

# Van patiënt tot klant

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en  
Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Zoetermeer, 2003



# Inhoudsopgave

	<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1</b>	<b>Adviesopdracht</b>	<b>9</b>
1.1	Inleiding	9
1.2	Functie van dit advies	9
1.3	Beleidsvragen	10
1.4	Definities en domein	10
1.5	Werkwijze	13
1.6	Leeswijzer	14
<b>2</b>	<b>Veranderingen in de positie van de cliënt</b>	<b>15</b>
2.1	Inleiding	15
2.2	Positie van de cliënt in de zorgsector	15
2.3	Veranderingen door nieuw beleid	18
2.4	Uitgangspunten vanuit cliënten gezien	20
<b>3</b>	<b>Ontoereikend cliëntenperspectief</b>	<b>22</b>
3.1	Inleiding	22
3.2	Waarom hebben cliënten behoefte?	22
3.3	Hoe beoordelen cliënten de praktijk?	25
3.4	Waarom lopen wensen en praktijk uiteen?	28
3.5	Conclusie	33
<b>4</b>	<b>Grenzen aan het cliëntenperspectief</b>	<b>34</b>
4.1	Inleiding	34
4.2	Cliënt en kwaliteit	34
4.3	Cliënt en typen zorg	36
4.4	Cliënt en pluriformiteit	37
4.5	Cliënt en wederkerigheid	38
<b>5</b>	<b>Oplossingsrichtingen</b>	<b>39</b>
5.1	Inleiding	39
5.2	Klantrelaties in de zorgsector	39
5.3	Zorginkoop en betaling	41
5.4	Invloed van cliënten op de zorginkoop	48
5.5	Patiënten/cliëntenorganisaties duidelijke rol geven	49
5.6	Transparante informatie voor cliënten	50
<b>6</b>	<b>Antwoorden en aanbevelingen</b>	<b>52</b>
6.1	Inleiding	52
6.2	Randvoorwaarden	52
6.3	Huidige prikkels	57
6.4	Nieuwe prikkels	59
6.5	Aanbevelingen samengevat	63

## Bijlagen

1	Relevant gedeelte uit het door de minister van VWS vastgestelde Werkprogramma RVZ 2002-2003	67
2	Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)	69
3	Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)	71
4	Verantwoording van de procedure van voorbereiding van het advies	73
5	Verslag van de consultatieve bijeenkomst gehouden op 28 januari 2003 te Utrecht	77
6	Samenvatting van de resultaten van een enquête onder patiënten- en cliëntenorganisaties	85
7	Een persoonsgebonden budget voor diabeteszorg (diabetes mellitus type 2)	95
8	Referenties en eindnoten	109
9	Lijst van afkortingen	117
10	Overzicht publicaties RVZ	119

## Samenvatting

De vier hoofdpunten van dit advies:

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 zorginkoop door verzekeraars (zorg in natura) betrokken worden.

Een kloof gaapt tussen wat cliënten in de zorg willen en wat professionals en instellingen in de zorg bieden. De pogingen van de overheid om de rol van de cliënt te versterken, met name door wet- en regelgeving, hebben er nog niet toe geleid dat de cliënt een positie heeft die gelijkwaardig is aan die van de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. Maatschappelijke en technologische ontwikkelingen hebben wellicht meer invloed gehad, zoals de toenemende mondigheid van de burger en de snelle verspreiding van het Internet, waardoor de informatie-asymmetrie deels teniet is gedaan.

De cliënt verkeert nog steeds in een achterstandspositie

De cliënt kan een gelijkwaardige rol toebedeeld krijgen door in de gezondheidszorg om te schakelen van aanbodregulering naar vraagsturing. Op dit pad zijn echter voetangels en klemmen. Zo is vraagsturing vanuit zorginhoudelijke overwegingen niet altijd mogelijk (bijvoorbeeld bij acute zorg), beperkt de schaarste aan zorgaanbod de keuzemogelijkheden en kunnen cliënten niet alle relevante aspecten van de zorg beoordelen (bijvoorbeeld de medisch-technische kwaliteit).

Door schaarste zijn er onvoldoende keuzemogelijkheden

Cliënten hebben behoefte aan hulpvraagverduidelijking, heldere informatie, keuzevrijheid en keuzemogelijkheden, respect, continuïteit van zorg en vakbekwaamheid. Inhoudelijk verschillen deze behoeften en wensen echter. Gaat het om een bewusteloos ongevalslachtoffer, een reumapatiënt of een de-

De ene cliënt is de andere niet

menterende oudere? Gaat het om een blindedarmoperatie, diabeteszorg of de verzorging in een verpleeghuis? Gaat het om een periodiek bezoek aan de huisarts, een incidenteel bezoek aan een oogarts of een langdurige relatie met een psychiater? Kan en wil de cliënt als ‘contractpartij’ behandeld worden? Wil de cliënt zelf de regie voeren of dit overlaten aan een professional?

Op deze verschillende situaties dienen de professionals adequaat te reageren en zich daarbij zo veel mogelijk te verplaatsen in de belevingswereld van hun cliënten. Ondanks goede intenties gebeurt dit echter niet altijd. Verschillende oorzaken liggen hieraan ten grondslag. Zo is de werkdruk hoog en heerst er een consensuscultuur die met zich meebrengt dat er voor professionals weinig prikkels zijn om zich te onderscheiden van collega’s. Instellingen proberen hun organisatie goed te laten lopen, maar realiseren zich bij hun maatregelen niet altijd wat hiervan de consequenties zijn voor hun cliënten.

De professional wil vaak wel, maar de omgeving belet het

In het algemeen zijn cliënten in de zorgsector tevreden. Wanneer hen expliciet gevraagd wordt of zij bij het krijgen van zorg problemen ondervonden hebben, leidt dit echter tot een ‘waslijst’ van kleine en grote klachten. De optiek van de cliënt en die van de zorgverlener blijkt in de praktijk nogal te verschillen. Toch hebben zij een gezamenlijk belang, namelijk zien te bereiken dat de cliënt zo gezond mogelijk is en zo goed mogelijk in de maatschappij kan functioneren.

De zorgverlener weet vaak niet wat de cliënt wil

Wil de cliënt in de zorgsector een gelijkwaardige positie krijgen, dan moet de cliënt zo veel mogelijk een ‘gewone’ klantrelatie krijgen, zoals dit ook in andere sectoren van de samenleving het geval is. Een klantrelatie brengt uiteraard ook een betaalrelatie met zich mee. De ‘gewone’ klant baseert zijn beslissingen immers op vergelijkingen van prijs en kwaliteit.

De cliënt moet belang krijgen bij prijs-kwaliteitsvergelijkingen

In de zorgmarkt kan de cliënt op twee manieren klant zijn: klant van de zorgaanbieder of indirect klant via de zorgverzekeraar. In het laatste geval betekent dit een keuze voor zorg in natura. De klant vraagt de verzekeraar dan namens hem zorg in te kopen en doet een beroep op de zorgplicht van de verzekeraar. In het eerste geval koopt de klant zelf zijn zorg bij de aanbieder in en kiest daarmee voor een systeem van restitutie en/of persoonsgebonden budget. Dit laatste is niet altijd mogelijk; voorwaarde is dat de zorgconsumptie voorspelbaar is. Persoonsgebonden budgetten moeten dus niet alleen mogelijk zijn voor zorg die via de AWBZ gefinancierd wordt (care),

De cliënt koopt zelf zorg in of laat dit zijn verzekeraar doen

maar ook voor delen van de cure; denk bijvoorbeeld aan diabeteszorg, reumazorg en zorg rond hartfalen.

Indien de cliënt in dit systeem niet tevreden is dan heeft hij de mogelijkheid hieraan iets te doen. Hij kan hiervoor gebruik maken van (wettelijke) klachtenprocedures. In het uiterste geval kan hij zijn eigen bijdrage terugvorderen (zoals nu bij AWBZ-gefinancierde zorg), niet of gedeeltelijk betalen (bij persoonsgebonden budget of zorg via restitutie) of de betaling van zijn nominale premie opschorten (bij zorg in natura op basis van de ZFW). Niet goed, geld terug

Een cliënt in de zorgsector wordt echter alleen een ‘echte’ klant wanneer de markt werkt c.q. wanneer er concurrentie is. Het gaat hier met name om de electieve/chronische zorg. Voorwaarden hierbij zijn onder meer voldoende zorgaanbod, contracteervrijheid en transparante (informatie over) zorgproducten. Wanneer aan deze voorwaarden niet wordt voldaan, valt er immers niet goed te kiezen, noch door cliënten, noch door verzekeraars. Marktwerking is overigens niet in alle delen van de zorgsector mogelijk en/of wenselijk, zoals in de acute en topreferente zorg.

Om keuzen te kunnen maken moeten cliënten daarnaast de prestaties van de zorgaanbieders kennen. Hierbij gaat het zowel om de mate waarin aanbieders tegemoet komen aan de wensen van de cliënt, zoals bejegening, continuïteit van zorg, eventuele wachtlijsten en wachttijden, als om het zorgresultaat van het (para)medisch handelen. Organisaties van cliënten en patiënten dienen geïnstrumenteerd te worden om de prestaties van zorgaanbieders in beeld te brengen. Ook moeten cliënten erop kunnen vertrouwen dat de medisch-, paramedisch- en verpleegkundigtechnische kwaliteit van de zorg gewaarborgd is. De Inspectie van de Gezondheidszorg dient er streng op toe te zien dat de technische kwaliteit gewaarborgd is. Prestaties van zorgaanbieders moeten gemeten worden Medisch-inhoudelijke kwaliteit moet gegarandeerd goed zijn

In situaties waarin de cliënt niet zelf zijn zorgaanbieder kiest, zoals bij zorg in natura, dienen cliënten bovendien andere instrumenten te hebben dan het ‘stemmen met de voeten’. Dit kan door de rol van organisaties van patiënten en cliënten te versterken. Een mogelijkheid hiertoe is om deze organisaties te betrekken bij de zorginkoop door verzekeraars. Cliëntenorganisaties moeten invloed krijgen bij zorginkoop

Ten slotte moeten de verzekeraars een grotere rol krijgen bij klachten over de verleende zorg. Enerzijds dienen zij hierover te rapporteren aan hun verzekerden; anderzijds dienen zij aan Verzekeraars moeten alert reageren op klachten

gegronde klachten consequenties te verbinden voor wat betreft hun zorginkoop.



# 1 Adviesopdracht

## 1.1 Inleiding

Momenteel vertoont de zorgmarkt de kenmerken van een aanbiedersmarkt. De keuzemogelijkheden en daarmee de beïnvloedingsmogelijkheden van zorggebruikers zijn beperkt. Zorgaanbieders houden daardoor nog te weinig rekening met de wensen van de zorggebruiker. Dit moet veranderen.

De zorgmarkt is een aanbiedersmarkt

De (individuele) vragen en behoeften van de zorggebruiker moeten zo veel als mogelijk richtinggevend zijn voor het aanbod van zorg. Daarmee wordt de dienstverlening aan de zorggebruiker beter en kan de kwaliteit van zorg verhoogd worden. Dit leidt dan naar een situatie waarbij de 'afzet' van de zorgaanbieder niet zonder meer gegarandeerd is, maar deze mede afhankelijk is van de keuzen die zorggebruikers zelf maken of die zorgverzekeraars maken wanneer zij namens hun verzekerden zorg inkopen en financieren.

De klant moet koning worden, ook in de zorg

Gebruikers van zorg moeten dus in staat gesteld worden om keuzen op het gebied van zorg en zorgverzekering te maken. Dit staat ook in de VWS-nota's Met zorg kiezen<sup>1</sup> en Vraag aanbod<sup>2</sup>. Beide nota's pleiten voor een omslag van aanbodregulering naar vraagsturing. Hiervoor zijn veranderingen noodzakelijk, zowel aan de vraag- als aan de aanbodzijde. Zorggebruikers moeten hiervoor echter wel hulpmiddelen hebben. Dit is in de nota 'Met zorg kiezen' dan ook uitgebreid beschreven. Ook veel andere organisaties, waaronder ZonMw, besteden hieraan aandacht in de vorm van studies en projecten. De vraag van de Minister aan de RVZ gaat echter niet over hulpmiddelen voor zorggebruikers.

In de adviesvraag die ten grondslag ligt aan dit advies ligt het perspectief bij de zorgaanbieders. Centraal staat de vraag hoe zorgaanbieders geprikkeld kunnen worden om de zorg te leveren die zorggebruikers wensen.

Prikkelen van zorgaanbieders

## 1.2 Functie van dit advies

Dit advies wil ertoe bijdragen om de positie van de cliënt in de zorgsector te versterken. Hiervoor moeten zorggebruikers toegerust worden om keuzen te kunnen maken voor zorg en

Van aanbodregulering naar vraagsturing

zorgverzekering, en moeten zorgaanbieders voldoende prikkels krijgen om vraaggericht te werken. Dit sluit aan bij het beleid dat door de laatste kabinetten is gevoerd en waarvan verwacht mag worden dat het nieuwe kabinet dit beleid zal doorzetten.

### 1.3 Beleidsvragen

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vraagt de RVZ in het adviesprogramma 2002-2003 te adviseren over het thema Cliëntenperspectief bij zorginstellingen en professionals. Bijlage 1 bevat de desbetreffende paragraaf uit dit programma. Bijlage 2 bevat de samenstelling van de RVZ.

De volgende vragen worden in dit advies beantwoord:

- Wat zijn de voorwaarden waaronder een instelling of een professional zich op een marktconforme wijze laat leiden door de behoefte van de cliënt?
- Welke middelen en prikkels heeft de aanbieder nodig om zich in zijn handelen te richten op wat de zorgvrager wenst?
- Voorziet de huidige situatie in deze voorwaarden, middelen en prikkels of zijn nieuwe impulsen nodig?

Deze vragen moeten geplaatst worden in de ontwikkelingen waarbij de overheid terugtreedt. De overheid heeft zich immers voorgenomen om de aanbodregulering af te bouwen. Zorgverzekeraars krijgen een belangrijke rol. Tijdens het voorbereiden van dit advies waren veel discussies gaande over hoe het nu verder moet in de zorg. Het gaat dan over de herziening van het verzekeringsstelsel, marktwerking, vraagsturing, basispakket, winst maken in de zorg, enz. Het laatste woord hierover is echter nog niet gesproken. Duidelijk is wel dat het cliëntenperspectief niet alleen binnen al deze thema's speelt, maar daarbij ook leidend moet zijn.

Bij de stelselherziening moet het cliëntenperspectief centraal staan

### 1.4 Definities en domein

#### *Definities*

In het voorgaande zijn de begrippen 'cliëntenperspectief' en 'vraagsturing' gebruikt. Uit de wijze waarop de vragen zijn geformuleerd, blijkt wat met de term 'cliëntenperspectief' is bedoeld, namelijk het denken vanuit de cliënt (zorgvrager/patiënt) c.q. het nagaan van en inspelen op diens behoeften.

Clëntenperspectief betekent daarmee voor de individuele cliënt: *informatie, keuzevrijheid en keuzemogelijkheden hebben, wederzijds respect genieten, kunnen rekenen op continuïteit van zorg en vakbekwaam geholpen worden, wat onder meer inhoudt dat de zorgverlener inzicht verwerft in zijn of haar werkelijke vraag*. Dit betekent dat de cliënt in de zorg de positie van klant moet hebben, zoals in andere sectoren het geval is.

In discussies worden naast ‘clëntenperspectief’ vaak de begrippen ‘vraagsturing’ en ‘vraaggerichte zorg’ gebruikt. Vraagsturing wordt doorgaans gedefinieerd als *“het mogelijk maken dat binnen de structuur en financiering van de gezondheidszorg en de daaraan direct gerelateerde beleidsterreinen (beter) ingespeeld wordt op wat de cliënten willen en belangrijk vinden”*<sup>3</sup>. In het RVZ-advies De rollen verdeeld worden hierbij drie modaliteiten onderscheiden<sup>4</sup>. In dit advies gaat het primair om ‘sturing door de vraag’ ofwel: de vraag leidt het aanbod.

Zorgverlening komt tot stand binnen een samenwerkingsrelatie tussen vraag en aanbod. In dit opzicht is ook het begrip ‘vraaggerichte zorg’ relevant: *“de gezamenlijke inspanning van patiënt en hulpverlener die erin resulteert dat de patiënt de hulp ontvangt die tegemoet komt aan zijn wensen en verwachtingen en die tevens voldoet aan professionele standaarden”*<sup>5</sup>.

Verder verdient het begrip ‘marktwerking’ nadere toelichting. In een ideaaltypische markt is de consument zich bewust van zijn voorkeuren en worden zijn keuzen mede beïnvloed door het aanbod, de kwaliteit en de prijzen. Als er meer aanbod is dan vraag dalen de prijzen, en de minst efficiënte aanbieder wordt uit de markt gedrukt. Nieuwe, efficiënt werkende of innovatieve aanbieders kunnen de markt betreden. De klant sluit zelf een contract en heeft daarbij de optie om er alsnog vanaf te zien (exit-optie). Tijdelijk kan er weliswaar sprake zijn van een frictie (te weinig aanbod), maar op langere termijn ontstaat er een evenwicht van vraag en aanbod.

Bij dit type markt wordt verondersteld dat er sprake is van kostenefficiëntie en allocatieve efficiëntie. Dit betekent dat er efficiënt geproduceerd wordt en dat geproduceerd wordt waar vraag naar is. De zorgsector is echter een verre van perfecte markt. Dit komt door marktimperfecties als onzekerheid, informatieasymmetrie, beperkte concurrentie, marktmacht van de zorgaanbieders, de dominante rol van non-profit-organisaties en zorgproducten die niet homogeen zijn<sup>6</sup>.

Tenslotte is voor dit advies het onderscheid tussen de verschillende rollen die individuen kunnen hebben van belang:

- de *burger* die behoefte heeft aan informatie over gezondheid terwijl hij (nog) geen zorg nodig heeft;
- de (kandidaat) *verzekerde* die informatie wil hebben over zorgverzekeringen, bijvoorbeeld polisvoorwaarden;
- de zorgvrager, zorgconsument, cliënt, patiënt, bewoner (van een verpleeg- of verzorgingshuis) die zorgproducten of -diensten af wil nemen of reeds afneemt.

De belangen van verzekerde en cliënt kunnen verschillen

Dit advies gaat vooral over deze laatste categorie. In het vervolg zal hiervoor dan ook de term '*cliënt*' gebruikt worden.

Niet alleen de cliënt zelf is relevant in zijn verschillende rollen, maar ook diens omgeving. Zo is de relatie tussen de cliënt en zijn omgeving, zoals partner, ouder en kind, in de zorg van groot belang. In veel gevallen treedt immers een naaste namens de cliënt op. Tegelijkertijd heeft de confrontatie van het 'cliënt-zijn' impact op de directe omgeving van de cliënt; ook psychosociale aspecten vragen daarom aandacht van onder meer de aanbieder van zorg.

De rol van de verzekerde is anders dan die van de cliënt. Verzekerden zijn als doelgroep of als markt immers niet identiek aan cliënten. Verzekeraars moeten, zeker als zij risicodragend zijn, zorgen dat hun uitgaven tenminste door inkomsten gedekt worden. Verzekerden vormen voor de verzekeraars de inkomstenkant; het gaat hier om de grote meerderheid van de burgers met een doorgaans goede gezondheid die hun verzekeraar voornamelijk kiest op basis van prijs c.q. lage (nominale) premie, waarbij keuzemogelijkheden en kwaliteit van zorg voor hen van secundair belang zijn<sup>7</sup>.

Verzekerden willen weinig premie betalen; cliënten willen de beste zorg

Voor verzekeraars vormen cliënten de uitgavenkant; waarbij naar globale schatting 20% van hen 80% van de kosten genereert<sup>8</sup>. Voor cliënten zijn keuzemogelijkheden en kwaliteit van zorg belangrijk. Het spreekt voor zich dat er een goede balans moet zijn tussen de verschillende wensen en belangen van verzekerden en cliënten.

#### *Domein*

Dit advies heeft niet de pretentie alle knelpunten, die zich op dit gebied binnen de verschillende sectoren van zorg voordoen, te beschrijven. Zowel het ministerie van VWS als organisaties in het veld zijn actief in het benoemen van knelpunten en het vinden van oplossingen hiervoor.

Voorbeelden hiervan zijn de door het ministerie van VWS geïnterviewde knelpunten, ervaren door mensen met beperkingen<sup>9</sup> en het Zwartwitboek Vastgelopen in de zorg van de Consumentenbond<sup>10</sup>. Hierin worden zinvolle voorstellen gedaan ter verbetering van de uitvoering van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) door gemeenten, en ter verbetering van de indicatiestelling AWBZ door de Regionale Indicatie Organen, van de vergoeding door verzekeraars, van het persoonsgebonden budget en van het tijdig leveren van thuiszorg en de eraan verbonden inning van eigen bijdragen. Met name in het kader van de modernisering van de AWBZ komen veel knelpunten aan de orde en worden oplossingen voorgesteld<sup>11</sup>. Dit advies gaat op deze onderdelen niet in; waar relevant wordt verwezen.

Ook andere organisaties zijn op dit gebied actief

De invalshoek in dit advies is de zorgaanbieder in zowel cure als care die geprikkeld moet worden om vanuit het perspectief van de cliënt zorg te verlenen. Uiteraard komt hierbij ook de rol van de verzekeraar aan de orde. Deze heeft immers bij uitstek de mogelijkheid om de zorgaanbieder impulsen te geven.

## 1.5 Werkwijze

Dit advies is voorbereid onder leiding van de raadsleden mevrouw M.J.M. Le Grand-van den Bogaard en mevrouw prof. dr. J.P. Holm.

Voor de adviesvoorbereiding hebben externe deskundigen een aantal aspecten van het cliëntenperspectief belicht, waaronder informatievoorziening, financiering, wederkerigheid, alledaagse zelfbeschikking en kosten van vraagsturing. Hun bijdragen zijn besproken in een door de RVZ ingestelde klankbordgroep. De klankbordgroep heeft tevens een conceptversie van het advies getoetst.

Daarnaast heeft het secretariaat gesprekken met deskundigen en belanghebbenden gevoerd, organisaties van patiënten en cliënten geraadpleegd, literatuur bestudeerd en onderzoek laten verrichten. De resultaten hiervan zijn besproken tijdens een consultatieve bijeenkomst met deskundigen en belanghebbenden uit het veld.

Bijlage 3 geeft aan welke medewerkers van de Raad bij de voorbereiding van dit advies betrokken waren. Een gedetail-

leerde verantwoording van de adviesprocedure is opgenomen in bijlage 4.

## **1.6 Leeswijzer**

Dit advies is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 schetst in het kort de positie van de cliënt in de zorgsector en de veranderingen die zich hierin voordoen.

Hoofdstuk 3 bevat de probleemanalyse. Wat zijn de behoeften van cliënten, hoe beoordelen zij de praktijk en waarom lopen wensen en praktijk uiteen?

Hoofdstuk 4 geeft de grenzen aan waarbinnen het cliëntenperspectief gezien moet worden: niet alles kan door de cliënten bepaald worden.

Hoofdstuk 5 geeft de oplossingsrichtingen aan en daarmee mogelijke middelen en prikkels om de aanbieder ertoe aan te zetten om te doen wat de zorgvrager wenst.

Het laatste hoofdstuk 6 bevat de aanbevelingen: randvoorwaarden en impulsen waardoor de aanbieder zich zal laten leiden door de behoeften van de cliënt.

Teneinde de tekst van dit advies beknopt te houden, wordt voor de onderbouwing verwezen naar de publicatie *Zorgaanbod en cliëntenperspectief*, die tegelijk met dit advies is verschenen. Deze publicatie bevat onder meer de bijdragen van externe deskundigen die bij de voorbereiding van dit advies betrokken waren.

## 2 Veranderingen in de positie van de cliënt

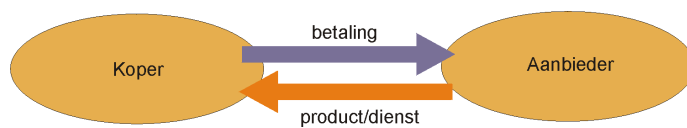
### 2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk schetst de positie van de cliënt in de zorgsector. Deze is niet dezelfde als die van de klant in andere sectoren. De verschillen worden in de volgende paragraaf beschreven. Hierna komen de beleidsvoornemens van de overheid aan de orde. Deze voornemens zijn erop gericht de positie van de cliënt te versterken. Ten slotte worden de uitgangspunten vanuit het perspectief van cliënten verwoord.

### 2.2 Positie van de cliënt in de zorgsector

De cliënt in de zorgsector heeft niet dezelfde positie als de consument in andere sectoren. In andere sectoren heeft de consument doorgaans de mogelijkheid te kiezen of hij een bepaald product wil kopen of niet. Hij besluit een auto te kopen of een vliegticket te boeken, neemt het product of de dienst af en gaat tot betaling over (figuur 2.1).

**Figuur 2.1** De 'gewone' consumentenmarkt

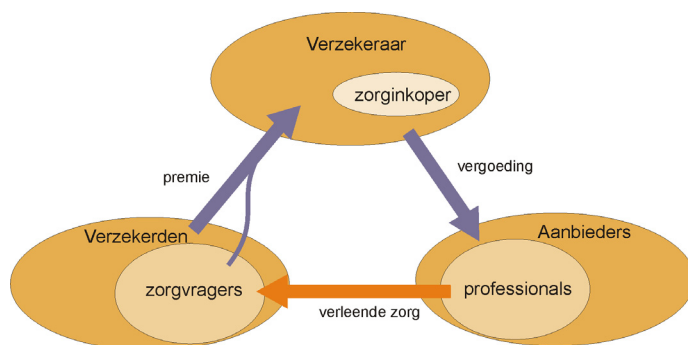


De cliënt in de zorgsector mankeert iets en moet te rade gaan bij een aanbieder van zorg. De cliënt kan echter doorgaans niet zonder meer bij de zorgaanbieder aankloppen. Vaak is de cliënt hiervoor afhankelijk van zijn zorgverzekeraar die namens zijn verzekerden zorg inkoop (figuur 2.2) of van een zorgkantoor. Dit is het geval bij zorg in natura die op basis van de Ziekenfondswet (ZFW) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) gefinancierd wordt.

De zorgmarkt is geen gewone markt

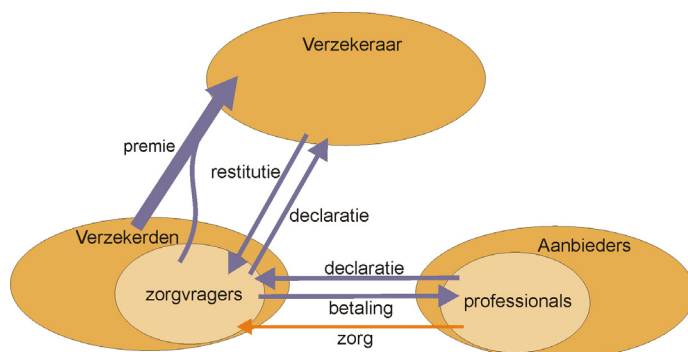
Kiezen uit verschillende zorgverzekeraars kan wel, maar voor AWBZ-gefinancierde zorg is de cliënt aangewezen op het zorgkantoor binnen zijn regio.

**Figuur 2.2 De zorgmarkt (ZFW en AWBZ)**



Bij particulier verzekerden wordt zorg verleend op basis van restitutie. In dit geval koopt de cliënt zelf zorg in, betaalt hij de zorgaanbieder en krijgt het betaalde gerestitueerd van zijn verzekeraar op basis van de declaratie die de cliënt van de zorgaanbieder heeft ontvangen, verminderd met een eigen risico waarvan de hoogte in de polis is vastgelegd (figuur 2.3).

**Figuur 2.3 De zorgmarkt (Particuliere verzekeringen)**



Cliënten in de zorgsector kunnen niet ‘zo maar’ geholpen worden. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn voor het verlenen van zorg namelijk gebonden aan wet- en regelgeving die onder meer het volume, de prijs en de kwaliteit van het zorgaanbod regelen. Er zijn heel wat instanties die hierop toezicht houden. Om er een paar te noemen: de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), het College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ), het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) en de Algemene Rekenkamer.

De zorgsector kent sterke overheidsregulering



Met deze wet- en regelgeving beoogt de overheid zorg te doen verlenen die toegankelijk, betaalbaar en van kwalitatief hoog niveau is. Door de regulering van het zorgaanbod zijn andere doelen echter in het gedrang gekomen, zoals doelmatigheid, een goede prijs-kwaliteitsverhouding van de zorg en innovatie. Om de kosten van de zorg te beheersen is het aanbod krap gehouden, vanuit de gedachte dat het aanbod de vraag schept. Dit heeft geleid tot schaarste, inefficiëntie, wachtlijsten en tekortschietende service voor de cliënt.

Aanbodsturing heeft zijn prijs: schaarste, inefficiëntie en wachtlijsten

De wet- en regelgeving houdt ook in dat in de sociale ziekte-kostenverzekeringen sprake is van drie verschillende overeenkomsten tussen de betrokken partijen:

- de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) regelt de relatie tussen zorgverlener en cliënt;
- de verzekeringsovereenkomst regelt de relatie tussen zorgverzekeraar en cliënt;
- de medewerkerovereenkomst regelt de relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.

Een koppeling tussen de geneeskundige behandelingsovereenkomst en de andere overeenkomsten ontbreekt echter. De cliënt kan op grond van de WGBO weliswaar opkomen tegen onbehoorlijke zorgverlening door de aanbieder, maar heeft daarvoor een lange adem nodig. Dit middel wordt dan ook in de praktijk vrijwel uitsluitend benut wanneer het echt grondig is misgegaan. In een naturastelsel heeft de cliënt/verzekerde niet de beschikking over eenvoudiger in te zetten rechtsmiddelen, zoals het opschortingsrecht jegens de aanbieder. De cliënt betaalt de aanbieder immers niet zelf<sup>12</sup>.

De cliënt kan moeilijk zijn recht halen

In de afgelopen twee decennia heeft de overheid de positie van de cliënt versterkt door onder andere diens rechten (en plichten) vast te leggen in wet- en regelgeving. Voorbeelden hiervan zijn de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) en de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ). Ondanks deze wettelijke regelingen blijkt de praktijk anders: in veel gevallen wordt niet voldaan aan de eisen die de wet stelt<sup>13</sup>. Hoewel deze zogenoemde patiëntenwetten zeker niet onbelangrijk zijn, hebben zij toch niet geleid tot een optimale versterking van de positie van cliënten ten opzichte van zorgaanbieders. De sanctiemogelijkheden bij overtreding zijn namelijk beperkt en een adequaat toezicht op de naleving van deze wetten ontbreekt. Het initiatief tot handhaving van deze wetten ligt de facto in handen van de indivi-

Cliëntenwetten worden vaak niet nageleefd

duale patiënt. De prikkel voor de zorgaanbieder die van deze wetten uitgaat is hierdoor matig<sup>14</sup>.

Maatschappelijke en technologische ontwikkelingen hebben wellicht een grotere invloed gehad op de versterking van de positie van de cliënt; denk bijvoorbeeld aan de snelle opkomst van het Internet, dat informatie over gezondheid en zorg bij burger en cliënt thuis brengt<sup>15</sup>. Hiermee is de informatieachterstand die de cliënt op de zorgaanbieder en zorgverzekeraar had voor een deel ingelopen en soms (bijvoorbeeld bij zeldzaam voorkomende ziekten) zelfs omgezet in een voorsprong. Tot een belangrijk deel van de informatie over het zorgaanbod heeft de cliënt - en veelal ook de verzekeraar - evenwel geen toegang. Informatie over de kwaliteit van zorg is hiervan een voorbeeld.

De invloed van Internet is groter dan die van wetgeving

### 2.3 Veranderingen door nieuw beleid

De positie van de cliënt is in beweging. Enerzijds wordt zijn positie sterker; de cliënt krijgt meer verantwoordelijkheid en krijgt ook middelen om deze verantwoordelijkheid te nemen. Anderzijds zijn er bedreigingen. Zo kan marktwerking ook tot effect hebben dat een negatieve kwaliteitsspiraal ontstaat en dat de keuzemogelijkheden afnemen, bijvoorbeeld als gevolg van marktsegmentatie en de opheffing van de contracteerplicht. Daarnaast zijn er maatschappelijke ontwikkelingen die de cliëntvriendelijkheid doen afnemen. Een voorbeeld is de ontwikkeling naar grotere praktijken met veelal parttime werkende huisartsen. Cliënten geven echter de voorkeur aan kleine praktijken met een vaste huisarts<sup>16</sup>.

De opheffing van de contracteerplicht vermindert de keuzevrijheid

De positie van de cliënt als marktpartij is nog steeds zwak. In de VWS-nota's Vraag aan bod en Kiezen met zorg worden aanzetten gedaan om over te schakelen van aanbodregulering naar marktwerking en vraagsturing. Cliënten moeten keuzevrijheid hebben zowel qua zorgverzekeraar als qua zorgaanbieder. Hiertoe moeten er voldoende verzekeraars zijn die met elkaar concurreren om verzekerden, en die onderhandelen met concurrerende zorgaanbieders over prijs en kwaliteit. Vooralsnog wordt aan deze eis nog niet in alle opzichten voldaan<sup>17</sup>. Door fusies van verzekeraars wordt het aantal concurrerende verzekeraars juist kleiner. Ook onder zorgaanbieders is het aantal fusies de afgelopen jaren groot geweest.

Zijn er voldoende verzekeraars voor echte concurrentie?

Om marktwerking te bevorderen wil de overheid de contractplicht voor zorgverzekeraars afschaffen en bij ziekenhuiszorg diagnose-behandelcombinaties (DBC's) invoeren. Deze twee maatregelen maken de markt transparanter en stimuleren vrije prijsvorming en de toetreding van nieuwe aanbieders tot de markt<sup>18</sup>.

De cliënt krijgt op die manier meer mogelijkheden dan in het verleden het geval was. Maatregelen zoals die in het kader van de modernisering van de AWBZ, de introductie van persoonsgebonden budgetten en de veranderende rol van de zorgverzekeraars dragen hiertoe in belangrijke mate bij. Tegelijkertijd zorgen maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de toenemende mondigheid van cliënten, voor veranderingen in de positie van de cliënt.

De positie van de cliënt verandert

Zorgaanbieders, verzekeraars en overheid kunnen dit proces verder faciliteren. Uiteindelijk moet dit ertoe leiden dat de drie partijen - cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars - in evenwicht zijn.

Evenwicht tussen drie partijen is nodig

Op dit moment hebben cliënten te weinig mogelijkheden (marktmacht) om de aanbieders van zorg adequaat te kunnen sturen. De individuele cliënt mist vaak de kennis en de marktmacht om zelf goed te kunnen sturen. Bij zorg in natura - nu het meest gebruikelijk - treedt een derde partij, de verzekeraar, namens zijn verzekerden op. Zo moet een gereguleerde markt ontstaan, waarin vraag (veelal via onderling concurrerende verzekeraars) en aanbod (via onderling concurrerende zorgaanbieders) op een evenwichtige manier met elkaar kunnen onderhandelen over prijzen, hoeveelheden, kwaliteit en leveringswijze van zorg<sup>19</sup>.

Overigens is het nog ongewis hoe de door de overheid voorgestane concurrentie tussen de verzekeraars en het 'stemmen met de voeten' door verzekerden in de praktijk zal uitwerken. Bij een acceptatieplicht van de zorgverzekeraar kan de calculerende gezonde verzekerde zijn besluit voor de keuze van een verzekeraar geheel baseren op de hoogte van de (nominale) premie, en dus voor de laagste premie kiezen. Of de verzekeraar qua zorg weinig te bieden heeft, is op dat moment voor de verzekerde van weinig of geen belang. Op het moment dat de verzekerde cliënt wordt, kan deze - met een vertraging van maximaal één jaar - switchen naar de verzekeraar die qua zorgaanbod het meest voor hem of haar te bieden heeft. Deze

Zal de verzekerde voor de laagste premie kiezen en daarmee de solidariteit uithollen?

verzekeraar zal waarschijnlijk een hogere nominale premie hanteren.

Wil de verzekeraar kunnen blijven concurreren, dan kan hij trachten het aantal zorgvragers zo klein mogelijk te houden (zonder daarbij aan directe risicoselectie te doen, hetgeen niet is toegestaan). Hij kan dan concessies doen aan de in te kopen kwaliteit van zorg en/of kan hij zijn activiteiten richten op homogene groepen zorgvragers om zodoende schaalvoordelen te benutten. Een mogelijk effect is dus dat zorgverzekeraars zich toeleggen op een bepaald marktsegment, bijvoorbeeld op diabetici of COPD-patiënten, en zich zo van elkaar onderscheiden. Dit zou de keuzemogelijkheden van cliënten beperken.

Zal de keuzevrijheid door marktsegmentatie afnemen?

## 2.4 Uitgangspunten vanuit cliënten gezien

Volgens vertegenwoordigers van patiënten en consumenten moeten aanbieders inzicht hebben in de ervaringswereld en het 'levensloop-perspectief van cliënten'<sup>20</sup>. In een situatie van marktwerking zullen aanbieders dit vanzelf trachten te verkrijgen, willen zij 'in de markt' blijven. In situaties waarin geen marktwerking mogelijk is, zullen aanbieders op een andere manier gestimuleerd moeten worden om vraaggericht te werken.

Het ligt voor de hand dat de Raad de visie van de vertegenwoordigers van de cliënten en consumenten als een belangrijk uitgangspunt neemt bij de verdere beschouwingen. Deze visies zijn door de NPCF verwoord in Een integrale visie op patiënten/consumentenbeleid in Nederland voor de jaren 2002-2006<sup>21</sup> en door de Consumentenbond in Maak de zorg beter<sup>22</sup> en Zorg voor consumenten<sup>23</sup>.

De Raad kiest op grond daarvan de volgende uitgangspunten:

- consumenten/cliënten dienen toegang tot noodzakelijke zorg te hebben door middel van een betaalbaar basispakket;
- cliënten dienen vrije keuze te hebben tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders;
- cliënten dienen zowel over zorgverzekeringen als over zorgaanbod transparante informatie te krijgen;
- cliënten dienen goede en veilige zorg te krijgen;
- cliënten moeten binnen vastgestelde termijnen zorg geleverd krijgen;

- dé cliënt bestaat niet;
- cliënten moeten volwaardig aan de samenleving kunnen deelnemen en mogen niet op maatschappelijke achterstand raken;
- een gelijkwaardige samenwerkingsrelatie is nodig tussen de cliënt met zijn ervaringsdeskundigheid en de professional met zijn professionele deskundigheid;
- consumentenbelang houdt in dat afgestemd wordt op de individuele voorkeuren van de cliënt;
- de positie van de cliënt moet versterkt worden (rechtspositie, informatievoorziening, begeleiding en ondersteuning, inkoopmacht en empowerment); persoonsgebonden financieringsvormen dragen hieraan bij.

Patiënten- en consumentenorganisaties spelen een belangrijke rol bij het verwezenlijken van deze uitgangspunten. Zij dienen als partij gelijkwaardig aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars te zijn. Medezeggenschap stimuleert de vormgeving van vraagsturing en bewaakt en versterkt de rechtspositie van cliënten. Ook is goed toezicht nodig. Beleids- of wetswijzigingen op dit gebied moeten vanuit cliëntenperspectief beoordeeld worden op hun effecten.

Om deze uitgangspunten te kunnen realiseren moeten cliënten bereid zijn de zorgaanbieder adequaat te informeren, te handelen overeenkomstig het beslotene, enzovoort. Dit wordt in paragraaf 4.5 besproken.

Door de NPCF is de methode 2- en 3-gesprek ontwikkeld. Doel van het 2-gesprek tussen specialisten en patiënten is de kwaliteit van de behandeling en de communicatie te verbeteren. Bij het 3-gesprek doen ook de zorgverzekeraars mee met het oog op doelmatigheidsaspecten.

## 3 Ontoereikend cliëntenperspectief

### 3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft om te beginnen waar cliënten behoefte aan hebben. Hierna wordt geschetst hoe cliënten de praktijk beoordelen. Het hoofdstuk eindigt met een overzicht van de oorzaken voor het verschil tussen wensen enerzijds en praktijk anderzijds.

### 3.2 Waaraan hebben cliënten behoefte?

De behoeften van cliënten kunnen als volgt gerubriceerd worden<sup>24</sup>:

- *Hulpvraagverduidelijking*: de cliënt dient voor zichzelf duidelijk te krijgen wat zijn behoeften zijn en welke oplossingen mogelijk zijn.

Mensen die zorg nodig hebben, hebben heel uiteenlopende vragen. Aan deze vragen kan vaak op verschillende manieren voldaan worden. Daarvoor is het nodig dat het de zorgverlener duidelijk wordt wat de feitelijke vraag van de cliënt is; daartoe moet dit echter eerst voor de cliënt zelf helder zijn (vraagverheldering) en welke opties er zijn om in deze vraag te voorzien. Uiteraard spelen de persoonlijkheidskenmerken, emotionele behoeften, levensomstandigheden en daarmee samenhangend de preferenties van de cliënt bij diens uiteindelijke keuze een belangrijke rol<sup>25</sup>. De toenemende etnische en culturele diversiteit van de bevolking geeft aan de pluriformiteit van de preferenties nog een extra dimensie<sup>26</sup>.

Eerst helder krijgen wat de achterliggende vraag is

Onderzoek van Langewitz, et al. geeft aan dat artsen de patiënt gemiddeld al na 22 seconden in de rede vallen, kennelijk omdat ze een ellenlang verhaal van de patiënt vrezen. Onterecht. Het blijkt dat de meeste patiënten (80%) binnen twee minuten uiteenzetten wat er met hen aan de hand is<sup>27</sup>.

- *Informatie*: de cliënt moet begrijpelijke, objectieve informatie krijgen over zijn gezondheidstoestand, vooruitzichten, alternatieve onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden e.d., onder meer om weloverwogen keuzes te kunnen maken.

Mevrouw Van Diemen, die lijdt aan het syndroom van Marfan, kreeg een kunstklep in het hart geïmplanteerd. De cardioloog had echter verzuimd haar te vertellen dat het ook mogelijk was om gebruik te maken van een varkensklep, omdat men dit in dat ziekenhuis nu eenmaal nooit deed. Later vernam mevrouw Van Diemen van een cardioloog uit een ander ziekenhuis dat deze optie ook mogelijk was geweest. Haar ontsteltenis was groot. Een bioklep had er bij haar voor kunnen zorgen dat zij geen bloedverdunners hoefde te gebruiken.

- *Keuzevrijheid en keuzemogelijkheden*: de cliënt wenst dat zijn behoefte aan zorg gekoppeld kan worden aan zijn eigen omstandigheden, preferenties en levenswijze.

90% van het publiek wil bij een verwijzing van de huisarts naar de specialist zelf bepalen naar welke specialist het gaat. Meer dan 80% van het publiek wil door de arts altijd goed worden geïnformeerd over alle aspecten van de ziekte en behandeling en altijd meebeslissen over de te verlenen zorg<sup>28</sup>.

- *Bejegening*: wederzijds respect tussen cliënt en zorgverlener.

Onlangs kwam ik in het verpleeghuis bij mijn moeder op bezoek. Ze lag in bed. Ze kan niet zoveel meer, maar ze maakte me duidelijk dat ze wel even uit bed wilde. Dat was die dag nog niet gebeurd. Ik ging naar de verzorgende toe en vroeg: "Mijn moeder wil even uit bed, kunt u even helpen?" Haar reactie: "Laat haar maar liggen, ze moet er straks toch weer in"<sup>29</sup>.

- *Continuïteit van zorg*: voor de cliënt is het belangrijk dat de zorg zodanig georganiseerd is dat de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plaats wordt verleend; ook wanneer hiervoor verschillende zorgverleners nodig zijn.
- *Vakbekwaamheid*: cliënten willen erop kunnen vertrouwen dat de zorg (para)medisch-inhoudelijk goed is.

Deze rubricering is globaal van aard en gericht op de individuele cliënt. Binnen de verschillende zorgsectoren zijn en worden specifieke referentiekaders ontwikkeld, zoals voor de verzorging en de geestelijke gezondheidszorg<sup>30</sup>.

De behoeften van cliënten moeten gezien worden binnen een gelijkwaardige samenwerkingsrelatie tussen cliënt en zorgaan-

bieder. De tijd is voorbij dat de arts of verpleegster weet wat het beste voor de cliënt is. Er is sprake van een goede arts-clientrelatie wanneer erkend wordt dat ook de cliënt een deskundige is. De arts weet, als het goed is, alles over diagnostische technieken, prognose, behandelingsmogelijkheden en preventie. De cliënt is de ervaringsdeskundige, kent zijn eigen sociale omstandigheden, gewoonten en gedrag, risicobereidheid en voorkeuren.

Ervaringsdeskundigheid van de cliënt is belangrijk

Beide typen kennis zijn nodig om een ziekte succesvol te kunnen managen. Beide partijen moeten dus bereid zijn informatie te delen en te evalueren op basis waarvan beslissingen kunnen worden genomen<sup>31</sup>. Maar dat gebeurt niet altijd. Zo is in de literatuur beschreven dat veel cliënten sterke voorkeuren voor bepaalde behandelingen hebben<sup>32</sup>, dat deze voorkeuren niet altijd voor de hand liggen<sup>33</sup> en dat artsen er vaak niet in slagen deze te begrijpen<sup>34</sup>. Ook zijn niet alle groepen cliënten even goed in staat tot een gelijkwaardige relatie met artsen te komen. Jongeren geven er bijvoorbeeld meer dan ouderen de voorkeur aan om (mee) te beslissen over hun behandeling; relatief meer ouderen en sommige ernstig zieken geven er de voorkeur aan de beslissing over te laten aan de arts, wellicht om daardoor de verantwoordelijkheid voor gevolgen van een 'foute' beslissing te ontlopen<sup>35</sup>.

Artsen begrijpen niet altijd de voorkeuren van hun cliënten

Uit het voorgaande blijkt dat de ene cliënt de andere niet is. Hoewel de behoeften van cliënten in het algemeen gerubriceerd kunnen worden, zijn de behoeften van een individuele cliënt op een bepaald moment afhankelijk van tal van factoren<sup>36</sup>:

- de *toestand* waarin de cliënt verkeert: het bewusteloze ongevalslichaam, de dialysepatiënt, de dementerende oudere, iemand met een gemetastaseerd carcinoom;
- de *bekwaamheid* van de cliënt: is hij in staat om zijn rechten te realiseren?
- de *behoefte* van de cliënt om rechten te realiseren: wil hij op dat bepaalde moment als contractpartij behandeld worden?
- de *aard van de behandeling of dienst*: het maakt nogal wat uit of het gaat om de behandeling van een reconstructieve ingreep, een chemotherapiekuur of verzorging in een verpleeghuis;
- de *aard van de relatie*: is die structureel of incidenteel; de relatie met de huisarts is van andere aard dan die met de specialist; de mate van exclusiviteit kan een rol spelen;
- de *intensiteit* van de relatie: een behandeling kan vrij technisch van aard zijn, een puur somatische kwestie is anders



- dan een aandoening met een belangrijke psychosociale dimensie;
- de *duur*: het kan gaan om een relatie van voorbijgaande aard of om een langdurige relatie.

Ook de persoonlijkheids- en gedragskenmerken van de cliënt zijn van invloed op de zorgverlener-cliëntrelatie. Er zijn cliënten die zelf de regie willen voeren en er zijn cliënten die het nemen van beslissingen feitelijk geheel overlaten aan de zorgverlener. Daarnaast zijn er cliënten die zich actief opstellen bij het voorkomen en oplossen van gezondheidsproblemen en cliënten die een afwachtende houding aannemen. De verschillende typen van cliënten komen binnen alle zorgsectoren of doelgroepen voor, bijvoorbeeld zowel binnen de groep chronische als niet-chronische patiënten. Onderzoek in het buitenland wijst dit eveneens uit<sup>37</sup>.

Er zijn actieve en passieve cliënten

Vooral in complexe situaties, waarin de cliënt behoeften op meerdere terreinen heeft, is momenteel onvoldoende sprake van vraaggerichte zorg. Dergelijke behoeften dienen niet louter qua zorg te worden behandeld, maar in samenhang beantwoord te worden met aan de beperking of ziekte gerelateerde vragen, zoals benodigde hulpmiddelen, vervoersfaciliteiten, onderwijs, wonen en werk<sup>38</sup>.

Cliënten hebben vaak op meerdere terreinen behoeften

Op dit gebied zijn voorstellen gedaan, zoals die van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling<sup>39</sup> tot de verlening van 'integrale PGB-en' of 'participatiebudgetten'. Ook wordt hieraan aandacht besteed in voorstellen die samenhangen met de invoering van de zogenoemde Dienstenwet. Deze wet moet gaan regelen dat mensen op indicatie de voorzieningen kunnen krijgen die ze nodig hebben om hun zelfstandigheid te bewaren<sup>40</sup>. Initiatieven zijn genomen om woon-zorgloketten in te richten<sup>41</sup>. Tevens zijn er projecten, waarbij verschillende financieringsstromen qua zorg- en welzijnsmiddelen worden gebundeld en cliënten (virtuele) budgetten krijgen, waarmee aan hun vragen kan worden voldaan<sup>42</sup>. Bij een integrale benadering behoren uiteraard ook arbeidsrelevante aspecten te worden betrokken.

### 3.3 Hoe beoordelen cliënten de praktijk?

Wanneer cliënten gevraagd wordt of zij tevreden zijn over hun huisarts, fysiotherapeut of apotheker dan zijn hun antwoorden in meerderheid bevestigend<sup>43</sup>. Ook internationaal gezien komt

Cliënten zijn in het algemeen tevreden over de gezondheidszorg

Nederland goed uit de bus wanneer het publiek gevraagd wordt of het tevreden is over het systeem van gezondheidszorg<sup>44</sup>. Alhoewel tevredenheid over het systeem niet hetzelfde is als tevredenheid over artsen, bestaat er uiteraard een relatie tussen beide.

Meest tevreden "Het systeem werkt behoorlijk goed"		Minst tevreden "We moeten het systeem opnieuw bouwen"	
Land	%	Land	%
Nederland	33	Rusland	45
Verenigd Koninkrijk	25	Nieuw Zeeland	32
Canada	20	Australië	30
Australië	19	Argentinië	30
Argentinië	16	Verenigde Staten	29
Verenigde Staten	14	Canada	23
Japan	12	Italië	21
Italië	10	Japan	19
Nieuw Zeeland	9	Verenigd Koninkrijk	14
Rusland	6	Nederland	13

Bron: Harris Interactive, Health Care News, vol. 1, Issue 2, 2001.

Maar wanneer cliënten expliciet gevraagd wordt hun problemen in de zorg te melden, dan blijkt de 'waslijst' groot.

Van 2090 ondervraagde Internetgebruikers hebben er 501 (24%) het afgelopen jaar geen gebruik van medische zorg gemaakt. Van degenen die dit wel gedaan hadden was 67% over het algemeen tevreden, 27% was niet geheel tevreden en 6% was ontevreden. Chronisch zieken waren relatief meer ontevreden: liefst 31% was niet geheel tevreden en 12% was ontevreden. Van degenen die niet geheel tevreden of ontevreden waren, gaf bijna 40% aan dat zij onvoldoende informatie, een onduidelijk antwoord of onduidelijke adviezen hadden gekregen.

Bron: RVZ/Flycatcher<sup>45</sup>.

Problemen doen zich niet alleen voor bij de toegankelijkheid van de zorg, bijvoorbeeld tekorten aan huisartsen en tandartsen, in wachttijden en wachtlijsten, enzovoort, maar ook bij de kwaliteit van de zorg. Dit laatste resulteert onder meer in onnodige ziekenhuisopnamen (bijvoorbeeld door medicatiefouten), ziekenhuisinfecties, onnodig vóórkomen van decubitus en zelfs overlijden.

Toch schort er het een en ander aan de zorg

Deze problemen worden overigens niet alleen door cliënten zo ervaren, ook zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn zich hiervan bewust.

Ruim 70% van de medisch specialisten in Nederland zei de afgelopen twaalf maanden vaak of regelmatig meegemaakt te hebben dat zij niet die medische zorg leverden die zij volgens hun eigen professionele normen wel zouden willen/moeten leveren<sup>46</sup>.

Een andere aanwijzing dat cliënten niet altijd tevreden zijn is dat het aantal klachten dat bij regionale Informatie- en Klachtenbureaus Gezondheidszorg (IKG's) binnenkomt, toeneemt. De klachten over huisartsen verschuiven daarbij van bejegening- naar medisch-inhoudelijke aspecten. De toenemende mondigheid en geïnformeerdheid van de cliënt speelt hierbij waarschijnlijk een rol<sup>47</sup>.

Daarnaast blijkt uit een kwalitatief onderzoek onder organisaties van cliënten en patiënten dat cliënten nogal wat negatieve ervaringen hebben. Deze ervaringen hebben niet alleen betrekking op problemen om (de juiste) zorg te krijgen, maar betreffen ook de bejegening, de communicatie en informatie, het 'gevoel' voor de cliënt en zijn omgeving, de vakbekwaamheid van zorgaanbieders en het niet naleven van wet- en regelgeving. Bijlage 6 geeft inzicht in de aard van deze problemen, in de oorzaken zoals cliëntenorganisaties die zien en in door hen aangedragen suggesties voor verbetering.

Cliëntenorganisaties signaleren veel problemen

Ten slotte illustreert onderzoek, uitgevoerd door het NIVEL in opdracht van de KNMG, de kloof tussen cliënt en arts.

Met de stelling "Een mondige patiënt levert betere zorg op" is 60% van het publiek het eens en slechts 10% van de artsen. Met de stelling "Artsen zijn in staat om zich in de problemen van de patiënt te verplaatsen" is 36% van het publiek het eens en 73% van de artsen. En met de stelling "Door uitvoerig geïnformeerde patiënten verloopt het contact tussen artsen en patiënten gemakkelijk" is 66% van het publiek het eens en 36% van de artsen<sup>48</sup>.

### 3.4 Waaron lopen wensen en praktijk uiteen?

Er zijn geen redenen om te twijfelen aan de goede intenties van zorgaanbieders. Zorgaanbieders en cliënten hebben immers een gezamenlijk belang, namelijk bereiken dat de cliënt zo gezond mogelijk is en zo goed mogelijk in de maatschappij kan functioneren.

Toen ik tien jaar geleden een riskante openhartoperatie moest ondergaan en daarbij uit geloofsovertuiging bloedtransfusie afwees, maakte mijn zorgverzekeraar in eerste instantie bezwaar tegen de hoge kosten van één van de alternatieven, het van te voren en kort na de ingreep spuiten van EPO. Dit was vrij prijzig. Gelukkig voor mij kon de specialist de zorgverzekeraar ervan overtuigen dat het alternatief voor mij een 'must' was en dat enkele dagen langer op de intensive care veel duurder waren dan de EPO. De zorgverzekeraar gaf alsnog toestemming. Later bleek dat het kunnen gebruiken van de EPO levensreddend was. Het respecteren van mijn standpunt en de daaraan gekoppelde alternatieve behandeling, de moeite die de artsen namen, de vergoeding van de zorgverzekeraar, dat alles maakte dat ik nu nog dagelijks van het leven kan genieten en met warmte terugdenk aan de hulp die ik kreeg.

Bij het zoeken naar oorzaken van deze kloof kunnen - globaal gezien - twee clusters onderscheiden worden: het zorgsysteem en de aanbieders van zorg.

#### Zorgsysteem

Het huidige zorgsysteem heeft de volgende kenmerken die het moeilijk maken in te spelen op de behoeften van cliënten:

- schaarste aan zorgaanbod;
- geen transparante zorgproducten;
- te veel schotten en loketten;
- onvoldoende prikkels voor cliëntvriendelijkheid.

#### *Schaarste aan zorgaanbod*

Vraagbaarheid wordt gestimuleerd door keuzevrijheid en keuzemogelijkheden van de cliënt. Deze bestaan alleen wanneer er iets te kiezen valt. In de huidige situatie is er in Nederland in vele sectoren schaarste aan zorgaanbod (huisartsen, tandartsen, enzovoort).

De schaarste aan zorgaanbod is een obstakel voor vraaggestuurde zorg

	Aantal per 1.000 inwoners		
	Nederland	België	Duitsland
Huisartsen	0,45	1,0	1,4
Medisch specialisten	0,9	1,7	2,3
Tandartsen	0,5	0,7	0,8
Ziekenhuisbedden	3,7	7,3	9,1

Bron: OECD-Health data 2002, versie 06/15/2002 (gegevens over 2000).

In vergelijking met onze buurlanden is de Nederlandse situatie schraal te noemen. Het is moeilijk voor nieuwe zorgaanbieders om tot de zorgmarkt toe te treden. Zolang er geen sprake is van een (lichte) overcapaciteit aan zorgaanbod kan de cliënt niet kiezen en ontbreekt een prikkel tot vraaggerichtheid.

#### *Geen transparante zorgproducten*

Zowel voor zorggebruikers als zorginkopers/zorgverzekeraars is het aanbod aan zorgproducten onvoldoende transparant.

Ziekenhuizen maken nauwelijks keuzen, zoals bedrijven dat wel doen, tussen producten waarin zij goed zijn en waarmee zij de markt opgaan, en producten die ze afstoten. Op zich is dit niet verwonderlijk, want ziekenhuizen zijn op basis van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen en de daarop gebaseerde beleidsregels verplicht om 'ziekenhuisbrede' zorg aan te bieden. Strategische keuzen zouden zich dan ook moeten beperken tot dat deel van de zorg waar marktwerking mogelijk is.

Ziekenhuizen moeten ziekenhuisbrede zorg aanbieden

Het ontbreken van transparante zorgproducten maakt het zorginkopers (verzekeraars en cliënten) moeilijk inzicht te krijgen in de inhoud van de geleverde zorg en de kwaliteit ervan. Voor zorgverzekeraars die opkomen voor de belangen van hun verzekerden is het uiteraard belangrijk dat ze kwalitatief goede zorg met een goede prijs-kwaliteitsverhouding inkopen. Zorginkopers hebben wel zicht op kwantiteiten en prijzen, maar veel minder op de kwaliteit van de zorg die zij inkopen. Ook cliënten met een PGB kampen met dit probleem.

De kwaliteit van zorgproducten is niet bekend

Voor cliënten betekent dit dat ze geen weloverwogen keuze kunnen maken. In de eerste plaats is er te weinig zorgaanbod. In de tweede plaats beschikt de cliënt nauwelijks over informatie op basis waarvan hij kan kiezen. Weliswaar kan de cliënt informatie krijgen over locatie, bereikbaarheid, bezoektijden, voeding, maar niet of nauwelijks over medisch-inhoudelijke aspecten, gerelateerd aan een bepaalde instelling of beroepsbeoefenaar. Informatie over de kwaliteit van zorg is er namelijk niet of nauwelijks en als deze informatie er wel is, is deze niet

toegankelijk voor de cliënt. De informatie die hierover wel beschikbaar is, is beperkt tot de jaarlijkse 'Elsevier-enquête', waarvan de betrouwbaarheid onduidelijk is, en enkele publicaties van de Consumentenbond. De cliënt moet daarom - wanneer deze kan en wil kiezen - in hoge mate afgaan op hetgeen zijn of haar huisarts aanbeveelt, wat zijn ervaringen zijn of die van zijn familie of kennissen, en wat het dichtstbijzijnde ziekenhuis is. In de derde plaats zijn prijzen van zorg niet of nauwelijks van belang bij het maken van keuzen door de cliënt. Prijs-kwaliteitsvergelijkingen die consumenten in andere sectoren maken, spelen niet voor de cliënt in de zorgsector. De Raad vindt deze situatie niet goed.

De cliënt hoeft de kosten niet af te wegen

De all-in producten in de caresector, waarin naast zorg ook wonen, welzijn, huishoudelijke voorzieningen en voeding zijn opgenomen, belemmeren keuzemogelijkheden voor cliënten, terwijl verschillende cliënten voor deze componenten verschillende wensen hebben. Dit werkt belemmerend op de verbetering van de kwaliteit van de woonfunctie.

One size fits all?

#### *Te veel 'schotten en loketten'*

Cliënten worden geconfronteerd met een overvloed aan loketten en schotten. Cliënten die een beperking of ziekte hebben, hebben vaak niet alleen vragen en behoeften op het gebied van zorg, maar ook op het gebied van werk, vervoer, onderwijs, welzijn, enzovoort. Hiervoor zijn echter verschillende financieringsystemen. De cliënt moet dus bij meerdere instanties te rade. De activiteiten en financiële mogelijkheden van die instanties zijn bovendien niet op elkaar afgestemd. Schotten kunnen dus belemmerend werken op ketenzorg.

Financiële schotten belemmeren samenwerking en samenhang

#### *Cliëntvriendelijkheid wordt onvoldoende beloond*

Het zorgsysteem geeft zorgverleners, met name artsen, weinig prikkels om zich te onderscheiden van collega's. Hun inkomenspositie na de opleidingsperiode verandert relatief weinig gedurende hun carrière. Zo geldt een afgesloten toelatingsovereenkomst met een ziekenhuis in praktische zin voor het leven. Het huidige systeem belooft extra inspanningen of bijzondere prestaties daarnaast nauwelijks. Vanuit hun professionaliteit zullen vele artsen weliswaar geneigd zijn zich 'klantvriendelijk' op te stellen, vanuit het reguliere zorgsysteem ontbreekt het aan prikkels die klantvriendelijkheid belonen.

Zorgsysteem kent geen prestatiebeloning

#### *Gevolgen*

Deze kenmerken van het systeem hebben hun impact voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars en uiteraard voor cliënten.

Zo leidt schaarste aan aanbod voor zorgaanbieders tot een hoge werkdruk. Daarnaast is er een 'consensuscultuur'. Zorgverleners spreken elkaar onvoldoende aan op kwaliteit en men valt een collega doorgaans niet af. Als collega's zichtbaar disfunctioneren leidt dit doorgaans pas in een laat stadium tot repercussies. Een aantal huisartsen weigert cliënten die bij een collega zijn weggegaan in behandeling te nemen.

Misstanden worden onder de pet gehouden

### Zorgaanbieders

In de praktijk gaan zorgaanbieders nogal eens voorbij aan de behoeften van de cliënt. Daarvoor zijn verschillende oorzaken aan te wijzen.

#### *Onvoldoende informatie en onvoldoende keuzemogelijkheden*

In veel gevallen zijn er meerdere opties voor behandeling. In de praktijk lijkt de keuze voor een behandeling meer gebaseerd te zijn op de visie van de arts dan op de voorkeuren van de cliënt. De cliënt wordt niet altijd geïnformeerd over de alternatieven die er in zijn of haar situatie zijn<sup>49</sup>.

De arts beslist nog vaak voor de cliënt

#### *Bestaande richtlijnen en protocollen worden onvoldoende gehanteerd*

Er zijn inmiddels vele richtlijnen en protocollen voor (para-) medische professionals ontwikkeld (CBO, NHG, wetenschappelijke verenigingen, enzovoort). In een aantal gevallen zijn deze zelfs vertaald in voor leken begrijpelijke informatie, die via het Internet geraadpleegd kan worden<sup>50</sup>. In de praktijk blijken deze richtlijnen echter onvoldoende te worden nageleefd. In veel gevallen weten cliënten bovendien niet dat deze richtlijnen niet gevolgd worden, en als dit wel zo is kunnen ze hiertegen weinig doen. Wanneer richtlijnen en protocollen niet gebruikt worden, gaat dit in veel gevallen ten koste van de kwaliteit van de zorg.

#### *Bestaande richtlijnen en protocollen in de care zijn cliëntonvriendelijk*

Met name in de caresector (thuiszorg, verpleeghuizen) worden protocollen voor verpleegkundigen en verzorgenden gehanteerd die vanuit het aanbod c.q. de organisatie bedacht zijn in plaats van vanuit de cliënt. Dit kan ertoe leiden dat zorg wordt gegeven waar niet om gevraagd wordt en zorg waar wel om gevraagd wordt niet verleend wordt.

'Aanbodprotocollen' zijn vaak cliëntonvriendelijk

#### *Ervaringskennis wordt niet op zijn waarde geschat*

Medisch-inhoudelijke kennis en toegepaste kennis zijn goed ontwikkeld. Deze vinden hun vertaling in richtlijnen en protocollen. Anders is het gesteld met ervaringskennis die cliënten hebben opgedaan. Hiervan wordt nauwelijks systematisch

gebruik gemaakt, terwijl ook deze kennis voor cliënten van groot belang kan zijn<sup>51</sup>.

*Psychosociale consequenties van ziekte zijn onderbelicht aspect*

Met name in de cure zijn hulpverleners vooral gericht op het medisch-inhoudelijke ziekteproces. Geneeskunde dreigt een technisch vak te worden<sup>52</sup>. Niet alleen door de werkdruk van de zorgverlener krijgen de psychosociale consequenties, die verbonden zijn aan ziekte of een beperking, vaak onvoldoende aandacht, maar ook doordat hieraan in de medische opleidingen onvoldoende aandacht wordt besteed<sup>53</sup>.

*Zorgaanbieder beheert het dossier*

Volgens de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) is de zorgverlener verplicht een dossier in te richten (BW Boek 7, artikel 454) en verplicht aan de cliënt desgevraagd inzage en afschrift te geven (artikel 456). Aangezien cliënten alleen via hun zorgaanbieder toegang tot hun gegevens kunnen krijgen, kan dit ertoe leiden dat cliënten in hun 'bewegingsvrijheid' beperkt zijn of zich beperkt voelen, bijvoorbeeld wanneer zij een second opinion willen vragen.

Beheer van het dossier door de arts belemmert de cliënt in zijn mogelijkheden

*Niet adequate cliëntenlogistiek*

Een groot aantal problemen in de zorg (wachlijsten, te lang wachten in de wachtkamer, herhaaldelijk moeten terugkomen voor onderzoek, en dergelijke) is gebaseerd op een tekortschietende organisatie van het werk. In deze gevallen is de cliëntenlogistiek niet adequaat.

Mevrouw De Waal wordt met pijn op de borst in het ziekenhuis opgenomen. Na allerlei onderzoeken blijkt dat zij een ernstige vernauwing van de kransslagader heeft, die goed te 'dotteren' is. De dotterbehandeling kan pas over twee weken plaatsvinden. Omdat er in de tussentijd toch geen verdere onderzoeken of behandeling nodig zijn, stelt mevrouw De Waal voor dat zij de twee weken thuis afwacht. 'Dat kan wel', krijgt zij te horen, 'maar dan duurt het wel vijf maanden voordat u aan de beurt bent'. Voor niet opgenomen patiënten geldt namelijk een andere, veel langere wachtdienst. Mevrouw De Waal wil graag zo snel mogelijk geholpen worden en blijft dan ook noodgedwongen de twee tussenliggende weken in het ziekenhuis opgenomen.

Momenteel wordt in toenemende mate voor een doelgroepbenadering gekozen, die de logistiek verbetert. Zo zijn veel zie-



kenhuizen overgegaan tot het inrichten van onder meer mammapoli's en stroke units.

### 3.5 Conclusie

Alhoewel al vele jaren in de zorg het adagium 'De cliënt staat centraal' gebezigd wordt, blijkt de praktijk in vele gevallen anders. De cliënt krijgt niet altijd de kwaliteit die deze zou moeten krijgen. De cliënt blijkt niet altijd serieus genomen te worden; er wordt vaak slecht naar hem geluisterd en een (vermeende) zorgvraag wordt te snel vertaald in een vraag waarop een professionele aanbodvorm kan worden losgelaten. Vele zorgverleners zijn van goede wil, maar worden geconfronteerd met een zorgsysteem dat er niet toe bijdraagt de cliënt centraal te stellen. Blijkbaar is het nodig zorgaanbieders te prikkelen om de cliënt wel centraal te stellen.

De cliënt staat nog lang niet altijd centraal

## 4 Grenzen aan het cliëntenperspectief

### 4.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is aangegeven waaraan cliënten behoefte hebben. Maar moet de cliënt, kan de cliënt en wil de cliënt altijd kiezen? In sommige gevallen zou het niet nodig moeten zijn; in andere gevallen heeft de cliënt feitelijk geen keus. Er zijn dus grenzen aan wat de cliënt kan en wil en aan wat hem geboden kan worden. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op thema's die hierbij relevant zijn. Deze thema's zijn:

- cliënt en kwaliteit;
- cliënt en typen zorg;
- cliënt en pluriformiteit;
- cliënt en wederkerigheid.

### 4.2 Cliënt en kwaliteit

Het is voor de cliënt erg belangrijk om kwalitatief goede zorg te krijgen. In hoe verre moet de cliënt in staat zijn om op kwalitatieve gronden te kiezen? Kwaliteit heeft vele aspecten, zoals effectiviteit, tijdigheid, veiligheid, vraaggerichtheid, toegankelijkheid en efficiëntie. Kwaliteit kent enerzijds aspecten waarop de cliënt in beginsel moet kunnen kiezen en anderzijds aspecten die voor de cliënt 'geregeld' zouden moeten zijn. In concreto kunnen drie niveaus worden onderscheiden:

- a. Inhoudelijke eisen: de zorg moet inhoudelijk, dat wil zeggen medisch-, paramedisch- en verpleegkundig-technisch aan standaardkwaliteitseisen voldoen. Het gaat hier om aspecten als vakbekwaamheid en veiligheid.

In de Verenigde Staten leiden medische fouten tot veel slachtoffers. Het aantal doden komt overeen met het neerstorten van twee volle jumbojets elke drie dagen<sup>54</sup>. Er zijn concrete punten waarop de Nederlandse zorg aantoonbaar beter scoort dan de Amerikaanse, maar in zijn algemeenheid is de diagnose dat de kwaliteit momenteel onvoldoende is ook voor de Nederlandse zorg van toepassing<sup>55</sup>.

Dit eerste niveau vormt de basis. Cliënten moeten ervan kunnen uitgaan dat in alle gevallen aan een vaktechnische basis-kwaliteit voldaan wordt. De Inspectie voor de Gezondheidszorg moet hierop streng toezien.

De klant die een vliegticket boekt, gaat er vanuit dat de vaktechnische kwaliteit gegarandeerd is. Hij kiest niet op basis van het antwoord op vragen als: “Zijn de vleugels goed bevestigd?” of “Is de piloot voldoende bekwaam?”. Wel kiest hij op grond van de reputatie van de luchtvaartmaatschappij, de service, bijvoorbeeld beenruimte, en de prijs.

Voor de invulling van deze basiseisen zijn de professionals verantwoordelijk. Hiertoe ontwikkelen zij richtlijnen en protocollen. Deze zijn gebaseerd op ‘evidence’ en de ‘state-of-the-art’. Bij de totstandkoming ervan dienen zij cliënten (organisaties) te betrekken; deze laatste hebben immers ervaring met de consequenties in de praktijk. Met name wetenschappelijke verenigingen van beroepsbeoefenaren moeten hierbij een belangrijke rol spelen. Dit geldt niet alleen voor de opstelling van de richtlijnen, maar ook voor de (stimulering van de) toepassing ervan door de beroepsgroep.

Volgen van protocollen uit oogpunt van medisch-inhoudelijke kwaliteit

De klant die met het vliegtuig reist, kan erop vertrouwen dat de luchtvaartmaatschappij niet alleen gedegen protocollen voor vluchten beschikbaar heeft, maar ook dat de piloot deze protocollen gebruikt.

Professionals dienen vervolgens ook verantwoording af te leggen over de mate waarin zij daadwerkelijk de richtlijnen en protocollen toepassen. Deze verantwoording dient te worden gegeven aan het management van de instelling (als de professional in een instelling werkzaam is), aan de inspectie, aan de zorgverzekeraar (wanneer deze zorg inkoop) en aan het publiek. Aan het niet of onvoldoende gebruiken ervan dienen sancties te worden verbonden. Als uiterste kunnen deze inhouden dat de instelling het dienstverband met de arts (in loondienst) of de toelatingsovereenkomst met de vrijgevestigde specialist beëindigt of niet verlengt, dat de zorgverzekeraar geen nieuwe overeenkomst aangaat en dat de inspectie maatregelen neemt.

Professionals die een loopje nemen met protocollen, en daarmee met de kwaliteit, moeten gestraft worden

- b. Aanvullende algemene eisen: het gaat hier om alle overige aspecten, waaronder bejegening en keuzemogelijkheden, die in beginsel voor alle cliënten relevant zijn.
- c. Aanvullende persoonlijke eisen: eisen die samenhangen met ‘zorg op maat’; deze eisen zijn vooral belangrijk voor chronisch zieken en voor cliënten in de caresector.

De cliënt bepaalt zijn keuze voor een zorgaanbieder in beginsel op grond van het presteren van de zorgaanbieder ten aanzien van deze eisen. De cliënt zou geen behoefte moeten hebben aan informatie over de vaktechnische aspecten van een specifieke behandeling. De cliënt moet erop kunnen vertrouwen dat deze goed is. Wel moet de cliënt geïnformeerd worden over de zorgresultaten van het vakinhoudelijk handelen, bijvoorbeeld het percentage wondinfecties. Daarnaast moet de cliënt geïnformeerd worden over de alternatieve behandelingsmogelijkheden met de pro's en contra's ervan.

De medisch-inhoudelijke kwaliteit moet gegarandeerd zijn

In de luchtvaart is per maatschappij en per type vliegtuig bekend hoeveel ongelukken zich in een bepaald tijdsbestek hebben voorgedaan, hoeveel vliegtuigen zijn neergestort en hoeveel slachtoffers dit gekost heeft.

Afweging van de mate waaraan aan deze eisen is voldaan, leidt voor de ene cliënt tot een andere keuze dan voor de andere cliënt wanneer hun wensen en preferenties verschillen. Het is belangrijk dat de cliënt inzicht heeft in het handelen van de zorgaanbieder op deze aspecten. In het buitenland, bijvoorbeeld in de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk - twee landen met onderling sterk verschillende gezondheidszorgsystemen - zijn 'performance ratings' reeds beschikbaar<sup>56</sup>.

### 4.3 Cliënt en typen zorg

Een tweede beperking van de keuzemogelijkheden van cliënten hangt samen met het type zorg. De zorgaanbieder kan zich niet in alle gevallen op een marktconforme wijze door de behoefte van de cliënt laten leiden<sup>57</sup>. Het overheidsbeleid zet in op marktwerking, maar marktwerking is niet op alle gebieden van de zorg mogelijk<sup>58</sup>. Dit geldt met name voor zorg waarbij de baten voor een belangrijk deel de samenleving ten goede komen, zoals preventieve zorg/public health. Ook geldt dit voor acute zorg.

De markt werkt niet bij acute zorg en preventie

Marktwerking is wel goed mogelijk voor de makkelijk te organiseren electieve/planbare zorg<sup>59</sup>, en voor chronische zorg. Het gaat hierbij dus om een deel van de AWBZ-zorg en een deel van de zorg die via ziekenfonds of particuliere ziektekostenverzekering betaald wordt, dus zowel om het eerste als tweede compartiment.

#### 4.4 Cliënt en pluriformiteit

De cliënt zal niet in alle situaties die zich voordoen, kunnen kiezen. Dit is bijvoorbeeld het geval in acute levensbedreigende situaties. Daarnaast zijn er cliënten die per definitie niet kunnen kiezen, zoals handelings- en wilsonbekwamen (uiteraard kunnen hun zaakwaarnemers dit wel).

Ook zijn er cliënten die wel zouden kunnen kiezen, maar dit in de praktijk niet (altijd) willen doen. Zij laten hun beslissingen aan anderen over, met name aan de professionals. Overigens kan dit ook als een keuze beschouwd worden.

Niet kunnen of willen kiezen moet gerespecteerd worden

Ten slotte zijn er cliënten die wel keuzen kunnen en willen maken. In het bijzonder gaat het hierbij om keuzen met betrekking tot chronische en electieve zorg. Uiteraard kunnen zij er ook voor kiezen om bij een gezondheidsprobleem geen beroep te doen op zorg. Voor degenen die wel kunnen en willen kiezen is het belangrijk om keuzemogelijkheden te krijgen en instrumenten om keuzemogelijkheden te benutten, voorafgaand aan een door de cliënt te nemen beslissing. Het ultieme instrument is de exit-optie: 'stemmen met de voeten'.

Voor cliënten die een bepaalde keuze niet kunnen of willen maken, moeten andere oplossingen gevonden worden om hen zoveel mogelijk de zorg te geven waaraan zij behoefte hebben. Zeker voor deze cliënten is het de taak van de overheid om hen te beschermen, onder meer door wettelijke regelingen te treffen. Dit gebeurt door zorgaanbieders verplichtingen op te leggen. Onder meer cliëntenparticipatie is hierbij een belangrijk instrument, waarbij andere cliënten opkomen voor mensen die zelf daartoe niet in staat zijn.

De 'niet-kiezende' cliënt moet extra beschermd worden

Wellicht ten overvloede moet worden opgemerkt dat dezelfde cliënt in de ene situatie wel kan en wil kiezen en in het andere niet.

Zorgaanbieders dienen sensitief te zijn voor pluriformiteit. Gedoeld wordt ook op sensitiviteit voor de wensen en preferenties die samenhangen met bijvoorbeeld verschillende etniciteit en culturen.

## 4.5 Cliënt en wederkerigheid

Cliëntenperspectief omvat ook het aspect van goed patiëntschap. Hierbij zijn drie fasen te onderscheiden: de fase voorafgaand aan de zorg, de zorgfase en de daaropvolgende fase<sup>60</sup>.

In de fase voorafgaand aan de zorg is de burger nog geen cliënt. Hij of zij draagt wel eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid van zichzelf en anderen. In het verlengde hiervan ligt de verantwoordelijkheid voor een gezonde levensstijl. Deze verantwoordelijkheid kan geoperationaliseerd worden door een verbinding te maken met de aanspraak die men kan maken op (schaarse) zorg.

Behalve rechten heeft de cliënt ook verantwoordelijkheid

Een essentieel element van 'goed patiëntschap' tijdens de zorgfase is het geven van geëigende informatie door de patiënt aan de hulpverlener. Aan deze openhartigheid is het beroepsgeheim van de hulpverlener onlosmakelijk verbonden. Daarnaast moet de patiënt, voor zover daartoe in staat, actief participeren in het beslissingsproces rond zijn of haar behandeling en meewerken aan onderzoek en/of behandeling door bijvoorbeeld 'therapietrouw' te zijn.

De cliënt moet meewerken

Van de cliënten die cholesterolverlagers voorgeschreven krijgen, is 33% binnen één jaar gestopt met het innemen van deze middelen. Voor deze categorie zijn alle kosten en inspanningen voor niets geweest. Voor antihypertensiva ligt dit op 59% en voor inhalatiecorticosteroiden op maar liefst 87%. De uitgaven van farmaceutische hulp aan patiënten die de behandeling binnen één jaar staken, worden geschat op € 234 miljoen<sup>61</sup>.

In de fase volgend op de zorg, is het belangrijk dat de cliënt meewerkt aan herstel en het verkrijgen of herkrijgen van zelfstandigheid. Of de verleende zorg voldoende klantgericht is geweest, kan alleen door de patiënt zelf bepaald worden. Men zou van de patiënt hierin een actieve opstelling kunnen vragen. Deze moet dus aangeven hoe het zorgproces is verlopen en welke effecten, naar zijn of haar observatie of gevoel, de zorg heeft op herstel en genezing. Tot slot moet de patiënt bereid zijn om de hulpverlener feedback te geven. Uiteraard moet de hulpverlener hiervoor dan ook wel open staan.

## 5 Oplossingsrichtingen

### 5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk behandelt de middelen en prikkels die de aanbieder aanzetten om te doen waaraan de cliënt behoefte heeft. Daartoe worden in de volgende paragraaf eerst de verschillende klantrelaties in beeld gebracht. Hierna worden enkele instrumenten uitgewerkt. Het gaat hierbij met name om prikkels op het gebied van zorginkoop en betaling, cliëntparticipatie en informatie.

### 5.2 Klantrelaties in de zorgsector

Wanneer de cliënt zich tot een aanbieder van zorg wendt, wil deze dat zijn vraag wordt afgestemd op zijn wensen en preferenties. Ook is vastgesteld dat de ene cliënt de andere niet is en dat de cliënt in de zorgsector niet dezelfde positie heeft als de consument in andere sectoren. De cliënt in de zorgsector heeft een gezondheidsprobleem en moet doorgaans noodgedwongen een beroep doen op zorg. Hoe dit verloopt kan in hoofdlijnen als volgt worden weergegeven. Allereerst dient een onderscheid gemaakt te worden tussen:

- de cliënt die niet zelf kan of wil kiezen;
- de cliënt die wel zelf kan en wil kiezen.

*De cliënt kan en wil niet zelf kiezen*

Onder meer in de volgende situaties is dit het geval:

- de cliënt heeft acute zorg nodig;
- er is een tekort aan zorgaanbod;
- de exit-optie is niet of moeilijk te realiseren (in geval van langdurige zorgrelaties, zoals bij verpleeghuiszorg);
- de cliënt is wilsonbekwaam (in deze situatie kan eventueel een zaakwaarnemer - ouder, kind, mentor, e.d. - namens de cliënt kiezen).

In laatstgenoemde situatie moeten cliënten die in beginsel wel willen kiezen, maar begeleiding nodig hebben om te kunnen kiezen, gemakkelijk toegang hebben tot personen of organisaties die hen hierbij kunnen ondersteunen.

Overigens kunnen ook cliënten die wel kunnen en willen kiezen baat hebben bij dergelijke ondersteuning op lokaal, regionaal of nationaal niveau. Patiënten-clieñtenorganisaties kunnen

Sommige cliënten willen geholpen worden bij het maken van keuzen

hierbij een nuttige rol vervullen. Een ander voorbeeld op nationaal niveau is Per Saldo, de vereniging van budgethouders<sup>62</sup>. Een Amerikaans voorbeeld is de Foundation of Accountability (FACCT), die Amerikanen helpt betere beslissingen op gezondheidszorgegebied te nemen<sup>63</sup>. Op lokaal niveau kunnen, naast patiënten- en cliëntenorganisaties, zorgbemiddelaars, cliëntondersteuners en andere intermediairs een nuttige rol vervullen. Voorbeelden hiervan zijn ouderenadviseurs en SPD-consulenten. Het instrumenteren van de cliënt in dit opzicht valt buiten de scope van dit advies.

#### *De cliënt kan en wil zelf kiezen*

In dit geval zou de cliënt zo veel mogelijk moeten functioneren als een klant in andere sectoren. Dit houdt onder meer in dat er een betaalrelatie moet zijn tussen degene die (zorg) levert en degene die (zorg) afneemt. Daarnaast is een belangrijke voorwaarde dat er iets te kiezen moet zijn: er moet marktwerking zijn, en hiervoor is voldoende zorgaanbod nodig.

De cliënt die in een bepaalde situatie kan en wil kiezen, heeft in principe twee mogelijkheden:

- de cliënt schakelt zijn of haar zorgverzekeraar in, doet een beroep op diens zorgplicht en laat de verzekeraar voor hem zorg inkopen en zorg verlenen. In dit geval kiest de cliënt voor *zorg in natura* en heeft de cliënt dus een *klantrelatie met de verzekeraar*;
- de cliënt wendt zich direct tot de zorgaanbieder en koopt zelf zorg in. In dit geval kiest de cliënt voor zorg gekoppeld aan een systeem van *restitutie* of voor een *persoonsgebonden budget* (voor die delen van de zorg waar dit mogelijk is), en heeft de cliënt dus een *klantrelatie met de zorgaanbieder*.

Overigens zal het duidelijk zijn dat dezelfde patiënt in de ene situatie wel zelf kan en wil kiezen (en bijvoorbeeld voor een PGB kiest) en in een andere situatie dit niet kan (bijvoorbeeld omdat hij als gevolg van een ongeluk in een levensbedreigende situatie is terechtgekomen). Uit dit laatste voorbeeld blijkt dat marktwerking niet in alle gevallen mogelijk is. Zo is dit bij acute zorg dus niet mogelijk. Bij kapitaal- en kennisintensieve zorg (bijvoorbeeld in het kader van de WBMV) is dit niet wenselijk. Bij het brede terrein van de electieve/chronische zorg is marktwerking wel mogelijk<sup>64</sup>.

Wel of niet willen of kunnen kiezen is situationeel afhankelijk



### 5.3 Zorginkoop en betaling

In deze paragraaf worden de vormen van klant- en betaalrelaties uitgewerkt.

#### *Zorg in natura*

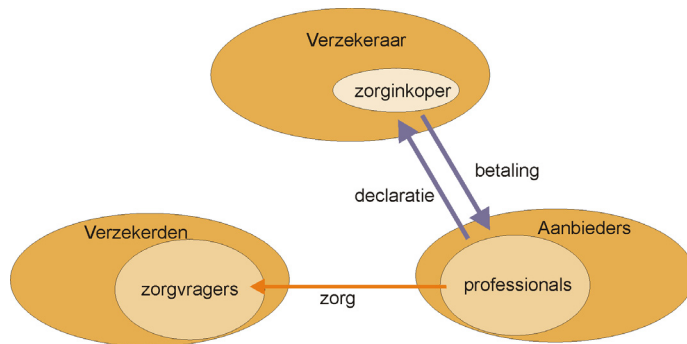
Zorg in natura is momenteel de meest voorkomende vorm. Hierbij speelt de verzekeraar een prominente rol. Hij int verzekeringspremies en in ruil hiervoor geeft hij recht op zorg door deze zelf te verlenen of dit door derden te laten doen. Bij zorg in natura kan de verzekerde van de verzekeraar daadwerkelijke, behoorlijke en tijdige verlening van zorg verlangen<sup>65</sup>.

Voor de verzekeraar is het niet alleen belangrijk om van de zorgaanbieder te weten welke zorg deze geleverd heeft, maar ook van de cliënt te vernemen wat zijn of haar ervaringen zijn. De verzekeraar heeft verschillende mogelijkheden om hierin te voorzien. Eén van die mogelijkheden is het houden van enquêtes.

De verzekeraar moet ervaringen van cliënten vernemen en zondig de zorgaanbieder aanspreken

In de huidige situatie betaalt de cliënt premie aan de verzekeraar; er is geen directe relatie met hetgeen door de verzekeraar (doorgaans door derden) aan zorg geleverd wordt.

**Figuur 5.1** Huidige situatie bij zorg in natura



Een meer structurele optie, waarbij de betaalrelatie versterkt wordt, is de cliënt hierbij te betrekken. Hiervoor bestaan twee opties.

#### *Optie 1:*

Zoals het in de consumentenmarkt vanzelfsprekend is om facturen en betalingsbewijzen te krijgen, kan de zorgverzekeraar periodiek een kostenoverzicht van verleende zorg aan de

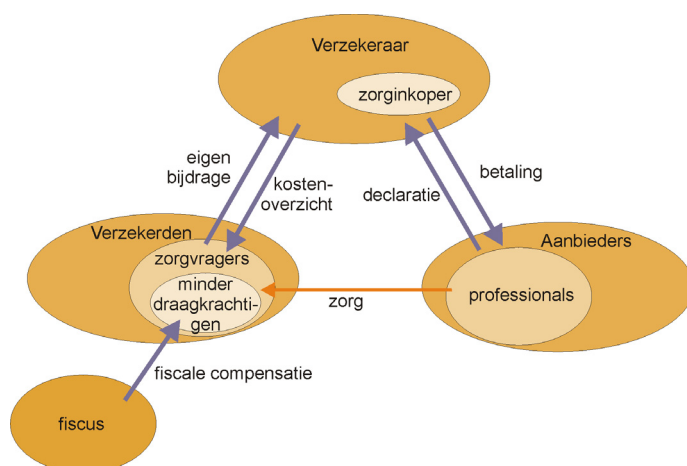
cliënt zenden. Deze beoordeelt of hij of zij de zorg die op dit overzicht staat vermeld naar tevredenheid heeft ontvangen. Heeft de cliënt niet de zorg genoten die volgens het overzicht verleend is of is de zorg in belangrijke mate ontoereikend geweest, dan meldt de cliënt dit aan de zorgverzekeraar.

Voordeel van deze gang van zaken is dat de cliënt inzicht krijgt in de kosten die de zorgverlening met zich meebrengt. Dit kan tevens van nut zijn wanneer de cliënt een afweging wil maken om al dan niet op een PGB over te gaan.

Voor een echte klant-/betaalrelatie zou de cliënt een deel van de declaratie zelf dienen te betalen (eigen bijdrage), waarbij de hoogte van de eigen bijdrage bijvoorbeeld procentueel gekoppeld is aan de hoogte van het declaratiebedrag, maar met een minimumdrempel<sup>6</sup>. Ook nominale eigen bijdragen zijn echter denkbaar. De cliënt wordt hierdoor geprikkeld de kwaliteit te beoordelen en kan, indien hij ontevreden is over de verleende zorg, de betaling van de eigen bijdrage opschorten of weigeren.

Ook bij zorg in natura een klant-/betaalrelatie tot stand brengen

**Figuur 5.2 Voorgestelde situatie bij zorg in natura (1)**



Op dit moment heeft de cliënt namelijk weinig instrumenten om de verzekeraar te prikkelen tegemoet te komen aan de wensen van de verzekerde. Als hij of zij ontevreden is over de door de verzekeraar geleverde zorg, dan kan de verzekerde niet de premiebetaling opschorten. In een gewone markt kan een klant veelal betaling weigeren als de aanbieder niet presteert,

Verzekerden moeten premiebetaling kunnen opschorten

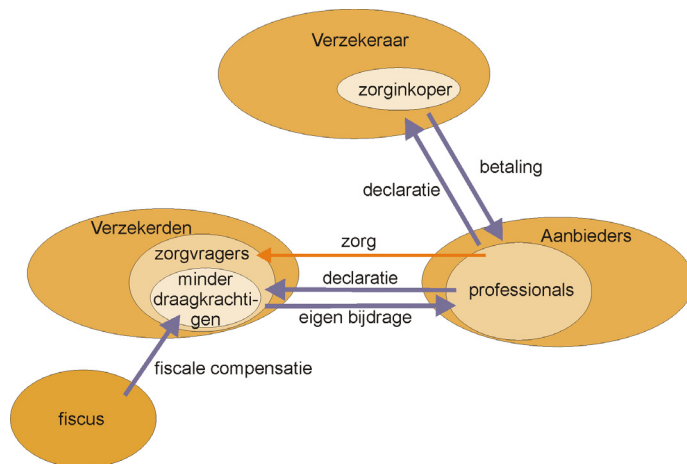
maar bij een ziektekostenverzekering betekent het niet betalen van premie dat de cliënt niet meer verzekerd is.

De verzekerde moet dus het recht hebben om het nominale deel van de premiebetaling op te schorten zonder dat hij de door de verzekeraar geboden dekking verliest. Daartoe moet de verzekerde wel, voorafgaande aan de opschorting, de verzekeraar in gebreke hebben gesteld. Redenen voor opschorting kunnen zijn het - naar het oordeel van de cliënt - niet nakomen van de verplichtingen die de verzekeraar volgens de polisvoorwaarden heeft, en het niet naar behoren presteren van de zorgaanbieder. Indien zorgverzekeraar en cliënt niet tot overeenstemming komen, vindt arbitrage plaats.

*Optie 2:*

Een tweede optie is een directe ruilrelatie met de zorgaanbieder tot stand te brengen. Dit is in figuur 5.3 weergegeven.

**Figuur 5.3** Voorgestelde situatie bij zorg in natura (2)



In dit geval int de zorgaanbieder de eigen bijdrage. Dit biedt de cliënt mogelijkheden financiële consequenties te verbinden aan het onder de maat presteren van de zorgaanbieder. Voordeel van deze optie is het ontstaan van een directe ruilverhouding tussen cliënt en zorgaanbieder. Een nadeel is dat hierdoor de positie van de verzekeraar wordt uitgehold: problemen tussen cliënt en zorgaanbieder zullen de verzekeraar ontgaan, omdat de cliënt direct de zorgaanbieder aanspreekt; de verzekeraar heeft niet genoeg informatie om hieraan consequenties voor de contractering te verbinden.

Daarnaast is er een tweetal problemen:

- een centrale instantie die de betaalde eigen bijdragen bijhoudt, ontbreekt; dit maakt maximering van de eigen bijdragen tot een totaalbedrag per jaar problematisch;
- in de eerste optie kan worden gekozen voor een procentuele eigen bijdrage. In deze tweede optie is dit moeilijk realiseerbaar. Hiervoor in de plaats kan alleen voor nominale eigen bijdragen gekozen worden.

Gezien de uitvoeringstechnische problemen die aan de tweede optie verbonden zijn, kiest de Raad voor de eerste optie, waarbij de verzekeraar de eigen bijdragen int.

De intentie van deze voorstellen is niet om de zorgvraag af te remmen, noch om een 'no cure, no pay' systeem te introduceren (voor zover 'cure' aan de orde is, in veel gevallen is dit immers helaas niet haalbaar). Het gaat hier om de vraag of de zorgaanbieder cliëntvriendelijke, goede en veilige zorg heeft verleend conform wat algemeen aanvaard is. De declaratieafhankelijke eigen bijdragen kunnen in de plaats van de huidige eigen bijdrageregelingen komen.

Doel is cliëntvriendelijke, goede en veilige zorg

Door de stijgende kosten van de gezondheidszorg neemt de roep om (meer) eigen betalingen toe<sup>67</sup>. Naar de mening van de Raad is een dergelijk besluit echter slechts acceptabel wanneer daar tegenover staat dat de cliënt vraaggerichte zorg krijgt. Daartoe behoort ook dat de zorg doelmatig is.

Deze maatregelen brengen met zich mee dat de transactiekosten zullen toenemen. Dit is echter inherent aan marktwerking en transparantie. In andere sectoren is het niet meer dan normaal dat consumenten facturen, aankoopbonnen en andere betaalbewijzen ontvangen. Daarnaast geldt voor ongeveer eenderde van de verzekerden - de particulier verzekerden - reeds dat zij declaraties thuis ontvangen (zij het doorgaans niet voor hoge bedragen, bijvoorbeeld niet voor kosten verbonden aan ziekenhuisopname, en wel voor 'kleine' bedragen, zoals voor huisarts en fysiotherapeut). Naar schatting bedragen de kosten van het verstrekken van deze kostenoverzichten ongeveer 2% van de totale zorgkosten, ofwel rond € 700 miljoen<sup>68</sup>; zoals aangegeven geschiedt een deel hiervan reeds in de huidige situatie.

Marktwerking brengt hogere transactiekosten met zich mee

Behalve dat het prikkels voor vraagsturing zijn, kunnen deze maatregelen ook tot besparingen leiden. Deze kunnen in de orde van grootte van € 400 tot € 800 miljoen liggen<sup>69</sup>. Door

Ook besparingen zijn mogelijk

deze werkwijze, in samenhang met identificatie van de cliënt en controle op de verzekeringsstatus, kan zorgfraude in belangrijke mate worden voorkomen. Cliënten hebben immers belang bij het controleren van declaraties, waardoor malversaties van zorgaanbieders aan het licht komen en het malverteren door cliënten wordt voorkomen.

In de kabinetsplannen is bij de invoering van een basisverzekering een eigen risico voorzien, met hogere uitvoeringskosten als gevolg. Ook voor dit plan geldt dat dit tot hogere uitvoeringskosten leidt in vergelijking met een verzekering zonder eigen risico en zonder eigen bijdragen<sup>70</sup>.

Het hiervoor beschreven voorstel betreft het tweede compartiment. Voor zorg die in het eerste compartiment gefinancierd wordt (AWBZ) beschikt de cliënt reeds over een tweetal mogelijkheden om te bewaken dat de verleende zorg vraaggericht verleend wordt. Dit zijn:

- terugvorderen van de eigen bijdrage AWBZ bij in gebreke blijvende zorg<sup>71</sup>;
- gebruik maken van een persoonsgebonden budget.

Zorg in natura kan in bepaalde omstandigheden omgezet worden in zorg op basis van restitutie. Indien zorgverzekeraars contracteervrijheid wordt geboden, dan is het niet uit te sluiten dat in een aantal gevallen cliënten die in behandeling zijn, geconfronteerd worden met het feit dat de medewerkersovereenkomst tussen hun behandelaar en verzekeraar beëindigd is. Dit zal er echter niet toe mogen leiden dat de consequentie is dat de cliënt die zorg in natura ontvangt, verplicht is dan de behandelingsovereenkomst te beëindigen en een nieuwe zorgaanbieder te zoeken.

De beëindiging van de medewerkersovereenkomst mag niet leiden tot de beëindiging van de behandelingsovereenkomst als de cliënt dit niet wenst

Het is mogelijk dat verzekeraars een oplossing kiezen, waarbij zij dat deel van de kosten vergoeden dat zij zouden moeten betalen aan de zorgaanbieder met wie zij wel een overeenkomst hebben afgesloten. Het verschil zal de cliënt dan moeten bijbetalen. Feitelijk verandert hiermee het leveren van zorg in natura in zorg met restitutie. Aangezien het bovendien gaat om een normatief bedrag, kan dit ook als een vorm van een PGB beschouwd worden<sup>72</sup>, waarbij de vergoeding achteraf plaatsvindt.

Ditzelfde gaat op in het geval een cliënt zich wil wenden tot een aanbieder waarmee zijn of haar verzekeraar geen overeenkomst heeft afgesloten.

*Zorg gekoppeld aan een systeem van restitutie*

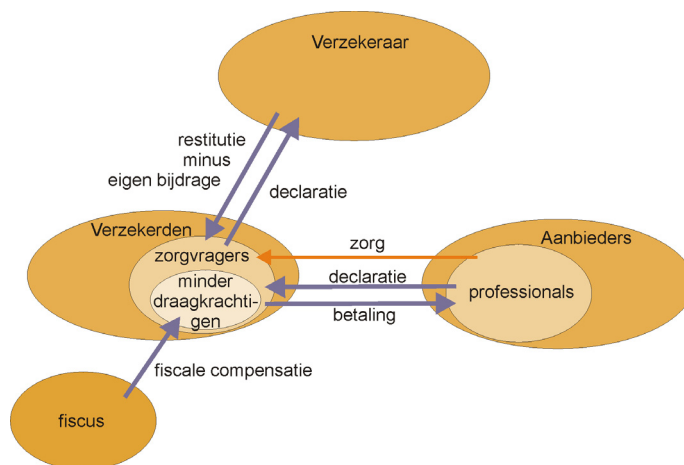
Bij zorg die gekoppeld is aan een systeem van restitutie, krijgt de verzekerde in ruil voor premiebetaling recht op vergoeding voor kosten van zorg die de verzekerde zelf organiseert. Hij kan dus niet van zijn verzekeraar daadwerkelijke, behoorlijke en tijdige verlening van zorg verlangen.

In een aantal gevallen bestaat nu al een klant- en betaalrelatie. De cliënt ontvangt zorg, krijgt de rekening, betaalt deze wanneer hij akkoord is en declareert bij de verzekeraar dat deel waarop hij volgens de polisvoorwaarden recht heeft. Klinisch verleende zorg vormt qua afhandeling hierop doorgaans een uitzondering. Deze declaraties worden door de zorgaanbieder rechtstreeks naar de verzekeraar verzonden, die vervolgens tot betaling overgaat.

De particulier verzekerde heeft al een klant-betaalrelatie

Figuur 5.4 schetst de voorgestelde situatie bij zorg op basis van restitutie, rekening houdend met de introductie van eigen bijdragen.

**Figuur 5.4** Voorgestelde situatie bij zorg gekoppeld aan restitutie



De cliënt koopt zorg in bij de zorgaanbieder, ontvangt een declaratie en betaalt de zorgaanbieder voor de ontvangen zorg. De cliënt dient de declaratie in bij zijn verzekeraar en krijgt het gedeclareerde bedrag gerestitueerd onder aftrek van de vastgestelde eigen bijdragen. Dit is de formele procedure. Uiteraard kan de verzekeraar de zorgaanbieder ook rechtstreeks betalen,

zodat voorkomen wordt dat de cliënt hoge bijdragen, bijvoorbeeld voor klinische zorg, moet voorschieten.

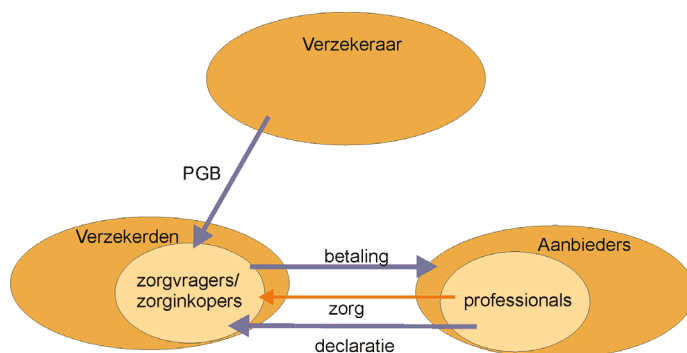
Bij polisdifferentiatie is het mogelijk dat verzekeraars polissen aanbieden die cliënten tegen een hogere premie vrije keus qua zorgaanbieders geven en polissen met een lagere premie waarbij sprake is van 'preferred providers'. In dit laatste geval hebben cliënten recht op vergoeding van zorg die is verleend door zorgaanbieders die door de zorgverzekeraar geselecteerd zijn. Zorg die door de cliënt bij andere zorgaanbieders wordt afgenomen zal dan tot bijbetaling leiden.

#### *Zorg op basis van een PGB*

In het geval van een persoonsgebonden budget koopt de cliënt zelf zorg in. Prijs-kwaliteitsvergelijkingen moeten hiervoor relevant zijn. Vanuit het cliëntenperspectief heeft deze optie de voorkeur; in dit geval leidt de vraag immers bij uitstek het aanbod. In paragraaf 6.2 wordt dit nader uitgewerkt. PGB's kunnen overigens niet voor alle vormen van zorg ingezet worden; er moet sprake zijn van een voorspelbare zorgconsumptie.

Het PGB sluit het beste aan bij marktwerking

**Figuur 5.5** Situatie bij zorg op basis van een PGB



De cliënt met een PGB bepaalt zelf of de verleende zorg adequaat is en kan bij inadequate zorg hieraan financiële consequenties voor de zorgaanbieder verbinden.

De voordelen van vraagsturingsvormen, zoals persoonsgebonden budgetten, zijn beschreven in een studie van het ministerie van Economische Zaken. Deze studie naar vraagsturing van (semi)publieke diensten wijst uit dat afnemers van deze diensten meer keuzemogelijkheden hebben. In het alge-

meen neemt hun tevredenheid ook toe. In de markt ontstaat dynamiek en er komt meer ondernemerschap. Dit kan zowel voor cliënten als aanbieders positief uitpakken. Voor de overheid blijven budgettaire beheersbaarheid, voorkómen van oneigenlijk gebruik en de uitvoeringskosten echter belangrijk. In de praktijk blijken deze laatste drie aspecten te beheersen mits rekening wordt gehouden met kritische factoren als voldoende draagvlak, een goede marktordering, een goede organisatie, een goede inbedding en voldoende informatie<sup>73</sup>.

#### 5.4 Invloed van cliënten op de zorginkoop

Wanneer cliënten zorg in natura krijgen, dan heeft de zorgverzekeraar deze zorg voor hen ingekocht. Voor ziekenfondsen geldt op grond van artikel 34 derde lid onder c ZFW dat zij in hun statuten dienen te waarborgen dat verzekerden een redelijke mate van invloed hebben op het bestuur<sup>74</sup>.

Op grond van deze verplichting hebben veel ziekenfondsen zogenoemde verzekerdenraden ingesteld, maar deze hebben geen inspraak in of bemoeienis met de zorginkoop<sup>75</sup>. Bovendien is het de vraag of een verzekerdenraad wel het juiste gremium is om deze rol op zich te nemen; de kans bestaat dat de leden van deze raad zich in toenemende mate gaan vereenzelvigen met de zorgverzekeraar, omdat zij daarvan deel uitmaken. Bovendien hebben zij geen zicht op de activiteiten van andere verzekeraars. Ten slotte hebben verzekerden andere belangen dan cliënten. Een cliëntenorganisatie lijkt dan ook beter toegerust dan een verzekerdenraad om deze rol te kunnen vervullen.

Verzekeraars zouden cliëntenorganisaties moeten betrekken bij het opstellen van de eisen waaraan in te kopen zorg dient te voldoen. De contractering zou gebaseerd moeten zijn op de opgestelde eisen, waardoor die aanbieders worden gecontracteerd wier product/dienst het beste beantwoordt aan deze eisen.

Cliëntenorganisaties betrekken bij opstellen van eisen voor zorginkoop

Het ligt voor de hand dat cliëntenorganisaties informatie aan hun achterban geven over de eisen die volgens hen moeten worden gesteld, en vervolgens - na toewijzing – oordelen in hoeverre hieraan in de praktijk door de zorgaanbieder wordt voldaan. Dit biedt verzekerden en cliënten informatie die ze kunnen betrekken bij nieuwe beslissingen over de keuze voor een zorgverzekeraar en/of zorgaanbieder.

Cliëntenorganisaties toetsen zorginkoop aan eisen



## 5.5 Patiënten/cliëntenorganisaties duidelijke rol geven

Cliëntenorganisaties behartigen landelijk of regionaal de belangen van individuele cliënten en/of van specifieke cliëntencategorieën. Ze vervullen daarmee een belangrijke rol bij het waarborgen en verbeteren van de kwaliteit van de zorgverlening. Opvallend is dat de positie van cliëntenorganisaties niet is verankerd in de wetgeving, die beoogt de kwaliteit van zorgverlening aan cliënten te waarborgen en structureel te verbeteren (zoals Kwaliteitswet Zorginstellingen, WGBO, WKCZ en WMCZ).

Het introduceren van marktwerking in de zorgsector houdt in dat de rol van organisaties van patiënten en cliënten verandert. Momenteel is deze rol hybride. Deze organisaties manifesteren zich zowel in dat deel van de zorgmarkt waar sprake is van marktwerking als in het deel waar geen marktwerking is.

Wanneer cliënten kiezen voor zorg op basis van restitutie of een PGB is de rol van cliëntenorganisaties dus anders dan voor cliënten die zijn aangewezen op zorg in natura. Het volgende schema maakt dit duidelijk.

Activiteit	Rol patiënten/cliëntenorganisatie	
	Zorg in natura (verzekeraar koopt in)	Restitutie/PGB (cliënt koopt in)
Informeren van cliënten	Vergelijkende informatie over de prestaties van de verzekeraar en de via de verzekeraar verleende zorg	Vergelijkende informatie over de prestaties van zorgaanbieders*
Invloed op zorginkoop	Bijdrage aan formuleren van eisen waaraan door verzekeraar in te kopen zorg moet voldoen	Advisering cliënt indien deze hieraan behoefte heeft
Cliëntenparticipatie	Ja, bijvoorbeeld op basis van WMCZ**	Nee
Signalering misstanden	Ja (luis in de pels functie)	Ja (luis in de pels functie)

\* En over de financiële afhandeling door verzekeraars

\*\* Bijvoorbeeld in verpleeghuizen

Om hun rol goed te kunnen vervullen, moeten cliëntenorganisaties aan voorwaarden voldoen. Een belangrijke voorwaarde is dat sprake is van representativiteit.

## 5.6 Transparante informatie voor cliënten

Zoals in hoofdstuk 3 is aangeduid, is het belangrijk dat de mate waarin zorg vraaggericht verleend wordt, inzichtelijk wordt. Wanneer dit gebeurt, dan zal dit invloed hebben op alle partijen: op de keuzen die cliënten maken, op zorgaanbieders die eraan hechten 'goed bekend te staan' en op zorgverzekeraars die zorg inkopen.

Zorgaanbieders die kwaliteit serieus nemen, hebben interne kwaliteitssystemen om de kwaliteit te monitoren en te verbeteren. Hiermee wordt in belangrijke mate het proces bewaakt en verbeterd; in een optimale toepassing wordt ook het resultaat gemeten. De hiervoor te gebruiken indicatoren zijn echter niet zonder meer geschikt om te dienen als externe indicatoren<sup>76</sup>.

Cliënten moeten informatie over kwaliteit hebben, bijvoorbeeld om te weten in hoeverre zorgaanbieders hulpvraagverduidelijking realiseren, adequaat informatie verschaffen, keuzes bieden, de cliënt positief bejegenen, zorg dragen voor continuïteit van zorg en vakbekwaam handelen. Hiertoe behoort ook informatie over de resultaten van de verleende zorg.

Om hierover objectieve informatie te krijgen, moeten de resultaten door een onafhankelijke instantie gemeten worden. Eigenlijk gaat het hier om het inzicht krijgen in en het borgen van de kwaliteit van zorg. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft onder meer tot taak te bewaken dat de vakbekwaamheid van zorgaanbieders kwalitatief van niveau is.

Inspectie moet vakbekwaamheid van zorgaanbieders borgen

Eind 2001 bepleitte de Raad de inrichting van een onafhankelijk instituut om resultaten van zorg te analyseren, te beoordelen en te publiceren<sup>77</sup>. Dit instituut zou onder meer langs elektronische weg gegevens uit bestaande informatiesystemen kunnen aftappen om deze voor dit doel te benutten. Vanuit cliëntenperspectief bezien verdienen de gegevens die zorgaanbieders en zorgverzekeraars gegenereerd hebben aanvulling. Hun systemen bevatten immers onvoldoende gegevens over het door de cliënt ervaren zorgresultaat. Daarvoor is de cliënt als informatiebron onmisbaar.

Cliënt is onmisbare informatiebron

Momenteel vragen verzekeraars incidenteel hun verzekerden of zij de zorg hebben genoten die hun zorgaanbieder bij hen gedeclareerd heeft om na te gaan of ingediende declaraties terecht zijn. Via declaraties krijgen zij dan veel gegevens die een rol kunnen gaan spelen bij (vervolg)contractering. Deze

gegevens kunnen immers gebruikt worden om in overeenkomsten met zorgaanbieders indicatiespecifieke, haalbare en heldere afspraken te maken over de te realiseren uitkomsten<sup>78</sup>, zoals ook in overeenkomsten bepaald kan worden welke gegevens de zorgaanbieder aan de zorgverzekeraar moet leveren.

Voor extern gebruik is dit echter niet voldoende. Zorgverzekeraars contracteren zorgaanbieders en zijn hierdoor niet geheel onafhankelijk. Bovendien zal een verzekeraar in een concurrerende markt zijn bevindingen niet graag openbaar maken. De verzekeraar is daarmee niet de eerst aangewezen om dit op zich te nemen.

Zorgverzekeraars hebben hun eigen belangen

## 6 Antwoorden en aanbevelingen

### 6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de beleidsvragen beantwoord. In de volgende paragraaf komen de randvoorwaarden aan de orde waaronder zorgaanbieders zich (op een marktconforme wijze) laten leiden door de behoefte van de cliënt. Vervolgens worden de huidige prikkels onder de loep genomen. Ten slotte worden voorstellen tot nieuwe prikkels geformuleerd. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf waarin de aanbevelingen van dit advies worden samengevat.

### 6.2 Randvoorwaarden

Allereerst moet worden opgemerkt dat de zorgaanbieder zich niet in alle gevallen op een marktconforme wijze door de behoefte van de cliënt kan laten leiden. Voor bepaalde typen zorg is marktwerking geen optie. Dit is nader toegelicht in paragraaf 4.3.

#### **Randvoorwaarden voor situaties waarin de cliënt die niet zelf kan of wil kiezen**

Ook wanneer de cliënt niet zelf kan of wil kiezen moet de cliënt centraal staan. In dit geval werkt de markt niet, en moeten zorgaanbieders op een andere wijze geprikkeld worden. Naast wet- en regelgeving is cliëntenparticipatie, waarbij cliënten of anderen namens hen invloed uitoefenen, een belangrijk instrument.

Voor alle cliënten is borging van de medisch-inhoudelijke kwaliteit cruciaal. Daarnaast moeten voor cliënten die niet kunnen of willen kiezen ook andere kwaliteitsaspecten geborgd zijn. Feitelijk is kwaliteitsborging een generiek onderwerp en niet specifiek voor dit advies. Kwaliteitsborging is echter dermate belangrijk voor cliënten, dat hier enkele aspecten worden aangestipt die bijzondere aandacht verdienen. Dit geldt bijvoorbeeld voor cliëntvriendelijke protocollen in de care en voor ervaringsdeskundigheid, een aspect dat tot op heden ondergewaardeerd is.

#### *Certificatie en accreditatie*

Certificatie is een belangrijk instrument om continu zicht te hebben op de (verbetering van de) kwaliteit van zorg. Onder-

Certificatie als criterium voor zorginkoop

deel daarvan is het hanteren van een intern kwaliteitssysteem. Verzekeraars zouden in beginsel alleen gecertificeerde zorgaanbieders moeten contracteren.

Het alternatief is om zorgaanbieders toestemming tot exploitatie te geven onder de voorwaarde dat zij gecertificeerd zijn. Dit zou wettelijk verankerd kunnen worden in de Wet Ziekenhuisvoorzieningen, de (toekomstige) Wet Exploitatie Zorginstellingen of de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Een dergelijke verplichting kan echter als een vorm van aanbodregulering gezien worden. De Raad is derhalve geen voorstander van deze optie.

#### *Richtlijnen en protocollen*

In de cure moeten opgestelde richtlijnen en protocollen ook daadwerkelijk toegepast worden; in de care moeten deze in veel gevallen gescreend worden op cliëntvriendelijkheid. In de care zijn zelfsturende teams cliëntvriendelijker dan teams die werken met vanuit het organisatiebelang opgestelde protocollen. Bij de ontwikkeling en evaluatie van richtlijnen moeten cliëntenorganisaties betrokken worden. Hierbij gaat het zowel om de (para)medische als de verpleegkundige en verzorgende richtlijnen<sup>79</sup>.

Cliëntenorganisaties  
betrekken

#### *Ervaringsdeskundigheid*

Niet alleen professionele deskundigheid, maar ook ervaringsdeskundigheid is belangrijk<sup>80</sup>. Van programma's die zich bewegen op het gebied van vraagsturing en cliëntenperspectief, zoals van ZonMw, moeten projecten op het gebied van het ontwikkelen, beschrijven, systematiseren en toegankelijk maken van ervaringskennis een substantieel onderdeel vormen.

Ervaringskennis toegankelijk  
maken

#### *Het Elektronisch Ervarings Patiëntendossier*

In het patiëntendossier legt de hulpverlener gegevens over de zorg aan de patiënt vast, zoals anamnese, resultaten van onderzoek, diagnose, verloop van het ziekteproces enzovoort. Waarom zou ook de patiënt niet een dossier kunnen bijhouden over de ervaringen rond zijn of haar ziekte?, dacht men bij de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad). Hiermee was het idee van een ervaringsdossier geboren. Dit dossier kan de patiënt gebruiken als geheugensteun, maar de patiënt kan informatie eruit ook aan anderen beschikbaar stellen. Op deze wijze kan de enorme hoeveelheid ervaringskennis die bij patiënten/cliënten aanwezig is benut worden. Het ligt voor de hand om voor de uitvoering van het idee gebruik te maken van moderne elektronische communicatie.

De CG-raad wil daarom samen met TNO een Elektronisch Ervarings Patiëntendossier (EEPD) ontwikkelen. De bedoeling is dat de patiënt via het Internet toegang heeft tot zijn of haar EEPD en daar zijn of haar ervaringen in vastlegt. Hierbij gaat het in eerste instantie om het opbouwen van een eigen medicatiedossier en het vastleggen van gegevens over ervaringen met het gebruik van genees- en hulpmiddelen. De patiënt kan aangeven of ook anderen en zo ja wie toegang tot deze informatie hebben en in welke vorm, bijvoorbeeld geanonimiseerd. Dit kan bijvoorbeeld de patiëntenvereniging zijn, die de belangen behartigt van patiënten met eenzelfde ziekte als de betreffende patiënt.

#### *Aandacht in (vervolg)opleidingen voor cliëntenperspectief*

In opleidingen en met name in na- en bijscholingscursussen moet verplicht aandacht geschonken worden aan het cliëntenperspectief. Daarbij moet niet alleen rekening worden gehouden met de verschillende typen cliënten en hun zorgbehoeften, maar ook met de psychosociale consequenties van ziekten. Dit onderwerp moet een verplicht onderdeel van na- en bijscholingscursussen in het kader van herregistratie zijn.

#### **Randvoorwaarden voor situaties waarin de cliënt zelf kan en wil kiezen**

Wanneer marktwerking wel mogelijk is, dient niet alleen aan de hiervoor genoemde randvoorwaarden te zijn voldaan, maar bovendien aan de volgende randvoorwaarden:

#### *Voldoende zorgaanbod*

Om te kunnen kiezen dient er (een lichte) overcapaciteit aan zorgaanbod te zijn. Momenteel is er sprake van schaarste aan zorgaanbod. Mogelijkheden om het zorgaanbod te vergroten zijn onder meer vergroting van het aantal opleidingsplaatsen, vereenvoudigen van toetreding tot de markt van nieuwe typen zorgaanbieders, gemakkelijker toegang tot buitenlandse zorgaanbieders, taakherschikking en inzet van informatie- en communicatietechnologieën. Een en ander wordt hier niet uitgewerkt, aangezien de wijze waarop dit moet gebeuren buiten de scope van deze advisering valt.

Bij schaarste valt er niets te kiezen

Voldoende capaciteit is echter niet genoeg. Binnen de beschikbare capaciteit moet er ook iets te kiezen zijn. Uit oogpunt van concurrentie en het bieden van keuzemogelijkheden voor cliënten zijn (regionale) monopolies onwenselijk. Deze problematiek zal in het medio 2003 uit te brengen advies over

marktconcentraties in de zorg door de RVZ uitgewerkt worden.

#### *Contracteervrijheid voor zorgverzekeraars*

Zorgverzekeraars moeten de vrijheid hebben om contracten af te sluiten met de zorgaanbieders die in hun waarneming de beste kwaliteit-prijsverhouding bieden. Dit houdt in dat zorgverzekeraars niet alleen vrij moeten zijn in het al dan niet contracteren van individuele beroepsbeoefenaren, zoals nu al het geval is, maar ook van instellingen. Ze zouden zich moeten kunnen beperken tot het inkopen van slechts bepaalde 'specialismen' bij een ziekenhuis, en niet verplicht moeten zijn het gehele aanbod van een zorgaanbieder te contracteren. Voor instellingen moet dit betekenen dat zij contracten met bijvoorbeeld medisch specialisten/maatschappen voor een beperkte looptijd moeten kunnen aangaan (in tegenstelling tot de huidige situatie waarin toelatingscontracten 'voor het leven' gelden).

Verzekeraars moeten selectief kunnen inkopen

#### *Heldere informatie*

Om keuzen te kunnen maken moeten cliënten goed geïnformeerd zijn: welke alternatieven zijn er qua aanbieder, qua behandeling, qua kwaliteit, en dergelijke.

Zorginkopers moeten weten welke zorgproducten met welke kwaliteit en tegen welke prijs zij kunnen inkopen. Dit geldt zowel voor zorgverzekeraars die voor hun verzekerden zorg inkopen als voor cliënten die - al dan niet collectief - zorg inkopen.

Hierin moet voorzien worden door:

- Transparante zorgproducten te definiëren. Nadat de schaarste is opgeheven en transparante zorgproducten worden toegepast, is vrije prijsvorming mogelijk en nodig om prikkels tot marktwerking te geven.
- Zorgaanbieders te toetsen op vraaggerichte zorg, en de resultaten ervan openbaar te maken. Naast het gebruik van interne kwaliteitssystemen om de kwaliteit van de zorg te monitoren en te verbeteren, is ook externe toetsing nodig.

#### *Inkoopmacht: persoonsgebonden budget in de cure*

Cliënten moeten kunnen kiezen hoe zij hun zorg willen regelen. Zij kunnen kiezen voor zorg in natura, zorg op basis van restitutie, of voor een persoonsgebonden budget waarmee zorg kan worden ingekocht. Dit laatste zou niet alleen voor de AWBZ-sector moeten gelden, maar ook voor een deel van het tweede compartiment; denk bijvoorbeeld aan chronische zie-

Start met PGB's in de cure voor bepaalde categorieën chronische patiënten

ken met een voorspelbare zorgconsumptie. Juist veel chronisch zieken zijn goed in staat te bepalen wat voor hen de meest aangewezen optie is. Als eerste komen hiervoor in aanmerking: diabeteszorg, zorg voor patiënten met hartfalen, reumazorg, en stomazorg.

#### *Persoonsgebonden budget in de cure*

Analoog aan het PGB in de care komen ook bepaalde vormen van chronische zorg in de cure voor een PGB in aanmerking. Het gaat dan om cliënten die 'medisch stabiel' zijn, waarbij de benodigde zorg in kwantitatief opzicht te overzien en calculeerbaar is en waarbij verschillende zorgaanbieders betrokken zijn.

Als voorbeeld kan een diabetespatiënt gelden die zelf bloedglucose meet en insuline doseert of tabletten slikt. Periodieke controle van het netvlies door de oogarts, bloed- en urineonderzoek door het laboratorium, en onderzoek van de voeten zijn nodig. Momenteel kan een diabetespatiënt alleen kiezen op basis van de aanspraken zoals deze in de Ziekenfondswet omschreven zijn (bijvoorbeeld huisartsenzorg en medisch specialistische zorg). Met een PGB zou een gediagnosticeerde en ingestelde diabetespatiënt niet alleen kunnen kiezen uit deze zorgverleners, maar ook uit een arboverpleegkundige of arboarts, bedrijfsverpleegkundige of -arts, nurse practitioner met een eigen praktijk, een hulpverlener over de grens of combinaties ervan.

Daarvoor moeten dan wel de aanspraken functioneel omschreven worden, analoog aan de AWBZ-aanspraken. Ook voor de onderzoeken biedt het PGB nieuwe keuzemogelijkheden, bijvoorbeeld in de vorm van het gebruik van telemedicinetoepassingen voor retinacontrole. Het opnieuw toekennen van een PGB kan gebaseerd worden op het behaalde gezondheidsresultaat. Verwacht mag worden dat dit motiverend werkt op medicatietrouw en gezonde leefstijl.

Veel chronisch zieken worden geconfronteerd met comorbiditeit. Wanneer een diabetespatiënt hiermee geconfronteerd wordt, bijvoorbeeld met hart- of nierproblemen, zijn ook hiervoor periodieke onderzoeken nodig. Een goede afstemming verdient dan bijzondere aandacht. De patiënt kan zich tot andere medisch specialisten wenden, bijvoorbeeld een nefroloog, geriater of tot een nurse practitioner chronische ziekenzorg die ook de diabetes begeleidt. Voor de patiënt facili-



teert het PGB in dit geval zijn of haar eigen regierol en vergemakkelijkt het de samenhangende zorg die hierbij nodig is.

In bijlage 7 is als voorbeeld diabeteszorg nader uitgewerkt. Op termijn zouden persoonsgebonden budgetten voor vormen van electieve zorg mogelijk moeten zijn.

Overigens bestaan voornemens om een deel van de AWBZ-gefinancierde zorg (kortdurende thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg) over te hevelen naar het tweede compartiment. Dit zou impliceren dat op dat moment persoonsgebonden budgetten in dit compartiment mogelijk zijn.

#### *Clïent beheert zijn zorgdossier*

Daarnaast moet de cliënt voor het maken van keuzen over zijn dossier kunnen beschikken. De cliënt moet - zonder tussenkomst van een zorgverlener - de hierin opgenomen informatie kunnen (doen) raadplegen. De cliënt dient hiervoor de mogelijkheid te hebben zijn gegevens (mede) te beheren<sup>81</sup>. Dit laatste houdt overigens niet in dat de cliënt daarmee de mogelijkheid moet hebben om de door de zorgverlener vastgelegde gegevens zonder meer te wijzigen.

Clïent moet over zijn dossier kunnen beschikken

Het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën (en met name webtechnologie) maakt een groot scala aan keuzen op dit gebied mogelijk<sup>82</sup>. Hiermee kan de cliënt bepalen wie toegang heeft tot zijn (elektronisch vastgelegde) gegevens, tot wie tenminste diens behandelaars behoren. In noodgevallen, bijvoorbeeld bij acute zorg, kunnen noodprocedures toegang tot relevante gegevens mogelijk maken.

De WGBO belet dit niet. Het vraagt wel om een andere opstelling van veel zorgverleners. Overigens laat dit onverlet de plicht van de arts om een dossier te voeren.

#### *Adequaat verzekeringsstelsel*

Verzekeraars moeten een acceptatieplicht hebben en er moet een adequaat systeem van risicoverevening zijn<sup>83</sup>.

### **6.3 Huidige prikkels**

Zorgaanbieders hebben verschillende middelen om zich te richten op wat de cliënt wenst. Zo hebben zorgaanbieders de mogelijkheid om marktonderzoek uit te voeren, interne kwaliteitssystemen te gebruiken en de tevredenheid van cliënten te

onderzoeken. Een aantal zorgaanbieders maakt hier ook gebruik van. Een groter deel doet dit echter niet.

Hiervoor bestaan ook redenen; zo is het niet in alle gevallen zinvol tot marktonderzoek over te gaan. Dit is wel het geval in de caresector - waar het belangrijk is de behoeften van cliënten en de veranderingen daarin te kennen – en voor nieuwe vormen van zorg. Minder geldt dit voor delen van de curesector, wanneer het bijvoorbeeld gaat om het opheffen van communicatieve barrières en het wegwerken van wachtlijsten<sup>84</sup>.

In het verleden waren er weinig prikkels voor zorgaanbieders. Het gevoerde overheidsbeleid heeft echter vrij recent nieuwe prikkels doen ontstaan. Zo heeft de introductie van het persoonsgebonden budget geleid tot individuele inkoopmacht en vervolgens tot collectieve inkoop. Hoewel dit nog slechts op beperkte schaal gebeurt, bijvoorbeeld door ouders van verstandelijk gehandicapte kinderen die PGB's bij elkaar leggen en samen zorg inkopen voor hun kinderen, kan dit verbreed worden, bijvoorbeeld door het oprichten van inkooporganisaties. Zij zullen inzicht krijgen in welke zorg waar verkrijgbaar is en onderhandelingen aangaan met zorgaanbieders. Hierdoor kunnen zij lagere kosten realiseren, als gevolg daarvan meer zorg binnen hun budget inkopen, en hogere kwaliteitseisen stellen dan individuele zorgvragers<sup>85</sup>. Uiteraard moet bewaakt worden dat enerzijds geen onnodige bureaucratie ontstaat en anderzijds het verstrekte geld daadwerkelijk voor zorg wordt ingezet.

PGB geeft de cliënt inkoopmacht

Een ander voorbeeld van prikkels waaraan reeds aandacht besteed wordt, is het stimuleren van de toepassing van 'best practices'. Gepoogd wordt zorgaanbieders ertoe aan te zetten 'best practices' vanuit de optiek van vraaggerichte zorg, kwaliteit, effectiviteit en efficiëntie te implementeren. Dit kan via projecten, zoals het project voorbeeldpraktijken in de curatieve zorg van de NPCF<sup>86</sup>, en door professionals financieel te prikkelen zo te handelen. Interessant in dit kader is de stimuleringsregeling die de NHS voor huisartsen in het Verenigd Koninkrijk heeft getroffen, die uitgaat van de cliënt<sup>87</sup>. Daarnaast is het belangrijk dat belemmeringen voor vraaggerichte zorg - denk bijvoorbeeld aan de financieel ongunstige consequenties van dagbehandeling - worden weggenomen.

Tot op heden is in het beleid sterk uitgegaan van zelfregulering, denk hierbij aan het thema 'kwaliteit van zorg'. Tijdens de kwaliteitsconferentie, die in mei 2000 in Leidschendam is

gehouden, is geconcludeerd dat prioriteit gegeven moet worden aan de ontwikkeling van indicatoren voor de kwaliteit van zorg. Tot op heden blijkt de kwaliteit van zorg namelijk nog nauwelijks 'hard' te meten<sup>88</sup>. Enerzijds bestaat op onderdelen nog discussie over de te hanteren indicatoren, anderzijds zijn (geautomatiseerde) informatiesystemen hierop nog niet goed toegesneden. Voortgang is er wel, maar om deze te versnellen dan vindt de Raad dat nieuwe impulsen nodig zijn. Deze nieuwe prikkels worden in de volgende paragraaf aangeduid.

Kwaliteit is nog nauwelijks te meten

#### 6.4 Nieuwe prikkels

Nieuwe prikkels dienen te bevorderen dat de cliënt in de zorgsector waar mogelijk een klantrelatie krijgt, zoals dit ook in andere sectoren het geval is. In andere sectoren betekent een klantrelatie dat de klant prijs en kwaliteit vergelijkt, en voor een product of dienst betaalt. Ook in de zorgsector zouden cliënten prijs en kwaliteit van de zorg moeten kunnen vergelijken.

Cliënt moet klant worden

Om cliënten te stimuleren de beste prijs-kwaliteitsverhouding te kiezen, zouden keuzen consequenties moeten hebben in hun 'betaalrelatie' met degene bij wie ze klant zijn. Dit betekent dat keuzen ook financiële gevolgen voor de cliënt hebben, bijvoorbeeld in de vorm van (procentuele) eigen bijdragen. De cliënt mag dan verlangen dat hij naar tevredenheid zorg krijgt. Wanneer dit niet het geval is, kan hij zijn eigen bijdrage terugvorderen. In paragraaf 5.3 is dit uitgewerkt.

Bij klantrelatie hoort betaalrelatie

Nieuwe prikkels zouden dus gericht moeten zijn op het realiseren van een klantrelatie. Wanneer de zorg door de verzekeraar geleverd wordt, is het nodig dat de cliënt hierop invloed heeft. Dit geldt zowel voor de zorginkoop als bij problemen bij de geleverde zorg. Ten slotte dienen maatregelen genomen te worden om prijs-kwaliteitsvergelijkingen mogelijk te maken. Deze voorstellen tot nieuwe prikkels worden hierna uitgewerkt.

##### **Klantrelatie realiseren**

De klantrelatie kan op verschillende manieren gerealiseerd worden. De wijze waarop dit gebeurt, is afhankelijk van de keuze van de cliënt voor de voorwaarden waaronder hij of zij zorg afneemt.

*Aanbeveling:* de cliënt dient 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. Dit houdt in dat ook buiten de AWBZ-sector de mogelijkheid geboden moet worden persoonsgebonden budgetten te krijgen.

Ook concurrentie tussen zorg in natura, restitutie en PGB

Vanuit cliëntenperspectief is het PGB in beginsel te verkiezen. De cliënt heeft hierbij de regie. Echter, niet in alle gevallen zijn persoonsgebonden budgetten een optie; dit is bijvoorbeeld niet het geval indien de zorgconsumptie niet voorspelbaar is.

PGB is eerste keus vanuit cliëntenperspectief

Indien een PGB geen optie is, is zorg gekoppeld aan restitutie te verkiezen. Ook in dit geval koopt de cliënt immers zelf de zorg in en heeft hij een directe “ruilrelatie” met de zorgaanbieder: de zorgaanbieder levert een dienst en de cliënt betaalt hem hiervoor. Deze optie is echter niet altijd aantrekkelijk voor de cliënt; bijvoorbeeld bij schaarste aan zorgaanbod kan de cliënt beter een beroep doen op de zorgplicht van zijn verzekeraar op basis van zorg in natura.

In dit laatste geval, bij zorg in natura, vraagt de cliënt de zorgverzekeraar zorg te leveren. De cliënt doet een beroep op diens zorgplicht. Voor cliënten is het belangrijk invloed te hebben op de zorginkoop, teneinde te bewerkstelligen dat zorg wordt ingekocht die voldoet aan hun wensen.

#### **Patiënteninvloed bij zorg in natura vergroten**

In het geval dat de cliënt zelf inkoopt, kan hij stemmen met de voeten. Wanneer hij aangewezen is op zorg in natura dan zijn er extra waarborgen nodig om te bereiken dat aan de wensen van cliënten wordt voldaan. Dit kan gerealiseerd worden door cliënten of personen namens hen een rol te geven bij de zorginkoop.

*Aanbeveling:* voor zorg die in natura verleend wordt, dienen organisaties van cliënten en patiënten formeel betrokken te worden bij de zorginkoop door verzekeraars.

Cliëntenorganisaties dienen een rol te krijgen bij de zorginkoop door ziekenfondsen en zorgkantoren. De zorginkoper beschikt bij uitstek over de positie om aanbieders van zorg te doen handelen conform zijn wensen; hij heeft immers het ruilmiddel (betaling) in handen. Deze positie zal nog in kracht

Cliëntenorganisaties rol geven bij zorginkoop door zorgverzekeraars

toenemen wanneer de contracteerplicht jegens instellingen vervalt (en er voldoende aanbieders zijn!).

De Ziekenfondswet biedt een aanknopingspunt om dit voorstel te realiseren: in het vierde lid van artikel 34 is immers bepaald dat bij algemene maatregel van bestuur hierover nadere regels gesteld kunnen worden.

### **Verzekeraars grotere rol geven bij klachten over zorg in natura**

Een cliënt die niet tevreden is, kan hierop zijn zorgaanbieder aanspreken. De Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) geeft de cliënten in dit opzicht rechten.

Door de nadruk die gelegd wordt op de WGBO als de gelegenheid bij uitstek om de positie en rechten van de cliënt te regelen/versterken, blijven de mogelijkheden die de andere contractuele relaties hiervoor bieden echter onderbelicht. De cliënt/verzekerde kan immers op grond van de verzekeringsovereenkomst ook zijn zorgverzekeraar aanspreken op niet of onbehoorlijke zorgverlening. De verzekeraar heeft uit hoofde van die overeenkomst namelijk een zorgplicht jegens de verzekerde/cliënt. Deze mogelijkheid is temeer van belang, omdat in een naturastelsel de onderhandelingsmacht niet bij de verzekerde, maar juist bij de verzekeraar ligt. De verzekeraar beschikt bovendien over de nodige rechtsmiddelen: hij kan op grond van de medewerkersovereenkomst met de zorgverlener de betaling opschorten of zelfs de overeenkomst ontbinden. In het verlengde hiervan ligt de opschorting van de betaling van de premie door de verzekerde.

Verzekeraars moeten wat met klachten doen

Cliënten kunnen dus ook bij hun zorgverzekeraar klachten over de verleende zorg indienen. Verzekeraars dienen hun verzekerden er via een brochure of klachtenformulier op te wijzen dat ze klachten bij hen kunnen indienen over de verleende zorg.

In beginsel ligt het voor de hand dat de cliënt eerst de zorgaanbieder heeft aangesproken. Er zijn echter situaties, bijvoorbeeld in een afhankelijkheidsrelatie, waarin de cliënt hiertoe niet wenst over te gaan. In dit geval blijft de verzekerde anoniem, waardoor de zorgrelatie niet in gevaar hoeft te komen. Immers, volgens de Wet Bescherming Persoonsgegevens mag de verzekeraar deze gegevens niet zonder toestemming van de verzekerde aan de zorgaanbieder verstrekken.

Het aantal en de aard van de klachten over een zorgaanbieder is voor de verzekeraar een gegeven dat hij bij zijn overwegingen rond de zorginkoop kan betrekken. Verzekeraars dienen hun verzekerden te informeren over aantal en aard van de bij gecontracteerde zorgaanbieders ingediende klachten en het aantal dat gegrond verklaard is. Een bepaling ter zake dient in de gedragscode ‘goed verzekeraarschap’ te worden opgenomen. In het uiterste geval kan de overheid de verzekeraar een plicht tot informatieverstrekking opleggen.

*Aanbeveling:* verzekeraars dienen consequenties te verbinden aan bij hen ingediende klachten over verleende zorg.

Overigens kunnen verzekeraars niet alleen gevoed worden door verzekerden, maar ook door andere organisaties op dit gebied, zoals Informatiebureaus voor Klachten in de Gezondheidszorg (IKG), verenigingen van werknemers (FNV/CNV) en werkgevers (VNO/NCW) en de Consumentenbond.

### **Vraaggerichte zorg inzichtelijk maken**

De Raad beveelt aan om organisaties van cliënten (consumenten en patiënten) in staat te stellen om gegevens van de bevindingen die cliënten met de zorg hebben opgedaan systematisch te verzamelen, te analyseren en te publiceren door deze activiteiten structureel te financieren.

Een partij die hiervoor in aanmerking komt is de Consumentenbond. Deze heeft reeds een aanzet tot deze activiteiten gedaan in de vorm van het ‘Ziekenhuisvergelijkingssysteem’<sup>89</sup> en het opstellen van normen voor patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen als onderdeel hiervan<sup>90</sup>.

Ook andere partijen komen hiervoor in aanmerking zoals categorale patiëntenorganisaties, de NPCF die een website heeft ingericht die cliënten informatie geeft voor het maken van een keuze op het gebied van verzorging en verpleging<sup>91</sup> en Provinciale/ Regionale Patiënten Consumenten Platforms (PPCP’s of RPCP’s). In het laatste geval moeten voor de uitvoering landelijke afspraken gemaakt worden, opdat vergelijking van aanbieders in verschillende regio’s mogelijk wordt. De ontwikkeling van een instrument om de mate van vraaggerichte zorg meetbaar te maken, kan geschieden via een in oprichting zijnd consortium met de Consumentenbond als voortrekker<sup>92</sup>.

Cliëntenorganisaties moeten informatie geven over mate van vraaggerichtheid van zorgaanbieders

*Aanbeveling:* organisaties van cliënten/patiënten moeten geïnstrumenteerd worden om de prestaties van zorgaanbieders in beeld te (laten) brengen.

### **Patiënten/cliëntenorganisaties duidelijke rol geven**

Een manier om hieraan tegemoet te komen is cliëntenorganisaties een formele rol toe te kennen via wet- en regelgeving, door bijvoorbeeld in de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen op te nemen dat de regionale of landelijke cliëntenorganisatie is vertegenwoordigd in de cliëntenraad. Het zou zich hierbij beperken tot dat deel van de zorg waar geen marktwerking mogelijk is of waar geen directe invloed van de cliënt mogelijk is (ofwel waar deze niet kan stemmen met de voeten). Deze organisaties moeten om deze rol te vervullen, voldoen aan voorwaarden die gericht zijn op hun adequaat functioneren. Zo moet duidelijk zijn dat zij representatief zijn voor de cliënten die zij zeggen te vertegenwoordigen.

*Aanbeveling:* leg in wet- en regelgeving vast dat cliëntenorganisaties een rol krijgen bij het waarborgen en structureel verbeteren van de kwaliteit van de zorgverlening in die gevallen dat cliënten geen mogelijkheden tot directe invloed hebben.

## **6.5 Aanbevelingen samengevat**

Samengevat beveelt de Raad de Minister het volgende aan:

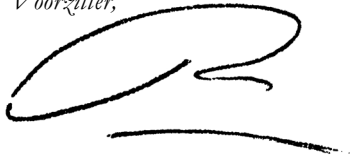
1. Bevorder dat de cliënt in de zorgsector, waar dat mogelijk is, een klantrelatie krijgt, zoals dit ook in andere sectoren van de samenleving het geval is.
2. Realiseer een betaalrelatie tussen cliënt en zorgaanbieder door eigen bijdragen te heffen. Cliënten die niet tevreden zijn over de genoten zorg, kunnen de betaling van eigen bijdragen opschorten of terugvorderen.
3. Geef de cliënt de keuze om klant van de verzekeraar of klant van de zorgaanbieder te zijn. In het eerste geval betekent dit een keuze voor zorg in natura; in het tweede geval een keuze voor restitutie en/of persoonsgebonden budget (dit laatste voor zover dit mogelijk is; een belangrijk criterium hierbij is dat de zorgconsumptie voorspelbaar moet zijn).
4. Biedt hiertoe meer mogelijkheden door, naast in de AWBZ-gefinancierde zorg, ook in de cure persoonsgebonden budgetten mogelijk te maken.
5. Zorg ervoor dat aan de benodigde randvoorwaarden wordt voldaan in de situatie dat van de zorgaanbieder verwacht

wordt dat hij zich op marktconforme wijze door de behoefte van de cliënt laat leiden. Hiertoe behoort ten minste dat er voldoende zorgaanbod is.

6. Instrumenteer organisaties van cliënten/patiënten om de prestaties van zorgaanbieders in beeld te brengen.
7. Borg de medisch-, paramedisch- en verpleegkundigtechnische kwaliteit van de zorg. Cliënten moeten erop kunnen vertrouwen dat deze van hoog niveau is.
8. Versterk de invloed van patiënten/cliëntenorganisaties in de situaties dat geen marktwerking mogelijk is c.q. dat de cliënt niet kan of wil kiezen:
  - Zorg ervoor dat organisaties van cliënten en patiënten formeel betrokken worden bij de zorginkoop door verzekeraars (zorg die in natura verleend wordt).
  - Bevorder in deze situaties dat verzekeraars nauwer betrokken worden bij c.q. consequenties verbinden aan klachten over de verleende zorg (met de verzekeringsovereenkomst als aangrijpingspunt).

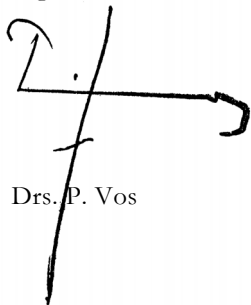
#### **Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,**

*Voorzitter,*



Drs. F.B.M. Sanders

*Algemeen secretaris,*



Drs. P. Vos



# Bijlagen



## Bijlage 1

### Adviesaanvraag: Cliëntenperspectief bij zorginstellingen en professionals

#### Situatieschets

De (individuele) vragen en behoeften van de zorggebruiker moeten zo veel als mogelijk richtinggevend zijn voor het aanbod van zorg. Een ontwikkeling moet op gang komen waarin de 'afzet' van de zorgaanbieder niet zonder meer is gegarandeerd, maar mede afhankelijk wordt van het keuzepatroon van de zorggebruiker of de verzekeraar die namens zijn verzekerde optreedt en zorg inkoop of financiert. Deze ontwikkeling wordt door VWS gestimuleerd door de zorggebruiker verder toe te rusten en te ondersteunen bij het maken van keuzes voor zorg of een verzekering. Dit is de kern van de nota Met zorg kiezen (juni 2001), waarin wordt ingegaan op de positie van patiënten en consumenten in een vraaggestuurde zorg. Ook in het kabinetsstandpunt Vraag aan bod (juli 2001) wordt deze beleidsdoelstelling beschreven.

De rol van aanbieder, verzekeraar en overheid kan in dit licht als volgt worden gezien:

- de zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het beantwoorden van de vraag van de cliënt in de vorm van kwalitatief verantwoord zorgaanbod, tot stand gekomen in constante dialoog met zijn markt; de zorgaanbieder moet de zorggebruiker ook informeren over het beschikbare aanbod en de kwaliteit van dat aanbod;
- de verzekeraar is, wettelijk zorgplichtig, gehouden voldoende kwalitatief verantwoorde zorg in te kopen voor zijn verzekerden en daarmee aansprakelijk voor de toegankelijkheid van de zorg;
- de overheid is, zijnde borger van publiek belang, de eindverantwoordelijke voor kwaliteit, toegankelijkheid en solidariteit door zich als kadersteller en toezichthouder op te stellen.

Op dit moment vertoont de zorgmarkt nog de kenmerken van een aanbiedersmarkt. Luisteren en handelen naar de wensen en preferenties van de zorggebruiker gebeurt nog te weinig. Marktonderzoek is bijvoorbeeld in de zorgsector in ontwikkeling. Het inzicht in de diversiteit van de zorgvraag is nog be-

perkt. De keuzemogelijkheden en daarmee de beïnvloedingsmogelijkheden van cliënt en verzekeraar zijn beperkt. In de geschetste toekomstige situatie weet het aanbod zich gestuurd door wat de vragers wensen; direct (door de keuze voor PGB) dan wel indirect (door de keuze voor natura). De overheid bouwt de aanbodregulering af.

### **Probleemstelling**

Gezien het voorgaande is de vraag:

- Welke informatie of hulpmiddelen heeft de aanbieder nodig om zich in zijn handelen te richten op wat de vrager wenst?
- Zijn de voorwaarden aanwezig waaronder een instelling of een professional zich op een marktconforme wijze laat leiden door de behoefte van de cliënt?
- Op welke manier kunnen zorgaanbieders worden geprikkeld om zich te richten naar de vragen en informatiebehoefte van de zorggebruiker?

### **Beleidsvragen**

1. Ondervinden zorgaanbieders momenteel incentives om bij het ontwikkelen en aanbieden van zorg het cliëntenperspectief centraal te stellen?
2. Zullen, uitgaande van het kabinetsstandpunt Vraag aan bod en de nota Met zorg kiezen, zorgaanbieders in de beoogde gedereguleerde situatie inspelen op de zorgvraag?
3. Zo niet, welke extra prikkels zijn noodzakelijk om hen meer vraaggericht te laten werken?

Bij de beantwoording van de vragen dient onderscheid te worden gemaakt naar sectoren binnen de gezondheidszorg. Onderscheid is ook nodig tussen instelling en beroepsbeoefenaar, respectievelijk tussen institutionele en professionele aspecten van zorgaanbod.

## **Bijlage 2**

### **Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**

**Voorzitter:**

Drs. F.B.M. Sanders

**Leden:**

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

Drs. J.C. Blankert

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**

#### *Vanuit de Raad*

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

Mw. prof. dr. J.P. Holm

#### *Samenstelling ambtelijke projectgroep*

Drs. A.J.G. van Rijen, projectleider

Mw. drs. W.G.M. van der Kraan, projectmedewerker

Mw. mr. M.W. de Lint, projectmedewerker

Drs. L. Ottes, arts, projectmedewerker

Dr. K. Putters, projectmedewerker

Mw. A.J.J. Dees, projectsecretaresse





## Bijlage 4

### Verantwoording van de procedure van voorbereiding van het advies

Uitgangspunt voor het uitbrengen van dit advies is het door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vastgestelde adviesprogramma en het hiervan afgeleide werkprogramma van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg voor 2002-2003.

Gebaseerd op het advies- en werkprogramma heeft het projectteam een plan van aanpak opgesteld. Op grond van dit plan zijn de volgende activiteiten ondernomen.

Het RVZ- projectteam is in augustus 2002 begonnen met het inventariseren van het over dit onderwerp beschikbare materiaal. Parallel aan deze activiteiten heeft het projectteam met deskundigen/belanghebbenden in het veld contact gehad in de vorm van bilaterale gesprekken teneinde inzicht te krijgen in de problemen en de visies over dit onderwerp. Overleg is gevoerd met:

- Mw. drs. I. van Bennekom-Stompedissel (Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie);
- M.F. Caljouw (Reinier de Graaf Groep);
- Mw. drs. J.M.M.C. Claassen (Reinier de Graaf Groep);
- Mw. K. Eeland (RPCP Amstelland en de Meerlanden);
- Drs. D. Guijt; (ZonMw);
- P. de Haas (Ahold)
- H. Kouwenhoven (Stichting Cliënt en Kwaliteit)
- Mw. drs. G. Langerveld (ZonMw);
- Drs. J. Maljers, arts (Plexus Medical Consult);
- Mw. J. van der Mije (Noord-Hollandse Patiënten/Consumenten Platforms)
- Mw. E. Oostendorp (Sting, beroepsvereniging van de verzorging)
- Mw. S. Schoemaker (Stichting de Wielborgh);
- Mw. Y. Steemers (Project Externe Kwaliteitstoetsing Thuiszorg, NHPP)
- Mw. I. Wolter (Ahold).

De volgende externe deskundigen hebben in opdracht van de Raad een bijdrage geleverd in de vorm van een document dat besproken is door een door de Raad ingestelde klankbordgroep:

- Prof. dr. M. Berg over *'Informatie als instrument'*;
- Drs. E. van Hoorn m.m.v. drs. C. Bellemakers en mw. Y. Koster-Dreese over *'De kleine zelfbeschikking en de herovering van vraagsturing over alledaagse zelfbeschikking en de (on)mogelijkheden van vraagsturing'*;
- Prof. dr. R. Janssen over *'Klant is koning, ook in de zorg?, een onderzoek naar de mogelijke bijdrage van vergoedingssystemen om zorginstellingen en professionals te stimuleren te handelen overeenkomstig de wensen en preferenties van de zorggebruiker'*;
- Prof. dr. F.F.H. Rutten en dr. W. Brouwer over *'De prijs van vraagsturing'*;
- Prof. dr. F.C.B. van Wijmen over *'En ik ben maar een kuip vol dromen, over kwaliteit, zelfbewustheid en wederkerigheid in de individuele gezondheidszorg in de 21<sup>e</sup> eeuw'*.

Deze documenten zijn opgenomen in de studie 'Zorgaanbod en cliëntenperspectief', die tegelijk met dit advies wordt uitgebracht.

De klankbordgroep die onder meer deze vijf documenten in vier vergaderingen besproken heeft, was als volgt samengesteld:

*Voorzitters:*

- Mw. M.J.M. Le Grand-van den Boogaard
- Mw. prof. dr. J.P. Holm

*Leden:*

- Mw. S.H. Biewinga (Provinciale Patiënten/Consumenten Federatie Gelderland)
- Mw. dr. E. Borst-Eilers (ZonMw, voorzitter Commissie Vraagsturing)
- Mw. mr. A.D. Britlijn (Regionale Patiënten/Consumenten Platform Rijnmond)
- Mw. E.C.M.M. Donkers (Stichting Transmuraal Netwerk Midden-Holland)
- Prof. mr. G.R.J. de Groot (Vrije Universiteit Amsterdam)
- K. Hazelaar (Rivas Zorggroep, Gorinchem)
- Drs. M.A.M. Leers/mw. N. Huiskes (CZ Groep)
- L. van Leersum (De Meren, Amsterdam)
- Prof. dr. E. Peelen/mw. drs. M. Bekkers (Universiteit Nyenrode /ICB)
- Mw. mr. E.M.A. Schmitz (Ombudsman Zorgverzekeringen)
- Dr. J.W. van der Slikke, gynaecoloog (VUMC, Amsterdam)

- J. Troost (Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad)

Tegelijkertijd is aan een aantal organisaties van patiënten en cliënten een zestal vragen voorgelegd. Deze vragen hadden onder meer betrekking op ervaren problemen, mogelijkheden tot verbetering en de rol daarbij van verschillende actoren. Bijlage 5 beschrijft beknopt de conclusies van deze enquête.

Aan het bureau Flycatcher is opdracht verleend om door middel van een enquête onder Internetgebruikers een aantal vragen over het kiezen in de zorg te peilen. De resultaten hiervan zijn separaat gepresenteerd in de publicatie "Internetgebruiker en kiezen van zorg".

In vervolg op voornoemde activiteiten heeft het projectteam een notitie met discussiepunten opgesteld. Deze notitie is aan de orde gesteld tijdens een consultatieve bijeenkomst die op 28 januari 2003 in Utrecht is gehouden. Bijlage 6 bevat een beknopt verslag van deze bijeenkomst en de lijst met deelnemers.

Op grond van het geheel van de hiervoor beschreven activiteiten is een conceptadvies opgesteld. Deze conceptversie is ter becommentariëring voorgelegd aan een aantal onafhankelijke deskundigen en belanghebbenden, onder meer ter verificering en ter toetsing in hoeverre draagvlak voor (onderdelen van) het advies bestaat. Een conceptversie van het advies is op 6 maart 2003 getoetst door de hiervoor genoemde klankbordgroep, versterkt met externe deskundigen die een document hebben voorbereid.

Ter adstructie van het nut van persoonsgebonden budgetten in delen van de cure sector is de casus diabetes mellitus type 2 uitgewerkt. Dit heeft geresulteerd in bijlage 7. Een concept hiervan is getoetst bij mr. Drs. H.P. Kuipers (Nederlandse Diabetes Federatie), prof dr. C. Spreeuwenberg (Universiteit Maastricht) en drs. J. Maljers, arts (Plexus Medical Consult).

Een conceptversie van het advies is door de Raad besproken op 27 maart 2003.

Tijdens de adviesprocedure heeft het projectteam over de voortgang van de advisering overleg gevoerd met de eenheid Patiëntenbeleid van de Directie Zorgverzekeringen van het ministerie van VWS. In de eindfase van het adviestraject is de

onderhavige materie in breder verband met medewerkers van een aantal directies van het ministerie van VWS besproken:

Op 24 april 2003 heeft de Raad dit advies vastgesteld.

## Bijlage 5

### Verlag van de consultatieve bijeenkomst gehouden op 28 januari 2003 te Utrecht

#### Aanwezigen

*Lid Raad voor de Volksgezondheid en Zorg*

Mw. M.J.M. Le Grand-van den Boogaard, voorzitter

#### *RVZ-secretariaat*

Drs. A.J.G. van Rijen

Mw. drs. W.G.M. van der Kraan

Mw. mr. M. de Lint

Drs. L. Ottes, arts

#### *Genodigden*

Mw. B.P. Bakker

Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging

Mw. drs. I. van Bennekom-Stompedissel

Nederlandse Patiënten  
Consumenten Federatie  
(NPCF)

M.J.W. Bontje

Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

W. ETTY

Andersson, Elffers en Felix

Drs. D. Guijt

Programmacommissie  
Vraagsturing ZonMw

Mw. drs. J.S. Huizer

VSOP

Mr. M. Kaarsgaren

Landelijke Patiënten- en  
bewonersraden in de Geestelijke  
Gezondheidszorg  
Nederlandse Vereniging  
van Ziekenhuizen

Drs. B. Osseman

Mw. drs. A.C.J. Rijkschroeff -  
van der Meer

Ministerie van VWS/  
Directie Zorgverzekeringen  
Vereniging Per Saldo

Mw. mr. A.W.D. Saers-  
Molenaar

Mr. C.M.E. van Schelven

Arcares/ Stichting De Stro-  
men

Mw. A. Schipaanboord

Consumentenbond  
Vereniging GGZ Neder-  
land

P.H.P. Spronken

A. Troost

Woonzorg Nederland

J. Verbree	Landelijke Organisatie Cliëntenraden
Drs. B. Vos	Landelijke Huisartsen Ver- eniging (LHV)
Mw. dr. I.S.Y. Vromans	Ministerie van VWS/Directie Zorgverze- keringen

De voorzitter opent de bijeenkomst. Zij heet de aanwezigen van harte welkom en vraagt de deelnemers zichzelf te introduceren en in de vorm van een statement aan te geven wat zij het belangrijkste vinden dat er moet gebeuren op het terrein van het cliëntenperspectief. De volgende statements worden gemaakt:

- De cliëntenorganisaties moeten veel beter gefaciliteerd worden.
- Zorgverzekeraars moeten zorgaanbieders alleen vergoeden als ze volgens afspraak geleverd hebben.
- Er moet een betere balans komen tussen de waardering van de professionele deskundigheid van de hulpverlener en de ervaringsdeskundigheid en behoeften van de patiënt.
- De mogelijkheden van het PGB moeten uitgebreid worden. Naast een transparante markt moeten er ook mogelijkheden zijn om de vrager te ondersteunen.
- Er moet meer ruimte komen voor zorgaanbieder en verzekeraar om afspraken te maken. De overheid moet terughoudend zijn.
- Er is een vertaalslag nodig van organisatie naar het individu.
- De eindgebruiker c.q. de patiënt moet continu in beeld blijven.
- Hoe dichter de antwoorden bij de vrager liggen, hoe goedkoper de zorg.
- Er moet rekening mee gehouden worden dat er categorieën patiënten zijn, bijvoorbeeld ernstig psychiatrische patiënten, waarvoor vraagsturing moeilijk is.
- Kwaliteit van leven moet voorop staan, het medisch paradigma moet verlaten worden.
- (Toegang tot) informatie is voorwaarde voor vraagsturing.
- Er moet vergelijkende informatie beschikbaar komen. In de contracten tussen zorgaanbieders en verzekeraars moeten eisen komen welke informatie beschikbaar moet worden gesteld.

- Het zorgaanbod moet vraaggestuurd worden en uit het VWS-regime raken. Meer ondernemerschap is nodig en de overheid moet een betrouwbare financier zijn.
- Voor wat zeldzame erfelijke aandoeningen betreft: preventie is heel belangrijk ook op microniveau. Vaak ontbreekt het aan informatie.
- Er moet aandacht komen voor de verpleegkundige – patiëntrelatie. De verpleegkundige moet erkend worden als zorgaanbieder.
- Kwaliteitsborging blijft een taak voor de overheid.

De voorzitter stelt de kernvraag aan de orde: “Hoe kan de zorgaanbieder geprikkeld worden om vanuit het cliëntenperspectief te handelen”.

Dit komt neer op de vraag hoe de patiënt beter op het netvlies van de aanbieders komt. Gesteld wordt dat ook prikkels voor verzekeraars en patiënten noodzakelijk zijn.

Opgemerkt wordt dat er een prealabele vraag is: hoe ziet de patiënt eruit? Zo is leeftijd belangrijk. Op hogere leeftijd kan men competenties verliezen en kunnen keuzevragen een groot probleem zijn. Er is weinig verkend rondom mensen: bijvoorbeeld de mens als patiënt, huurder, burger, en hun competenties, omstandigheden, onderhandelingsvaardigheden etc. Het gaat erom hoe de positie van mensen versterkt kan worden. Het is belangrijk dat er over de schutting gekeken wordt, bijvoorbeeld ook naar welzijnsvoorzieningen. Oplossingen moeten dicht bij de mensen gezocht worden. Er is een breder perspectief nodig. Zo heeft hoe er gebouwd wordt repercussies voor de zorg. Dit vergt een lange termijnvisie.

Op basis van de gemaakte statements en de discussie stelt de voorzitter drie vragen aan de orde:

1. Hoe krijgen we de patiënt op het netvlies van de aanbieder?
2. Hoe kunnen we de zorg dicht bij de patiënt organiseren en met name de rol van de huisarts daarbij?
3. Hoe kan de zorg verbreed worden naar wonen en welzijn?

Opgemerkt wordt dat de patiënt over het algemeen tevreden is over de artsen, maar dat als men de patiënt vraagt wat hij wil, er nogal wat wensen zijn. Zo wordt het spreekuur rigide gevonden en worden bijvoorbeeld avond- en weekendspreekuren gemist. Ook is er kritiek op de planning bij ziekenhuizen c.q. de logistiek. Als voorbeeld van gebrek aan klantgerichtheid

wordt genoemd dat bij het maken van een afspraak vrijwel nooit wordt gevraagd: “Wanneer schikt het u?”. Een ander punt is dat er veel patiëntenwetten zijn, maar die zijn vaak niet geïmplementeerd.

Een belangrijk punt is dat er geen betaalrelatie is tussen patiënt en aanbieder. De patiënt komt met een vraag en de professional vertaalt deze naar zijn professionele kader, mogelijk zonder dat duidelijk is wat de achtergrond van de vraag is.

Bij het PGB is er wel een directe betaalrelatie. De cliënt stapt daarbij in een rol, namelijk die van contractpartij. Dit moet men leren. De vrager moet goed in beeld hebben wat hij of zij precies wil vragen. Door het PGB gaan de aanbieders zich interesseren voor de klant.

Opgemerkt wordt dat de tevredenheid van de patiënt in het algemeen goed is, beter dan die van werkers in de zorg. Patiënten en aanbieders kunnen bondgenoten zijn bij het beter in beeld brengen van het primaire proces. Er moeten meer klanttevredenheidsonderzoeken opgezet worden. Het verbeteren van logistieke processen moet gestimuleerd worden. Schrijvers en Oudendijk geven aan dat dit te weinig wordt gedaan in de zorgsector. Er is te weinig bereidheid kennis te spreiden.

Gesteld wordt dat zorgaanbieders geprikkeld moeten worden zich van elkaar te onderscheiden. Privé-klinieken weten hoe ze dit moeten doen: ze zeggen en laten zien dat ze het goed doen. Dit prikkelt en moet blijven prikkelen. Zo gingen ziekenhuizen in Nijmegen in navolging van de Boerema-kliniek avondsprekuren doen. Toen de kliniek ophield te bestaan verdwenen ook de avondsprekuren in de ziekenhuizen.

Opgemerkt wordt dat naast prikkels voor aanbieders er ook prikkels moeten zijn voor zorgverzekeraars om goede zorg in te kopen.

Het bedrijfsleven focust op doelgroepen. Voor de zorg is de gezonde burger geen klant, dat wordt hij pas bij een gezondheidsprobleem. De huisarts was als vanouds de eerste waar men aanklopte en deze ving veel af voor de tweede lijn. De huisarts die 24 uur per dag beschikbaar is bestaat niet meer, de zorg is verschaald en meer gebureaucratiseerd. Het is een gegeven, de huisarts heeft ook recht op normale arbeidstijden, waar rekening mee gehouden moet worden. Het is belangrijk om goed naar doelgroepen te kijken. Zo is bijvoorbeeld voor



chronische patiënten een andere manier van vraagsturing wenselijk dan bij eenmalige patiënten. Er moet ook geanticipeerd worden op ontwikkelingen. Zo wordt diabetes een volksziekte. Deskundigheid op dit terrein moet dan ook bevorderd worden. Hulpverleners en patiëntenverenigingen moeten samen richtlijnen voor goede zorg opstellen.

Voor chronische patiënten zijn basisrichtlijnen op te stellen. Zorg moet zo dicht mogelijk bij de patiënt geleverd worden. Het is belangrijk dat de regelingen voor welzijn en zorg aan elkaar gekoppeld worden. Als voorbeeld wordt genoemd een oude patiënt die een heupoperatie moet ondergaan. Hij woont vierhoog, houdt duiven en zijn echtgenote is licht dementerend. Hij durft zijn vrouw niet in de steek te laten. Verhuizen is ook geen optie voor hem, want dan moet hij zijn duiven in de steek laten.

Opgemerkt wordt dat de groep problematische patiënten, vooral dementerenden groter wordt. Deze groep geeft die capacitieve problemen. Arbeidsmarkt, wonen, zorg en welzijn moeten in hun samenhang bezien worden. Het zijn systeemproblemen.

Opgemerkt wordt dat een onderscheid gemaakt moet worden tussen problemen door achterstanden en het probleem van vraagsturing.

Opgemerkt wordt dat het pure vrijwilligheid c.q. bereidwilligheid van de hulpverlener is of deze het cliëntenperspectief centraal stelt. Andere prikkels zijn nodig. Hoofdvoorwaarde is voldoende aanbod. Zo zijn er bijvoorbeeld 40.000 verpleegbedden voor dementerenden nodig. Onderwijs is ook belangrijk. Als mensen een andere auto gaan kopen zijn ze er dagenlang mee bezig. Nu is thuiszorg wel iets anders dan een nieuwe auto kopen, maar de zorgvrager wil wel serieus genomen worden en alternatieven aangeboden krijgen. Het gaat al mis op het punt van de bejegening. Hulpverleners verschuilen zich vaak achter protocollen. Men moet zich minder kunnen verschuilen achter regeltjes. Marktwerking moet al ingevoerd worden ook al is nog niet aan alle randvoorwaarden voldaan.

Er moet informatie over kwaliteit beschikbaar komen. Thans leveren de ziekenhuizen informatie over de bushaltes en bezoektijden, maar de patiënt wil weten hoe het eten is en of zij een goede dokter hebben. Naar aanleiding hiervan wordt opgemerkt dat de huisarts vroeger verwees naar een specialist. In

veel gevallen wist hij wel iets van de kwaliteit van die specialist. Nu verwijst de huisarts naar een ziekenhuis, waarbij de logistiek de kwaliteit bepaalt. Een zelfde beweging is te zien bij de huisartsen zelf. Dit is een gegeven waar een oplossing voor gevonden moet worden.

Informatie is essentieel. De helft van de kosten van de curatieve zorg gaat naar ziekenhuizen en we weten heel weinig over de kwaliteit, alleen de vergelijkingen van Elsevier en de Consumentenbond. Dit zou versterkt moeten. Onderzoek van het Trimbos-instituut geeft aan dat transparantie van vraag en aanbod ontbreekt. Daarnaast zou de inspectie vergelijkende informatie over de kwaliteit van het medisch handelen moeten genereren.

De GGZ is vergelijkbaar met andere terreinen. Het onderscheid tussen acuut en chronisch is eveneens belangrijk. Ervaringsdeskundigheid moet beter benut worden. Er moeten satisfactieonderzoeken opgezet worden. Belangrijk is dat certificatie als eis worden gesteld.

Ziekenhuizen moeten meer investeren in ICT en zouden ook verplicht moeten worden informatie te leveren. Een andere optie is te publiceren welke instellingen geen informatie verstrekken. Wettelijke belemmeringen moeten opgeheven worden. Zo hebben verzekeraars thans geen recht op informatie van de aanbieder, bijvoorbeeld over resultaten van dialyse.

Op sommige terreinen is wel informatie, zoals de gids van Per Saldo voor verpleging en verzorging, maar veel patiënten kennen deze niet. De patiënt moet leren zichzelf te oriënteren, net als bij het kopen van een auto.

Zorgverbreding is noodzaak. Er is sociaal beleid nodig. Geld komt nu uit verschillende bronnen, een deel uit het budget voor transmurale trajecten, een deel uit de WVG etc. Er zou geld gereserveerd moeten worden voor bemoeizorg. Dit is meer dan een casemanager. De doelgroep hierbij zijn langdurige gebruikers. Het hoeft hier niet alleen om zorg te gaan en dus het zorgbudget. De behoeften moeten per persoon integraal bekeken worden. Zo is het regelen van een verpleeghuisopname thans rechttoe rechtaan te regelen, maar de rit voor een bezoek aan de begraafplaats is veel moeilijker te regelen, terwijl dit belangrijk kan zijn voor het welzijn van de betreffende persoon. Een ander voorbeeld dat genoemd wordt, is het plaatselijk café in het dorp dat zijn deuren dreigt te sluiten.

Voor 500 euro per maand zou het opengehouden kunnen worden en zo kan een belangrijk ontmoetingspunt voor de, oudere, bewoners in stand gehouden worden. Het alternatief is dat de gemeente moet zorgen voor een welzijnsvoorziening die vele malen duurder is. Op dit moment is het laatste evenwel gemakkelijker te realiseren dan de eerstgenoemde oplossing.

Het is belangrijk dat in het advies de Dienstenwet meegenomen wordt. De ontwikkeling hiervan stagneert op dit moment. Ook het (grote) stedenbeleid is van belang: zorgaanbieders, woningcorporaties, gemeenten etc. moeten de zaak wijkgericht aanpakken. Een goed voorbeeld is Roermond: bij het jeugdbeleid maken de zorgbudgetten hiervan deel uit.

Opgemerkt wordt dat de patiënt in het zorgproces moet kiezen, ook al is er schaarste binnen het zorgproces. Belangrijk hierbij is wetgeving, die de rechten van de patiënt/cliënt waarborgt. Deze rechtspositie en patiëntenwetten worden in de praktijk evenwel nauwelijks gehandhaafd.



## Bijlage 6

### Resultaten van een enquête onder patiëntenorganisaties

#### Inleiding

Om zicht te krijgen op hoe zorgvragers verleende zorg in de praktijk ervaren, zijn ultimo 2002 per e-mail enkele vragen aan patiëntenorganisaties voorgelegd. Hierbij is gevraagd naar zowel negatieve als positieve ervaringen, alsmede naar suggesties om de huidige situatie te verbeteren.

Het gaat hier om een kwalitatief onderzoek van beperkte omvang. Daarbij is gepoogd de belasting voor de 'aangeschreven' organisaties zo gering mogelijk te doen zijn. Eerdere ervaringen (bij de advisering Patiënt en Internet) met dit 'lichte' middel (enkele vragen per e-mail) hebben geleerd dat deze aanpak tot bruikbare informatie leidt.

De volgende organisaties hebben meegewerkt:

- AIS Nederland
- Alvleeskliervereniging Nederland
- Belangenvereniging von Hippel-Lindau
- Candidiasis Stichting
- Contactgroep Marfan Nederland
- Federatie Slechtzienden- en Blindenbelang
- Landelijk Bureau BOSK
- MS-Vereniging Nederland
- Nederlandse Cystic Fibrosis Stichting
- Nederlandse Obesitas Vereniging
- Nederlandse Vereniging Slaap Apneu Patiënten
- Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten
- Nederlandse Vereniging voor Addison en Cushing Patiënten
- Parkinson Patiënten Vereniging
- Patiënten Consumenten Platform Fryslân
- Patiënten/Consumenten Platform Zwolle
- Patiëntenvereniging Aangeboren Hartafwijkingen
- Patiëntenvereniging HMS Nederland
- Patiëntenvereniging voor Erfelijk Angio Oedeem en Quincke's Oedeem
- PCD Belangengroep
- RPCP Midden-Holland

- Stichting Borderline
- Stichting Het Klaverblad Zeeland
- Vereniging Cerebraal
- Vereniging voor Mensen met Constitutioneel Eczeem

Samengevat kwamen de vragen op het volgende neer:

- Wat is er mis? Houden zorgaanbieders (ziekenhuizen, verpleeghuizen, artsen, verpleegkundigen, thuiszorg, enz.) in het algemeen voldoende rekening met de behoeften van hun patiënten/cliënten? Kunt u aangeven waar zij naar uw mening in gebreke blijven? Heeft u voorbeelden die dit illustreren?
- Wat zijn de oorzaken hiervan?
- Hoe kan dit (verder) verbeterd worden en door wie?

### **Wat is er mis?**

Uit de respons blijkt dat de cliënt in veel gevallen niet centraal staat. Dit uit zich in problemen die de cliënt heeft om (de juiste) zorg te krijgen en is gerelateerd aan de thema's respect, communicatie en informatie, het 'gevoel' voor de cliënt en zijn omgeving, de vakbekwaamheid van zorgaanbieders en niet naleven van wet- en regelgeving. Per thema worden de genoemde problemen kort beschreven.

#### *Zorg zien te krijgen:*

- Veel genoemd probleem is het bestaan van wachtlijsten. Bij bepaalde ziekten kan alleen al het proces van de diagnosestelling hierdoor tot meer dan acht maanden oplopen.
- De bereikbaarheid/beschikbaarheid van de eigen huisarts vermindert.

Volgens het bureau De Vos en Jansen is de bereikbaarheid van huisartsen in het algemeen zeer matig. Tussen 8.00 en 10.00 uur is deze het best. Wanneer de patiënt dan de huisarts belt krijgt deze in 55% van de gevallen de huisarts aan de lijn. Belt de patiënt echter tussen 17.00 en 19.00 dan krijgt deze de huisarts slechts in 1% van de gevallen direct aan de lijn.

Bron: TV-programma Kassa, 14 december 2002.

- In dezelfde situatie wordt de ene cliënt wel voor thuiszorg geïndiceerd en de andere niet, bijvoorbeeld omdat niet of wel met mantelzorg rekening wordt gehouden. Dit leidt tot ongelijkheid.
- Zorgaanbieders bepalen 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.

Mevrouw De Jong is visueel gehandicapt. Zij krijgt thuiszorg. Het lappen van de ramen zit in de door de thuiszorg geleverde diensten. Mevrouw De Jong zou echter liever hebben dat haar post werd voorgelezen. Helaas zit dit niet in het pakket en zegt de verzorgende dit niet te mogen doen.

- Keuzemogelijkheden worden beperkt door relaties tussen ziekenhuizen en/of specialisten en leveranciers van medische hulpmiddelen; dit kan ook gelden voor de relaties tussen zorgverzekeraar en leverancier.
- De communicatie tussen de verschillende zorgaanbieders is vaak niet goed; de patiënt kan dan het beste zelf als boodschapper optreden.

De heer Van Driel heeft de ziekte van Addison: zijn bijnierschors produceert geen cortison. Hij moet dan ook drie keer per dag het hormoon innemen: 10 mg 's ochtends, 7,5 mg 's middags en 2,5 mg 's avonds. De industrie maakt echter alleen standaard 20 mg tabletten. Dit betekent dat capsules in de apotheek bereid moeten worden. De eerste apotheek waar de heer Van Driel naar toe gaat kan de capsules niet maken. De volgende apotheek gelukkig wel. Om de drie verschillende doseringen uit elkaar te kunnen houden stelt de heer Van Driel voor om verschillend gekleurde capsules te nemen. Daar begint de apotheeker niet aan, want de gekleurde capsules moet hij in grootverpakking inkopen en dan blijft hij met een onverkochte voorraad zitten.

#### *Respect en cliëntbeeld*

- Cliënten worden gezien als ziektebeeld of als werkvoorraad in plaats van als een individu dat oplossingen zoekt om weer optimaal te kunnen functioneren.

Bekend is dat MS-patiënten 's ochtend veel tijd nodig hebben om op gang te komen. Desondanks wordt hen 'gevraagd' vroeg in de ochtend op het spreekuur te verschijnen.

- Bij de planning van tijdstippen van consult, diagnostiek en behandeling is het uitgangspunt veelal: de aanbieder bepaalt en de cliënt heeft tijd genoeg.
- De houding binnen instellingen is meer dan eens: 'regel is regel'.

- Instellingen zijn nog wel geneigd de patiënt gelijk te geven bij het indienen van klachten, maar vervolgens leidt dit niet tot aanpassing van de werkwijze. Met andere woorden feitelijk wordt er niets met een klacht gedaan.
- In de thuiszorg wordt met cliëntonvriendelijke protocollen gewerkt. Ze zijn vaak vanuit de organisatie gedacht, zonder dat de consequenties voor de cliënt goed zijn doordacht. Landelijke richtlijnen zijn wel toegankelijk; lokale vaak niet of nauwelijks.

Het management van een thuiszorgorganisatie heeft, vanuit het oogpunt van de waarborging van de kwaliteit, besloten dat de inzet van medewerkers moet aansluiten bij het professionele niveau. Dit betekent onder andere dat verzorgenden geen geneesmiddelen meer aan de cliënt mogen toedienen. Het management besluit dat dit voortaan een hoger gekwalificeerde medewerker moet doen. Maar wat gebeurt in de praktijk? 's Ochtends komt de verzorgende om mevrouw De Jong te wassen, aan te kleden en in haar rolstoel te zetten. Daarna komt de verpleegkundige. Mevrouw De Jong moet weer uit haar rolstoel, op haar bed en moet gedeeltelijk ontkleed worden. Dan krijgt ze de zetpil. Daarna opnieuw aankleden en weer in haar rolstoel. Mevrouw De Jong is hier niet blij mee en snapt niet waarom het zo ingewikkeld moet: "Vroeger gaf de verzorgende mij eerst gewoon mijn zetpil en dat ging prima. Zo moeilijk is het inbrengen van een zetpil toch niet. Iedereen mag het doen, een kennis, een buurvrouw, noem maar op, maar de verzorgende mag het niet."

#### *Communicatie en informatie*

- Vaak wordt onvoldoende naar de patiënt geluisterd; dit kan er mede toe leiden dat het dossier niet de juiste informatie bevat.
- De patiënt wordt niet altijd geïnformeerd over de alternatieven die er qua diagnostiek en/of behandeling bestaan. De patiënt moet zich aanpassen aan 'hoe het nu eenmaal gaat'.
- Er wordt niet of te laat doorverwezen naar een gespecialiseerd centrum waar wel de noodzakelijke deskundigheid aanwezig is.
- 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.



Er zijn medisch specialisten die wanneer zij vanuit medische optiek geen mogelijkheden meer zien, volstaan met de zinsne-  
de: “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.

#### *De cliënt en zijn of haar omgeving*

- Er wordt onvoldoende rekening gehouden met de ervaringsdeskundigheid van cliënten.
- Psychosociale consequenties van ziekte krijgen onvoldoende aandacht.
- Met de thuissituatie wordt te weinig rekening gehouden.
- Bij ziekenhuisopname moet de patiënt de door hem of haar gebruikte geneesmiddelen afgeven en neemt het ziekenhuis deze in beheer en verstrekt ze op door het ziekenhuis vastgestelde tijdstippen. In veel gevallen kan de patiënt dit echter veel beter zelf managen, bijvoorbeeld wanneer geneesmiddelen geslikt moeten worden bij het innemen van voedsel.

#### *Vakbekwaamheid*

- Medisch-inhoudelijke protocollen worden vaak niet gevolgd.
- Ongewenste interacties tussen geneesmiddelen worden over het hoofd gezien.
- Bij de toepassing van medische hulpmiddelen, gekoppeld aan geneesmiddeltoediening, bewaken medisch specialisten en zorgverzekeraars onvoldoende dat het juiste medische hulpmiddel wordt voorgeschreven c.q. afgeleverd (bijvoorbeeld het leveren van een ongeschikte inhalator).

#### *Wet- en regelgeving*

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

#### **Wat zijn de oorzaken?**

De door de respondenten aangegeven oorzaken hiervan zijn te rubriceren naar zorgaanbieders in het algemeen, professionals, instellingen en cliënten.

#### *Zorgaanbieders in het algemeen*

- Er is schaarste aan zorgaanbod.
- Zorgaanbieders worden niet beloond voor het rekening houden met de wensen van de cliënt. Ook worden ze er niet voor gestraft wanneer ze dit niet doen.

- Zowel ziekenhuizen als medisch specialisten staan niet graag patiënten af aan gespecialiseerde centra, terwijl dit in bepaalde gevallen, bij ontbrekende deskundigheid, nodig is.

Mevrouw Zwarthoed wordt met hartklachten naar de cardioloog verwezen. De cardioloog zegt dat er vier onderzoeken gedaan moeten worden. Drie van de onderzoeken kunnen direct plaatsvinden. Voor het vierde bestaat een wachttijd van drie weken. Mevrouw Zwarthoed vindt dit wel erg lang, gaat op onderzoek uit en ontdekt dat voor dit laatste onderzoek in een ander ziekenhuis geen wachttijd bestaat. Zij stelt haar cardioloog voor om het vierde onderzoek in dit andere ziekenhuis te laten verrichten. Dat kan niet: een patiënt is of in het ene ziekenhuis of in het andere ziekenhuis in behandeling, maar niet in allebei. De patiënt besluit uiteindelijk naar het andere ziekenhuis te gaan. Daar worden de drie reeds verrichte onderzoeken opnieuw gedaan, alsmede het noodzakelijke vierde onderzoek.

#### *Professionals*

- Schaarste aan professionals.
- Mede door schaarste hoge werkdruk, als gevolg waarvan men niet de tijd heeft of denkt te hebben om te luisteren naar wat de patiënt wil.
- De opleidingen zijn niet of onvoldoende toegesneden op het omgaan met (chronisch) zieke mensen.
- Een aantal professionals heeft te weinig oog voor en/of kennis van en vaardigheden met betrekking tot communicatie met patiënten.
- Professionals maken nauwelijks gebruik van de ervaringsdeskundigheid van cliënten.
- Professionals zijn onvoldoende bekend met en zich bewust van praktische en psychosociale consequenties van een beperking of ziekte.
- Door de autonome positie van vooral huisartsen en medisch specialisten komt de verandering naar een cliëntvriendelijke cultuur niet tot stand.
- Huisartsen zien bepaalde patiënten met zeldzaam voorkomende ziekten zeer sporadisch en hebben hierdoor te weinig kennis en ervaring op het desbetreffende gebied.
- Er kan een groot verschil bestaan qua ziekteverloop tussen patiënten met dezelfde ziekte. Professionals zijn zich hier niet altijd voldoende van bewust.

### *Instellingen*

- Instellingen richten zich primair op het overleven van de eigen organisatie; daarmee samenhangend zijn fusies en schaalvergroting aan de orde.

### *Cliënten*

- Vooral oudere mensen leven, ook bij twijfel, nog met het idee: "De dokter zal het wel beter weten".
- Cliënten zijn nog onvoldoende mondig.
- Kleine(re) patiëntenorganisaties (bijvoorbeeld bij zeldzaam voorkomende aandoeningen) worden meer dan eens niet als een serieuze partij gezien.
- Patiëntenorganisaties zijn onvoldoende (financieel) toegepast om werkelijk een countervailing power te vormen.
- Klanten en premiebetalende burgers hebben geen stem in de algemene organisatie en het beleid van de zorg.

### **Hoe kan het verbeteren?**

Zowel overheid als partijen in het veld dienen naar het oordeel van de respondenten initiatieven te nemen om tot verbeteringen te komen. Hieronder worden de suggesties opgesomd die in de reacties naar voren zijn gebracht.

#### *Overheid (stelsel)*

- Het zorgaanbod vergroten.
- Cliëntvriendelijk handelen belonen.
- Sancties verbinden aan handelen dat niet cliëntvriendelijk is. Gegronde klachten moeten consequenties hebben, bijvoorbeeld in de vorm van minder financiële vergoeding.
- De verwijskaart afschaffen. Hierdoor wordt de cliënt minder afhankelijk van zijn of haar huisarts en van eventuele afspraken die de huisarts met medisch specialisten en/of het ziekenhuis heeft gemaakt.

#### *Overheid (voorlichting)*

- Eén zorgloket inrichten waar cliënten met vragen terecht kunnen die ook betrekking hebben op de gevolgen van ziekte voor wonen, vervoer, enz.
- Integrale voorlichting geven over zowel zorg als maatschappelijk en sociaal functioneren.
- Meer bekendheid aan Informatie en Klachtenbureaus in de Gezondheidszorg (IKG's) geven.
- Cliënten assertiever maken.

#### *Overheid (verzekerde pakket)*

- Meer mogelijkheden bieden voor psychologische begeleiding c.q. psychosociale ondersteuning; dit hoeft niet door

- artsen te geschieden, maar kan door psychologen of psychologen, waardoor medisch specialisten ontlast worden.
- Zorgbemiddelaars inzetten die de vertaalslag kunnen maken van vraag naar aanbod.
  - Meer mogelijkheden voor second opinion bieden.
  - Lotgenotencontact in het ziekenfondspakket opnemen.

*Overheid (patiëntenorganisaties)*

- Patiënten(organisaties) meer (financiële) middelen geven om zich krachtiger te kunnen opstellen.
- Medezeggenschap meer regionaal organiseren. Zeker voor ketenzorg is dit belangrijk. Schaalvergroting en samenwerking ondermijnen de instellingsgebonden adviespositie van cliëntenraden.
- RPCP's/PPCP's een rol geven bij de naleving van patiëntenrechten, kwaliteitsbeleid en klachtenbeleid.
- RPCP's een toetsende rol geven: nagaan hoe de verleende zorg ervaren wordt.
- Cliënten een formele inspraak geven bij zorgverzekeraars, analoog aan de Raad van Advies bij zorgkantoren.
- Het formaliseren van de regiovisie, te ontwikkelen door de provincie met daarbij een formele positie van de RPCP's.

*Overheid (indicatiestelling)*

- Vragen aan RIO's systematisch registreren opdat inzicht in de vraagontwikkeling ontstaat.
- Onafhankelijke vraaggestuurde indicatiestelling waarin naast zorg ook maatschappelijk functioneren wordt meegenomen.
- Maximale doorlooptijden vaststellen voor het proces van aanvraag tot verstrekking van medische hulpmiddelen.

*Instellingen*

- Meer en betere tijdige communicatie binnen en tussen instellingen.
- Een doelgroepbenadering kiezen, zoals gebeurt in de vorm van mamma-poli's en stroke-units in ziekenhuizen. Bij weinig voorkomende ziekten en bij multi-orgaanziekten moeten gespecialiseerde centra ingericht worden met multidisciplinaire teams, zoals gebeurd is voor Cystic Fibrosispatiënten en in de vorm van Marfan-poli's in academische ziekenhuizen, maar bijvoorbeeld nog niet voor patiënten met het Androgen Insensitivity Syndrome.
- Ketenzorg organiseren en daarbij duidelijke verantwoordelijkheidsafspraken maken (zorgregie). Coördinatoren aanstellen voor onderzoek en behandeling naar analogie van diabetesverpleegkundigen.
- Uitkomsten van benchmarks openbaar maken.

### *Professionals*

- Professionals meer trainen in openheid en zorgvuldigheid qua communicatie.
- Bijscholen van professionals op communicatief gebied onder meer door patiënten te laten vertellen aan welke zorg ze in welke vorm behoefte hebben. Met name de problematiek van de complexe hulpvraag moet hierbij aan de orde komen.
- Meer voorlichting over protocollen.
- Meer naar het individu kijken en minder naar de aandoening.

### *Verzekeraars*

- Verzekeraars dienen duidelijkheid over de kwaliteit te bieden.
- Bij het inkopen de beoordeling van de kwaliteit van zorg betrekken. Vraagsturing moet een kwaliteitseis worden die onderdeel vormt van de contractering.
- Verzekeraars moeten betere informatie geven over professionals/instellingen, bijvoorbeeld over de locaties waar een bepaalde behandeling wel gegeven wordt.
- Verzekeraars moeten RPCP's financieren, bijvoorbeeld op basis van een vast bedrag per verzekerde.
- RPCP's moeten een rol spelen bij het inkoopbeleid van de verzekeraar.
- Verzekeraars communiceren meer met zorgaanbieders over zorg dan met hun verzekerden. Ze moeten meer contact met hun verzekerden, die zorg (hebben) ontvangen, onderhouden; vaak komt pas een contact tot stand indien de verzekerde een bezwaar of klacht heeft, dus in 'negatieve' situaties.
- Projecten ondersteunen die gericht zijn op betere communicatie en op vergroting van de mondigheid van de patiënt.

### *Cliëntenorganisaties*

- Cliëntenorganisaties moeten zich verenigen om tot meer 'power' te komen en om informatie beter beschikbaar te stellen.
- Patiëntenprotocollen opstellen, waarin mogelijkheden en onmogelijkheden van patiënten staan.
- Als cliënt voorafgaand aan het consult een lijst met te bespreken onderwerpen opstellen.

Met behulp van de door de Nederlandse Vereniging voor Addison en Cushing Patiënten opgestelde aandachtspuntenlijst kan de patiënt zich voorbereiden op het gesprek met de specialist. Op de lijst staan punten waarover de specialist informatie geeft (c.q. behoort te geven) en onderwerpen die de patiënt zelf aan de orde kan stellen. Zo weet de patiënt wat er aan de orde komt en kan hij hierover vooraf nadenken. De patiënt kan op de lijst ook zijn aantekeningen kwijt. De gesprekspunten zijn beschreven per fase in de behandeling: eerste gesprek nadat de diagnose is gesteld, tweede gesprek en periodieke controle.

## **Bijlage 7**

### **Een persoonsgebonden budget voor diabeteszorg (diabetes mellitus type 2)**

#### **1. Inleiding**

Diabetes type 2 is een chronische ziekte die een continue behandeling vereist. Bij deze zorg kan een verscheidenheid aan disciplines betrokken zijn, zoals de huisarts, de praktijkassistent, de nurse practitioner, de diabetesverpleegkundige, de diëtist, de internist, de cardioloog, de nefroloog en de voetspecialist. Voor diabetes type 2 bestaan behandelingsprotocollen. Op basis hiervan kan de zorgverlening op verschillende wijzen vormgegeven worden, kan technologie op verschillende wijzen ingezet worden en kunnen verschillende hulpverleners betrokken zijn. Vanuit cliëntenperspectief is het uiteraard belangrijk dat de verschillende onderdelen van de zorg goed op elkaar afgestemd zijn.

Goede diabeteszorg illustreert het belang van samenhang in de zorg. De wijze waarop deze zorg bekostigd wordt is van invloed op de wijze waarop de zorg vorm krijgt en de mate waarin de zorg aansluit bij de wensen van de cliënt. Met deze notitie wordt beoogd duidelijk te maken wat de meerwaarde van een PGB voor diabetes type 2 zorg kan zijn.

Alvorens op de bekostigingswijzen in te gaan wordt kort geschetst wat diabetes in het algemeen en diabetes mellitus type 2 in het bijzonder is en worden de risicofactoren, behandeling en follow-up beschreven. Dit geeft inzicht in de benodigde zorg.

#### **2. Wat is diabetes?**

Bij diabetes mellitus of suikerziekte is het glucosegehalte in het bloed te hoog. Het is een frequent voorkomende aandoening. In Nederland is bij ruim 400.000 mensen diabetes vastgesteld. Jaarlijks komen er ongeveer 65.000 bij. Een minstens even groot aantal heeft diabetes wat (nog) niet is vastgesteld. Het totaal aantal mensen met diabetes wordt geschat op circa 800.000. Er worden twee vormen onderscheiden: type 1 en type 2. Type 2 komt het meest voor, ca 85% van alle diabetes. Sommige bevolkingsgroepen, met name van Hindoestaanse afkomst hebben een grote kans op het krijgen van de ziekte.

Bij type 1 zijn de cellen in de alvleesklier die het hormoon insuline produceren, de eilandjes van Langerhans, ten gronde gegaan door een auto-immuunreactie. Het hormoon insuline reguleert de hoeveelheid glucose in het bloed. Bij een tekort aan insuline neemt de hoeveelheid glucose in het bloed toe. Diabetes type 1 ontstaat vaak op jongere leeftijd. Vandaar de vroeger veel gebruikte benaming juveniele diabetes hiervoor. Deze mensen met diabetes type 1 moeten behandeld worden met insuline.

Diabetes type 2 treedt, of beter gezegd trad, op oudere leeftijd op en werd daarom ook wel adult onset diabetes genoemd. Deze benaming is thans minder geschikt, omdat deze vorm van diabetes op steeds jongere leeftijd voorkomt.

De factoren voor het ontstaan zijn anders dan die bij type 1 diabetes. Zowel genetische als omgevingsfactoren spelen een rol. Op basis van tweelingonderzoek wordt de erfelijke component op 60 tot 90% geschat.

Dit betekent niet dat omgevingsfactoren een ondergeschikte rol spelen. Integendeel, de sterke toename van het aantal mensen met diabetes is, naast de vergrijzing, te wijten aan omgevingsfactoren, zoals de toename van het aantal mensen met overgewicht en geringe lichaamsbeweging. Daarnaast wordt de ziekte sneller opgespoord dan vroeger. De aanpak van omgevingsfactoren - ongezonde leefstijl - is uitermate belangrijk.

Het ontstaansmechanisme van diabetes type 2 is zeer complex en slechts ten dele ontrafeld. Het resultaat is dat enerzijds de insulineproducerende cellen onvoldoende in staat zijn om insuline te produceren en anderzijds lever-, spier- en vetweefsels ongevoeliger worden voor insuline. Er is dus een grotere hoeveelheid insuline nodig om de glucosespiegel op de juiste waarde te houden, terwijl de alvleesklier steeds minder kan produceren. Niet alleen het insuline- en glucosegehalte in het bloed is verhoogd, maar ook die van vrije vetzuren en triglyceriden, terwijl het HDL-cholesterol (het 'goede cholesterol') verlaagd is.

### **3. Gevolgen van diabetes mellitus type 2**

Een hoog glucosegehalte in het bloed leidt tot een aantal klachten, zoals veel en vaak moeten plassen, dorst en droge mond, vermoeidheid en slaperigheid. Als de hoeveelheid blijft



toenemen kan iemand met diabetes suf worden en zelfs buiten bewustzijn raken.

Door behandeling met geneesmiddelen die de insulineproductie stimuleren of met insuline zelf kunnen deze klachten vrij gemakkelijk verholpen worden. Belangrijker zijn de complicaties op langere termijn. De meest voorkomende hebben betrekking op de ogen, nieren, het zenuwstelsel, het hart en de grote bloedvaten, de voeten en de gewrichten. Zo is diabetes in de westerse wereld de belangrijkste oorzaak van slechtziendheid en blindheid tussen het 20<sup>e</sup> en 70<sup>e</sup> levensjaar<sup>1</sup>. Mensen met diabetes moeten circa 15 - 20 maal vaker een amputatie van een deel van een been ondergaan dan de rest van de bevolking<sup>2</sup>. Ook hart- en vaatziekten komen, vooral bij vrouwen, vaker voor bij mensen met diabetes<sup>3 4 5</sup>.

Oorzaak van de complicaties is dat bij behandeling met insuline het bloedsuiker vaak toch nog te hoog is. Hierdoor worden vooral de kleine bloedvaatjes aangetast, bijvoorbeeld in het netvlies of de voeten (microvasculaire complicaties). Als het bloedsuiker te hoog is, neemt het zogenaamde HbA<sub>1C</sub> in het bloed toe. Het HbA<sub>1C</sub>-gehalte in het bloed op een bepaald moment is dan ook een maat voor de gemiddelde bloedsuikerconcentratie gedurende de afgelopen twee tot drie maanden.

#### **4. Preventie van late complicaties**

Uit verschillende wetenschappelijke studies blijkt optimalisering van de behandeling effectief te zijn. In bijvoorbeeld een Engelse studie bleek dat bij intensief behandelde groepen, waardoor hun HbA<sub>1C</sub> van 7,95 naar 7,0% daalde, de kans op microvasculaire complicaties met 25% daalde<sup>6</sup>. Het glyHb-gehalte is dan ook een goede indicator voor de effectiviteit van de behandeling.

Om de complicaties te voorkomen c.q. te vertragen is allereerst een goede regulering van de bloedglucosespiegel nodig. Daarnaast is controle op hoge bloeddruk en eventuele behandeling nodig, alsmede de behandeling van vetstofwisselingsstoornissen. Ook stoppen met roken is belangrijk. Verder moet periodiek het netvlies van de ogen gecontroleerd worden en de voeten worden geïnspecteerd.

#### **5. Onderdelen van de diabeteszorg en betrokken zorgverleners**

Diabeteszorg bevat de volgende onderdelen (aangegeven is wie veelal het betreffend onderdeel verzorgt):

- Behandeling met geneesmiddelen: doorgaans doet dit de huisarts.
- Bloedonderzoek (glyHb, cholesterol, etc.): huisarts.
- Controleren bloeddruk: huisarts, praktijkassistent, nurse practitioner, diabetesverpleegkundige, cliënt zelf.
- Bepalen bloedglucosegehalte: diabetesverpleegkundige (voor het leerproces) en cliënt zelf.
- Diabeteseducatie (kennis ten behoeve van zelfzorg): verpleegkundige, diëtist, geschoolde ervaringsdeskundige, huisarts.
- In geval van insulinegebruik: doseren insuline: diabetesverpleegkundige (voor het leerproces) en cliënt zelf.
- Problemen bij instelling insuline: internist.
- Adviseren over gezonde voeding: diëtist.
- Controle van het netvlies: oogspiegelen (oogarts), maken van een digitale foto van het netvlies (bijvoorbeeld diabetesverpleegkundige, opticien) en de analyse daarvan (oogarts of computer voor eerste screening).
- Inspectie van de voeten op de aanwezigheid van drukplekken, eeltvorming en standsafwijkingen van voeten en tenen: diabetesverpleegkundige, podotherapeut of pedicure met diabetesaantekening, cliënt.
- Motiveren gezonde leefstijl: diëtist, diabetesverpleegkundige.
- Coördinatie: diabetesverpleegkundige, huisarts, cliënt.

Indien complicaties beginnen op te treden, komen nog andere hulpverleners in beeld:

- diabetisch ulcus: chirurg, vaatchirurg, orthopedisch chirurg of dermatoloog;
- nierproblemen: nefroloog;
- hartproblemen: cardioloog.

## **6. Samenhangende zorg**

In de voorgaande paragraaf is een opsomming gegeven van de onderdelen van de zorg en de hulpverleners die betrokken kunnen zijn bij de diabeteszorg. Inhoudelijk is de diabeteszorgverlening goed omschreven in richtlijnen en protocollen, zoals de Richtlijnen van de Nederlandse Diabetes Federatie<sup>7</sup>, de Zorgstandaard voor goede diabeteszorg van de Nederlandse Diabetes Federatie<sup>8</sup> en de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2<sup>9</sup>.

Voor de cliënt is van belang hoe deze zorg vorm wordt gegeven, c.q. hoe deze op een cliëntvriendelijke manier wordt ge-

organiseerd. Dit vereist samenwerking en afstemming van de werkzaamheden van de verschillende hulpverleners, zodat de cliënt niet eerst een afspraak moet maken met de ene hulpverlener, dan weer met een ander, dan weer voor bloedonderzoek naar het ziekenhuis moet, enz.

Er zijn verschillende mogelijkheden om de taken en verantwoordelijkheden voor de diabeteszorg te verdelen. Zo kan de centrale regie bijvoorbeeld bij de huisarts of bij de diabetesverpleegkundige liggen. Ook kan er al of niet gebruik gemaakt worden van technische hulpmiddelen. In het voorgaande is reeds de netvliesfoto genoemd als alternatief voor het oogspiegelen door de oogarts. Met een funduscamera kan een digitale foto van het netvlies gemaakt worden die via een telefoonlijn of het Internet naar een oogarts verzonden kan worden om te worden beoordeeld. Een dergelijke camera kan in een diabeteskliniek, een huisartsenlaboratorium, bij een opticien, in een verpleeghuis, enzovoort, staan. De eerste beoordeling kan door de computer plaatsvinden, waardoor de werkdruk van de oogarts kan verminderen. Ook voor het voetenonderzoek bestaan technische hulpmiddelen, bijvoorbeeld in de vorm van een camera die een foto van de voetzolen maakt. Net als bij de netvliesfoto kan deze op elektronische wijze naar een deskundige gestuurd worden.

Diabetes is een terrein waarop veel onderzoek wordt gedaan en waarvoor technische oplossingen worden ontwikkeld. De bloedglucosemeter voor gebruik door de cliënt zelf is hiervan een goed voorbeeld. Er wordt ook gewerkt aan sensoren die in het lichaam geplaatst worden en continu het bloedglucosegehalte meten. Dit zou dan gekoppeld kunnen worden aan een geïmplanteerde infuuspomp.

Mede door deze ontwikkelingen is de taakverdeling tussen hulpverleners geen statisch geheel. Zo zou bijvoorbeeld de diabetesverpleegkundige, als deze beschikt over de funduscamera een foto van het netvlies kunnen maken. Maar even zo goed zou een praktijkassistent of opticien dit kunnen doen. Er zijn dan ook legio mogelijkheden om de diabeteszorg te organiseren, waarbij ook taakherschikking een belangrijke optie is. Zo zou de zorg geconcentreerd kunnen worden in een diabetescentrum, waar alle benodigde specialismen aanwezig zijn. In dichtbevolkte gebieden zouden dergelijke centra voor mensen met diabetes aantrekkelijk kunnen zijn. Voor dunbevolkte gebieden is deze oplossing vanwege lange reistijden wellicht minder geschikt. Daar zou de huisarts of diabetesverpleegkun-

dige met technologische ondersteuning veel van het werk kunnen verrichten. Voor bijvoorbeeld ouderen in verzorgingshuizen is periodiek bezoek van een diabetesverpleegkundige een optie. Ook de pedicure met diabetesaantekening zou een aantal taken kunnen vervullen. Cliënten die overdag werken hebben waarschijnlijk andere wensen. Plaatselijke omstandigheden en vooral de wensen van mensen met diabetes moeten leidend zijn voor de gekozen aanpak.

### **7. Prikkels voor een klantvriendelijke diabeteszorg**

Uit het voorgaande kan geconcludeerd worden dat de diabeteszorg op verschillende wijzen georganiseerd kan worden en dat deze, mede door de technologische ontwikkelingen aan veranderingen onderhevig is. De medisch-inhoudelijke kwaliteit van verschillende organisatorische oplossingen kan weliswaar gelijk zijn, maar de klantvriendelijkheid kan verschillen.

De vraag is welk zorgverzekeringsstelsel een cliëntvriendelijke diabeteszorg het best stimuleert. Daartoe worden verstrekking in natura, het restitutiestelsel en het PGB met elkaar vergeleken.

### **8. Verstrekking in natura**

Bij verstrekking in natura koopt de zorgverzekeraar de diabeteszorg in. Het is aan de verzekeraar om te beoordelen of deze zorg aan zijn eisen voldoet. Hij moet hierbij een afweging maken tussen prijs en kwaliteit, waaronder cliëntvriendelijkheid. Diabeteszorg is slechts één van de vele zorgproducten die de verzekeraar inkoop. De zorgverzekeraar zal daarbij de grootste gemene deler nemen van wat aan cliëntenwensen bestaat. Het is immers moeilijk voor de zorgverzekeraar om zijn inkoopbeleid continu af te stemmen op de diversiteit die aan wensen bestaat c.q. aan de individuele wensen van zijn cliënt. Hierdoor zal het pakket dat de verzekeraar aanbiedt enigszins statisch zijn. Zijn inkoopbeleid wordt niet direct aangepast als er nieuwe zorgvormen komen of zich nieuwe technologische innovaties voordoen. De zorgaanbieders zullen zich vooral richten op de wensen van de verzekeraar. Innovaties zullen zich waarschijnlijk dan ook vooral richten op kostenbesparingen.

Vanuit doelmatigheidsoverwegingen zal de verzekeraar het productpakket beperkt houden, hetgeen betekent dat de verzekeraar uit het totaal aantal mogelijke vormen van diabeteszorg een beperkt aantal in zijn assortiment zal hebben. Voor een deel van zijn cliënten zal dit adequaat zijn; een ander deel zal

wensen en preferenties hebben waaraan de verzekeraar niet kan of wil voldoen.

Indien de cliënt het hem of haar aangeboden assortiment niet bevalt, dan zal deze een andere verzekeraar moeten zoeken, die de gewenste samenhangende zorg wel aanbiedt (er vanuit gaande dat er een acceptatieplicht is).

Het is niet ondenkbaar dat indien er een voor de verzekeraar aantrekkelijk vereveningssysteem bestaat, de verzekeraar zal trachten mensen met diabetes als verzekerden binnen te halen door cliëntvriendelijke zorg aan te bieden. Het is dan waarschijnlijk dat er marktsegmentatie op zal gaan treden, waarbij bepaalde verzekeraars zich op bepaalde cliëntengroepen zullen concentreren. Nadeel hiervan is dat marktconcentraties op kunnen treden. Het mechanisme is dan sterk afhankelijk van het vereveningssysteem.

Bij verstrekking in natura heeft de (diabetes)cliënt derhalve slechts indirect invloed op het inkoopgedrag van de verzekeraar door het stemmen met de voeten.

## **9. Restitutiesysteem**

### *Prefered providers*

Bij een restitutiesysteem waarbij de aanspraken op vergoeding beperkt zijn tot bepaalde hulpverleners (prefered providers) doet zich hetzelfde probleem voor als bij verstrekking in natura: het aanbod en daarmee de keuzevrijheid van de cliënt is beperkt. Indien de (diabetes)cliënt een ander zorgarrangement wenst zal deze van verzekeringspolis en/of verzekeraar moeten veranderen; uiteraard wordt ook hier uitgegaan van een acceptatieplicht van de verzekeraar. De aantrekkelijkheid van (diabetes)cliënten als verzekerden is hier eveneens afhankelijk van het vereveningssysteem.

Bij een restitutiesysteem op basis van prefered providers is de keuzevrijheid van de cliënt beperkt. Hier is het instrument dat hem of haar ter beschikking staat beperkt tot het stemmen met de voeten.

### *Eigen bijdragen*

Een restitutiesysteem waarbij de cliënt volledige keuzevrijheid van hulpverleners heeft, is financieel eigenlijk alleen haalbaar als er met procentuele eigen bijdragen of normvergoedingen wordt gewerkt. Immers zonder dit heeft de cliënt 'carte blanche'. Iemand met diabetes zou bijvoorbeeld voor de meest

cliëntvriendelijke - dure - diabeteszorg kunnen kiezen. Ook een vaste eigen bijdrage biedt geen soelaas, immers de cliënt heeft geen prijs-kwaliteitsafweging te maken, want de prijs c.q. de eigen bijdrage, is onafhankelijk van de keuze.

Bij een systeem van een procentuele eigen bijdrage voelt de cliënt de gemaakte keuze (gedeeltelijk) in zijn of haar portemonnee. Als de cliënt kiest voor duurdere zorg, dan zal hij of zij meer uit eigen zak moeten bijbetalen. De cliënt wordt dan ook geprikkeld om een afweging te maken tussen prijs en kwaliteit. Dit zal zorgaanbieders stimuleren tot het aanbieden van cliëntvriendelijke zorg. Het zal ook innovatie die de cliëntvriendelijkheid vergroot, prikkelen.

Deze afweging is evenwel slechts een gedeeltelijke afweging, immers het leeuwendeel van de kosten wordt door de verzekeraar vergoed. En ook: hoe duurder de keuze van de cliënt hoe hoger de kosten voor de verzekeraar. Voor de verzekeraar zal dit aanleiding zijn om de keuzevrijheid van de cliënt te beperken, waardoor een preferred provider systeem ontstaat.

#### **10. Persoonsgebonden budget (PGB)**

Bij een systeem van normbedragen, een PGB, heeft de verzekeraar geen belang bij de keuze die de cliënt maakt. Immers als de cliënt geïndiceerd is, dan liggen daarmee de kosten van de cliënt voor de verzekeraar vast. De verzekeraar hoeft dan ook verder geen bemoeienis te hebben met de zorgverlening. Een voorwaarde hierbij is wel dat de zorgaanpak functioneel zijn omschreven. Bij diabetes zou dit bijvoorbeeld omschreven kunnen zijn als 'ongecompliceerde diabeteszorg type 2 volgens de richtlijnen van de NHG-standaard Diabetes mellitus type 2'. Dit zou gekoppeld kunnen zijn aan een transmurale DBC, waarop het PGB gebaseerd is.

Het PGB biedt de cliënt keuzevrijheid, die slechts wordt beperkt door de eigen bijdrage die de cliënt kan en wenst te betalen. De keuzevrijheid is hierbij beperkt tot het geïndiceerde en hetgeen op basis van de polisvoorwaarden is verzekerd. Het is uiteraard niet de bedoeling dat de cliënt het PGB uitgeeft voor andere doelen dan waarvoor het bestemd is of aan behandelmethoden die niet erkend c.q. niet geaccrediteerd zijn.

Het PGB dient voldoende te zijn om de cliënt in staat te stellen goede zorg in te kopen. Voor de praktijk betekent dit dat een PGB alleen geschikt is voor die situaties, waarbij de kosten van zorg goed voorspelbaar zijn. Toewijzing van een PGB is

dan ook alleen mogelijk bij een geïndiceerde, reeds ingestelde en stabiele cliënt. Diabetes is hier een goed voorbeeld van: de kosten van iemand met diabetes zijn per jaar goed te bepalen.

Met het PGB kan iemand met diabetes die zorg inkopen die hij of zij wenst. Het PGB dient uiteraard voldoende te zijn om kwalitatief goede, doch sobere, zorg in te kopen. Als de cliënt meer wenst in termen van meer dan 'standaard' klantvriendelijkheid etc., dan moet hij of zij de extra kosten zelf dragen. Dit betekent dat de afweging van prijs en kwaliteit bij de cliënt komt te liggen.

Een PGB verlegt de inkoopmacht van de verzekeraar naar de cliënt. Degene die de zorg ontvangt, bepaalt. Dit betekent dat de zorgaanbieders zich ook daadwerkelijk op de cliënt zullen en kunnen gaan richten en cliëntvriendelijke producten op de markt zullen brengen. Voor mensen met diabetes zal dit betekenen dat zij zelf kunnen kiezen uit de door zorgaanbieders aangeboden arrangementen. Er ontstaat een echte zorgmarkt. Een veel gehoord argument tegen PGB's is dat de cliënt alles zelf moeten regelen. Het tegendeel is waar. Als mensen met diabetes klantvriendelijke, integrale diabeteszorg wensen, dan zullen er aanbieders komen die een dergelijk pakket aanbieden. In eerste instantie zal dit wellicht tegen een hogere prijs zijn, maar door het concurrentiemechanisme zal de prijs dalen, waardoor doelmatigheid wordt gestimuleerd.

Omdat de cliënt bij een PGB zelf een afweging maakt tussen prijs en kwaliteit zal ook de doelmatigheid van de zorg toenemen. Immers als de ene aanbieder veel duurder is dan de andere, terwijl de kwaliteit nagenoeg niet verschilt, zal de cliënt voor de goedkope kiezen, omdat hij of zij het in de eigen portemonnee voelt.

Ervan uitgaande dat een PGB voor een jaar wordt toegekend, dan is bij deze categorie cliënten redelijk goed te beoordelen of zij voor een komend jaar opnieuw voor een PGB in aanmerking komen. Immers er kunnen eisen gesteld worden aan het proces dat het afgelopen jaar doorlopen is (men moet kunnen aantonen dat tenminste retinacontrole, bloedcontrole en voetcontrole heeft plaatsgevonden) en/of aan het resultaat (vallen glyHb- en cholesterolwaarden binnen aanvaardbare grenzen). Dit zal naar verwachting tot een betere motivatie leiden voor medicatietrouw, niet roken, gezonde voeding en, meer in het algemeen, een gezonde leefstijl.

## 11. Samenvatting en conclusie

Bij diabeteszorg zijn meerder hulpverleners betrokken, die voor een adequate zorgverlening goed met elkaar moeten samenwerken. Deze samenwerking en de onderlinge taakverdeling kunnen op verschillende manieren vormgegeven worden. Cliënten hebben verschillende preferenties voor de verschillende zorgvormen. Een PGB geeft de cliënt de grootste keuzevrijheid. Diabeteszorg leent zich, doordat de kosten hiervan voor cliënten zonder complicaties goed voorspelbaar zijn, goed voor een PGB. Het legt de inkoopmacht bij de cliënt waardoor een echte markt ontstaat, waardoor de klantgerichtheid zal toenemen. Bijkomend voordeel is dat het de motivatie en therapietrouw van de cliënt en de doelmatigheid van de zorgverlening stimuleert.

## 12. Epiloog

### *Reuma*

Diabetes is niet de enige ziekte waar een PGB meerwaarde kan bieden. Een ander voorbeeld is reuma. Net als diabetes is reuma een frequent voorkomende ziekte. Geschat wordt dat drie miljoen mensen in Nederland reuma hebben, waarvan 1,4 miljoen een chronische vorm (langer dan zes maanden)<sup>10</sup>.

Bij reuma worden drie hoofdgroepen onderscheiden:

- ontstekingsreuma (ca. 380.000 patiënten). Hierbij richt, net als bij diabetes type 1, het afweersysteem van het lichaam zich tegen lichaamseigen cellen, bijvoorbeeld de gewrichten bij de ‘klassieke’ reumatoïde artritis. Verder vallen onder deze categorie aandoeningen zoals de ziekte van Bechterew, een aandoening van de wervelkolom en het bekken, juveniele chronische artritis en systeemziekten als systemische lupes erythematosus (SLE) en polymyalgia rheumatica.
- artrose (ca. 650.000 patiënten). Hierbij raakt het kraakbeen van gewrichten beschadigd. Artrose van het heupgewricht is een belangrijke indicatie voor heupprothesen.
- weke delen-reuma (ca. 500.000 patiënten). Hierbij worden spieren, pezen, slijmbeurzen en kapsels aangetast. Een voorbeeld uit deze categorie is fibromyalgie.

De behandeling van reuma bestaat uit geneesmiddelen, oefeningen en rust. Als gewrichten ernstig aangetast zijn kunnen deze operatief door prothesen vervangen worden.



De oorzaak van vrijwel alle vormen van reuma is nog onbekend. Wel verbetert de behandeling door nieuwe geneesmiddelen, verbeterde kunstgewrichten e.d.

Bij de behandeling van reuma zijn net als bij diabetes een veelheid van hulpverleners betrokken, zoals:

- De huisarts en reumatoloog voor met name de medische behandeling.
- De fysiotherapeut. Bij veel reumatische aandoeningen kunnen massage, oefeningen en beweging de klachten, zoals pijn en stijfheid, verminderen.
- De reumaconsulent. Deze gespecialiseerde verpleegkundige geeft voorlichting over de ziekte en helpt bij problemen thuis of op het werk, zorgt voor eventuele aanpassingen bij lichamelijke beperkingen etc.
- De wijkverpleegkundige. Deze komt in beeld als er problemen zijn met de zelfverzorging, zoals het wassen, toedienen van medicijnen en nazorg na bijvoorbeeld een operatie.
- De ergotherapeut. Deze kan door de inzet van hulpmiddelen de zelfredzaamheid van de patiënt vergroten. Daarnaast kan deze ook preventieve maatregelen nemen om gewrichtsbeschadiging te verminderen, door bijvoorbeeld een halskraag of polsspalk.
- De podotherapeut en de (orthopedisch) schoentechnicus. Bij reumatische voetproblemen kunnen zij het lopen verbeteren en minder pijnlijk maken door aangepast schoei.
- De maatschappelijk werker. Deze kan behulpzaam zijn bij allerlei sociale zaken, zoals beroepsuitoefening, uitkeringskwesties etc.

Net als bij diabetes vereist een goede reumazorg een goede samenwerking en taakverdeling tussen deze hulpverleners die op verschillende manieren vormgegeven kunnen worden. Een PGB, niet alleen voor het 'caregedeelte' van de reumazorg, maar ook voor het 'curegedeelte', geeft de patiënt keuzevrijheid en inkoopmacht, waardoor de klantgerichtheid zal toenemen.

#### *Hartfalen*

Een andere aandoening waarvoor een PGB overwogen kan worden is hartfalen. Het is een aandoening die frequent voorkomt en waarvan de frequentie sterk toeneemt met de leeftijd,

van 10 per duizend 60-jarigen tot ruim 100 per duizend 80-jarigen.

Bij hartfalen schiet de pompfunctie van het hart tekort, in eerste instantie bij inspanning, maar in ernstige vorm ook in rust. Hartfalen kan een groot aantal oorzaken hebben, zoals beschadiging van de hartspier door een infarct, hartrit-mestoornissen of klepgebreken. Om de verminderde pompfunctie op te vangen treden in het lichaam compensatiemechanismen in werking, zoals het vasthouden van vocht. Dit leidt tot onder andere kortademigheid, zwelling van de onderbenen en enkels (oedeem).

De behandeling van hartfalen bestaat naast aanpassing van de voedingsgewoonten, zoals zoutbeperking, vermindering van alcoholgebruik en gewichtsvermindering, uit geneesmiddelen, onder andere plastabletten. Therapietrouw is uitermate belangrijk, want het is een delicate balans. Als de patiënt uit balans raakt, decompensatio cordis, is veelal een ziekenhuisopname noodzakelijk. Dit is dan ook een indicator voor de therapietrouw en de effectiviteit van de behandeling in het algemeen.

Monitoring van de patiënt is belangrijk om tijdig bij te kunnen sturen als het mis dreigt te gaan. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om toename van klachten, zoals moeheid of kortademigheid, hoge bloeddruk en toename van het lichaamsgewicht doordat het lichaam te veel vocht vasthoudt.

Deze monitoring kan op verschillende manieren plaatsvinden. Dit kan bijvoorbeeld door regelmatige controle door de huisarts of praktijkverpleegkundige. Een andere mogelijkheid is gebruik te maken van telematica. De patiënt krijgt hierbij thuis zelf te bedienen meetinstrumenten, zoals een elektronische weegschaal en bloeddrukmeter. De meetresultaten worden via een telefoonlijn naar een centrum gestuurd en geanalyseerd. Bij afwijkingen wordt actie ondernomen. Op deze manier is een zeer frequente monitoring mogelijk, hetgeen ook de bewustwording van de patiënt doet toenemen en de therapietrouw bevordert.

Aangezien de monitoring van hartfalen op veel verschillende manieren vormgegeven kan worden, leent het zich goed voor een PGB. Het zal aanbieders stimuleren om klantvriendelijke diensten aan te bieden waar de patiënt een keuze uit kan maken. Een bijkomend voordeel is dat het de patiënt actief betreft bij de behandeling, hetgeen de therapietrouw bevordert,

waardoor het aantal ziekenhuisopnamen voor decompensatie cordis kan afnemen.

## Noten (bijlage 7)

- <sup>1</sup> Blankenship, G.W., Skyler. Diabetic retinopathy. *Diabetes Care*, 1978, no. 1, p.127-131.
- <sup>2</sup> Van Houtum, W.H. & L.A. Lavery. Outcomes associated with diabetes-related amputations in the Netherlands and in de State of California. USA, *J. Int. Med*, 1996, no. 240, p. 227-231.
- <sup>3</sup> Garcia, M.J., et al. Morbidity and mortality in diabetics in the Framingham population. Sixteen year follow-up study. *Diabetes*, 1974, no. 23, p. 105-111.
- <sup>4</sup> Manson, J.E., et al. A prospective study of maturity-onset diabetes mellitus and risk of coronary heart disease and stroke in woman. *Arch Intern Med*, 1991, no. 151, p. 1141-1147.
- <sup>5</sup> Reitsma, J.B. Mortaliteit en morbiditeit van hart- en vaat-ziekten bij vrouwen. *Hartbulletin*, 1995, no. 26, p.5-11.
- <sup>6</sup> UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonureas or insuline compared with conventional treatment and risk complications in patients with type 2 diabetes. *Lancet*, 1998, no. 352, p. 837-853.
- <sup>7</sup> Nederlandse Diabetes Federatie. Richtlijnen en Adviezen voor goede diabeteszorg, editie 2000. Leusden: Nederlandse Diabetes Federatie, 2000.
- <sup>8</sup> Nederlandse Diabetes Federatie. Zorgstandaard voor goede diabeteszorg, april 2003.
- <sup>9</sup> <http://www.artsennet.nl/nhg/standaarden/M01/std.htm>.
- <sup>10</sup> Reuma in Nederland: de cijfers, 1997, TNO.



## Bijlage 8

### Referenties en eindnoten

- <sup>1</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Met zorg kiezen. Den Haag: Ministerie van VWS, 2001.
- <sup>2</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Vraag aan bod. Den Haag: Ministerie van VWS, 2001.
- <sup>3</sup> Kraan, W.G.M. van der. Vraaggericht en vraaggestuurd. Den Haag: ZonMw, 2001.
- <sup>4</sup> Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De rollen verdeeld. Zoetermeer: RVZ, 2000.
- <sup>5</sup> Kraan, W.G.M. van der. Vraaggericht en vraaggestuurd. Den Haag: ZonMw, 2001.
- <sup>6</sup> Janssen, R. Klant is koning, ook in de zorg. In: Zorgaanbod en cliëntenperspectief. Zoetermeer: RVZ, 2003.
- <sup>6</sup> Janssen, R. Klant is koning, ook in de zorg. In: Zorgaanbod en cliëntenperspectief. Zoetermeer: RVZ, 2003.
- <sup>7</sup> Rutten, F.F.H. en W. Brouwer. De prijs van vraagsturing. In: Zorgaanbod en cliëntenperspectief. Zoetermeer: RVZ, 2003.
- <sup>8</sup> Exacte gegevens zijn niet bekend. In de Verenigde Staten neemt 10% van de bevolking 68% van de totale gezondheidszorgkosten voor zijn rekening; zie: Shearer, Gail: The Health Care Divide: Unfair Financial Burdens, Consumer Union, August 10, 2000. Volgens Berk en Monheit neemt 10% van de verzekerden ongeveer 70% van de kosten van de curatieve zorg voor hun rekening; zie: Berk, M.L. en A.C. Monheit. The concentration of health care expenditures, revisited: managed care has had little impact on how resources are spent in treating high-cost illnesses. Health Affairs, 2001, no. 2, p. 9-18.
- <sup>9</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Overzicht van ervaren knelpunten door mensen met beperkingen (gehandicapten, chronisch zieken). Den Haag: Ministerie van VWS, 2002.
- <sup>10</sup> Consumentenbond. Zwartwitboek Vastgelopen in de zorg: de grootste zorgfrustraties van consumenten in kaart. Den Haag: Consumentenbond, 2002.
- <sup>11</sup> Tweede Kamer der Staten Generaal. Modernisering AWBZ. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaren 1999-2003. No. 26631.

- 12 Lint, M. de. Wet- en regelgeving als instrument. In: Zorgaanbod en cliëntenperspectief. Zoetermeer: RVZ, 2003.
- 13 Zie onder meer: Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Kwaliteitsborging in zorginstellingen: intentie, wet en praktijk. Den Haag: Staatstoezicht op de Volksgezondheid, 2002 en de evaluaties van wetgeving door ZonMw.
- 14 Lint, M. de. Wet- en regelgeving als instrument. In: Zorgaanbod en cliëntenperspectief. Zoetermeer: RVZ, 2003.
- 15 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Patiënt en Internet. Zoetermeer: RVZ, 2000.
- 16 Wensing, M., et al. Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. *International Journal for Quality in Health Care*, 14, 2002, no. 2, p. 111-118.
- 17 Centraal Planbureau. Concurrentie in de zorg. Den Haag: CPB, 2002.
- 18 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Marktwerking in de medisch specialistische zorg. Zoetermeer: RVZ, 2003.
- 19 Rutten, F.F.H. en W. Brouwer. De prijs van vraagsturing. In: Zorgaanbod en cliëntenperspectief. Zoetermeer: RVZ, 2003.
- 20 Goudriaan G. en A.M. Vaalburg. De vraag als maat: vraaggerichtheid vanuit het gebruikersperspectief. Utrecht: Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, 1998.
- 21 Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie en haar 49 lidorganisaties. Een integrale visie op patiënten/consumentenbeleid in Nederland voor de jaren 2002-2006. Utrecht: NPCF, 2002.
- 22 Consumentenbond. Maak de zorg beter. Den Haag: Consumentenbond, 2002
- 23 Consumentenbond. Zorg voor consumenten. Den Haag: Consumentenbond, 2003.
- 24 Zie onder meer: Patiënten Platform Midden Holland. Zorgvragers voorop ....: toetsingskader voor vraaggestuurde zorg. Gouda: Patiënten Platform Midden Holland, 2002 en Consumentenbond. Ziekenhuisvergelijkingssysteem: een vergelijking van ziekenhuizen in Nederland. Den Haag: Consumentenbond, 2002.
- 25 Little, P., et al. Preferences of patients for patient centered approach to consultation in primary care: observational study. *British Medical Journal*, 322, 2001, p. 468-472.
- 26 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Interculturalisatie van de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2000.

- <sup>27</sup> Langewitz, W., et al. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *British Medical Journal*, 325, 2002, p. 682-683.
- <sup>28</sup> Delnoij, D.M.J., et al. Botsingen in de spreekkamer. *Medisch Contact*, 58, 2003, no. 11, p. 419-422.
- <sup>29</sup> Sting. *Knokken voor je klant!: verslag Sting werkconferentie Werken aan vraaggerichte verzorging*. Utrecht: Sting, 2002.
- <sup>30</sup> Diest, H. van, R. van Wijngaarden en J. van Wijngaarden. *De vraag ontleed: criteria voor een vraaggerichte geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.
- <sup>31</sup> Coulter, A. Paternalism or partnership? *British Medical Journal*, 319, 1999, p. 719-720.
- <sup>32</sup> Guadagnoli, E. and P. Ward. Patient participation in decision-making. *Social Science & Medicine*, 47, 1998, no. 3, p. 329-339.
- <sup>33</sup> Richards M.A., et al. Offering choice of treatment to patients with cancers. A review based on a symposium held at the 10th Annual Conference of the British Psychosocial Oncology Group. *European Journal of Cancer*, 1995, 31A, p. 112-116.
- <sup>34</sup> Coulter, A., V. Peto and H. Doll. Patients preferences and general practitioners: decisions in the treatment of menstrual disorders. *Family Practice*, 11, 1994, p. 67-74.
- <sup>35</sup> Charles C.A., et al. Doing nothing is no choice: lay constructions of treatment decision-making among women with early-stage breast cancer. *Journal of Sociology and Health*, 20, 1998, no. 1, p. 71-95.
- <sup>36</sup> Wijmen, F.C.B. van. En ik ben maar een kuip vol dromen. In: *Zorgaanbod en cliëntenperspectief*. Zoetermeer: RVZ, 2003.
- <sup>37</sup> Degner, L.F., et al. Information needs and decisional preferences in women with breast cancer. *Journal of the American Medical Association*, 277, 1997, p. 1485-1492.
- <sup>38</sup> Hoorn, E. van. De kleine zelfbeschikking en de herovering van vraagsturing over alledaagse zelfbeschikking en de (on)mogelijkheden van vraagsturing. In: *Zorgaanbod en cliëntenperspectief*. Zoetermeer: RVZ, 2003.
- <sup>39</sup> Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. *De handicap van de samenleving: over mogelijkheden en beperkingen van community care*. Den Haag: RMO, 2003.
- <sup>40</sup> Tweede Kamer der Staten Generaal. *Modernisering AWBZ*. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2002-2003. No. 26631-34.

- <sup>41</sup> Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting en Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn. Innovatieprogramma Wonen en Zorg: woon-zorgloketten: een inventarisatie. Rotterdam: SEV en NIZW, 2002.
- <sup>42</sup> Een voorbeeld is het experiment Trynwâlden; zie hiervoor onder meer: College voor Zorgverzekeringen. Over grenzen van de AWBZ: evaluatie van innovatieprojecten. Amstelveen: CVZ, 2001.
- <sup>43</sup> NIVEL/CZ-Groep. Klantenwensen in de zorg, wat wensen klanten van apothekers, fysiotherapeuten, huisartsen en poliklinieken? Utrecht: NIVEL, 2002.
- <sup>44</sup> Harris Interactive. Big differences in attitudes toward health care systems in 10 countries. Harris Interactive Healthcare News, 1, 2001, Issue 2.
- <sup>45</sup> Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Internetgebruiker en kiezen van zorg (resultatenonderzoek bij advies Van patiënt tot klant). Zoetermeer: RVZ, 2003.
- <sup>46</sup> Zie onder meer: NIVEL. De zorg van medisch specialisten, de meningen van medisch specialisten over probleemsituaties in de zorg en hun ervaringen. Utrecht: NIVEL, 2002.
- <sup>47</sup> Thiel, E. van. Aantal klachten over huisartsen neemt fors toe. De huisarts in Nederland, 2002, no. 9, p. 24-27.
- <sup>48</sup> Delnoij, D.M.J., et al. Botsingen in de spreekkamer. Medisch Contact, 58, 2003, no. 11, p. 419-422.
- <sup>49</sup> Overigens gaat dit niet alleen voor de Nederlandse situatie op, maar bijvoorbeeld ook voor de Amerikaanse; zie hiervoor onder meer: <http://www.dartmouthatlas.org>.
- <sup>50</sup> <http://nhg.artsennet.nl/index.asp?s=1487>.
- <sup>51</sup> Hoorn, E. van. De kleine zelfbeschikking en de herovering van vraagsturing over alledaagse zelfbeschikking en de (on)mogelijkheden van vraagsturing. In: Zorgaanbod en cliëntenperspectief. Zoetermeer: RVZ, 2003.
- <sup>52</sup> Spijker, R. van 't. Ingenieur of priester: technologie verandert de rol van de arts. Medisch Contact, 58, 2003, no. 1, p. 24-27.
- <sup>53</sup> Pols, J. De beroepsvoorbereiding van studenten geneeskunde: verkenningen op het gebied van chronisch zieken. Proefschrift Groningen. Groningen: Stichting Drukkerij C. Regenboog, 2003.
- <sup>54</sup> Uitspraak van een vertegenwoordiger van het US-Department of Health and Human Services tijdens de e-health studiereis naar de VS (zie: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. E-Health in de Verenigde Staten. Zoetermeer: RVZ, 2001), gebaseerd op het rapport To err is human: building a safer health system. opgesteld door het



- Committee on Quality of Health Care in America. Washington: National Academy Press, 2000.
- <sup>55</sup> Berg, M. Informatie als instrument. In: Zorgaanbod en cliëntenperspectief. Zoetermeer: RVZ, 2003.
- <sup>56</sup> Zie bijvoorbeeld de performance ratings per ziekenhuis van de National Health Service, waarin voor verschillende aspecten de scores zijn vermeld, zoals voor de 'patient focus' (zie [http://www.nhs.uk/root/performance\\_ratings](http://www.nhs.uk/root/performance_ratings)) en voor de VS: <http://www.healthgrades.com>.
- <sup>57</sup> Rutten, F.F.H. en W. Brouwer. De prijs van vraagsturing. In: Zorgaanbod en cliëntenperspectief. Zoetermeer: RVZ, 2003.
- <sup>58</sup> Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg. Manifest: twintig zorgpunten over het toekomstige zorgstelsel. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2002.
- <sup>59</sup> Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Marktwerving in de medisch specialistische zorg. Zoetermeer: RVZ, 2003.
- <sup>60</sup> Wijmen, F.C.B. van. En ik ben maar een kuip vol dromen: over kwaliteit, zelfbewustheid en wederkerigheid in de individuele gezondheidszorg in de 21<sup>ste</sup> eeuw. In: Zorgaanbod en cliëntenperspectief. Zoetermeer: RVZ, 2003.
- <sup>61</sup> Herings, R.M.C., et al. Chronische farmacotherapie voortgezet. Utrecht: PHARMO Instituut, 2002.
- <sup>62</sup> Pas, F.G.E.M. van der. Stuurbevestiging in de AWBZ. Christen Democratische Verkenningen, 2002, no. 7, 8 & 9, p. 136-140.
- <sup>63</sup> <http://www.facct.org>.
- <sup>64</sup> Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Marktwerving in de medisch specialistische zorg. Zoetermeer: RVZ, 2003.
- <sup>65</sup> College voor zorgverzekeringen. Prestaties in geld en in natura (restitutie en natura vergeleken). Rapport 109. Amstelveen: CVZ, 2002.
- <sup>66</sup> Hiervoor zijn diverse varianten denkbaar, bijvoorbeeld een percentage per declaratie, dat afneemt naarmate het declaratiebedrag hoger is of het percentage neemt in de loop van het jaar af naarmate het totaalbedrag op jaarbasis toeneemt. Minder draagkrachtigen kan fiscale compensatie worden geboden.
- <sup>67</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Financiële bouwstenen zorg: rapportage voor de kabinetsformatie. Den Haag: Ministerie van VWS, 2003 en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Exploderende zorguitgaven: signalement voor uitgavenmanagement. Zoetermeer: RVZ, 2003.

- <sup>68</sup> Berekening gebaseerd op gegevens die Infomedics gebruikte voor de kostenberekening in een specifieke situatie.
- <sup>69</sup> De Volkskrant. Honderden miljoenen zorgfraude, 30 januari 2003 (zie ook: <http://www.volkskrant.nl/binnenland/1043906558210.html>).
- <sup>70</sup> College voor Zorgverzekeringen. Vrijwillig eigen risico in de nieuwe curatieve zorgverzekering. Amstelveen: CVZ, 2003.
- <sup>71</sup> Utrechts Nieuwsblad, 9 november 2002. Uitspraak bestuursrechter te Utrecht die een koppeling legt tussen de kwaliteit van de geboden zorg door een psychiatrisch ziekenhuis in Capelle en de eigen betaling door de cliënt aan de zorgverzekeraar Zilveren Kruis Achmea. Zie ook: Lint, M. de. Wet- en regelgeving als instrument. In: Zorgaanbod en cliëntenperspectief. Zoetermeer: RVZ, 2003.
- <sup>72</sup> College voor zorgverzekeringen. Prestaties in geld en in natura (restitutie en natura vergeleken). Rapport 109. Amstelveen: CVZ, 2002.
- <sup>73</sup> Baljé, S., et al. Vragender wijs, vraagsturing in de praktijk. Den Haag: Ministerie van EZ, 2003.
- <sup>74</sup> Ziekenfondsraad. Advies invloed van de verzekerden op het bestuur van ziekenfondsen. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1994.
- <sup>75</sup> Lint, M. de. Wet- en regelgeving als instrument. In: Zorgaanbod en cliëntenperspectief. Zoetermeer: RVZ, 2003.
- <sup>76</sup> Berg, M. Informatie als instrument. In: Zorgaanbod en cliëntenperspectief. Zoetermeer: RVZ, 2003.
- <sup>77</sup> Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Volksgezondheid en zorg. Zoetermeer: RVZ, 2001.
- <sup>78</sup> Berg, M. Informatie als instrument. In: Zorgaanbod en cliëntenperspectief. Zoetermeer: RVZ, 2003.
- <sup>79</sup> Voor wat betreft de verpleegkundige en verzorgende richtlijnen wordt hieraan aandacht besteed door onder meer Sting en de Algemene Vergadering van Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV). Zie hiervoor: Geurts, M., J.T.C. Bos en C. Wagner. Kwaliteitsaspecten en patiëntenperspectief. Utrecht: NIVEL, 2003 en Vuuren, J. van. Het patiëntenperspectief in richtlijnontwikkeling en toetsingscriteria, februari 2003.
- <sup>80</sup> Hoorn, E. van. De kleine zelfbeschikking en de herovering van vraagsturing over alledaagse zelfbeschikking en de (on)mogelijkheden van vraagsturing. In: Zorgaanbod en cliëntenperspectief. Zoetermeer: RVZ, 2003.

- <sup>81</sup> Janssen, R. Klant is koning, ook in de zorg. In: Zorgaanbod en cliëntenperspectief. Zoetermeer: RVZ, 2003.
- <sup>82</sup> Zo gaat Kaiser Permanente (HMO) in de Verenigde Staten hun 8,4 miljoen leden 24 uur per dag 7 dagen per week online op een beveiligde wijze toegang geven tot hun elektronische patiëntendossiers; zie: Fletcher, A. Kaiser patients will be able to see medical files online. Denver: Business Journal, 2003. Kaiser Permanente staat hierin niet alleen; ook het Henry Ford Health System in Detroit gaat dit in 2004 doen; zie: <http://ihealthbeat.org/members/basecontent.asp?oldcoll=3&contentid=24750&datevalue=03/18/2003&collectionid=539&program=1&contentarea=116116> (28 March 2003) Henry Ford Health System to offer online access to medical records.
- <sup>83</sup> Centraal Planbureau. Zorg voor concurrentie: een analyse van het nieuwe zorgstelsel. Den Haag: CPB, 2003.
- <sup>84</sup> Berg, M. Informatie als instrument. In: Zorgaanbod en cliëntenperspectief. Zoetermeer: RVZ, 2003.
- <sup>85</sup> Kraan, W. van der. Patiëntenparticipatie als instrument. In: Zorgaanbod en cliëntenperspectief. Zoetermeer: RVZ, 2003.
- <sup>86</sup> Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie. Pilot project voorbeeldpraktijken in de curatieve zorg: goed voorbeeld doet goed volgen. Utrecht: NPCF, 2003.
- <sup>87</sup> Brief van de voorzitter van de NHS Confederation negotiating team aan de voorzitter van het General Practitioners Committee, London, 28 February 2003.
- <sup>88</sup> Sluijs, E., et al. Verdiepingsstudie transparantie kwaliteit van zorg: een exploratief onderzoek naar de mate waarin zorginstellingen indicatoren gebruiken om de kwaliteit van zorg zichtbaar te maken. Utrecht: NIVEL, 2002.
- <sup>89</sup> Consumentenbond. Ziekenhuisvergelijkingssysteem, een vergelijking van ziekenhuizen in Nederland. Den Haag: Consumentenbond, 2002.
- <sup>90</sup> Sluijs, E.M. en A. Janse. Normen voor patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen?: een beschouwing over het gebruik van normen om patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen aan te toetsen. Utrecht: NIVEL, 2002.
- <sup>91</sup> <http://www.kiesmetzorg.nl>.
- <sup>92</sup> Consumentenbond. Keuze in Zorg (conceptvoorstel in het kader van ICES-KIS). Den Haag: Consumentenbond, 2003.



## Bijlage 9

### Lijst van afkortingen

AIS	Androgen Insensitivity Syndrome
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BOSK	Bond van Ouders van Spastische Kinderen en Motorisch Gehandicapten
BW	Burgerlijk Wetboek
CBO	Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing
CG-Raad	Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland
CNV	Christelijk Nationaal Vakverbond
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CTZ	College Toezicht Zorgverzekeringen
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DBC	diagnose behandelcombinatie
EEPD	Elektronisch Ervarings Patiëntendossier
EPO	erythropoëetine
FACCT	Foundation of Accountability
FNV	Federatie Nederlandse Vakbeweging
HMS	Hypermobiliteitssyndroom
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IKG	Informatiebureau voor Klachten in de Gezondheidszorg
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst
MS	Multiple Sclerose
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NHPP	Noord-Hollands Patiënten Platform
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PCB	Primaire Ciliaire Dyskinesie
PGB	persoonsgebonden budget
PPCP	Provinciaal Patiënten Consumenten Platform
RPCP	Regionaal Patiënten Consumenten Platform
RIO	Regionaal Indicatie Orgaan
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SEV	Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting
SPD	Sociaal Pedagogische Dienst

TNO	(organisatie voor) Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
VNO/NCW	Verbond van Nederlandse Ondernemingen/Nederlands Christelijk Werkgeversverbond
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WKCZ	Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector
WMCZ	Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen
WVG	Wet Voorzieningen Gehandicapten
ZFW	Ziektefondswet

## Bijlage 10

### 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. M.i.v. publicatienummer 02/09 zijn de publicaties te bestellen via de website van de RVZ ([www.rvz.net](http://www.rvz.net)) of telefonisch via de RVZ (079 3 68 73 11).

#### Adviezen en achtergrondstudies

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
02/16	Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen	€	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**

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 beleidsadvisering	€	11,34

**Signalementen**

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

**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: Quantes, Rijswijk  
Uitgave: 2003  
ISBN: 90-5732-119-x

*U kunt deze publicatie bestellen via onze website ([www.rvz.net](http://www.rvz.net)) of telefonisch via de RVZ (079 3 68 73 11) onder vermelding van publicatienummer 03/05.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg