00	EUR	13,61
99/09	Ethiek met beleid	25,00	EUR	11,34
99/06	Technologische, juridische en ethische aspecten van biotechnologie (achtergrondnota bij Octrooiering biotechnologie)	25,00	EUR	11,34
99/05	Octrooiering biotechnologie	30,00	EUR	13,61
99/04	Koppelings- en sturingsmechanisme: vergelijkende sectorstudie (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	25,00	EUR	11,34
99/03	Dossier verslaving en verslavingszorg (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	25,00	EUR	11,34
99/02	Verslavingszorg herijkt	25,00	EUR	11,34
98/10	Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Samenwerken aan openbare gezondheidszorg)	25,00	EUR	11,34
98/09	Samenwerken aan openbare gezondheidszorg	25,00	EUR	11,34
98/08	Zelftests	25,00	EUR	11,34
98/07	Maatschappelijk ondernemen in de zorg (achtergrondnota bij Tussen markt en overheid)	25,00	EUR	11,34
98/06	Tussen markt en overheid	20,00	EUR	9,08
98/05	Transmurale zorg: redesign van het zorgproces (achtergrondstudie bij Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief)	20,00	EUR	9,08
98/04	Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief	25,00	EUR	11,34
98/01	Naar een meer vraaggerichte zorg	30,00	EUR	13,61

97/20	Besturen in overleg	30,00	EUR	13,61
97/19	Verzekeraars op de zorgmarkt	20,00	EUR	9,08
97/18	Stimulering doelmatig gedrag (achtergrondnota bij Prikkels tot doelmatigheid)	20,00	EUR	9,08
97/17	Prikkels tot doelmatigheid	20,00	EUR	9,08
97/16	De ggz als vuilharmonisch orkest (essay)	10,00	EUR	4,54
97/15	Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening (achtergrondstudie bij Farmaceutische zorg)	25,00	EUR	11,34
97/14	Farmaceutische zorg (door arts en apotheker)	25,00	EUR	11,34
97/13	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw (achtergrondstudies)	40,00	EUR	18,15
97/12	Met zorg wonen, deel 2: Naar een nieuwe samenhang tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	40,00	EUR	18,15
97/11	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw	20,00	EUR	9,08
97/10	Medische hulpmiddelen	30,00	EUR	13,61
97/09	De toekomst van de AWBZ	30,00	EUR	13,61
97/07	Beter (z)onder dwang (achtergrondstudie)	20,00	EUR	9,08
97/06	Beter (z)onder dwang	25,00	EUR	11,34
97/05	Met zorg wonen, deel 1: De relatie tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	25,00	EUR	11,34
97/04	Internationale dimensie volksgezondheidsbeleid	25,00	EUR	11,34
97/03	Waardebepaling geneesmiddelen als beleidsinstrument	25,00	EUR	11,34
96/13	Thuis in de ggz (achtergrondstudie)	25,00	EUR	11,34
96/12	Thuis in de ggz	30,00	EUR	13,61
96/11	Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming	25,00	EUR	11,34
96/10	Strategische beleidsvragen zorgsector	15,00	EUR	6,81
96/09	Informatietechnologie in de zorg	30,00	EUR	13,61
96/08	Stand van zaken: preventie en ouderen (achtergrondstudie)	25,00	EUR	11,34
96/07	Preventie en ouderen	25,00	EUR	11,34
96/06	Fysiotherapie en oefentherapie	20,00	EUR	9,08
96/05	Herverdeling onbetaalde zorgarbeid	15,00	EUR	6,81
96/04	Sociale zekerheid en zorg	20,00	EUR	9,08
96/03	Persoonlijke levenssfeer: privacy in verpleeghuizen	20,00	EUR	9,08
96/02	Planning en bouw in België en Duitsland	15,00	EUR	6,81
96/01	Programmatistische jeugdzorg	20,00	EUR	9,08
<b>Bijzondere publicaties</b>				
01M/01 <sup>E</sup>	E-health in the United States	25,00	EUR	11,34
01M/01	E-health in de Verenigde Staten	20,00	EUR	9,08
01/03	Publieksversie Verzekerd van zorg	15,00	EUR	6,81
01/02	De RVZ over het zorgstelsel	20,00	EUR	9,08
01/01	Management van beleidsadvisering	25,00	EUR	11,34

99/24	Evaluatie en actie	gratis		gratis
99/08	De trend, de traditie en de turbulentie	gratis		gratis
99M/01	Van Biotech Bay en Biotech Beach tot Genetown	30,00	EUR	13,61
95/WZV	Een nieuw accommodatiebeleid voor de zorgsector: advies over de herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen	15,00	EUR	6,81
- -	Volksgezondheid met beleid	gratis		gratis
	Advies Zorgarbeid in de toekomst (ISBN 90-399-1535-0)	39,50	EUR	17,92
	Achtergrondstudie Zorgarbeid in de toekomst (ISBN 90-399-1536-9)	39,50	EUR	17,92
	De publicaties Zorgarbeid in de toekomst zijn te bestellen bij: SDU-uitgevers, Servicecentrum/Verkoop Postbus 200014, 2500 EA Den Haag Telefoonnummer: 070 378 98 80, fax: 070 378 97 83			
	<b>Werkprogramma's</b>			
00/02	Werkprogramma RVZ 2001 – 2002	gratis		gratis
99/07	Werkprogramma RVZ 2000	gratis		gratis
98/03	Werkprogramma RVZ 1999	gratis		gratis
97/08	Adviesprogramma RVZ 1998	gratis		gratis
97/01	Adviesprogramma RVZ 1997	gratis		gratis
	<b>Jaarverslagen</b>			
01/06	Jaarverslag 2000 RVZ	gratis		gratis
00/01	Jaarverslag 1999 RVZ	gratis		gratis
99/01	Jaarverslag 1998 RVZ	gratis		gratis
98/02	Jaarverslag 1997 RVZ	gratis		gratis
97/02	Jaarverslag 1996 RVZ	gratis		gratis
	<b>Magazines</b>			
98M/01	Magazine bij het advies Met Zorg wonen, deel 2	3,50	EUR	1,59
98M/02	Magazine bij het advies Geestelijke Gezondheidszorg	3,50	EUR	1,59



**Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**

Postbus 7100  
2701 AC Zoetermeer  
Tel 079 368 73 11  
Fax 079 362 14 87  
E-mail [mail@rvz.net](mailto:mail@rvz.net)  
URL [www.rvz.net](http://www.rvz.net)

**Colofon**

Ontwerp: 2D3D, Den Haag  
Fotografie: Eric de Vries  
Druk: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,  
Zoetermeer;  
De Longte Dordrecht, omslag  
Uitgave: 2001  
ISBN: 90 5732 089 4

*U kunt deze publicatie bestellen door overmaking van f 30,-- of  
EUR 13,61 op bankrekeningnummer 19 23 24 322 ten name van  
VWS te Den Haag onder vermelding van RVZ en publicatienummer  
01/10*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg