

Tot de klant gericht

Wendy van der Kraan
Onno van Rijen

Conclusies van de invitational conference *Van patiënt tot klant*,
gehouden op 16 december 2003 in Nieuwspoor te Den Haag

Zoetermeer, 2004

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
2	Het resultaat	6
3	De problemen	8
4	Naar meer klantgericht handelen	12
4.1	Meer gebruik maken van de deskundigheid van patiënten/cliënten	12
4.2	Onderzoek vanuit patiënten/cliëntenperspectief stimuleren	16
4.3	Vergelijkende informatie toegankelijk maken	17
4.4	Persoonsgebonden budget (pgb) in de zorg uitbreiden	18
4.5	Patiënten/cliëntenorganisaties meer betrekken bij afspraken in de zorg	20
4.6	Patiënt/cliëntgerichtheid van zorgverleners belonen	20
4.7	Onafhankelijke ondersteuning/begeleiding faciliteren	21
4.8	Integratie van cure, care, wonen en welzijn	22
4.9	Conclusie	23

Bijlagen

1	Suggesties van degenen die zich hebben aangemeld voor de invitational conference <i>Van patiënt tot klant</i>	24
2	Meest kansrijke manieren om de positie van patiënten/cliënten te verbeteren	33
3	Lijst van afkortingen	37
4	Literatuur	38
5	Overzicht publicaties RVZ	40

Invitational Conference, Patiënt wordt klant

Dominique Fngers, 16 december 2003

1 Inleiding

In september 2003 is het RVZ-advies Van patiënt tot klant gepubliceerd. De centrale vraag die op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport door de RVZ beantwoord is, luidde: “Op welke manier kunnen zorgaanbieders worden geprikkeld om zich te richten naar de vragen en informatiebehoefte van de zorggebruiker en zijn er extra prikkels nodig om hen vraaggericht te laten werken?”.

De vier hoofdpunten van dit advies, zijn:

1. Patiënten (cliënten in de zorg) dienen zoveel als mogelijk klanten te worden zoals dat in de meeste andere sectoren van de samenleving het geval is. Marktwerking en concurrentie in de zorg zijn hiervoor noodzakelijk. Dit houdt onder meer in dat er voldoende zorgaanbod moet zijn; een lichte overcapaciteit aan professionals is nodig.
2. Cliënten dienen de keuze te hebben tussen zorg in natura, zorg gekoppeld aan een systeem van restitutie of, waar mogelijk, zorg op basis van een persoonsgebonden budget.
3. Dit houdt in dat cliënten niet alleen in de care (AWBZ-gefinancierde zorg), maar ook in delen van de cure (tweede compartimentszorg) persoonsgebonden budgetten moeten kunnen krijgen.
4. Organisaties van cliënten en patiënten moeten bij de zorg-inkoop door verzekeraars (zorg in natura) betrokken worden.

Door het ministerie is opgemerkt dat het advies zich sterk op het niveau van het zorgsysteem beweegt. Men zou daarnaast graag voorstellen voor concrete maatregelen zien waardoor de positie van de zorgconsument versterkt wordt en waardoor gekomen wordt tot de omslag die dit advies beoogt. Dit was voor de RVZ mede reden om op 16 december 2003 een invitational conference te houden. Het resultaat van deze conferentie is vastgelegd in deze publicatie.

Aanbevelingen van de Raad, de klant moet vrijelijk kunnen kiezen

pgb, of in natura? En ging de verzekeraar hier verliezen?!

Gereguleerde marktwerking, een omslag is waar we op hopen

Het product gezondheidszorg is iets anders dan een bankstel kopen.

De zorgaanbieder klantvriendelijker, de dokters beter opgeleid

Maar toch worden ze meegesleurd in het systeem van de huidige tijd.

De deur achter ging open, was daar misschien de dokter al?

“De ene consument is de ander niet” ging Le Grand onverstoorbaar door Nee, de één denkt: Ik kom op tijd, de ander: Het kan me niet schelen als ik

2 Het resultaat

Aan de conferentie namen circa 80 personen deel. Ongeveer 45% van hen was afkomstig van patiënten- of cliëntenorganisaties; meer dan 20% kwam uit de kring van de zorgaanbieders, 20% had een andere achtergrond (zorgverzekeraars, overheid, bedrijfsleven, enz.) en van 15% was de achtergrond onbekend.

Voorafgaand aan de invitational conference is aan degenen die zich voor de conferentie inschreven, gevraagd om op een formulier aan te geven welke de beste drie manieren zijn om de positie van patiënten/cliënten te verbeteren. Dit leidde tot bijna tweehonderd suggesties; bijlage 1 bevat een overzicht van deze suggesties.

Deze suggesties zijn vervolgens geclusterd tot twintig onderwerpen en wederom aan de deelnemers voorgelegd met de vraag om aan te geven welke van deze suggesties de beste vijf manieren zijn om de positie van de zorgvrager te versterken. In bijlage 2 zijn deze twintig onderwerpen genoemd. Via de website van de RVZ is hetzelfde gevraagd aan degenen die de RVZ-website bezochten. De acht suggesties met de hoogste score in deze enquête zijn in tabel 2.1 opgenomen.

Tabel 2.1 Hoe kan de positie van patiënten/cliënten het best verbeterd worden?

	IC	IE	Totaal
1 Meer gebruik maken van de deskundigheid van patiënten/cliënten	29	39	68
2 Onderzoek vanuit patiënten/cliëntenperspectief stimuleren	25	25	50
3 Vergelijkende informatie toegankelijk maken	26	23	49
4 Persoonsgebonden budget (pgb) in de zorg uitbreiden	20	25	45
5 Patiënten/cliëntenorganisaties meer betrekken bij afspraken in de zorg	22	22	44
6 Patiënt/cliëntgerichtheid van zorgverleners belonen	17	27	44
7 Onafhankelijke ondersteuning/begeleiding faciliteren	20	22	42
8 Integratie van cure, care, wonen en welzijn	17	24	41

IC = Uitslag Stemming Invitational Conference
IE = Uitslag Stemming Internet Enquête

In hoofdstuk 3 wordt kort uiteengezet welke problemen patiënten en cliënten in de praktijk ondervinden. Deze beschrijving is afgeleid van een inventarisatie van ervaren problemen die bij de voorbereiding van het advies Van patiënt tot klant is gemaakt.

In hoofdstuk 4 worden de acht hiervoor genoemde manieren toegelicht. Input hiervoor zijn het tijdens de bijeenkomst van 16 december 2003 bediscussieerde, het RVZ-advies Van patiënt tot klant, bilateraal overleg met betrokkenen en belanghebbenden, en literatuur, waarvan een deel in de voor de bijeenkomst samengestelde reader was opgenomen.

“Gij zult naar uw patiënten luisteren!” en als gij dat niet doet? Hoe zullen wij u dan bestraffen? Niemand weet goed hoe dat moet.

Je op marktconforme wijze laten leiden door de behoefte van de patiënt Mark die voelde zich vereerd

De zorgconsumptie moet voorspelbaar zijn, dan kan het pgb

Het advies erg op systeemniveau, de praktijk deed niet zo mee.

Initiatieven op het scherm, die onoverzichtelijk leken

Maar die inzichtelijk werden toen we ze volgens Mark's ordeningen bekeken.

Doelstellingen, sectoren, Mark sprak van de bomen en het bos

Liet toen in gekleurde vlakken wat domeinen op ons los.

3 De problemen

Alhoewel volgens het in de zorg gebezigde adagium de patiënt centraal staat, blijkt dit in de praktijk meer dan eens niet het geval te zijn. Dit uit zich in problemen van diverse aard.

Voor burgers die zorg nodig hebben is het vaak moeilijk om (de juiste) zorg te krijgen. Dit komt mede door de bestaande wachtlijsten. Bij bepaalde ziekten kan alleen al het proces van de diagnosestelling tot meer dan acht maanden oplopen.

In een aantal regio's blijkt de bereikbaarheid en de beschikbaarheid van huisartsen en tandartsen onvoldoende te zijn.

Zorgaanbieders bepalen veelal welke zorg wanneer geleverd wordt. De informatie over hetgeen ze aan zorg leveren en hoe ze de zorg leveren, is gebrekkig. Inspraakmogelijkheden hierbij zijn onvoldoende en keuzemogelijkheden ontbreken veelal. Keuzemogelijkheden worden ook beperkt door relaties tussen ziekenhuizen en/of specialisten en leveranciers van medische hulpmiddelen; dit kan ook gelden voor de relaties tussen zorgverzekeraar en leverancier.

Arts tegen een patiënt die zijn klachten toelicht: "U bent integer en betrouwbaar en ik geloof u ook wel, maar de laboratoriumgegevens ondersteunen uw verhaal niet".

Citaat uit invitational conference van 16 december 2003.

Wanneer de burger als patiënt in het zorgcircuit terecht is gekomen, wordt deze nogal eens als ziektebeeld of als werkvoorraad gezien in plaats van als een individu dat oplossingen zoekt om weer optimaal te kunnen functioneren. Bij de planning van tijdstippen van consult, diagnostiek en behandeling is het uitgangspunt veelal: de aanbieder bepaalt en de cliënt heeft tijd genoeg. Binnen instellingen geldt meer dan eens: 'regel is regel'. Zo moet de patiënt bij ziekenhuisopname vaak de door hem of haar gebruikte geneesmiddelen afgeven en neemt het ziekenhuis deze in beheer en verstrekt ze op door het ziekenhuis vastgestelde tijdstippen, terwijl de patiënt dit beter zelf zou kunnen managen.

Wanneer patiënten bij een instelling een klacht indienen, leiden gegrond geachte klachten in een deel van de gevallen niet tot aanpassing van de werkwijze, terwijl dit wel zou moeten.

In de thuiszorg wordt in bepaalde gevallen met cliëntonvriendelijke protocollen gewerkt. Ze zijn vaak vanuit belang en werkwijze van de organisatie opgesteld, zonder dat de consequenties ervan voor de cliënt goed zijn doordacht. Landelijke richtlijnen zijn wel toegankelijk; lokale vaak niet of nauwelijks.

Niet altijd wordt voldoende naar de patiënt geluisterd. Dit kan er mede toe leiden dat het dossier niet de juiste informatie bevat. Ook wordt de patiënt niet altijd geïnformeerd over de alternatieven die er qua diagnostiek en/of behandeling bestaan. De patiënt moet zich in zo'n geval maar aanpassen aan 'hoe het nu eenmaal gaat'. Er is dan gebrek aan gelijkwaardig overleg.

Arts tegen een patiënt: "Ik denk dat ik je een chemokuur geef", zonder de patiënt te vragen wat deze daar zelf van vindt.

Citaat uit invitational conference van 16 december 2003.

De voorlichting over de gevolgen van ziekte, inclusief de financiële aspecten ervan en over de wijze van het verkrijgen van second opinion, laat in veel gevallen te wensen over. Ook komt het voor dat de patiënt niet of te laat wordt doorverwezen naar een gespecialiseerd centrum waar wel de noodzakelijke deskundigheid aanwezig is.

Arts tegen een patiënt, wanneer hij medisch gezien geen mogelijkheden meer ziet: "U moet er maar mee leren leven", zonder aan te geven welke hulpmiddelen en voorzieningen er zijn om het leven nog zo goed mogelijk in te richten.

“Je wilt niet hoeven kiezen, maar kunnen vertrouwen op kwaliteit.”

“Gelaagd aanbieden is de beste route” wilde Mark nog aan ons kwijt.

De patiënt/cliënt bestaat niet, de kritische burger die kost tijd

“Mensen hebben geen weet van verschillen tussen aanbieders,

dat is een bewezen feit!”

De metaforen niet van de lucht, aan het begin van deze rede

Over de AWBZ deelde Van Hoorn ons toen wat mede. *Verandert er wel eens iets in Nederland? Mensen, dat zal toch nie?*

Pgb in de cure is facultatief, dus niet verplicht. *Gaat het om wat goed voor de burger is, of voor de bureaucratie?*

“Veel chronisch zieken zijn deskundig” werden we door Van Hoorn onderricht. *De burgers mochten reageren, Els Borst die sprong als eerste op.*

Door professionals wordt onvoldoende rekening gehouden met de ervaringsdeskundigheid van patiënten/cliënten. De ervaringen van patiënten/cliënten die een toegevoegde waarde hebben bij de medisch inhoudelijke aspecten, worden daardoor onvoldoende benut.

Met de thuissituatie van patiënten/cliënten wordt vaak te weinig rekening gehouden. Psychosociale consequenties van ziekte krijgen onvoldoende aandacht.

“In het ziekenhuis kreeg ik een speciaal bed om decubitus te voorkomen. Bij ontslag uit het ziekenhuis vroeg ik mijn verzekeraar om zo’n bed, omdat ik nog geruime tijd op bed zou moeten liggen. Dit bleek niet snel te realiseren, aangezien daarover meerdere mensen een oordeel zouden moeten geven. Ik kocht daarop zelf zo’n bed, maar kreeg de kosten niet vergoed omdat ik niet de juiste procedure had gevolgd.”
Citaat uit invitational conference van 16 december 2003.

Ook de kwaliteit van de zorg is niet altijd zoals deze behoort te zijn. Medisch-inhoudelijke protocollen worden vaak niet gevolgd. Ongewenste interacties tussen geneesmiddelen worden over het hoofd gezien. De communicatie tussen zorgverleners is niet altijd optimaal. Dit resulteert onder meer in onnodige ziekenhuisopnamen (bijvoorbeeld door medicatiefouten), ziekenhuisinfecties, onnodig vóórkomen van decubitus en zelfs overlijden.

Zorgaanbieders doen onvoldoende aan het toepassen van de kwaliteitswet, de klachtwet, de medezeggenschapswet en de WGBO. Handhaving ervan vindt onvoldoende plaats.

Het voorgaande is niet bedoeld als een uitputtende opsomming van problemen als gevolg van het ontbreken van een klantgerichte benadering. Het zijn wel ervaringen uit de praktijk die zijn aangedragen door patiënten en hun organisaties. Ook wil deze beschrijving niet zeggen dat er louter problemen zijn. Gelukkig kan het er ook anders aan toegaan in de praktijk. Een aantal voorbeelden hiervan wordt in het volgende hoofdstuk genoemd. Deze voorbeelden zijn ingebed in de beschreven mogelijkheden om zorgaanbieders te stimuleren klantgericht te handelen.

Hans Goossens sprak over de Wet BIG, over alternatief en regulier. *Aliene Saers, van Per Saldo, roerde toen haar mondje hier.*

En bij zeldzame aandoeningen valt het aanbod vaak niet mee

Die mevrouw daar kon het weten, want zij had er zelfs twee!

“Je verzekert je voor een onverwacht onheil” gaf een heerschap te verstaan

4 Naar meer klantgericht handelen

Dit hoofdstuk bevat acht maatregelen die stimuleren dat zorgaanbieders klantgericht handelen. De volgorde is gebaseerd op de uitkomst van de invitational conference van 16 december 2003 en de in december 2003 via internet gehouden enquête.

4.1 Meer gebruik maken van de deskundigheid van patiënten/cliënten

Met name wanneer patiënten langdurig ziek zijn, ontwikkelen ze ervaringsdeskundigheid die meer door zorgaanbieders benut zou kunnen en moeten worden om het zorgaanbod vorm te geven. In een interview geeft Van Bennekom aan dat zeker naarmate mensen langer ziek zijn, de meerwaarde van medische behandelingen afneemt en dat andere aspecten die de kwaliteit van leven nog bevorderen, zoals aandacht en goede verzorging een grotere rol gaan spelen¹. De ervaringsdeskundigheid van patiënten kan gebruikt worden om andere patiënten voor te lichten en te informeren, maar zij is ook belangrijke informatie voor een goede afstemming van de zorg op de behoefte van de zorgvrager.

De ervaringsdeskundigheid van patiënten/cliënten kan ten minste op de volgende manieren ten nutte gemaakt worden:

- a** voor onderwijsdoeleinden en (bij- en na-)scholing van beroepsbeoefenaren in de zorg;
- b** voor de opstelling van richtlijnen voor onderzoek en behandeling;
- c** voor de evaluatie van verleende zorg, bijvoorbeeld voor het geven van kwaliteitsoordelen of het entameren van zorgvernieuwingsprojecten;
- d** voor de inkoop van zorg door zorgverzekeraars of andere zorginkopers, zoals gemeenten;
- e** voor onderzoeksdoeleinden, bijvoorbeeld de verzameling van effecten van verleende zorg ten behoeve van (verder) onderzoek, zoals geneesmiddelenonderzoek.

Onderwijsdoeleinden en (bij- en na-)scholing van beroepsbeoefenaren in de zorg

Voor een optimale zorgverlening is het niet alleen nodig om (medisch) inhoudelijk geschoold te zijn, maar ook vanuit de optiek van de zorgvrager bekend te zijn met de betekenis en gevolgen van het leven met een (chronische) aandoening en de wensen ten aanzien van de zorgverlening². Inschakeling van

patiënten in het onderwijs leidt tot betere vaardigheden en een andere houding ten opzichte van patiënten³. De zorgvrager kan op verschillende manieren betrokken worden bij de opleiding van zorgverleners in de gezondheidszorg. Het verdient aanbeveling dat hun deskundigheid een structurele plaats krijgt binnen de opleidingen van beroepsbeoefenaren in de zorg.

Opstelling van richtlijnen voor onderzoek en behandeling

Daarnaast kan de ervaringsdeskundigheid van patiënten/cliënten benut worden voor het opstellen van richtlijnen en protocollen. Het CBO heeft een methodiek beschreven om tot richtlijnen te komen, waarbij vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties op meerdere momenten in het proces betrokken worden⁴. Tot op heden wordt echter slechts sporadisch gebruik gemaakt van de ervaringskennis van cliënten⁵. Dit dient te veranderen.

Fibromyalgie is een complexe chronische aandoening die voorkomt bij 1 tot 5% van de bevolking. In Noord Nederland is door het Coördinatie-centrum Chronisch Zieken Noord-Nederland en KITZ, samen met betrokken hulpverleners, een multidisciplinair samenwerkingsprotocol ontwikkeld voor zorg aan mensen met fibromyalgie. Het protocol is het uitgangspunt voor het ontwikkelen van een samenhangend aanbod. Het zwaartepunt van de zorg ligt in de eerste lijn. Door de nauwe betrokkenheid van patiënten en hulpverleners bij de totstandkoming van het protocol is een breed draagvlak voor implementatie aanwezig.⁶

En bij zeldzame aandoeningen valt het aanbod vaak niet mee

Die mevrouw daar kon het weten, want zij had er zelfs twee!

Het is een mooie wereld, de wereld van de RVZ

Maar voor het zover is moeten volgens Iris beel wat stappen gezet.

De patiënt moet als bondgenoot gezien worden door de zorgverzekeraar

Maar louter op die 13 miljoen gezonde mensen richten zij zich maar!

Haaien op weg naar de horizon, een grimmig plaatje tot besluit

Patiënten kwamen aangesuisd, en Spaink die gaf geluid.

“Ik zit aan het in infuus” zei Spaink, toen was het woord aan Piet

Evaluatie van verleende zorg

Bij vormgeving van de kwaliteitsorganisatie zijn de zorgaanbieders vanuit de Kwaliteitswet zorginstellingen verplicht de zorgvrager te betrekken. Daarnaast worden zorgaanbieders vanuit dezelfde wet verplicht publieke verantwoording af te leggen over de kwaliteit van de geleverde zorg. In de praktijk blijkt echter de betrokkenheid van cliënten beperkt te zijn⁷.

Het brancherapport Cure 1998-2001 geeft aan dat patiënten- en consumentenorganisaties in toenemende mate betrokken worden bij de ontwikkeling van instrumenten om daadwerkelijk veranderingen in de zorgverlening te realiseren⁸. Zo participeren patiënten- en consumentenorganisaties steeds vaker in zogenoemde benchmarkonderzoeken waarin zorgaanbieders onderling vanuit de visie van de patiënten worden vergeleken met betrekking tot de door hen verleende kwaliteit van zorg.

De Stichting Cliënt en Kwaliteit heeft een systeem opgezet om de kwaliteit van verpleeg- en verzorgingshuizen vanuit cliëntenperspectief te meten. Hierbij worden uitsluitend cliënten en eventueel hun familie bevestigd en niet de medewerkers en het management van de instelling. Zorginstellingen kunnen zich vrijwillig voor dit onderzoek aanmelden. In ruim tweeënhalf jaar heeft de Stichting Cliënt en Kwaliteit 450 onderzoeken uitgevoerd.⁹

Patiënten en cliënten kunnen ook feedback geven op gekregen zorgverlening.¹⁰

In de methode 2- en 3-gesprek werken patiënten, zorgverleners en verzekeraars samen aan een betere communicatie in de zorgverlening. Voor specifieke ziektebeelden worden communicatiehulpmiddelen ontwikkeld. Het unieke van het 2-gesprek tussen artsen en patiënten is dat de ervaringsdeskundigheid van patiënten gecombineerd wordt met de professionele deskundigheid van zorgverleners. Patiënten hebben vaak goede ideeën over efficiëntere en effectievere zorg. Soms schuiven ook zorgverzekeraars aan. Het 2-gesprek wordt dan een 3-gesprek¹¹. Het is belangrijk dat ook zorg-aanbieders het nut van deze methodiek erkennen en dit tot uiting brengen door financiering en implementatie.

Naast het participeren in onderzoeken die door zorgaanbieders of andere partijen in de zorg zijn opgezet, kunnen (organisaties van) zorgvragers ook vanuit patiëntenperspectief zelf zorgvernieuwingprojecten opzetten. Hierdoor wordt

de inbedding van de wensen en behoeften van de zorgvrager in het zorgverleningsproces gegarandeerd.

Daarnaast kunnen gegevens van patiënten over hun ervaringen in de zorg gebruikt worden voor allerlei onderzoeksdoeleinden, om uiteindelijk de zorg te verbeteren.

TNO ontwikkelde samen met de CG-Raad het Digitaal Ervaren Dossier. Iemand met een handicap of chronische ziekte heeft met dit dossier zijn eigen unieke dossier in handen. Een veilige en beschermde plek op internet waar de medische informatie en ervaringen zijn opgeslagen. De dossierhouder kan informatie ook openbaar maken waardoor gegevens beschikbaar worden voor beleidsmakers, onderzoekers, fabrikanten, artsen en patiëntenorganisaties.¹²

Inkoop van zorg door zorgverzekeraars of andere zorginkopers

In de Ziekenfondswet is bepaald dat ziekenfondsen de invloed van verzekeren op hun bestuur moeten waarborgen. Veel ziekenfondsen hebben daarom verzekerdenraden ingesteld. Deze raden hebben echter weinig tot geen invloed op de zorginkoop van de ziekenfondsen. Bovendien is het de vraag of de verzekerdenraad wel het juiste instrument is om verzekeren invloed te geven. De vraag is of een onafhankelijke, kritische opstelling dan wel gewaarborgd is. Wellicht dat cliëntenorganisaties, zoals RPCP's, beter toegerust zijn; ook omdat zij inzicht hebben in het handelen van andere verzekeraars. Wanneer het om specifiek categorale zorg gaat, dan zijn uiteraard de desbetreffende categorale patiëntenverenigingen de bij de inkoop te betrekken partij.

Verzekeraars zouden cliëntenorganisaties moeten betrekken bij het opstellen van criteria waar de in te kopen zorg aan zou moeten voldoen.¹³

“Pijn is pijn” zei Van Bezooijen, “Maar als je dat niet huurt onderhouden

Drie dagen, rottig liggen en ontzettend veel gezeur

Sinke moest revalideren, zonder inspraak, gaf géén pas

En zij kreeg een psychiater omdat zij te mondig was!

Kakt toch regelmatig in, verklaren kan bij dat niet goed.

Het positiefst van Melman was zijn aanvraag pgb

Toen legde hij aan ons uit wat bij er allemaal mee dee.

4.2 Onderzoek vanuit patiënten/cliënten-perspectief stimuleren

Om beter te kunnen inspelen op de behoefte van de patiënt/ cliënt dient meer onderzoek vanuit het perspectief van de patiënt/cliënt gedaan te worden. Er zijn reeds onderzoeksorganisaties, zoals Cliënt & Kwaliteit en KITZZ, die onderzoek doen vanuit het perspectief van de zorgvrager. Daarnaast zijn ook subsidieverstrekters, zoals ZonMW, steeds meer gericht op de betrokkenheid van patiënten bij onderzoeksvoorstellen.

In opdracht van de ministeries van VWS, SZW, V&W, VROM en EZ, stimuleert het KITZZ dat er meer aandacht komt voor Design for All. Producten, woningen, werkplekken, vervoermiddelen, onze leefomgeving moeten goed en veilig ontworpen worden. Gebruiksvriendelijkheid en toegankelijkheid zijn belangrijk. Het zijn vooral ontwerpers, makers en regelgevers die bepalen of mensen de dingen om hen heen gemakkelijk kunnen gebruiken. Zij moeten het gedachtegoed van Design for All toepassen bij het ontwerpen en ontwikkelen van alledaagse producten en onze leefomgeving. Dan kunnen mensen zo lang mogelijk zelfstandig blijven functioneren en sluiten we zo min mogelijk mensen uit.¹⁴

Subsidieverstrekters zullen in toenemende mate onderzoeksvoorstellen moeten toetsen op het criterium 'cliëntenperspectief'. Hierdoor ontstaat er een externe prikkel om cliënten te betrekken bij onderzoek en ook als onderwerp van onderzoek te maken. Uiteindelijk zal dit echter moeten leiden tot een culturomslag waarbij cliënten en patiënten vanzelfsprekend partner in onderzoek zullen worden.

4.3 Vergelijkende informatie toegankelijk maken

Volgens Van Bennekom, directeur van de NPCF, moet er aan drie randvoorwaarden worden voldaan voordat vraaggestuurde zorg mogelijk is: keuzemogelijkheden voor de patiënt, waarborging van de toegang tot zorg en informatie.¹⁵

In de Verenigde Staten bestaat al langer vergelijkende informatie over zorgaanbieders. In Nederland publiceren onder meer de Consumentenbond en Elsevier vergelijkende informatie over ziekenhuizen. De RVZ heeft gepleit voor de inrichting van een onafhankelijke organisatie die de gegevens over de resultaten van de zorg verzamelt en voor openbaarmaking van dergelijke gegevens.¹⁶

Niet alleen de RVZ, maar ook de Consumentenbond en de NPCF vinden onafhankelijke informatie over het zorgaanbod een belangrijke voorwaarde voor vraagsturing in de zorg. Samen met het NIVEL heeft de Consumentenbond reeds onderzoek gedaan naar de patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen. De resultaten lieten duidelijke verschillen zien tussen ziekenhuizen met betrekking tot informatievoorziening, bejegening, service en ontslag en nazorg.¹⁷

Ook de verzekeraars zien voor zichzelf een rol weggelegd in het boven tafel krijgen van informatie over de kwaliteit van het zorgaanbod.¹⁸

De Nederlandse Consumentenbond heeft een overzicht gemaakt van de verschillende pakketten van ziekenfondsverzekeraars, zodat consumenten beter kunnen inspelen op de veranderingen voor ziekenfondsverzekerden die per 1 januari 2004 zijn ingegaan.¹⁹

De NPCF en de Provinciale Patiënten/Consumenten Federatie Gelderland zijn gestart met een website waarmee consumenten zorgaanbieders in Gelderland kunnen vergelijken. Inmiddels is deze informatie voor een groot aantal provincies operationeel.²⁰

Het positiefst van Melman was zijn aanvraag pgb

Toen legde hij aan ons uit wat bij er allemaal mee dee.

Melman woont in een studentenstad, doet daar zijn voordeel mee

Betaalt studenten, en wit hè?!?! , allemaal uit het pgb!

Sinke kreeg een andere huisarts, een soort coach, en dat was fijn

En haar klachtenbrief bleek de opmaat voor een schrijfofdracht te zijn!

Willemse was clean en kon de maatschappij weer aan

En verder wist hij weinig positiefs, zo gaf hij ter verstaan.

“Wat zijn jullie toch mondig!” zei Spaink, en echt, zij vond dat reuze.

Sinke zei: “Die mondigheid merk ik bij al mijn collega-kneuzen!”

Willemse wordt nog steeds betutteld, en zit daar best wel mee.

Van Bezooijen zei: "Op deze manier komt het niet van de grond!"

Sanders bedankte iedereen, ook dit onderdeel werd afgerond.

Ook het door het ministerie van VWS genomen initiatief tot het inrichten van een portalorganisatie voor zorginformatie aan burgers kan in dit verband een nuttige rol vervullen.

worden reeds initiatieven ondernomen door bijvoorbeeld ouders van verstandelijk gehandicapten om de krachten te bundelen en samen woonzorgvoorzieningen te creëren.

4.4 Persoonsgebonden budget (pgb) in de zorg uitbreiden

Maak het pgb ook mogelijk voor andere delen van de zorg dan de AWBZ; dus ook in de WVG, de Wet MZ en de toekomstige basisverzekering, en dan met name voor die delen van de cure waar de zorg voorspelbaar is.

In het najaar van 2000 is een zevental jonge mensen met een lichamelijke handicap een woongroep in Papendrecht begonnen. Tot nu toe waren de bewoners aangewezen op een instelling, met alle regels en beperkingen die daarbij horen. In de nieuwe situatie hebben de bewoners meer vrijheid en verantwoordelijkheid voor hun eigen dagelijkse leven. Ze hebben allen een pgb.²²

Bij een pgb krijgt de patiënt op basis van een indicatiestelling een vast bedrag voor een bepaalde periode, doorgaans één jaar, waarmee hij zorg in kan kopen. Daarbij moet het gaan om gezondheidsproblemen waarvan de kosten voorspelbaar zijn. Verder moet de patiënt zelf de zorg willen en kunnen inkoop. Voor dat laatste moet hij weten wat hij nodig heeft en moet hij een weloverwogen keuze kunnen maken tussen zorgaanbieders. In veel situaties in de cure kan aan deze voorwaarden niet worden voldaan. De mogelijkheden tot een pgb in de cure beperken zich dan ook voornamelijk tot de behandeling van ziekten waarvan het beloop en daarmee de kosten goed voorspelbaar zijn en waarover de patiënten veelal goed zijn geïnformeerd en over veel ervaringskennis beschikken. Dit is bijvoorbeeld het geval bij chronische aandoeningen als diabetes, reuma en hartfalen.²¹

Pgb en verslavingszorg, waaraan besteed je zo'n pgb?

Willemse wordt nog steeds betutteld, en zit daar best wel mee.

(...)

Het persoonsgebonden budget biedt niet alleen voordelen voor patiënten.

Of de klant tevreden is, bepaalt alleen de klant

Ook aan innovatieve zorgverleners biedt het kansen. Op dit moment is het weinig aantrekkelijk om nieuwe zorgvormen te ontwikkelen omdat het vergoedingensysteem star is. Bij een pgb zullen nieuwe zorgaanbieders tot de markt toetreden om bijvoorbeeld geïntegreerde diabetessurveillance aan te bieden die tegemoet komt aan de specifieke wensen van bepaalde doelgroepen van mensen met diabetes.

Geen moedertje lief, of vaders tje staat, die hebben daarin niet de hand.

Martin meldde het maar even:

Pgb in de cure, Martin zag diverse ogen en baken

Niet iedere patiënt kan zijn administratie sluitend maken.

Daarnaast kan een pgb in de curatieve sector ook prikkelend werken voor zorgverzekeraars. Wanneer de door verzekeraars gecontracteerde zorg niet voldoet kunnen patiënten overstappen op een pgb. Voor zorgverzekeraars betekent dit een prikkel om op de cliënt afgestemde zorg in te kopen. Indien zorgverzekeraars dit realiseren, zal er voor de patiënt geen aanleiding zijn om een pgb aan te vragen.

Martin begreep de prikkel, maar de mens was zwak, van nature

Niet goed, geld terug bij behandelingen? En dan vooral bij hele dure?

Daarnaast kunnen patiënten met hun pgb's ook collectief zorg inkopen. Er

Wat is goed en wat is niet goed? Martin meldde het maar even:

Er was volgens hem door de RVZ een goed advies geschreven!

Piet Siebesma schraapte zijn keel, en sprak over "Evidence based"

En een goete begrippenlijst, die miste bij het meest.

4.5 Patiënten/cliëntenorganisaties meer betrekken bij afspraken in de zorg

Bij vele afspraken die over de zorg gemaakt worden zijn wel overheid, zorgaanbieders en zorgverzekeraars partij, maar niet de patiënten/cliëntenorganisaties. Zo worden, zoals reeds in paragraaf 4.1 is aangegeven, afspraken rondom de zorginkoop gemaakt tussen verzekeraars en aanbieders terwijl patiënten(organisaties) daarbij niet betrokken zijn. Ook worden patiënten(organisaties) ook nauwelijks betrokken bij zorgontwikkelingen.²³

Wanneer afspraken gemaakt worden die consequenties hebben voor patiënten/cliënten moeten patiënten/cliëntenorganisaties bij die afspraken invloed hebben. Zonodig dient dit in wet- en regelgeving vastgelegd te worden.

Op verschillende niveaus kunnen afspraken gemaakt worden. Een bekend voorbeeld op landelijk niveau zijn de afspraken die gemaakt werden tijdens de zogenoemde Leidschendamconferenties over het kwaliteitsbeleid in de zorgsector. De NPCF was daarbij één van de betrokken partijen.²⁴

Op regionaal niveau werkt de PCPF met De Friesland Zorgverzekeraar aan kwaliteitscriteria die voor gebruikers van belang zijn, en dat is met name de door patiënten en cliënten ervaren kwaliteit. Gewerkt wordt vervolgens aan een (beperkte) toetsing, zodat de ervaringen van patiënten uiteindelijk kunnen leiden tot de inkoop van die zorg die door de klanten als goed wordt ervaren.²⁵

4.6 Patiënt/cliëntgerichtheid van zorgverleners belonen

Zorgaanbieders kunnen zich op verschillende manieren op de hoogte stellen van de wensen en behoeften van de zorgvrager, onder andere door marktonderzoek, tevredenheidsonderzoeken en interne kwaliteitscontroles. Zorgaanbieders moeten echter wel geprikkeld worden om deze instrumenten in te zetten.

Zorgaanbieders dienen gestimuleerd te worden om betere zorg te leveren via continue opleiding, audits, peer reviews, richtlijnen, de inzet van informatietechnologie en betrokkenheid van artsen bij kwaliteitsverbeterende initiatieven.²⁶

Een prikkel kan ook uitgaan door zorgaanbieders te belonen die vanuit patiënten/cliëntenperspectief werken. Om dit te meten, kunnen methoden als het door de Amerikaanse Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ontwikkelde Consumer Assessment of Health Plans (CAHPS) gehanteerd worden.²⁷

Wanneer zorgaanbieders de zorg onvoldoende vanuit patiëntenperspectief leveren, dan zouden daaraan (financiële) sancties moeten worden verbonden. Daarbij is het ook belangrijk dat openbaar wordt gemaakt welke zorgaanbieders bij uitstek vanuit patiënten/cliëntenperspectief handelen en op welke wijze zij dit doen. Voor patiënten/cliënten geeft dit informatie om 'met de voeten te stemmen'.

Zorgverzekeraar VGZ heeft onlangs met het Maasziekenhuis in Boxmeer een samenwerkingsovereenkomst getekend waarin een aantal prestatieindicatoren is opgenomen. De indicatoren gaan over de te leveren productie, de wachttijsten en de kwaliteit van de geleverde zorg (waaronder tevredenheidsonderzoek en vraaggestuurde projecten). Bij elke indicator kan het ziekenhuis punten verdienen. Presteert het ziekenhuis goed dan kan krijgen het een bonus die kan oplopen tot 65.000 euro. Presteert het echter onder de maat dan dreigt een malus van 50.000 euro. Het streven van VGZ is om met alle zestien ziekenhuizen in Zuid-Nederland een dergelijke overeenkomst af te sluiten.²⁸

4.7 Onafhankelijke ondersteuning/begeleiding faciliteren

Om patiënten in staat te stellen de regie in eigen handen te houden moet de mogelijkheid geboden worden om binnen de bestaande financiële kaders een onafhankelijk adviseur of ondersteuner in te schakelen. Hiertoe behoort ook sociale en psychologische begeleiding.

Er zijn vele mogelijkheden om dit te realiseren. Om enkele mogelijke actoren te noemen:

- de zorgverzekeraar, zoals nu bijvoorbeeld gebeurt in de vorm van wachtlijstbemiddeling;
- een onafhankelijke zorgmakelaar of zorgconsultant;
- 'zorgloketten' bij gemeenten;²⁹
- patiënten/cliëntenorganisaties, bijvoorbeeld RPCP's;
- werknemersorganisaties.

Bram van den Ende liet over het blikemonderzoekje zijn mening horen.

Een systeem bij de CG-raad, daarover werd toen uitgewijd

Er verandert zo weinig in Nederland, maar niet de hele tijd!

Regionaal worden in toenemende mate steunpunten ingericht om mensen te ondersteunen bij het regelen van de juiste zorgverlening bij hun zorgvraag.

Park de Meer, een nieuwbouwwijk in Amsterdam, is een voorbeeld van een zogenoemde woonzorgzone of woondienstenzone. In dergelijke wijken wonen maximaal tienduizend mensen. [...] Het hart van de wijk is een dienstencentrum waar iedereen terecht kan met welzijns- en zorgvragen. [...] Ouderen en gehandicapten kunnen op die manier aan de samenleving blijven deelnemen.³⁰

4.8 Integratie van cure, care, wonen en welzijn

Senioren zijn in toenemende mate vitaal en hebben steeds meer wensen ten aanzien van hun woning, de woonomgeving en de dienstverlening. Ouderen willen langer zelfstandig blijven wonen en moeten ook langer zelfstandig blijven wonen door een afname van het aantal intramurale plaatsen. Hierdoor wordt integratie van wonen, welzijn en zorg belangrijker.³¹ Deze integratie vereist een toenemende samenwerking tussen zorgaanbieders, woonmaatschappijen en welzijnsorganisaties. Daarnaast moeten schotten tussen financieringsstromen verdwijnen.

In het kader van de modernisering van de ouderenzorg zijn in het gebied Trynwalden nieuwe huizen gebouwd die voorzien zijn van allerlei technische voorzieningen, waardoor ouderen zelfstandig kunnen blijven wonen en minder beroep hoeven te doen op zorg. Daarnaast is het verzorgingshuis omgevormd tot een centrum waaruit allerlei diensten geleverd worden. Zo werken daar huisartsen, een apotheker, een fysiotherapeut, een ergotherapeut en andere paramedici. Ook is het een ontmoetingscentrum voor jong en oud en worden er allerlei diensten geleverd zoals maaltijden, wasserij en vervoer op maat. De ouderenzorg wordt bij de mensen thuis geleverd waarbij speciale medewerkers, omtinkers genaamd, de behoeften van de cliënten in kaart brengen. Daarnaast helpen zij de cliënten met het beheren van het persoonsgebonden budget.³²

4.9 Conclusie

Zowel financiële als procesmatige instrumenten moeten ingezet worden om de positie van de zorgvrager te versterken. Daarbij moet de positie van de zorgvrager op verschillende niveaus worden versterkt. Zowel op het individuele niveau door middel van bijvoorbeeld het ter beschikking stellen van pgb's en vergelijkende informatie, als op collectief niveau in de vorm van betrokkenheid van patiënten en cliënten representerende organisaties bij het maken van afspraken.

Naast het versterken van de positie van de zorgvrager moeten zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich inzetten voor meer onderzoek en zorgvernieuwingenprojecten vanuit patiëntenperspectief. Prikkel hiertoe kunnen van financiële aard zijn, maar ook door positieve of negatieve publiciteit tot stand komen.

Ook patiëntenorganisaties kunnen dergelijke prikkels genereren, maar dan dienen zij hiertoe (financiële) middelen te hebben, opdat zij onder meer op een systematische en gestructureerde wijze informatie uit hun achterban toegankelijk kunnen maken en zelf zorgvernieuwingenprojecten kunnen entameren. Het is daarbij uiteraard wel belangrijk dat deze middelen dan functioneel en doelmatig worden ingezet.

De in dit hoofdstuk gegeven voorbeelden laten zien dat het wel degelijk mogelijk is om klantgericht te werken. De hiervoor aangeduide acht maatregelen dienen op de beleidsagenda van zowel het ministerie van VWS als van partijen in het veld te staan, opdat dit tot verdere actie leidt.

*De beleidsmaker onder druk gezet, het woord was aan Van Rijn
Hij wilde betaalbare zorg, maar vooral op de lange termijn
... kan naar de broodjes, zometeen.*

*Op drie niveaus gekeken, heel veel blijft in het pakket
De chronisch zieken worden niet volledig buitenspel gezet!*

Wanneer start de cursus voor de gemiddeld chronisch zieke patiënt?

Die wordt platgepraat en is met de materie niet bekend.

Bijlagen

Bijlage 1

Suggesties van degenen die zich hebben aangemeld voor de invitational conference *Van patiënt tot klant*

- Aangrijpingspunt ter verbetering van de positie en invloed van patiënten ligt in handen van de zorgaanbieders.
- Afstappen van het zorgdenken en een bredere perceptie van gezondheidszorg. Het zorgdenken is aanbodbepaald. Een ruimere perceptie is dat gezondheidszorg gebaseerd wordt op 'het streven naar gezondheid' en organisatorisch uitgegaan wordt van interacties tussen hulpvrager en hulpaanbieder.
- Bekendheid geven aan het pgb.
- Belonen van werkelijk patiëntgerichte bedrijfslogistiek.
- Beloning op cliëntgerichtheid, sanctie op cliënt onmenselijkheid.
- Beschikking over elektronisch patiëntendossier.
- Beslissingsruimte van de patiënt vergroten.
- Betere afstemming tussen hulpverleners.
- Betere informatievoorziening voor cliënten.
- Betrokkenheid van de patiënt verbeteren.
- Biografie gestuurde zorgarrangementen laten ontstaan.
- Bonusregeling management mede op uitkomst baseren.
- Brede implementatie van zorgvoorziening, doorbraakprojecten e.d.
- Cliënten bewust maken dat zij een actieve rol als klant hebben.
- Cliënten moeten zelf kunnen kiezen welke zorgaanbieder ze willen en de kosten dan declareren bij de 'verzekeraar', ook als het om een AWBZ-verstrekking gaat.
- Cliëntenvertegenwoordiging.
- Communicatievaardigheden van zorgprofessionals verbeteren.
- Consument moet ook de macht hebben te kiezen, oftewel de verzekering financiert de consument en niet, zoals dat nu georganiseerd is, het zorgaanbod waardoor de keuze vaak op ondoelmatige wijze bereikt wordt. Er moet een grotere variatie in polissen mogelijk zijn.
- Continuïteit van zorg moet gewaarborgd zijn (ketenzorg).
- De bundeling in bijvoorbeeld de CG-Raad moet inkoopvoordelen opleveren bij aanschaf van zorgproducten of -diensten.
- De bureaucratische rompslomp die veel van de te besteden gelden opsluit sterk terugdringen.

- De consument(en) (de vraag) tot een echte marktpartij in de gezondheidszorg maken met een eigen verantwoordelijkheid (en dus niet via de verzekeraars) oftewel te komen tot een consumentengezondheidsorganisatie. Geen koepel van patiëntenorganisaties maar een ziekteoverstijgende organisatie ter ondersteuning van de consument op individueel niveau met betrekking tot volwaardige participatie in de zorg voor zijn eigen gezondheid, en op collectief niveau met betrekking tot bevordering van de beleidsontwikkeling van bijvoorbeeld solidariteit en effectieve kostenreductie, o.a. door echte marktwerking en grotere eigen verantwoordelijkheid voor het streven naar gezondheid.
- De huidige trend om verzekeraars letterlijk in het centrum te zetten, zal leiden tot onacceptabele machtsblokken en duurdere zorg.
- De patiënt een rol geven in onderwijs van zorgprofessionals.
- De positie van de patiënt in eerste instantie omvormen tot een zelf betalende persoon (klant) onder de gelijktijdige introductie van een fiscaal gestuurd draagkrachtprincipe, waar dat sociaal en maatschappelijk noodzakelijk respectievelijk verantwoord is.
- De rol van de verzekeraar als zorginkoper verminderen ten gunste van die van patiënten (organisaties).
- De RPCP's daadwerkelijk invloed geven op het regionale zorgbeleid. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten misschien verplicht worden bindend advies te vragen aan de regionale patiënten/consumentenbeweging.
- De samenleving en ook de patiëntenpopulatie is pluriform. Werk daarom meer met pgb's, maar verlies daarbij de realiteit niet uit het oog: ziekte en dood horen bij het leven, zijn onvermijdelijk. We moeten op een gegeven moment pijnlijke keuzen maken: deze (dure) behandeling betaalt de gemeenschap niet voor deze patiënt.
- De verantwoordelijkheid voor de organisatie van de financiering/verzekering alsmede de regelgeving omtrent de zorg loskoppelen van de verantwoordelijkheid voor het medisch handelen met de daaraan verbonden kosten.
- De vorming van één sterke "Patiëntenbond" met echte invloed.
- Declaratiesysteem in 1^e lijn en eigen budget 2^e lijn.
- Dichten van de kloof tussen management en uitvoerenden.
- Diversiteit van patiënten ten aanzien van medezeggenschap.
- Duidelijk informeren/keuzes laten.
- Duidelijke lijnen tussen klant/patiënt en hulpverlener.
- Duidelijke/verbeterde positie cliëntenraden (o.a. wijziging WMCZ).
- Echte combinaties maken van welzijn, wonen, cure en care.

- Een goed functionerende cliëntenraad.
- Eén sterke patiënten/cliëntenbond vormen. Het grote aantal organisaties van patiënten en cliënten vervult weliswaar een rol bij de verscheidenheid, maar geeft hierdoor deze beweging als geheel een zwakkere positie ten opzichte van andere actoren als zorgaanbieders en zorgverzekeraars.
- Een zodanig kwaliteitsbeleid voeren dat patiënten en hun organisatie patiëntgerichte zorg herkennen.
- Eigen budget cliënt eventueel geassisteerd door zorgadviseur.
- Er wordt te veel bezuinigd.
- Experimenten met 'voorzorg' projecten.
- Externe kwaliteitstoetsing door patiënten/consumentenorganisaties moet uitgebreid worden en niet zoals onlangs (thuiszorg) wegbezuinigd. Gegevens van externe kwaliteitstoetsingen moeten openbaar zijn: er moet per regio een plek zijn waar deze kennis beschikbaar is voor klant en beleidsmakers. Externe toetsing leidt tot kwaliteitsverbetering van de zorg mits klanten hier goed bij betrokken worden.
- Financiering d.m.v. output maakt een gedifferentieerd aanbod mogelijk.
- Geef alternatieve behandelaars en therapeuten dezelfde status als de reguliere. Over het algemeen kijken deze behandelaars/therapeuten naar het totaalplaatje en niet naar een klacht en werken preventiever.
- Geef de patiënt meer vrijheid, maar ook meer verantwoordelijkheid. Sluit niet op voorhand 'alternatieve' behandelwijzen uit, maar laat die stromingen toe, waarvan een substantieel deel van de patiënten zegt dat ze er baat bij hebben.
- Geef de patiënt zelf koopkracht (pgb).
- Geef holistische gezondheidszorg alle kansen om zich te ontwikkelen. Zeker in de eerste lijn hef je meteen het tekort aan huisartsen op en verhoog je de kwaliteit van zorg in die eerste lijn.
- Geef mensen met te geringe competenties inkoopmacht door financiële ondersteuning.
- Geef patiënt inzage in de kosten van behandelingen.
- Geef RPCP's de mogelijkheid tot het instellen van grote regionale klantenpanels. Deze geven feedback op de geleverde kwaliteit van het bestaande zorgaanbod en kunnen ideeën genereren voor vernieuwing voor het zorgaanbod.
- Gezamenlijk belang patiënten/ziekenhuizen/specialisten richting politiek.
- Goed opgeleide helpenden en verzorgenden.
- Goed gezondheidsportal.
- Goede ondersteuning geven aan budgethouders.
- Goede, betaalbare zorg bieden.

- Herontwerp kenniskolom in de zorg.
- Het pgb hanteerbaar maken.
- Het principe van eenvormige honoreringsmodellen en -normen. De consequentie van de zo te bereiken verzelfstandiging en eigen verantwoordelijkheid is dat het 'verdiengemak' in elk echelon van de aanbodzijde afneemt, dat aan het uitgavenpatroon van de kant van de vraagzijde andere prioriteiten gesteld moeten worden en dat een belangrijk aantal werkplekken aan de kant van de regelgeving overbodig wordt.
- Hoe verbeter je de samenwerking tussen de vele organisaties die zich alle bezighouden met de behartiging van de belangen van patiënten(verenigingen)? Is fusie het antwoord?
- Hoogleraar complementaire zorg benoemen.
- In besturen van verzekeraars dient een substantieel aantal zetels voor cliënten te komen.
- In de markt gezondheidszorgproducten centraal stellen. Onder producten wordt hier niet verstaan (het aanbod van) goederen en diensten (halffabrikaten) maar het door de klant gewenste resultaat en de mogelijkheden om dit te bereiken (eindproducten).
- Inbreng patiënten bij ontwerpen zorgprogramma's.
- Informatie – second opinion – callcenter – patiëntensites.
- Informatie geven.
- Informatievoorziening, met name vergelijkende informatie.
- Inkooporganisatie vormen.
- Instellingen/zorgaanbieders verplichten tot aanleveren van keuzeondersteunende informatie die voor klanten van belang is. Er moeten financiële sancties komen bij niet aanleveren van gevraagde gegevens. Deze keuzeondersteunende informatie moet regionale (plaatselijke) informatie bevatten, dicht bij de klant beschikbaar zijn en breed verspreid worden zowel digitaal, telefonisch en face to face.
- Integrale zorg van reguliere en complementaire behandelingen.
- Invloed cliënt op beleid verzekeraar vergroten.
- Inzichtelijkheid van de zorg vergroten.
- Jaarlijkse patiëntenenquête.
- Kenniskolom uitbreiden met ervaringskennis.
- Keuze op basis van kwaliteit mogelijk maken.
- Keuze tussen zorg in natura of pgb.
- Keuzemogelijkheden patiënt/cliënt verbeteren op elk niveau.
- Keuzemogelijkheid ook uitvoerbaar maken door aanbod te vergroten.
- Keuzemogelijkheden aan de cliënt bieden.
- Klantgerichtheid van hulpverlener te stimuleren.

- Komen tot een consumenten gezondheidsorganisatie, geen koepel maar een ziekteoverstijgende organisatie ter ondersteuning van individu, versterking van de gezondheidszorgorganisatie en bevordering van de beleidsontwikkeling.
- Kwaliteitsverbetering van categoriale patiëntenorganisaties.
- Laat meer instellingen toe.
- Landelijk gestandaardiseerde klantenoordelen invoeren.
- Landelijk Platform Cliënten Vertegenwoordiging.
- Leren kijken door de ogen van de klant.
- Leveringsvoorwaarden formuleren (goed omschreven producten en diensten leveren, gebaseerd op heldere eenduidige afspraken, welke vastgelegd worden in leveringsvoorwaarden).
- Luisteren naar de patiënt.
- Marktwerking.
- Marktwerking is alleen effectief wanneer gezondheidszorgproducten vrijelijk te koop zijn. Daar is nu geen sprake van en dus ook niet van marktwerking. Onder producten wordt hier niet verstaan beter aanbod van goederen en diensten van hulpverleners, want dat zijn halffabrikaten. De consument is alleen geïnteresseerd in het mogelijke resultaat of (eind) product en hoe dat bereikt kan worden. Inzicht in het aanbod van eindproducten en hoe die behaald kunnen worden is cruciaal voor de consument om zijn keuze te kunnen bepalen. Die keuze moet vrij en goed afgewogen kunnen zijn.
- Medisch inhoudelijke informatie over behandelingen geven per zorgverlener.
- Meer 'macht' en invloed bij patiënten en cliëntenorganisaties (randvoorwaarde onafhankelijke financiering).
- Meer artsen leidt tot meer keuze.
- Meer beschikbare informatie openbaar maken.
- Meer gebruik maken van de deskundigheid van patiënten/cliënten.
- Meer gebruik maken van de deskundigheid van patiënten/cliëntenbond vormen.
- Meer marktwerking.
- Meer onafhankelijke positie van zorgvragers mogelijk maken.
- Meer onderzoek vanuit cliëntenperspectief.
- Meer psychologische begeleiding.
- Meer sociale begeleiding.
- Mogelijkheid voor klant tot inschakelen van een onafhankelijke zorgadviseur die direct beschikbaar en bereikbaar is.
- No cure, no pay. De macht ligt bij de patiënt, dit is de enige manier dat er

- daadwerkelijk eens iets verandert.
- No cure, no pay in de zorg.
 - NPCF moet voortouw nemen bij het publiceren van patiëntveringsgegevens.
 - Om de patiënt de ruimte te geven als klant is het van groot belang dat vroegtijdig in de opleiding tot arts aandacht wordt besteed aan bejegening en communicatie.
 - Onafhankelijke ondersteuning/begeleiding faciliteren.
 - Onderzoek vanuit patiëntenperspectief naar het resultaat kosten (doelmatigheid) en baten van de behandelaar en behandelingen van de reguliere en complementaire hulpverlener.
 - Ontwikkelen van vraaggestuurde individuele cliëntenondersteuning.
 - Ook financiële keuzevrijheid mogelijk maken.
 - Openbare informatie over prestaties in de zorg.
 - Organisatie patiënten/cliënten beter betrekken bij afspraken zorg.
 - Organiseren rondom de patiënt/belevingsgericht.
 - Overcapaciteit bieden.
 - Patiënt is eenheid van financiering en organisatie.
 - Patiënt niet altijd klant 'is koning' te laten zijn (soms kan het de positie/gezondheid juist schaden).
 - Patiënten betrekken bij richtlijnontwikkeling.
 - Patiënten een deel van de opleidingen laten verzorgen.
 - Patiënten- en cliëntenorganisaties betrekken bij zorginkoop.
 - Patiënten en hun organisaties serieus nemen bij het ontwikkelen van beleid.
 - Patiënten grotere rol geven op bestuurlijk niveau.
 - Patiënten informeren over diagnose en behandelmogelijkheden.
 - Patiëntenparticipatie bij richtlijnontwikkeling.
 - Patiëntensatisfactie opnemen in kwaliteitssysteem.
 - Patiënten van het begin af aan betrekken bij alle te ontwikkelen richtlijnen in de zorg.
 - Patiënten/cliënten financiële verantwoordelijkheid geven.
 - Patiëntenorganisaties betrekken bij het beleid van de verzekeraar.
 - Patiëntenorganisaties dienen te beschikken over adequate bureauondersteuning.
 - Patiëntenverenigingen dienen personen aan zich te binden die aanzien genieten en beschikken over de relevante netwerken.
 - Patiëntenvoorlichting stimuleren waar dat mogelijk is.
 - Persoonsgebonden budget (pgb) in de zorg uitbreiden met afschaffing van onzinnige regelgeving.

- Persoonsgebonden budget voor cure en care.
- Persoonsgericht, integraal en gebiedsgericht aanbod van woon-, welzijns- en zorgdiensten.
- pgb voor alles (als keuzemogelijkheid).
- Praktische vorm van advisering door patiënten.
- Regionale Indicatie Organen (RIO's) opheffen.
- Richtlijnontwikkeling ten behoeve van gebruik door patiënten en betrokkenen.
- Ruimte om de criteria voor vraaggericht werken toe te passen.
- Rust nationale en regionale patiëntenorganisaties beter uit, zodanig dat zij de rol van vertegenwoordiger van de individuele patiënt goed kunnen vervullen. Laat de verzekeraar zich uitsluitend bezighouden met verzekeren en vooral niet met 'zorginkoop' of 'zorgsturing'.
- RVZ stelt een 'Patiënten Toetsings Commissie' in. Patiënten Toetsings Commissie: de deelnemers zijn onafhankelijke patiënten die adviezen van de Raad, aan overheid en andere instanties toetst op het gehalte aan patiëntenbelangen, in het licht van 'regie in eigen hand'. De Raad verbindt zich aan deze adviezen.
- Snelle invoering van EPD met daaraan gekoppeld Digitaal Ervaren Dossier.
- Statusverbetering van patiëntenorganisaties.
- Sterke Cliëntenraad.
- Structureel maar gecontroleerd geld ten behoeve van achtergestelde groepen als nieuwe Nederlanders die bijvoorbeeld diabetes hebben.
- Toegang tot dossier vergemakkelijken.
- Toegang tot eigen elektronisch patiëntendossier.
- Toegankelijke kennisbronnen voor gebruik door patiënten en betrokkenen.
- Totale transparantie met betrekking tot de kosten van zorg bieden.
- Transparante kwaliteitstoetsing vanuit patiënten/cliënten.
- Uitkomsten met betrekking tot vakgroepen op internet zetten.
- Van 3^e partij (cliënt) 1^e partij maken. Met andere woorden: patiënt centraal en zorg op persoonlijke maat.
- Veel meer huisartsen.
- Verbeter de informatievoorziening.
- Verbeter de transparantie (verzekeraar/producten: prijs/kwaliteit van het zorgaanbod).
- Verbetering van de farmaceutische zorg bij chronisch zieken.
- Verbetering van de positie van patiënten.
- Verbetering van kennis inzake co-morbiditeit, met name rond op elkaar ingrijpende aandoeningen zoals endocriene auto-immuunziekten.

- Vergelijkende informatie (benchmarkproducten/indicatoren) dient breed beschikbaar te zijn.
- Vergoeding lidmaatschap patiëntenverenigingen door ziekenfondsen.
- Verminder de regels/bureaucratie, maar zie beter toe op de naleving ervan. Zorg wel voor vangnetten, hardheidsclausules. Geef ook de zorgaanbieder meer vrijheid en verantwoordelijkheid. Decentraliseer.
- Verplichte behandel/zorgprogramma's incl. doorlooptijd op internet zetten.
- Versnippering platformen tegengaan. Alle patiëntenorganisaties aansluiten bij plaatselijke RPCP's en die als gesprekspartner door de plaatselijke overheden laten erkennen als zodanig.
- Verspreiding van best practices stimuleren.
- Versterken van de competenties van patiënten, mantelzorgers, vrijwilligers en hulpverleners.
- Versterking van de RPCP's door structureel geld voor - in de wet te beschrijven - ondersteunen van cliëntenraden en het opbouwen van kennis om patiëntenorganisaties plaatselijk te ondersteunen en te begeleiden.
- Versterking van patiëntenorganisaties.
- Verzekeraars moeten met aanbieders concrete afspraken over verbeteringen bij hen maken.
- Voldoende aanbod. Zonder aanbod geen keuze.
- Voldoende zorgaanbod c.q. aanbieders (dus geen schaarste).
- Voorlichting consistent met richtlijnen.
- Voorlichting door artsen en andere zorgverleners verbeteren.
- Vrijwilligers van patiëntenorganisaties behoeven training om volwaardig aan te schuiven bij decisionmakers.
- Weiger te betalen voor slechte kwaliteit.
- Wet- en regelgeving met betrekking tot de rechten van de patiënt aanscherpen.
- Zaakwaarneming.
- Zorg dat in alle wettelijke domeinen bijvoorbeeld AWBZ, ZFW, WVG, Wet MZ en Wet basisverzekering nu en in de toekomst mensen ook geld voor inkoop van diensten kunnen krijgen. In elke wet een mogelijkheid tot het krijgen van een pgb bieden.
- Zorg dat patiënt makkelijk kan "shoppen" (elektronisch patiëntendossier).
- Zorgbemiddeling.
- Zorgverleners richten portals in naar analogie van CRM-systemen in het bedrijfsleven.
- Zorgverzekeraars geen regisseur zorg maken.

Bijlage 2

Meest kansrijke manieren om de positie van patiënten/cliënten te verbeteren

- **Eén sterke patiënten/cliëntenbond vormen**
Het grote aantal organisaties van patiënten en cliënten vervult weliswaar een rol bij de verscheidenheid, maar geeft hierdoor deze beweging als geheel een zwakkere positie ten opzichte van andere actoren als zorgaanbieders en zorgverzekeraars.
- **Meer gebruik maken van de deskundigheid van patiënten/cliënten**
Meer de ervaringsdeskundigheid die patiënten/cliënten bezitten, benutten. Denk bijvoorbeeld aan het opstellen van richtlijnen en protocollen, aan opleidingen voor werkers in de zorg en aan het bijdragen aan zorgvernieuwingprojecten.
- **Inkooporganisatie vormen**
Individuele patiënten/cliënten en/of patiënten/cliëntenorganisaties organiseren inkooporganisaties. Deze inkooporganisaties kopen (tegen lage kosten) medische hulpmiddelen, geneesmiddelen, diensten van zorgverleners en/of casemanagers, cursussen, enz. in.
- **Integratie van cure, care, wonen en welzijn**
De behoeften van patiënten/cliënten bevatten aspecten van zorg die verschillend geregeld en gefinancierd worden. Patiënten/cliënten dienen zorgarrangementen te krijgen waarbij zij geen 'last' hebben van dit onderscheid. Bovendien geeft het mogelijkheden tot 'biografie gestuurde' zorgarrangementen: vraaggerichtheid komt het best tot zijn recht in de vorm van zorgarrangementen die geënt zijn op wat het beste past bij het leven van degene die zorg behoeft.
- **Komen tot landelijk gestandaardiseerde klantenoordelen**
De patiënt/cliënt is de deskundige bij uitstek om klantvriendelijkheid te beoordelen. Dergelijke informatie dient systematisch verzameld en beschikbaar gesteld te worden. Hierbij kan ook gedacht worden aan het inrichten van 'klantenpanels'.

- **Onderzoek vanuit patiënten/cliëntenperspectief stimuleren**

Om meer te kunnen inspelen op de behoefte van de patiënt/cliënt dient meer onderzoek vanuit het perspectief van de patiënt/cliënt gedaan te worden. Subsidieverstrekkers moeten onderzoeksvoorstellen op het criterium 'cliëntenperspectief' toetsen.

- **Patiënten/cliënten financiële verantwoordelijkheid geven**

Patiënten/cliënten staan sterker wanneer zij financiële consequenties kunnen verbinden aan het niet of onvoldoende presteren van de zorgaanbieder. De mogelijkheden van de patiënt/cliënt om niet te betalen wanneer hij niet adequaat behandeld is, dienen verruimd te worden. Dit wordt versterkt als de patiënt/cliënt direct met prijzen/kosten geconfronteerd wordt (eigen bijdragen).

- **Patiënt/cliëntgerichtheid van zorgverleners belonen**

Zorgaanbieders die vanuit patiënten/cliëntenperspectief werken, dienen beloond te worden. Doen zij dit niet, dan zouden hieraan (financiële) sancties moeten worden verbonden. Maak openbaar welke zorgaanbieders bij uitstek vanuit patiënten/cliëntenperspectief handelen en op welke wijze zij dit doen. Voor patiënten/cliënten geeft dit informatie om 'met de voeten te stemmen'.

- **Patiënten/cliëntenorganisaties betrekken bij de inkoop van zorg door verzekeraars**

Patiënten/cliënten die aangewezen zijn op zorg in natura, zijn afhankelijk van de kwaliteit die de verzekeraar inkoop. Patiënten/cliëntenorganisaties zouden tenminste een rol moeten spelen bij de opstelling van de eisen waaraan die zorg moet voldoen en achteraf moeten kunnen toetsen of de geleverde zorg aan die eisen voldeed (waaruit consequenties getrokken kunnen worden).

- **Patiënten/cliëntenorganisaties meer betrekken bij afspraken in de zorg**

Bij vele afspraken die over de zorg gemaakt worden zijn wel overheid, zorgaanbieders en zorgverzekeraars partij, maar niet de patiënten/cliëntenorganisaties. Wanneer afspraken gemaakt worden die consequenties hebben voor patiënten/cliënten moeten patiënten/cliëntenorganisaties bij die afspraken invloed hebben. Zonodig dient dit in wet- en regelgeving vastgelegd te worden.

- **Persoonsgebonden budget (pgb) in de zorg uitbreiden**

Maak het pgb ook mogelijk ook voor andere delen van de zorg dan de AWBZ; dus ook in de WVG, de Wet MZ en de toekomstige basisverzekering, onder meer voor die delen van de cure waar de zorg voorspelbaar is.

- **Regionale Indicatie Organen (RIO's) opheffen**

RIO's zijn bureaucratische instanties die voor patiënten/cliënten meer belemmeringen oproepen dan dat zij hen helpen zorg te krijgen.

- **Onafhankelijke ondersteuning/begeleiding faciliteren**

Patiënten dienen de mogelijkheid te hebben om een onafhankelijke adviseur in te schakelen die voor hen integraal zorg kan inkopen. Hiertoe behoort ook sociale en psychologische begeleiding.

- **Structurele substantiële financiering van patiënten/-cliëntenorganisaties**

De overheid dient patiënten/cliëntenorganisaties meer financiële middelen te geven om hun rol goed te kunnen vervullen en daarmee de positie van de patiënt/cliënt te versterken.

- **Toegang tot dossier vergemakkelijken**

De patiënt/cliënt dient via de elektronische snelweg toegang te hebben tot zijn eigen dossier.

- **Vergelijkende informatie toegankelijk maken**

Zo snel mogelijk dient de patiënt/cliënt toegang te krijgen tot voor hem relevante informatie over gezondheid en gezondheidszorg. Het gaat dan vooral om vergelijkende informatie over prestaties in de zorg die hem kan helpen bij het maken van keuzen.

- **Wet- en regelgeving over rechten van de patiënt/cliënt aanscherpen**

Bijvoorbeeld de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) vanuit patiënten/cliëntenperspectief herdefiniëren.

- **Verzekeraars grotere rol geven bij klachten**

Verzekeraars moeten hun verzekerden expliciet wijzen op de mogelijkheid bij hen klachten in te dienen over de verleende zorg. Zij dienen hun verzekerden te informeren over aard en omvang van gegrond verklaarde klachten en zonodig hieraan consequenties verbinden, bijvoorbeeld bij de inkoop van zorg.

- **Maak meer gebruik van ICT om patiënten toegang tot zorg te geven**

Patiënten/cliënten die daaraan behoefte hebben, moeten - zoals in de reis-
branche - de mogelijkheid hebben thuis vanachter hun PC zorg te kunnen
regelen.

- **Speel beter in op patiënten met multimorbiditeit**

Zorgaanbieders dienen meer aandacht te besteden aan een multidisciplinaire
aanpak. Zo zouden ouderen met chronische multimorbiditeit multidisciplinaire
zorgunits dienen in te richten.

Bijlage 3

Lijst van afkortingen

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CAHPS	Consumer Assessment of Health Plans
CBO	Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing
CG-Raad	chronisch gehandicapten Raad
CRM-systemen	Cultuur, recreatie en maatschappelijk werk
EPD	electronisch patiëntendossier
EZ	ministerie van Economische Zaken
ICT	informatie- en communicatietechnologie
KITIZ	Kwaliteits Instituut Toegepaste Thuiszorgvernieuwing
NIVEL	Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
PC	personal computer
PCPF	Patiënten en Consumentenplatform Friesland
pgb	persoonsgebonden budget
RIO	Regionaal Indicatie Orgaan
RPCP	Regionaal Patiënten Consumenten Platform
RPCP	Regionaal Patiënten Consumenten Platform
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SZW	ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TNO	Organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
V&W	ministerie van Verkeer en Waterstaat
VROM	ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke ordening en Milieu
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wet MZ	Wet Maatschappelijke Zorg (in wording)
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WMCZ	Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector
WVG	Wet voorzieningen gehandicapten
ZFW	Ziekenfondswet

Bijlage 4

Literatuur

- 1 Winnubst, M. Invoering vraaggestuurde zorg vergt zeker tien jaar; interview met mw. I. van Bennekom, directeur NPCF. Health Management Forum, 2002, no. 2.
- 2 Linse, I.C.M. Chronische zieken in de opleiding. Onderwijs en gezondheidszorg, 21, 1997, no. 8, p. 142-145.
- 3 Wykurz G. and D. Kelly. Developing the role of patients as teachers: literature review. British Medical Journal, 2002, vol. 325, p. 818-821.
- 4 Handleiding CBO, 2000 (<http://www.cbo.nl>).
- 5 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Van patiënt tot klant. Zoetermeer: RVZ, 2003, p. 31-32.
- 6 <http://www.kittz.nl/project/fibro.htm>.
- 7 Wijmen, F.C.B. van. En ik ben maar een kuip vol dromen. In: Zorgaanbod en cliëntenperspectief. Zoetermeer: RVZ, 2003.
- 8 Prismant. Brancherapport Cure 1998-2001.
- 9 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Zorgaanbod en Cliëntenperspectief. Zoetermeer: RVZ, 2003.
- 10 Wykurz, G. & D. Kelly. 2002. Developing the role of patients as teachers: literature review. British Medical Journal, 2002, vol. 325, p. 818-821.
- 11 NPCF. Persbericht communicatiehulpmiddelen in de praktijk. Utrecht: 12 september 2002.
- 12 <http://www.cg-raad.nl/volksgezondheid/ded2.html>.
- 13 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Van patiënt tot klant. Zoetermeer: RVZ, 2003.
- 14 <http://www.design-for-all.nl/index2.htm>.
- 15 Winnubst, M. Invoering vraaggestuurde zorg vergt zeker tien jaar. HMF, no. 2, juni 2002.
- 16 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Advies volksgezondheid en zorg. Zoetermeer: RVZ, 2001.
- 17 Friele, R.D., et al. Patiënten nemen de maat. Medisch Contact, 57, 2002, no. 26/27, p. 1008-1011.
- 18 Bontje, M. Zorgverzekeraars zijn de best denkbare zaakwaarnemer van de patiënt. Vraag in beeld, 2003, no. 5.
- 19 Consumentenbond. Nieuwsbericht, 6 januari 2004.
- 20 <http://www.Kiesmetzorg.nl> (1-3-2004).
- 21 Ottes, L. en A.J.G. van Rijen. De patiënt bepaalt. Medisch Contact, 58, 2003, no. 42, p. 1613-1615.
- 22 <http://www.iwz.nl/project.php?projectnr=67> (3 maart 2004; project: Woongroep Papendrecht 'Het Palet').
- 23 Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Staat van de gezondheidszorg, ketenzorg bij chronisch zieken. Den Haag: IGZ, 2003.
- 24 <http://www.npcf.nl/Persberichten/berichten2000/media10.htm>.
- 25 http://www.patiëntenfriesland.nl/Nieuws/Nieuwsbrieven/NieuwbriefDecember2002/varia_berichten_uit_het_pcpf.htm.
- 26 Lanier, D.C., et al. Doctor performance and public accountability. The Lancet, 2003, vol. 362, p. 1404-1408.
- 27 <http://www.ahrq.gov/qual/cahpsix.htm>.
- 28 Gibbels, M. Straf en beloning door de verzekeraar. Zorgvisie, 2003, no. 8, p. 26-29.
- 29 Schenderling, M. Alles draait om praktische hulp. Ouderenzorg, pag. 25, november 2003
- 30 Paumen, M. De deconcentratie voorbij. Het mag weer: bouwen op het instellingsterrein. Markant, maandblad voor de gehandicaptensector, 8, 2003, no. 1, p. 20-24.
- 31 Delfgaauw, L. en R. Provoost. Wonen, zorg en Welzijn. MO Samenlevingsopbouw, 22, 2003, no. 195, p. 30-32.
- 32 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Zorgaanbod en cliëntenperspectief. Zoetermeer: RVZ, 2003.

Bijlage 5

Overzicht publicaties RVZ

De publicaties t/m 02/08 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 (zolang de voorraad strekt). M.i.v. publicatienummer 02/09 zijn de publicaties te bestellen via de website van de RVZ (www.rvz.net) of telefonisch via de RVZ (079 3 68 73 11).

Adviezen en achtergrondstudies

04/04	De Staat van het Stelsel: achtergrondstudies	€ 15,00
04/03	Verantwoordingsprocessen in de zorg op basis van de balanced scorecard (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)	€ 15,00
04/02	Indicatoren in een zelfsturend systeem, prestatie-informatie voor systeem, toezicht, beleid en kwaliteit (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)	€ 15,00
04/01	De Staat van het Stelsel	€ 15,00
03/15	Acute zorg (achtergrondstudie)	€ 15,00
03/14	Acute zorg	€ 15,00
03/13	Gemeente en zorg (achtergrondstudie)	€ 15,00
03/12	Gemeente en zorg	€ 15,00
03/10	Kiezen in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€ 15,00
03/09	Marktconcentraties in de ziekenhuissector (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€ 15,00
03/08	Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg	€ 15,00
03/07	Internetgebruiker en kiezen van zorg (resultatenonderzoek bij het advies Van patiënt tot klant)	€ 15,00
03/06	Zorgaanbod en cliëntenperspectief (achtergrondstudie bij het advies Van patiënt tot klant)	€ 15,00
03/05	Van patiënt tot klant	€ 15,00
03/04	Marktwerking in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies	€ 15,00

03/03	Anticiperen op marktwerking (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€ 15,00
03/02	Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€ 15,00
03/01	Marktwerking in de medisch specialistische zorg	€ 15,00
02/19	Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€ 15,00
02/18	Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€ 15,00
02/17	Taakherschikking in de gezondheidszorg	€ 15,00
02/15	Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies en debatverslagen bij het advies Gezondheid en gedrag)	€ 15,00
02/14	Gezondheid en gedrag	€ 15,00
02/13	De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)	€ 15,00
02/12	Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid	€ 15,00
02/11	Biowetenschap en beleid	€ 15,00
02/10	Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)	€ 15,00
02/09	Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)	€ 15,00
02/07	Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)	€ 15,00
02/06	Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)	€ 15,00
02/05	E-health in zicht	€ 15,00
02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/01	Winst en gezondheidszorg	€ 15,00

01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)	€ 13,61
01/10	Volksgezondheid en zorg	€ 13,61
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€ 13,61
01/08	Verzekeraarbaarheid van nieuwe gezondheidsrisico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€ 13,61
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren	€ 13,61
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkennende studie)	€ 11,34
01/04E	Healthy without care	€ 9,08
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)	€ 19,29
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	€ 6,81
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	€ 13,61
00/03	De rollen verdeeld	€ 13,61

Bijzondere publicaties

04/05	Tot de klant gericht (conclusies van de invitational conference Van patiënt tot klant)	€ 15,00
03/11	De wensen van zorgcliënten in Europa	€ 15,00
02/16	Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen	€ 15,00
01M/02	Meer tijd en aandacht voor patiënten? Hoe een nieuwe taakverdeling kan helpen	gratis
01M/01E	E-health in the United States	€ 11,34
01M/01	E-health in de Verenigde Staten	€ 9,08
01/03	Publieksversie Verzekerd van zorg	€ 6,81
01/02	De RVZ over het zorgstelsel	€ 9,08
01/01	Management van beleidsadvies	€ 11,34

Signalementen

Sig 03/01	Exploderende zorguitgaven	€ 15,00
-----------	---------------------------	---------

Publicaties Centrum Ethiek en Gezondheid

Signalering Ethiek en Gezondheid 2003	gratis
De vertwijfeling van de mantelmeeuw	gratis

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

URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: Sanne Schuts Ontwerpen, Den Haag

Druk: Quantes, Rijswijk

Uitgave: 2004

ISBN: 90-5732-133-5

U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net) of telefonisch via de RVZ (079 3 68 73 11) onder vermelding van publicatienummer 04/05.

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg