

# Zorgaanbod en cliëntenperspectief

Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de  
Volksgezondheid en Zorg bij het advies Van patiënt tot klant

Zoetermeer, 2003



# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>De prijs van vraagsturing</b> <i>Prof. dr. F.F.H. Rutten en dr. W. Brouwer (Erasmus Medisch Centrum)</i>	<b>9</b>
2.1	Introductie	9
2.2	Ordening via de markt	11
2.3	Kosten van de zorg in een nieuw stelsel	25
2.4	Vraagtekens bij vraagsturing	33
2.5	Conclusies	35
	Literatuur	37
	Intermezzo: Casus Ahold	40
<b>3</b>	<b>De kleine zelfbeschikking en de herovering van vraagsturing</b> <i>Drs. E. van Hoorn m.m.v. mv. drs. C. Bellemakers en mv. Y. Koster-Dreese (Kantel Konsult)</i>	<b>43</b>
3.1	Inleiding	43
3.2	Het gebrek aan vraagsturing De eerste ronde: waarom ook al weer vraagsturing?	45
3.3	De herovering van vraagsturing De tweede ronde: de uitgangspunten	49
3.4	De herovering van vraagsturing De derde ronde: enkele veel gehoorde misverstanden	53
3.5	De herovering van vraagsturing De vierde ronde: een matrix van praktische kenmerken van vraagsturing	57
3.6	De dialectische sprong van aanbodsturing naar vraagsturing en dagelijkse zelfbeschikking: wat te doen?	63
3.7	Epiloog: grote zelfbeschikking en kleine zelfbeschikking Literatuur	67 68
	Intermezzo: Casus Plexus	70
<b>4</b>	<b>En ik ben maar een kuip vol dromen</b> <i>Prof. dr. F.C.B. van Wijmen (Universiteit Maastricht)</i>	<b>73</b>
4.1	Uitgangspunten en doelstellingen	73
4.2	Diversiteit	81
4.3	Zelfbewustheid	86
4.4	Clëntenperspectief en kwaliteit van zorg	89

4.5	Vraaggerichtheid en vraagsturing	91
4.6	Goed patiëntschap	93
4.7	Acute zorg	98
4.8	Chronische zorg	100
4.9	Palliatieve zorg	101
4.10	De Europese dimensie	103
	Literatuur	106
	Intermezzo: Casus Trynwâlden	109
<b>5</b>	<b>Informatie als instrument</b>	<b>112</b>
	<i>Prof. dr. M. Berg (Erasmus Medisch Centrum)</i>	
5.1	Inleiding	112
5.2	Wat wil de patiënt?	115
5.3	Marktonderzoek	117
5.4	Indicatoren	119
5.5	Conclusie	135
	Literatuur	140
	Intermezzo: Casus Stichting Cliënt en Kwaliteit	144
<b>6</b>	<b>Klant is koning, ook in de zorg?</b>	<b>147</b>
	<i>Prof. dr. R. Janssen (Universiteit van Tilburg)</i>	
6.1	Inleiding	147
6.2	Kenmerken van de zorgmarkt, de dominantie van markt- en stuurimperfecties	148
6.3	Gedragsdeterminanten van de zorgaanbieders	155
6.4	Contracten als hulpmiddel om tot een adequate incentive structuur te komen	163
6.5	Haalbare perspectieven	174
	Voorbeeld marktconforme sturing in Engeland en Nieuw Zeeland	180
	Literatuur	186
	Intermezzo: Casus Reinier de Graaf	189
<b>7</b>	<b>Patiëntenparticipatie als instrument</b>	<b>192</b>
	<i>Mw. drs. W.G.M. van der Kraan (RVZ)</i>	
7.1	Introductie	192
7.2	Patiëntenparticipatie als instrument	193
7.3	Huidige vormen van patiëntenparticipatie	198
7.4	De verdere mogelijkheden van patiëntenparticipatie	206
7.5	Praktijkvoorbeeld	211
7.6	Slotbeschouwing	214
	Literatuur	215

	Intermezzo: Casus PGB in de cure	218
<b>8</b>	<b>Wet- en regelgeving als instrument</b>	<b>221</b>
	<i>Mw. mr. M. de Lint (RVZ)</i>	
8.1	Inleiding	221
8.2	Positie van partijen bij een (wederkerige) overeenkomst	222
8.3	Overeenkomsten in de gezondheidszorg	224
8.4	Consequenties van de bestaande driehoeksverhouding voor de positie van de patiënt/verzekerde	237
8.5	Oplossingsrichtingen	239
	Literatuur	243
<b>9</b>	<b>Samenvatting en conclusies</b>	<b>244</b>
	<i>Drs. L. Ottes, arts (RVZ)</i>	
	 Bijlagen	
1	Lijst van afkortingen	257
2	Overzicht publicaties RVZ	261



## 1 Inleiding

In de huidige Nederlandse gezondheidszorg zijn de keuzemogelijkheden en daarmee de beïnvloedingsmogelijkheden van zorggebruikers beperkt. Zorgaanbieders houden nog te weinig rekening met de wensen van de zorggebruiker. Om in economische termen te spreken, de zorgmarkt vertoont de kenmerken van een aanbiedersmarkt. Er bestaan onvoldoende prikkels om tegemoet te komen aan de wensen van de consument.

Politiek en overheid onderkennen dit probleem. De (individuele) vragen en behoeften van de zorggebruiker moeten zoveel 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. Hierbij wordt gestreefd naar een marktconforme situatie waarbij de ‘afzet’ van de zorgaanbieder niet zonder meer gegarandeerd is, maar mede afhankelijk is van de keuzen die zorggebruikers maken of die zorgverzekeraars maken wanneer zij namens hun verzekerden optreden en zorg inkopen en financieren.

De RVZ heeft, in het kader van de voorbereiding van zijn advies Cliëntenperspectief bij zorginstellingen en professionals, een aantal externe deskundigen en medewerkers van het secretariaat van de RVZ gevraagd de verschillende aspecten in kaart te brengen.

Dit heeft geresulteerd in een zevental essays, dat gebundeld in deze achtergrondstudie, tezamen met het advies is uitgebracht. Deze achtergrondstudie vormt de onderbouwing voor het advies.

Tussen de essays zijn intermezzo’s opgenomen. Deze bevatten voorbeelden uit de praktijk waar daadwerkelijk vanuit het cliëntenperspectief door aanbieders is gehandeld. In het laatste intermezzo wordt een situatie beschreven, zoals die er in de toekomst uit zou kunnen zien.

Het essay *De prijs van vraagsturing*, hoofdstuk 2, van prof. dr. F.F.H. Rutten en dr. W. Brouwer gaat in op de mogelijke effecten van vraagsturing op de kosten van de zorg. In hoofdstuk 3, *De kleine zelfbeschikking en de herovering van vraagsturing*, beschrijft drs. E. van Hoorn de problemen in de praktijk: de

alledaagse zelfbeschikking en de (on)mogelijkheden van vraagsturing. Hij tracht langs emancipatoire lijnen een verbinding te leggen tussen biografie (en het alledaagse bestaan van mensen) en beleid.

Het cliëntenperspectief omvat ook het aspect van goed patiëntschap. Prof. dr. F.C.B. van Wijmen gaat in hoofdstuk 4 in zijn essay *En ik ben maar een kuip vol dromen* nader in op kwaliteit, zelfbewustheid en wederkerigheid in de individuele gezondheidszorg.

Na deze essays, die meer analytisch van aard zijn, volgt een aantal essays dat nader ingaat op verschillende instrumenten die gehanteerd kunnen worden om het cliëntenperspectief te bevorderen c.q. om zorginstellingen en professionals hiertoe te prikkelen.

Prof. dr. M. Berg gaat in hoofdstuk 5 nader in op informatie als instrument. Prof. dr. R. Janssen behandelt in zijn essay *Klant is koning, ook in de zorg?*, hoofdstuk 6, het thema ‘financiering als instrument’: welke bijdrage kunnen vergoedingssystemen leveren om zorginstellingen en professionals te stimuleren te handelen overeenkomstig de wensen en preferenties van de zorggebruiker.

Mevrouw drs. W.G.M. van der Kraan en mevrouw mr. M. de Lint gaan in de hoofdstukken 7 en 8 nader in op het instrument patiëntenparticipatie respectievelijk wet- en regelgeving.

Tot slot vat drs. L. Ottes, arts, in hoofdstuk 9 de essays samen en trekt een aantal conclusies.



## 2 De prijs van vraagsturing

*Prof. dr. F.F.H. Rutten en dr. W. Brouwer*

### 2.1 Introductie

Een nieuw zorgstelsel lijkt dichterbij dan ooit (VWS, 2001). Het nieuwe kabinet heeft in het Strategisch Akkoord vastgelegd dat de verdeling van de verantwoordelijkheden binnen de zorgsector dienen te verschuiven naar verzekeraars en aanbieders en belangrijke stappen hiertoe zijn reeds gezet. Het sleutelwoord is gereguleerde concurrentie: aanbieders concurreren om doelmatige zorg te leveren, verzekeraars concurreren om de kosten van de nominale premie zo laag mogelijk te houden en de consument selecteert welke verzekeraar (met de daarbij behorende gecontracteerde aanbieders) het best aansluit op zijn of haar wensen. Het nieuwe zorgstelsel zou de goede kanten van de markt (doelmatigheid en het aansluiten van het aanbod op de vraag) moeten verenigen met de goede kanten van regulering (solidariteit en toegankelijkheid). Overigens zou de definitieve invoering van een dergelijk zorgstelsel het einde zijn van een lange en moeizame weg. Al in het plan Dekker (1987) werden immers de contouren van een vraaggestuurd zorgstelsel geschetst.

Eén van de kenmerkende zaken van het nieuwe zorgstelsel in vergelijking met het huidige stelsel is dat de macrobudgettering dient te worden losgelaten. De krachten van vraag (gebundeld in verzekeraars en hun verzekerden) en aanbod zouden moeten zorgdragen voor een doelmatige aanwending van middelen, zonder dat daarbij een maximum besteding kan worden vastgesteld. Veel van de huidige regelgeving is er juist op gericht om die totale kosten van zorg te beheersen, in te kaderen in het Budgettaire Kader Zorg en te reguleren middels prijs- en planningswetgeving.

Derhalve is het niet onbegrijpelijk dat vanuit beleidsmatig oogpunt met enige argwaan naar het nieuwe stelsel wordt gekeken. Immers, daarin dienen prijs- en hoeveelheidsregulering te worden afgeschaft. Zullen daarmee de kosten van zorg echter niet een grote vlucht nemen? Het recente debat naar aanleiding van het centraal stellen van het recht op zorg in plaats van de budgettaire kaders voor zorg is in dat opzicht

illustratief. Daar waar de nieuwe minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangaf dat de vraag de hoeveelheid ingrepen zou moeten bepalen en dat het vreemd was wanneer 'het loket' eind november vanwege budgettaire krapte reeds gesloten was, keek de minister van Financiën toch wat zorgelijk toe. De laatste benadrukte dat budgettaire overschrijdingen uiteraard ongewenst bleven.

In dit hoofdstuk, dat geschreven is in opdracht van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), zullen wij ingaan op deze problematiek. Daarbij gaan wij uit van de vraagstelling zoals deze geformuleerd is door de RVZ:

*Leidt vraagsturing per definitie tot hogere kosten voor de zorg en aannemende dat dit niet per definitie het geval is, onder welke voorwaarden leidt vraagsturing tot kosteneffectieve zorg?*

Twee belangrijke deelvragen komen in deze vraagstelling naar voren:

*1. Onder welke voorwaarden leidt vraagsturing tot kosteneffectieve zorg?*

Aangezien het doel van het nieuwe, vraaggestuurde stelsel juist de bevordering is van kosteneffectiviteit ofwel doelmatigheid, behelst deze vraag in feite de voorwaarden waaronder het nieuwe stelsel goed kan functioneren.

*2. Leidt het nieuwe stelsel per definitie tot hogere kosten voor de zorg?*

Uitgaande van een goed functionerend, vraaggestuurd zorgstelsel (dus aangenomen dat aan de voorwaarden onder (1) is voldaan) hoe zullen de totale zorgkosten zich dan ontwikkelen? Zullen deze per definitie toenemen of wellicht juist afnemen vanwege een doelmatiger werkende en marktgestuurde gezondheidszorg?

Het mag duidelijk zijn, dat beide deelvragen van elkaar verschillen. De eerste deelvraag gaat in op de inzet van middelen in relatie tot de uitkomsten. Worden de beschikbare middelen in de zorg zo ingezet dat zij maximaal bijdragen aan de doelen in de gezondheidszorg? Het gaat derhalve om de vraag of het *doel* met een zo *matig* mogelijk gebruik van middelen wordt bereikt. Kosteneffectiviteit is een maat van efficiëntie of doelmatigheid. Bij het bezien van doelmatigheid gaat het altijd om de relatie tussen input en output, kosten en uitkomsten. De tweede deelvraag houdt zich uitsluitend bezig met de kosten

van het zorgstelsel en niet met de uitkomsten ervan. De vraag hier is of de totale hoeveelheid middelen die wordt ingezet in de zorg (al dan niet doelmatig) zal toenemen. De eerste deelvraag behelst derhalve eenvoudig gezegd de kosten per product en de tweede deelvraag de totale kosten. In dit artikel zullen wij op beide deelvragen ingaan.

De opbouw van het artikel is als volgt. In paragraaf 2.2 worden de nieuwe vormen van marktordening en de redenen daarvoor globaal besproken. Ook wordt in deze paragraaf ingegaan op de voorwaarden waaronder een vraaggestuurd stelsel leidt tot doelmatigheid (of kosteneffectiviteit) van de zorg. In paragraaf 2.3 wordt ingegaan op de totale kosten van een nieuw zorgstelsel. Er zal aandacht zijn voor de vraag of een vraaggestuurd stelsel *per definitie* leidt tot hogere kosten maar met name worden gezien welke ontwikkeling voor het Nederlandse stelsel het meest voor de hand liggend lijkt. In paragraaf 2.4 worden enkele kanttekeningen bij een nieuw, vraaggestuurd zorgstelsel gezet. Tenslotte volgen in paragraaf 2.5 enkele conclusies.

## 2.2 Ordening via de markt

### Nieuwe vormen van marktordening in de zorg

De markt voor gezondheidszorg zal altijd een speciaal karakter hebben. Als gevolg van informatieasymmetrie, verzekeringen voor ziektekosten en de roep om solidariteit (tussen arm en rijk, gezond en ziek) waar het gaat om gezondheid dient de overheid voorwaarden te scheppen om de zorgverstrekking en zorgfinanciering op een doelmatige en rechtvaardige wijze te laten verlopen. De overheid heeft in dat opzicht ook een grondwettelijke taak, aangezien in artikel 22 wordt gesteld dat de overheid maatregelen dient te treffen 'ter bevordering van de volksgezondheid'. Dit grondrecht impliceert dat de overheid garant dient te staan voor een zorgstelsel dat goed toegankelijk is (financieel en fysiek) en van voldoende kwaliteit (iBMG, 2002). Het CPB (2002) onderscheidt in dat opzicht twee belangrijke doelen van het Nederlandse gezondheidszorgstelsel:

- een goede prijs-kwaliteit verhouding van de zorg;
- de borging van betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg.

Het eerste doel kan worden geherformuleerd in de zin dat het zorgstelsel efficiënt zou moeten zijn. Er zijn verschillende maten van efficiëntie. Zo is er technische efficiëntie (zoveel

mogelijk zorg leveren met de beschikbare productiefactoren), kostenefficiëntie (zoveel mogelijk zorg leveren met de beschikbare middelen) en allocatieve efficiëntie. De laatste vorm van efficiëntie is de meest vergaande en vereist dat de juiste hoeveelheid en kwaliteit zorg wordt geproduceerd en dat deze zorg optimaal over de bevolking wordt verdeeld. Het tweede doel betreft belangrijke rechtvaardigheidsoverwegingen in de zorg: iedereen moet financiële en fysieke toegang hebben tot de zorg, ook de mensen met lagere inkomens of diegenen met hoge gezondheidsrisico's. Het is belangrijk te beseffen dat een goed zorgstelsel aan beide doelen in voldoende mate tegemoet dient te komen.

Vanwege het speciale karakter van gezondheidszorg, zoals hierboven aangegeven, zal vrije marktwerking tot doelmatige noch rechtvaardige uitkomsten leiden. Om beide doelen van het zorgstelsel te verwezenlijken is overheidsinterventie noodzakelijk. De optimale mate van overheidsinterventie in de zorg is daarmee echter nog niet bepaald. In de afgelopen jaren heeft de Nederlandse overheid een hoge mate van invloed gehad op het Nederlandse zorgstelsel. Middels prijsregulering en aanbodrantsoenering moesten de totale kosten in bedwang worden gehouden en daarmee de betaalbaarheid van de zorg gewaarborgd. Alhoewel kan worden opgemerkt dat de overheid in deze opzet (het in toom houden van de totale kosten) redelijk is geslaagd, is in toenemende mate een roep om stelselherziening te horen. Aanbod- en prijsregulering maken weliswaar de beheersing van de totale kosten mogelijk, maar leiden ook tot minder gewenste zaken als verstarring van het aanbod, ondoelmatig werken, wachtlijsten en weinig klantgericht werken. De aandacht voor deze negatieve kanten van de huidige inkleding van het Nederlandse zorgstelsel heeft er dan ook toe geleid dat er momenteel een politieke consensus lijkt te zijn bereikt om over te gaan op een meer vraaggestuurd zorgstelsel. Dit zorgstelsel zou moeten leiden tot een betere efficiëntie (de hoeveelheid en kwaliteit van de zorg sluit beter aan bij de vraag en wordt op een doelmatige wijze geproduceerd) terwijl er voldoende regulering bestaat om te zorgen dat de markt goed werkt en tegemoet wordt gekomen aan de rechtvaardigheidseisen aan het zorgstelsel.

De stelselherziening heeft voornamelijk betrekking op de zogenoemde cure sector (het tweede compartiment). Hieronder zullen we derhalve in eerste instantie ingaan op de plannen voor die sector. Daarna zullen we stilstaan bij de zorgvormen

die zich minder lenen voor geregleerde concurrentie en vraagsturing door middel van het persoonsgebonden budget.

*De stelselwijziging (cure)*

De huidige gezondheidszorg wordt gekenmerkt door een aantal nijpende problemen, zoals sterke aanbodgerichtheid, overregulering, onvoldoende motivatie en prikkels, en als consequenties wachtlijsten en een ondoelmatige inzet van middelen. Derhalve is besloten om tot een nieuwe marktordening in de zorg te komen, namelijk geregleerde concurrentie. Dit kan worden omschreven als een ordeningsprincipe waarbij de allocatie en prijszetting in beginsel door marktpartijen worden bepaald, maar waarbij de overheid via regulering bepaalde garanties biedt voor een rechtvaardige verdeling en randvoorwaarden stelt voor een efficiënte marktwerking (iBMG, 2002, p. 47). De essentie om te komen tot een stelsel van vraagsturing is verschuiving van verantwoordelijkheden van de overheid naar de partijen in de zorgmarkt; met name verzekeraars en aanbieders. De overheid trekt zich verder terug en houdt zich bezig met het creëren van de randvoorwaarden waarbinnen vragers en aanbieders elkaar op een geregleerde markt ontmoeten en met de bewaking van solidariteit en toegankelijkheid van de zorg (door onder andere de samenstelling van het basispakket en de acceptatieplicht<sup>1</sup>).

Op dit moment hebben de vragers te weinig mogelijkheid (marktmacht) om de aanbieders van zorg adequaat te kunnen sturen. In het nieuwe systeem moet dat wel het geval zijn. Derhalve wordt het systeem van geregleerde concurrentie ook wel 'vraaggestuurd' genoemd. Daar waar in andere sectoren vraagsturing heel direct tot stand komt, is vanwege het complexe karakter van gezondheidszorg, vraagsturing in de zorg niet zonder meer vorm te geven. De individuele vrager mist vaak de kennis en marktmacht om zelf goed te kunnen sturen. Daarom dient er in veel gevallen een andere vorm van vraagsturing te worden gevonden, waarin een 'derde partij' namens de verzekerden zorg inkoopt (iBMG, 2002). De eerste, die een model voor een marktgestuurde gezondheidszorg heeft beschreven, is Alain Enthoven (1980), die als inspirator voor vele andere blauwdrukken (in andere landen) heeft gefungeerd. Hij zag een belangrijke rol weggelegd voor de 'third-party payors', in ons systeem de zorgverzekeraars. Door verzekeraars meer de rol van inkopers van zorg (namens hun verzekerden) te geven zou het evenwicht op de zorgmarkt moeten worden hersteld. Op die wijze moet een geregleerde markt ontstaan waarin vraag (veelal via onderling concurrerende verzekeraars) en aanbod (via onderling concurrerende aanbie-

ders van zorg) op een evenwichtige wijze met elkaar kunnen onderhandelen over prijzen, hoeveelheden, kwaliteit en leveringswijze van de zorg. Verzekeraars hebben er in een dergelijk stelsel belang bij goede en doelmatige zorg voor hun verzekerden in te kopen, omdat zij risicodragend zijn (zij zijn zelf verantwoordelijk voor inkomsten en uitgaven) en omdat verzekerden hen afrekenen op de hoeveelheid en kwaliteit van de gecontracteerde zorg alsmede op de prijs van de polis. Indien een verzekeraar geen goede zorg voor een redelijke prijs weet in te kopen, prijst hij zichzelf uit de markt. Verzekerden zullen dan ‘met de voeten stemmen’: met andere woorden een andere verzekeraar kiezen. Aanbieders aan de andere kant moeten goede en scherp geprijsde zorg aanbieden teneinde contracten te kunnen afsluiten met de verzekeraars. Wanneer andere aanbieders een betere prijs-kwaliteit verhouding hebben, zullen verzekeraars zich tot hen wenden. Hierdoor zullen deze aanbieders geen klandizie meer hebben, omdat verzekerden naar gecontracteerde aanbieders van zorg worden gedirigeerd. De grote winnaar in zo’n systeem, zo is het idee, is de verzekerde/patiënt. Via de mogelijkheid om periodiek vrij te kunnen kiezen tussen de verschillende verzekeraars heeft de verzekerde de mogelijkheid om toegang tot goede en doelmatige zorg voor een scherpe prijs te selecteren. Dankzij de acceptatieplicht valt niemand buiten de boot. Tevens zijn zowel verzekeraars als aanbieders uiteindelijk gebaat bij een tevreden klant.

Uiteindelijk moet een stelsel van gereguleerde concurrentie zorgdragen voor een doelmatige inzet van middelen in de zorg. De aanbieders dienen de kwaliteit van zorg te bieden waar verzekerden om vragen maar wel tegen een concurrerende prijs, aangezien zij anders hun contracten verliezen. Verzekeraars moeten scherp geprijsde maar kwalitatief hoogstaande zorg inkopen om hun verzekerden te behouden. Op deze wijze komt er dus zorg tot stand die voldoet aan de wensen van de klant, tegen een zo laag mogelijke prijs (efficiëntie). Hoe hoog de totale kosten zijn voor de zorg, ligt in zo’n stelsel echter niet vast. Dat ligt aan het spel van vraag en aanbod, net als in de meeste andere markten.

Echter, om een stelsel van gereguleerde concurrentie goed te laten werken en aan de doelen van doelmatigheid en rechtvaardigheid te voldoen, dient aan een aantal voorwaarden te worden voldaan. In de volgende paragraaf gaan we hier verder op in.

*Gereguleerde concurrentie: niet overal een goede oplossing*

In de care sector lijkt een aanpak zoals hierboven geschetst in veel gevallen minder voor de hand liggend (Van de Ven en Schut, 1994). Zo is een actieve beoordeling van de geleverde zorg en de gevraagde prijs door verzekerden van groot belang in een stelsel van gereguleerde concurrentie, alsmede het ‘stemmen met de voeten’. Voor veel patiënten in de care sector zal dit echter onmogelijk zijn. Dit kan te maken hebben met een verstandelijk onvermogen om kwaliteit van de zorg goed te beoordelen (laat staan in verhouding tot de kosten) en met het feit dat het verbreken van een contract grote gevolgen kan hebben voor de behandeling en het welzijn van de betrokken patiënt. Ook wanneer er sprake is van aanzienlijke externe effecten van zorg (dat zijn in principe onbedoelde effecten van behandeling op anderen) zoals bij vaccinaties of in de verslavingszorg is vraagsturing minder geschikt, omdat dan het individuele optimum van behandeling vaak niet overeenkomt met het maatschappelijke optimum (iBMG, 2002). Verder is vraagsturing alleen mogelijk wanneer verzekerden waarde hechten aan het goed dat wordt verhandeld. Wanneer grote groepen verzekerden onverschillig staan tegenover de kwaliteit van bepaalde vormen van zorg (die zij toch niet verwachten nodig te hebben) zullen verzekeraars onvoldoende prikkels onderkennen om het kwaliteitsniveau van die zorgvoorzieningen op peil te houden (iBMG, 2002). En tenslotte kunnen de transactiekosten (voorbereiden, sluiten, naleven en uitvoeren van transacties) zodanig hoog zijn voor bepaalde zorgvormen dat collectieve regeling van voorzieningen meer voor de hand ligt. Als de productiemiddelen zeer specifiek zijn, er sprake is van een langdurige relatie tussen hulpverlener en patiënt en de uitkomsten van het zorgproces moeilijk meetbaar zijn, zijn formele korte termijn contracten niet efficiënt (iBMG, 2002).

Het feit dat voor deze zorgvormen gereguleerde concurrentie geen adequaat marktordeningsprincipe is, wil niet zeggen dat de doelmatigheid en klantgerichtheid in deze sectoren niet kunnen worden verbeterd. De primaire verantwoordelijkheid voor deze zorg dient dan ook niet bij concurrerende verzekeraars te liggen, maar veeleer bij de (lokale) overheid, waarbij bijvoorbeeld een zorgkantoor voor de uitvoering kan zorgen. Teneinde doelmatigheid en klantgerichtheid af te dwingen kan worden gewerkt met een concessiestelsel voor de zorgkantoren en bijvoorbeeld meetlatconcurrentie voor aanbieders van deze zorgvormen (Schut en Van de Ven, 1997).

Welke zorgvormen wel onder het regime van gereguleerde concurrentie kunnen worden geplaatst en welke niet dient

zorgvuldig te worden gezien. Zoals in het Manifest van het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg wordt aangegeven:

*‘Een grote uitdaging in het zorgstelseldebate is het vinden van de juiste ‘ordening op maat’ voor de diverse zorgvormen, waarbij de juiste balans moet worden gevonden tussen enerzijds zorginhoudelijke samenhang en anderzijds het voorkomen van ongewenste uitkomsten.’ (iBMG, 2002, p. 53).*

*Vraagsturing door middel van het persoonsgebonden budget*  
Idealiter, zouden patiënten direct hun eigen zorg inkopen. Zodoende zouden de preferenties van de patiënten op de meest directe wijze het aanbod aansturen. Het persoonsgebonden budget (PGB) vormt een concrete invulling van directe zorgsturing. Aangezien personen een bepaald budget krijgen toegewezen op basis van een objectieve indicatie, kunnen zij vervolgens zelf rechtstreeks bij zorgaanbieders zorg inkopen. Echter, vanwege het bijzondere karakter van gezondheidszorg kan het PGB enkel onder een aantal stringente voorwaarden worden ingezet. Zo moet de patiënt bijvoorbeeld zelf de kwaliteit van de geleverde zorg goed kunnen beoordelen, hetgeen bij complexe, specialistische zorg vaak niet het geval is. Ook moeten de zorgkosten op basis van de indicatie goed te voorspellen zijn, omdat het toegekende budget de zorgvraag goed moet kunnen dekken. Ook zou indicatie en financiering in één hand moeten worden gelegd om afschuiven van verantwoordelijkheid zoals bij de WAO-problematiek te voorkomen. Vanwege deze en andere voorwaarden, zal het PGB maar beperkt kunnen worden ingezet in de zorg (iBMG, 2002). Ook hierbij geldt weer dat ordening op maat van groot belang blijft.

Ondanks de beperkingen kan het PGB een aanvulling op andere vormen van marktordering en vraagsturing zijn, zeker voor minder complexe zorgvormen zoals verzorging. Het PGB lijkt in Nederland momenteel dan ook aan populariteit te winnen, ook al moet worden opgemerkt dat er ook nog steeds problemen bestaan (complexe bureaucratie, onderbesteding van budgetten). Binnen de sectoren waar het kan worden ingezet, lijkt het derhalve een goede bijdrage te leveren aan effectieve vraagsturing door patiënten. Tevens kan het voor minder complexe zorgvormen leiden tot een vergroting van het aanbod, bijvoorbeeld door het betalen van niet-professionele zorgverleners. Daar ligt wel het probleem op de loer dat allerlei vormen van hulpverlening door vrijwilligers en familie met



het beschikbaar komen van een PGB ineens betaald moeten worden. Hierdoor kunnen kosten flink oplopen.

### **Voorwaarden voor geregleerde marktwerking**

Hieronder zullen we ingaan op de voorwaarden om zorgstelsel gebaseerd op geregleerde concurrentie adequaat te laten werken. Daarmee wordt getracht een antwoord te geven op deelvraag 1: *Onder welke voorwaarden leidt vraagsturing tot kosteneffectieve zorg?*

Zoals vaak in de discussie van stelselwijziging staan de plannen voor de *cure* sector in deze paragraaf centraal. Zoals in de vorige paragraaf aangestipt is, is het stelsel van geregleerde concurrentie niet voor alle zorgsectoren een wenselijke vorm van marktordering. Voor een groot deel van de Nederlandse gezondheidszorg zou een dergelijk stelsel echter moeten leiden tot betere resultaten in termen van doelmatigheid, waarbij de kwaliteit en solidariteit gewaarborgd dienen te blijven. Om het stelsel van geregleerde concurrentie goed te laten werken, dient echter aan een aantal belangrijke voorwaarden te worden voldaan. Wij zullen een aantal belangrijke voorwaarden behandelen. Deze voorwaarden zijn ook van belang voor de kosten van een nieuw zorgstelsel (zoals hierna zal worden uitgewerkt).

#### *a. Het nieuwe stelsel daadwerkelijk als samenhangend geheel invoeren*

Een eerste voorwaarde om een nieuw stelsel goed te laten werken is dat de politieke wil en de (Europees rechtelijke) mogelijk bestaat om een samenhangend stelsel goed in te voeren. In de afgelopen jaren is er veel discussie geweest betreffende de verschillende facetten van het nieuwe zorgstelsel. Wetenschappelijke inzichten (bijvoorbeeld ten aanzien van de relatieve omvang van de nominale premie), Europese regelgeving en politieke voorkeuren staan nogal eens op gespannen voet, hetgeen in het verleden wel heeft geleid tot uitstel van keuzen en het maar gedeeltelijk doorvoeren van de stappen om tot geregleerde concurrentie te komen. Ook nu zijn er nog belangrijke keuzen te maken en stappen te nemen alvorens (in fases) naar het nieuwe stelsel kan worden toegewerkt. Denk alleen al aan het opheffen van het onderscheid tussen de particuliere ziektekostenverzekeraars en de ziekenfondsen. Worden beide publiekrechtelijke instanties of privaatrechtelijke instanties nadat het onderscheid is opgeheven? De verschillende partijen lijken een voorkeur te hebben voor het laatste, echter, de Europese regelgeving lijkt in dat geval maar weinig sturing toe te laten, bijvoorbeeld ten einde de rechtvaardigheid binnen

het zorgstelsel te waarborgen (Brouwer en Hermans, 2001). Het opheffen van het onderscheid tussen particuliere verzekeraars en ziekenfondsen verdient hoge prioriteit, teneinde een integratie tussen het eerste en tweede compartiment en daarmee een integrale bekostiging van de *cure* en *care* sector, mogelijk te maken zonder dat daarbij problemen met de toegankelijkheid ontstaan (iBMG, 2002).

*b. Partijen moeten geïnformeerd kunnen en willen kiezen*

Wanneer de overheid niet langer de zorg centraal aanstuurt, zoals nu in grote lijnen het geval, moeten de verschillende partijen in de zorg kunnen kiezen en over de informatie beschikken dit afgewogen te kunnen doen. Daarvoor is het noodzakelijk dat de verschillende partijen betrouwbare, adequate en goed toegankelijke informatie kunnen verkrijgen over de geleverde diensten, de voorwaarden en dergelijke.

Allereerst dienen verzekerden inzicht te hebben in welke verzekeraars er zijn, welk type pakket deze verzekeraars bieden, welke aanbieders daarbij betrokken zijn, welke kwaliteit van zorg door deze aanbieders wordt geleverd en welke prijs daarvoor dient te worden betaald. Op dit moment is het voor verzekerden moeilijk om in deze materie goed inzicht te krijgen. Het zal in ieder geval de nodige moeite kosten om benodigde informatie te verkrijgen. Zo is het opvragen van informatie over verschillende aanbieders van ziektekostenverzekeringen nog moeilijk, alhoewel het internet hier in toenemende mate een uitkomst kan bieden. Maar zelfs dan is de gevonden informatie maar moeilijk vergelijkbaar door allerlei pakketverschillen. Derhalve is wel gepleit voor de invoering van een beperkt aantal zorgpakketten, zodat verzekerden beter de prijzen van verschillende verzekeraars kunnen vergelijken (iBMG, 2002). Wat betreft de kwaliteit van zorgaanbieders is er nog minder en nog slechter vergelijkbare informatie. Wat wel relatief gemakkelijk voor verzekerden te interpreteren en beoordelen lijkt, is informatie over het proces: hoe worden aanbieders door de verzekeraars geselecteerd, heb je recht op een second opinion, worden zorgprotocollen gebruikt, word je zoveel mogelijk extramuraal behandeld, is er een garantie met betrekking tot wachttijd, et cetera?

Een belangrijk aspect van geïnformeerd kiezen, is ook dat verzekerden zich bewust zijn van de kosten van verstrekkingen en prudent gebruikmaken van voorzieningen. Daartoe kunnen eigen bijdragen worden ingezet op zodanige wijze dat zij het gedrag van verzekerden beïnvloeden waar dat tot verminderd

gebruik leidt zonder dat grote risico's voor de gezondheid worden opgelopen. Marktwerking moet ook leiden tot ontmoediging van partijen aan de vraagzijde die ongebreideld claims leggen op het zorgsysteem.

Daarnaast lijken verzekerden maar weinig 'mobiel' op de verzekeringsmarkt (Schut en Laske-Aldershof, 2001). Relatief weinigen willen zich de moeite getroosten om de te behalen voordelen op de verzekeringsmarkt (als gevolg van verschillen in nominale premies) te verzilveren. De inertie van verzekerden, die zich overigens ook op andere terreinen manifesteert zoals bij grensoverschrijdende zorg (Brouwer, et al., 2002), dient te worden doorbroken teneinde de verzekeringsmarkt goed te laten werken. Immers, indien het inkopen van ondoelmatige zorg of lagere kwaliteitszorg niet wordt afgestraft door 'het stemmen met de voeten' van verzekerden, wordt een essentiële prikkel uit het systeem weggenomen. Goede, betrouwbare en makkelijk toegankelijke informatie is dan ook een zeer belangrijke vereiste. Derhalve is wel gepleit voor een systeem van rapportcijfers voor verzekeraars. De informatie over de verschillende verzekeraars zou dan periodiek onder alle verzekerden moeten worden verspreid. Idealiter zouden zij met een antwoordstrookje van verzekeraar moeten kunnen wisselen, zoals ook bepleit door Van de Ven in een recent interview (Volkskrant, 2002).

Ook de andere partijen moeten geïnformeerd kunnen kiezen. Verzekeraars dienen bewust te kiezen voor bepaalde aanbieders. Uiteraard is een eerste stap om dit te faciliteren het afschaffen van de contracteerplicht. Er valt immers niets te kiezen wanneer alle aanbieders een contract moeten krijgen. Wanneer wel daadwerkelijk gekozen kan worden, dient naast de prijs ook de kwaliteit van zorg te worden beoordeeld. Het is de vraag in hoeverre verzekeraars op dit moment voldoende informatie kunnen vergaren om de kwaliteit van aanbieders goed te kunnen beoordelen. Dan lijkt het sturen op prijs een makkelijkere weg dan het sturen op kwaliteit en duurzaamheid. In bijvoorbeeld de kraamzorg zijn in dat opzicht met de invoering van meer marktwerking de nodige problemen ontstaan. Contracteren onder de kostprijs en te weinig aandacht voor kwaliteit en continuïteit (bijvoorbeeld via opleidingen) leiden daar in sommige gevallen tot faillissement en het wegvallen van zorgaanbod in bepaalde regio's (KPMG, 2002).

Wat betreft de vergelijkbaarheid van prijzen is de invoering van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) van groot

belang. Hierdoor worden werkelijke kostprijzen berekend voor de geleverde producten. De huidige tariefstructuur staat in veel gevallen ver af van de werkelijke kostprijzen. Voor het bepalen van relatieve doelmatigheid van aanbieders is betere vergelijkbaarheid uiteraard een vereiste. Wel dient te worden opgemerkt dat ook hierbij moeilijkheden kunnen optreden. Zo dient goed te worden nagedacht over de weging van kapitaallasten in DBC's. Daarnaast is een belangrijk probleem bij het invoeren van DBC's het 'upcoden'. Het kan voordelig zijn voor aanbieders van zorg om een andere ('duurdere') DBC aan te geven dan in werkelijkheid geleverd is. In sommige delen van de Amerikaanse gezondheidszorg wordt gewerkt met een soortgelijk betalingssysteem op basis van Diagnosis Related Groups (DRG's) en staat dit fenomeen wel bekend als de 'DRG-creep' (Donaldson en Gerard, 1993). Daardoor wordt er meer verdiend aan een patiënt, maar op oneigenlijke gronden. Controle op het gedrag van aanbieders in dit opzicht is noodzakelijk. Een onafhankelijk orgaan voor de informatievoorziening en het onderhoud aan het DBC-systeem, zoals ook in Australië en Amerika het geval, kan noodzakelijk zijn (CPB, 2002). Ook over de wijze waarop andere aanbieders van zorg dienen te worden betaald, moet worden nagedacht. Verschillende wijzen om aanbieders van zorg te financieren kennen allemaal hun schaduwzijden (Donaldson en Gerard, 1993). Verzekeraars dienen zich daar minimaal van bewust te zijn en de bijwerkingen van financieringswijzen (bijvoorbeeld snelle doorverwijzing bij een abonnementssysteem voor huisartsen) te monitoren en bij te sturen.

Ook aanbieders tenslotte dienen goed geïnformeerd te kunnen kiezen. Wellicht is het in termen van continuïteit en kwaliteit beter om met bepaalde verzekeraars contracten te sluiten dan met anderen. Aanbieders in een afwijkende markt als die voor gezondheidszorg dienen zich bewust te zijn van hun maatschappelijke verantwoordelijkheid. Maatschappelijk ondernemerschap is daarbij een belangrijk kernwoord. In dat opzicht is een discussie over het toestaan van het winstoogmerk en met name het tijdstip waarop dit zou moeten of kunnen gebeuren een belangrijke. Weliswaar kan het toestaan van winst enerzijds een bepaalde aantrekkingskracht op nieuwe aanbieders van zorg uitoefenen, anderzijds kan het ook leiden, zeker in afwezigheid van voldoende concurrentie en marktucht, tot excessieve winsten (die daarmee uit het publieke domein verdwijnen en naar private investeerders verdwijnt, iBMG 2002).

*c. Voldoende aanbod van verzekeraars en zorgaanbieders (ook regionaal)*

Om te kunnen kiezen moet er natuurlijk wel wat te kiezen zijn. Op dit moment kan worden betwijfeld of er in Nederland een voldoende zorgaanbod is op verschillende terreinen (huisartszorg, specialistische zorg, tandheelkundige zorg, kraamzorg). Ook het aanbod van verzekeraars is (zeker wanneer wordt bedacht dat veel aanbieders van verzekeringen tot eenzelfde moedermaatschappij behoren) niet overdadig groot: zes grote concerns bedienen samen tweederde van de Nederlandse markt, waarbij zij vaak in bepaalde regio's zeer sterk vertegenwoordigd zijn. Hierdoor kan een onevenwichtige onderhandelingspositie ontstaan ten opzichte van aanbieders van zorg.

Een krapte in termen van aanbod kan leiden tot marktmacht bij aanbieders en daarmee een verminderde marktwerking (klantgerichtheid, doelmatigheid etc.). Derhalve dient te worden gewaarborgd dat er voldoende aanbod is in de verschillende sectoren om tot adequate marktwerking te kunnen komen. In sommige sectoren is duidelijk sprake van onevenwichtigheid (ziekenhuiszorg in relatief dunbevolkte gebieden). Op dit moment is toetreding van nieuwe aanbieders op de markt voor ziekenhuiszorg bijzonder complex. Schut, et al. (2002) wijzen er echter op dat een gestage groei van concurrerende non-profit klinieken (waarbij toetreders met name de minder complexe zorg kunnen leveren) te prefereren valt boven een vrijere toetreding waarin ook het winst oogmerk wordt toegestaan.

Bevordering van marktwerking in sectoren waar in principe voldoende aanbod lijkt te zijn (zoals de huisartsenzorg), bijvoorbeeld via het wegnemen van vestigingsbelemmeringen en het toestaan van beloningsdiversificatie (om bijvoorbeeld huisartsen naar achterstandswijken te doen trekken), blijft ook noodzakelijk. (Commissie Toekomstige Financieringsstructuur Huisartsenzorg, 2001). Onnodige en onwenselijke toetredingsbelemmeringen dienen dan ook zoveel mogelijk te worden weggewerkt. Immers, ook de dreiging van potentiële toetreders zal marktpartijen dwingen tot doelmatigheid. Ook het versoepelen van toetreders uit het buitenland (met name individuele zorgprofessionals) kan op korte termijn bijdragen aan het verminderen van tekorten in aanbieders.

*d. Een goed werkend normuitkeringsstelsel*

Nadat het onderscheid tussen particuliere verzekeraars en ziekenfondsen is opgeheven, dienen deze met elkaar te concurreren.

renen op basis van hun nominale premie (en uiteraard voorwaarden). Deze nominale premie mogen zij niet tussen de verschillende verzekerden (voor eenzelfde pakket bij dezelfde verzekeraar) differentiëren. Daarnaast ontvangen de verzekeraars een voor risicoprofiel van hun verzekerden aangepaste normuitkering uit een centrale kas. In combinatie met een breed basispakket, zorgplicht en acceptatieplicht moet deze normuitkering risicoselectie door verzekeraars tegengaan. De normuitkeringen dienen voldoende verfijnd te zijn teneinde voorspelbare verliezen en winsten die bij verschillende personen gegeven een vaste nominale premie optreden te verevenen. Immers, indien dat niet het geval is, blijft de prikkel bestaan voor risicoselectie door verzekeraars. Zij zullen dan hun verzekerdenbestand zo opbouwen dat zij een voorspelbare winst maken op de normuitkeringen en premies. Andere verzekeraars leiden dan voorspelbaar verlies, omdat zij met een relatief kostbare groep verzekerden blijven zitten en daarvoor niet adequaat worden vergoed. Op dit moment wordt hard gewerkt aan een verdere verfijning van het normuitkeringsstelsel, maar de mogelijkheid voor risicoselectie blijft aanwezig (Lamers, et al., 1999).

Verder dienen de verzekeraars uiteraard in voldoende mate financieel verantwoordelijk te zijn. Zonder die verantwoordelijkheid ontvalt de prikkel tot doelmatigheid aan het systeem.

*e. Goede uitoefening overheidstaken*

Dat de overheid zich verder terugtrekt uit de gezondheidszorg om plaats te maken voor marktwerking en vraagsturing, houdt niet in dat zij geen belangrijke functie te vervullen heeft. Het vaststellen en bewaken van de randvoorwaarden van gereguleerde concurrentie, de vaststelling van een voldoende breed en op basis van heldere criteria vastgesteld basispakket van zorg, het goed faseren van de verschillende stappen om te komen tot gereguleerde marktwerking en dergelijke zijn onontbeerlijk voor een goedwerkend zorgstelsel. Een sterke overheid, die haar rol kent en met kracht ter hand neemt, is van essentieel belang om de (jonge) markt voor gezondheidszorg goed te laten functioneren.

Daarbij behoort ook het goed toezicht houden op de marktwerking. In dat kader zijn de werkzaamheden van de NMa en de Inspectie van groot belang. De NMa dient toe te zien op de wijze waarop de krachtsverhoudingen op de markt voor gezondheidszorg worden gebruikt en zich ontwikkelen. Op dit moment is de bevoegdheid van de NMa nog beperkt (met

name vanwege het bijzonder (rechts)karakter van de gezondheidszorg) en worden bijvoorbeeld fusies tussen ziekenhuizen niet getoetst. De Inspectie heeft de belangrijke taak om de kwaliteit van zorg te bewaken, ook wanneer nieuwe toetreders actief worden en wanneer het zorgaanbod verder wordt gedifferentieerd. Kwaliteitsverlies wordt vaak genoemd als een belangrijk zorgpunt voor een nieuw stelsel (iBMG, 2002; CPB, 2002). Alhoewel het stelsel van gereguleerde concurrentie prikkels in zich draagt voor kwaliteitsbevordering blijft de angst bestaan dat sommige aanbieders en verzekeraars ten koste van de kwaliteit trachten de prijs te drukken, vooral daar waar de kwaliteit moeilijk te bepalen is voor verzekeraars en verzekerden. Ook nieuwe verzekeraar/aanbiedercombinaties, bijvoorbeeld analoog aan de *Health Maintenance Organisations*, verdienen in dat opzicht de aandacht (zie bijvoorbeeld Miller en Luft, 1997; Sullivan, 1999).

Overigens heeft de overheid ook een taak in het bevorderen van de doelmatigheid van het stelsel (naast het stellen van randvoorwaarden en het houden van toezicht). Het genereren van kennis betreffende doelmatigheid en een systematische inzet daarvan levert een bijdrage daarvoor. Bij de introductie van nieuwe technologieën is een aantal stappen te onderscheiden:

1. Toelating tot de gezondheidszorg op basis van effectiviteit en veiligheid.
2. Financiering vanuit de sociale (en particuliere) zorgverzekering (toevoeging aan het verstrekkingenpakket).
3. Periodieke toetsing van het besluit tot financiering op basis van gegevens over de kosten en effecten in de praktijk van de zorg (uitkomstenonderzoek of 'health outcomes research').
4. Het bevorderen van een kosteneffectieve inzet in de praktijk van deze medische technologieën.

Bij de stappen 2, 3 en 4 is het belangrijk te beschikken over informatie over de kosteneffectiviteit van deze nieuwe technologieën en dient deze informatie ook in de besluitvorming te worden betrokken. Dit kan niet overgelaten worden aan partijen op de gezondheidszorgmarkt daar deze afzonderlijk onvoldoende prikkels kennen om daarbij het voortouw te nemen. De overheid moet dus zorgen dat deze informatie beschikbaar is en deze gebruiken bij de afbakening van het pakket, het vergoedingsbeleid en de ontwikkeling van praktijkrichtlijnen.

Al met al mag duidelijk zijn, dat het invoeren van een nieuw stelsel van gereguleerde concurrentie een complex proces is,

waarbij vele partijen een belangrijke rol spelen en waarbij vele onderdelen goed dienen te worden vormgegeven teneinde de markt adequaat te laten werken. Ook als aan de hier genoemde voorwaarden is voldaan, is er nog geen garantie dat beide doelstellingen van de Nederlandse gezondheidszorg worden gehaald: iedereen heeft toegang tot een breed pakket van zorgvoorzieningen en de levering daarvan komt op een doelmatige wijze tot stand. Lipsev en Lancaster (1956) spreken in dit verband van het 'second best probleem'. Als niet aan alle noodzakelijke voorwaarden wordt voldaan, is er geen garantie dat het 'aan zoveel mogelijk voorwaarden voldoen' leidt tot een zo goed mogelijke (second best) allocatie van middelen. Bijvoorbeeld afschaffen van prijsregulering zal niet leiden tot grotere allocatieve efficiëntie wanneer zorgaanbieders de toegang tot de markt effectief kunnen blijven afgrenzen. Een stapsgewijze invoering van gereguleerde concurrentie houdt dus risico's in (Lapré, et al., 2001, hoofdstuk 8).

Er zijn nog geen voorbeelden van geslaagde marktwerking op een schaal en een manier zoals in Nederland wordt beoogd. Ook al wordt de zorg doelmatiger dan betekent dit echter niet dat de totale kosten laag zullen zijn of worden. In de volgende paragraaf komen de kosten van het nieuwe stelsel aan de orde.

### **2.3 Kosten van de zorg in een nieuw stelsel**

In een stelsel van gereguleerde concurrentie hebben in principe alle betrokken partijen baat bij een gematigde kostenontwikkeling. Dat is met name gerelateerd aan een nadruk op doelmatigheid. Verzekeraars worden afgerekend op hun wijze waarop zij goede zorg hebben ingekocht voor een redelijke prijs. Aanbieders krijgen alleen een contract wanneer ze dergelijke zorg kunnen bieden. Verzekerden zullen periodiek die verzekeraars (en gecontracteerde aanbieders) kiezen waarvan de nominale premie in de gunstigste verhouding staat tot de kwaliteit van de zorg. Zo hebben alle betrokken partijen een prikkel om doelmatig te werken. De totale kosten voor zorg staan daarmee echter niet meer vast. Immers, indien de vraag van verzekerden in kwalitatief of kwantitatief opzicht stijgt, zullen aanbieders en verzekeraars zich daarnaar voegen. Een stelsel van gereguleerde concurrentie kan derhalve niet samengaan met macrobudgettering. De veilige (maar knellende) kaders van het budgettaire kader zorg worden dus afgebroken. Het is niet langer de politiek die bepaalt hoeveel geld er voor de zorg wordt uitgetrokken, maar het zijn de verzekerden en



zorgvragers die dit bepalen. Uiteraard hebben die geen belang bij ongebreidelde uitgavenstijgingen. Immers, daarmee stijgen ook de premies voor zorg en dient er op andere uitgaven te worden beknipt. Maar welke groei zij wel gewenst vinden en welke groei tot stand komt, is op voorhand niet duidelijk.

Hieronder zullen wij allereerst een aantal aspecten bespreken die bijdragen aan de ontwikkeling van de totale gezondheidszorgkosten in het nieuwe zorgstelsel. Daarbij wordt voor zover mogelijk aangegeven in welke richting de genoemde aspecten de totale kosten zullen doen bewegen. Daarbij moet men bedenken dat de kosten ook zullen stijgen bij andere vormen van ordening. Een goed referentiepunt vormt de studie van Polder (1997), die schat dat vanwege medisch technologische, demografische en epidemiologische ontwikkelingen een reële kostenstijging van 2,3 tot 2,5% nodig zal zijn. Tenslotte worden enkele afrondende opmerkingen gemaakt.

### **Verschillende kosten**

Hier bespreken wij een aantal aspecten die van belang zijn voor de hoogte van de totale kosten in de zorg ten opzichte van het huidige systeem. We bespreken deze afzonderlijk daarbij aangevend welke invloed hiervan op de totale kosten mag worden verwacht. Uiteraard is voor de stijging in de totale kosten naast de afzonderlijke componenten ook de samenhang tussen de verschillende componenten van belang. Deze samenhang komt als laatste aan de orde.

#### *Transitiekosten*

Niet alleen het hebben van een stelsel van gereguleerde concurrentie kan leiden tot veranderingen in de totale kosten van zorg, maar ook alleen het invoeren van een dergelijk zorgstelsel zal naar verwachting aanzienlijke investeringen met zich meebrengen. Het invoeren van een werkend stelsel van gereguleerde concurrentie en daarmee het voldoen aan de hiervoor genoemde voorwaarden, brengt immers de nodige kosten met zich mee. Men kan daarbij denken aan:

- De kosten van het opzetten van informatiesystemen waarmee alle betrokken partijen op basis van voldoende en betrouwbare informatie over de kwaliteit van verschillende aanbieders en verzekeraars goede keuzen kunnen maken.
- De kosten van creëren van extra zorgcapaciteit. Indien de zorgcapaciteit (bijvoorbeeld aantal verpleeghuizen) te gering is om te voldoen aan de vraag of om adequate marktwerking mogelijk te maken dient extra capaciteit te

- worden gecreëerd. Hiervoor dienen de nodige investeringen te worden gedaan. Hetzelfde geldt voor de personele capaciteit.
- Het ontwikkelen van een betrouwbaar DBC-systeem en eventueel een landelijk orgaan die zich hiermee bezighoudt (CPB, 2002).

Transitiekosten kunnen bij grote veranderingen zoals hier voorgesteld aanzienlijk zijn en zullen tijdens de overgangsfase bijdragen aan hogere kosten van zorg.

#### *Kwaliteit naar gewenste niveau*

Indien in het huidige systeem de kwaliteit niet voldoet aan wat de zorgvragers wensen, dient de kwaliteit te worden verhoogd (anders gezegd: zullen aanbieders die de kwaliteit niet verhogen zichzelf uit de markt prijzen). Dit kan inhouden dat mensen liever op kleinere (eenpersoons)kamers willen liggen tijdens ziekenhuisbezoeken, dat er ruimere mogelijkheden moeten worden geboden om met een arts te kunnen praten, dat de wijze waarop de zorg logistiek is ingedeeld meer rondom de patiënt dient te worden gestructureerd dan om de aanbieders enzovoorts.

Uiteraard is het moeilijk aan te geven welke invloed van kwaliteitsveranderingen uitgaat op de totale kosten van zorg. Gegeven de huidige situatie van het Nederlandse zorgstelsel lijkt het echter aannemelijk dat de kwaliteit van zorg op bepaalde terreinen onder het door zorgvragers gewenste niveau liggen. Daarmee zou vraagsturing de kwaliteit van zorg verhogen en daarmee naar alle waarschijnlijkheid de kosten van zorg doen toenemen. In hoeverre dit kan worden gecompenseerd door hogere efficiëntie (mogelijk door grotere beleidsvrijheid op lokaal niveau) is lastig in te schatten.

#### *Kwantiteit naar gewenste niveau*

Vraagsturing zal ook de hoeveelheid geleverde zorg kunnen beïnvloeden. Zo zijn de wachttijden in Nederland, alhoewel in internationale context niet spectaculair (Brouwer, et al., 2001), voor vele Nederlandse zorgvragers een doorn in het oog. Het wegwerken van de wachtlijsten, heeft naast een eenmalig effect, echter ook een structureel effect op de zorgvraag. Aangezien wachttijd als een soort prijs fungeert, zal een afname in wachttijd, de zorgvraag doen toenemen (Cullis, et al., 2000). Hierdoor zal ook structureel de zorgvraag op een hoger niveau komen te liggen. Daarnaast kunnen zorgvragers ook een voor-

keur hebben voor meer contacten met artsen (bijvoorbeeld rondom ingrijpende interventies) of veelvuldige ‘check-ups’.

Gegeven de huidige krapte in het aanbod en de grotere vraag, zal marktwerking en het toelaten van meer aanbod waarschijnlijk leiden tot een grotere volumegroei in de zorg dan voorheen toegestaan. Dit zal dan een verhoging van de totale kosten teweegbrengen.

### *Prijzen*

De prijsontwikkeling is ook van belang voor de totale kosten. Een toename van het aanbod kan de prijzen van zorg in principe drukken. Anderzijds is er op dit moment een regime van prijsregulering in de Nederlandse zorg. In hoeverre de huidige, kunstmatige prijzen boven of onder het marktniveau zitten, is daarmee niet helemaal duidelijk. Indien sprake zou zijn van adequate marktwerking zouden wellicht prijsdalingen (of minder sterke prijsstijgingen) mogelijk zijn. Echter, gegeven de krapte in het aanbod zou meer marktwerking op kortere termijn juist kunnen leiden tot hogere prijzen (de economische wet dat vraag en aanbod in evenwicht komen door middel van het prijsmechanisme). In het begin kan gegeven de aanbodkrapte de concurrentie vooral plaatsvinden op basis van geboden kwaliteit, hetgeen de prijzen verder verhoogt. Pas na toetreding van meer marktpartijen aan de aanbodzijde zal concurrentie op basis van prijs ontstaan. Dit zou ervoor pleiten om eerst te trachten het aanbod verder te vergroten alvorens verdere marktwerking te introduceren en de prijzen vrij te laten. Anderzijds moet worden opgemerkt dat juist het vergroten van het aanbod in het huidige zorgsysteem, waarin prikkels tot een doelmatige inzet van capaciteit ontbreken, ook een riskante oplossing is. Men kan derhalve pleiten voor het invoeren van gereguleerde concurrentie en de eventuele prijsstijgingen (op korte termijn) voor lief te nemen (iBMG, 2002).

Misschien kan een systeem van bandbreedtes rondom de huidige prijs, waarbinnen de nieuwe prijs mag fluctueren, een verstandige overgangsregeling zijn. Prijsstijgingen blijven binnen de perken en wellicht onwenselijk scherpe prijsdalingen (bijvoorbeeld als gevolg van kwaliteitsreducties) worden tegengegaan. Een zelfde soort oplossing is ook op de verzekeringsmarkt toegepast (Van de Ven, et al., 1995) en het notariaat (Van Exel, et al., 2002).

Wat wel duidelijk blijkt, is dat er meer inzicht moet komen in de werkelijke prijzen die bepaalde zorgproducten hebben. De komst van DBC's is daarbij een belangrijke stap voorwaarts.

### *Doelmatigheidswinsten*

De kosten per eenheid product zullen zo laag mogelijk moeten worden door het systeem van geregleerde concurrentie. Hierdoor moet ten opzichte van de huidige situatie een duidelijke doelmatigheidswinst kunnen worden geboekt. Deze winst bestaat naast een verlaging van de kosten per eenheid product ook uit een toegenomen tevredenheid (nut) bij de gebruikers van zorg. De omvang van de doelmatigheidswinst is niet volledig duidelijk en is afhankelijk van vele factoren.

Wel lijken er op dit moment in het Nederlandse zorgsysteem nog duidelijke doelmatigheidswinsten mogelijk. Rutten en Brouwer (2002) wijzen in dat opzicht op een verdere toepassing van het doelmatigheidscriterium in de zorg. Dit zou met name kunnen worden ingezet om ondoelmatige interventies en geneesmiddelen te weren en te zorgen dat effectieve programma's, interventies en genees- en hulpmiddelen alleen voor die patiënten worden ingezet waarvoor dat doelmatig is. Ook een betere benutting van de beschikbare capaciteit, substitutie van dure door goedkope zorg, betere *incentives* voor zorgaanbieders, betere benutting van schaalvoordelen en dergelijke kunnen leiden tot aanzienlijke besparingen. De kunst van het besparen kan door verzekeraars van elkaar worden afgekeken in een strijd om doelmatige inkopers van zorg te blijven. Benchmarking, monitoring van voorschrijfgedrag, formularia voor geneesmiddelen en dergelijke dragen hieraan bij.

### *Financiering*

De wijze waarop de zorg wordt gefinancierd, heeft ook zijn invloed op de totale kosten. Zo kan de invoering van een eigen bijdrage, zoals in het Strategisch Akkoord voorzien, bijdragen aan een gematigder gebruik van zorg. Voorheen werd de vraag met name via het rantsoeneren van het aanbod geremd. Wanneer de markt het aanbod bepaalt en niet langer de overheid zal dit naar alle waarschijnlijkheid leiden tot een groei in het aanbod. Echter, omdat ook de vraag in Nederland op dit moment nauwelijks wordt geremd, kan dit leiden tot een overconsumptie van zorg (door economen ook wel 'moral hazard' genoemd). Het invoeren van eigen bijdragen dient bij te dragen aan een gematigder en meer wenselijk niveau van zorggebruik en kan daarmee de totale vraag (en de totale kosten) drukken. Daarbij is het overigens wel goed te vermijden dat er ongewenste sociaal-economische verschillen in gebruik van zorg ontstaan als gevolg van eigen bijdragen. Ook keuzen rond wat in het basispakket wordt gefinancierd en wat middels een

aanvullende verzekering kan worden verzekerd, zijn van belang.

Zoals al eerder opgemerkt zijn ook de financieringswijzen van instellingen en individuele zorgaanbieders belangrijk. De wijze waarop ziekenhuizen en individuele zorgaanbieders worden betaald, bepaalt ook de financiële prikkels waarmee zij worden geconfronteerd. Het werken met DBC's kan bijvoorbeeld een prikkel herbergen om mensen snel te ontslaan uit het ziekenhuis. Dit kan leiden tot kwaliteitsverlies. Een betaling per verichting voor huisartsen kan leiden tot een verhoging van het aantal contacten, ook wanneer dit niet strikt noodzakelijk is. Dit kan leiden tot een verhoging van de totale kosten. Dergelijke financiële prikkels moeten zorgvuldig worden gekozen teneinde de doelmatigheid verder te vergroten.

#### *Kosten van verdeling van zorg via de markt*

Tenslotte wijzen we op een tweetal kosten die de werking van het nieuwe systeem met zich mee kan brengen:

- **Transactiekosten.** Vanwege de noodzaak met allerlei (individuele) aanbieders van zorg contracten af te sluiten, zullen naar alle waarschijnlijkheid de transactiekosten toenemen (naast het zoeken van relevante informatie). Hiertegenover staat uiteraard dat de huidige collectieve transactiekosten (zoals de bepaling van CTG-tarieven) verminderen. De verschuiving van het collectieve naar het individuele niveau resulteert in een toename van het aantal contractonderhandelingen en een grotere differentiatie in de contracten. De ervaring in de Verenigde Staten laat zien dat de transactiekosten van allocatie via de markt aanzienlijk zijn.
- **Marketingkosten.** Toenemende concurrentie en de vergemakkelijking van het kiezen tussen verschillende verzekeraars kan leiden tot een verhoging van de uitgaven aan marketing en andere promotionele activiteiten.

De bovengenoemde zaken beïnvloeden de totale kosten op allerlei manieren. Daarnaast zijn er andere factoren die een rol spelen bij de kostenontwikkeling zoals de snelheid waarmee de stelselwijziging vorm krijgt, de snelheid waarmee commercie wordt toegestaan, de mate waarin verschillende partijen meewerken aan de veranderingen enzovoorts. De ontwikkeling in de kosten van zorg valt dan ook moeilijk vast te stellen. Zelfs is niet zeker of de totale kosten zullen toe- of afnemen. Dit heeft ook alles te maken met de uitgangssituatie. Voor de Nederlandse situatie lijkt het waarschijnlijk dat de overgang naar

een meer vraaggestuurd stelsel zeker op korte termijn zal leiden tot een toename van de totale kosten. Verhoging van de hoeveelheid, kwaliteit en prijs van zorg lijken het meest waarschijnlijk gegeven de huidige zorg in Nederland en het strakke budgettaire kader waarin deze is gerealiseerd.

Alhoewel de verwachting is dat de totale kosten voor de zorg met name op korte termijn zullen toenemen, moet daarbij worden opgemerkt dat een dergelijke voorspelling met veel onzekerheid is omgeven. Ervaringen met het invoeren van een stelsel van gereguleerde concurrentie zoals in Nederland voorzien, zijn er niet. Ook is er in algemene zin maar weinig bekend over de invloed van stelselkenmerken op de kosten van gezondheidszorg. Uit het wel beschikbare materiaal komt naar voren dat de kosten van zorg met name samenhangen met de welvaart in een land – een hogere welvaart leidt tot hogere uitgaven aan gezondheidszorg (absoluut en relatief). Gerdtham en Jonsson (2000) wijzen op basis van gegevens van verschillende gezondheidszorgstelsels en tijdreeksanalyses op de volgende invloedsfactoren: het aandeel collectieve financiering (negatieve invloed op totale kosten), het aandeel ziekenhuiskosten in de totale uitgaven (positieve invloed op totale kosten), de urbanisatiegraad van een land (positieve invloed op totale kosten), huisartsen als poortwachters (negatieve invloed op totale kosten), vergrijzing (positieve invloed op totale kosten), betaling per verrichting als dominante betalingswijze (positieve invloed maar met name in een bepaald type zorgstelsel; het zogenaamde *reimbursement model*), gesloten eind financiering (negatieve invloed op totale kosten). Alhoewel deze bevindingen met een zekere terughoudendheid moeten worden gebruikt (Rutten, et al., 2001), zou men kunnen stellen op basis van deze gegevens dat met name het loslaten van gesloten eind financiering in een stelsel van gereguleerde concurrentie een kostenverhogend effect kan hebben ten opzichte van de huidige situatie.

Uiteraard is beïnvloeding van de stijging mogelijk, zoals door het verder inzetten van eigen bijdragen, het beperken van het basispakket of het vaststellen van maximum prijsstijgingen. Ook kan worden bezien welke verdeling van kosten wenselijk wordt geacht. Door meer te werken met eigen bijdragen kunnen de collectieve lasten worden gedrukt. Ook kan worden geschoven tussen basispakket en aanvullende verzekering. Het mag echter genoegzaam bekend zijn, dat dergelijke verschuivingen ook minder wenselijke neveneffecten kennen.

Daarnaast is het zo, dat zolang een doelmatige besteding van de beschikbare middelen is gewaarborgd en de marginale opbrengsten van zorg nog op een voldoende niveau staan, kostenstijgingen op zichzelf genomen geen bezwaar hoeven te zijn (iBMG, 2002). Aangezien de Nederlandse bevolking gezondheid in toenemende mate een van de belangrijkste zaken (zo niet de belangrijkste zaak) in het leven vindt, is het meer uitgeven aan de gezondheidszorg deels een weergave van de maatschappelijke preferenties. In dat opzicht is het inderdaad van belang naast de lasten van zorg ook de lusten in ogenschouw te blijven nemen!

## 2.4 Vraagtekens bij vraagsturing

In deze paragraaf willen we kort enkele veelal onderbelichte vraagtekens plaatsen bij vraagsturing.

### *Verzakelijking*

Vraagsturing kan leiden tot verzakelijking van verhoudingen. Het beste valt dit wellicht te illustreren aan de hand van het persoonsgebonden budget. Dit kan ook worden ingezet om informele zorgverleners te belonen voor hun inspanningen in het zorgproces van een zieke. Echter, daarmee wordt een soort formele arbeidsrelatie aangegaan, hetgeen de informele relatie onder druk kan zetten. Ook kunnen niet-betaalde informele zorgverleners zich gaan afvragen waarom zij zonder vergoeding hetzelfde werk zouden moeten doen. Het gevaar bestaat dat wat nu in de sfeer van de familie en vrijwilligers aan hulp wordt geboden straks allemaal vanuit PGB's moet worden betaald. Men kan hierbij spreken van de externalisering van interne motivatie, waardoor deze interne motivatie kan afnemen (een bekend voorbeeld hierbij is dat van de fiscale aftrekbaarheid van giften). Een wat andere vorm van verzakelijking betreft de relatie tussen aanbieder en zorgvrager. Wanneer het gedeeltelijk gaat om vertrouwensrelaties (zoals bijvoorbeeld bij huisartsen) kan een frequentere wisseling van huisarts (doordat contracten worden omgezet etc.) leiden tot een minder vertrouwelijke band tussen arts en patiënt. Dit kan voor beide betrokkenen als kwaliteitsverlies worden ervaren.

### *Juridisering*

Een voortvloeisel uit het vorige punt is een verdere juridisering van de gezondheidszorg. Niet alleen zal steeds nader moeten worden gepreciseerd wat men precies van elkaar mag verwachten in de zorg, ook zullen gepercipieerde schendingen van



het contract misschien sneller worden opgevat als falen of wanprestaties in plaats van normale risico's binnen de gezondheidszorg. Uiteraard is de claimcultuur in de VS een schrikbeeld en dienen uitwassen als daar (zoals torenhoge WA-premies voor gynaecologen) vermeden te worden.

#### *Zorgvragers: een actieve rol?*

Cruciaal voor een systeem van gereguleerde concurrentie is de actieve betrokkenheid van verzekerden. Op dit moment is de inertie van verzekerden echter nog groot. Ondanks aanzienlijke verschillen in nominale premies tussen verschillende ziekenfondsen getroosten zich maar weinig mensen de moeite om van ziekenfonds te veranderen. Het lijkt er soms op dat zorgvragers weinig zin hebben in een actievere rol. Immers, ook daar waar het gaat om wachttijdverkorting blijken wachtende patiënten wachttijdinformatie nauwelijks aan te grijpen om van ziekenhuis te wisselen. Alhoewel men in theorie zegt te willen reizen, komt hiervan in de praktijk weinig van terecht, al helemaal weinig richting het buitenland (Brouwer, et al., 2002). Het zou dus kunnen dat het nieuwe stelsel rondom de zwakste schakel wordt gebouwd.

#### *Vraagsturing?*

Vraagsturing betekent dat de consument invloed zou moeten kunnen uitoefenen op het soort (en de omvang van die) zorg dat hij (of zij) op een bepaald moment zou willen hebben. Daarbij zou de consument moeten kunnen aangeven wat hij allemaal belangrijk en prettig zou vinden in bepaalde omstandigheden. Dat houdt niet alleen de keuze in van aanbieder (waarop nu veelal wordt gefocust), maar ook een keuze voor een bepaalde *invulling* van de zorg. De consument zou niet alleen moeten kunnen bepalen door wie er iets wordt geleverd, maar ook *wat* er wordt geleverd en in welke mate. In de plannen voor de huidige stelselwijziging komt dit echter maar beperkt en meer indirect naar voren. Terwijl de meeste stukken op dit gebied wel beginnen met de opmerking dat we een meer *vraaggestuurd* stelsel nodig hebben, gaat het daar naar met name over het spel tussen verzekeraar en aanbieder. Het is echter maar de vraag of een invloed van consumenten op de daadwerkelijk geleverde zorg zal kunnen worden waargenomen. Zo stelde Rob Oudkerk (PvdA) recent: *'De vraag is en blijft of verzekeraars de regie in dit alles wel waar kunnen maken. Het heeft weinig zin om van 'door de overheid aanbodgestuurde zorg' te gaan naar 'door verzekeraars aanbodgestuurde zorg'*. Ook zal het nog wel even duren voordat aanbieders, die veelal gewend zijn (en het veelal prettig lijken te vinden) om voor de consument te

bedenken wat goed voor hem is, een dergelijk ‘inmenging’ van vragers accepteren. Prikkels helpen natuurlijk wel, maar een mentaliteitsverandering vergt vaak meer en tijd. Verder blijft onduidelijk wat een dergelijke inmenging precies doet met de kwaliteit van zorg. Richten consumenten zich wel (voldoende) op de medisch gezien juiste zaken? Met andere woorden, zijn consumenten wel voldoende doordrongen van kennis-asymmetrie?

## 2.5 Conclusies

In dit artikel zijn twee belangrijke deelvragen behandeld. Ten eerste, onder welke voorwaarden leidt vraagsturing tot kosten-effectieve zorg. Zoals aangegeven in paragraaf 3.2 dient aan vele voorwaarden te worden voldaan om een gereguleerde markt naar doelmatige en rechtvaardige uitkomsten te leiden. Het lijkt er op dat de mogelijkheden en de politieke wil om de benodigde stappen te zetten om tot een dergelijk stelsel te komen aanwezig zijn.

Teneinde een dergelijk stelsel daadwerkelijk gestalte te geven, dienen de vertrouwde, maar knellende budgettaire kaders te worden losgelaten. Hoewel vraagsturing zeker niet per definitie tot kostenstijgingen hoeft te leiden, lijkt het voor de Nederlandse situatie aannemelijk dat dit wel het geval zal zijn. Met name op kortere termijn zullen de kosten waarschijnlijk sterker toenemen dan zonder het nieuwe stelsel. Dit heeft te maken met het feit dat in de Nederlandse situatie de kwaliteit, de hoeveelheid en de prijs van zorg waarschijnlijk zullen toenemen, met name op korte termijn.

De vraag kan worden gesteld welke instrumenten er straks nog bestaan (na het loslaten van prijs- en aanbodregulering) wanneer de kosten zodanig stijgen dat de toegankelijkheid van de zorg met name voor de lagere inkomens in gevaar komt. Met het opnieuw invoeren van prijsregulering bestaan slechte ervaringen in de VS. Introductie van prijsregulering geeft aanbieders een sterke prikkel tot ‘dumping’ (ernstige patiënten doorverwijzen) en verschuiven van kosten naar andere aanbieders (vroeg ontslag) en is een belemmering voor innovatie. Over een langere periode bezien, laten staten in de VS waar competitie de drijvende kracht is een lagere kostengroei zien dan staten met prijsregulering (Feldstein, 1993).

Een belangrijk instrument in handen van de overheid blijft de bepaling van het verstrekkingenpakket van de beoogde basisverzekering. Gegeven de kennisasymmetrie en de achterstand in inhoudelijke kennis over doelmatige zorg bij verzekeraars ligt hier een belangrijke sleutel tot succes van de marktwerking en beperking van kostenstijging. Een scherpe maar verantwoorde afbakening van dit pakket, zowel in termen van verrekkingen en de bijbehorende indicaties als door inbouwen van prikkels tot prudent gebruik van dit pakket (eigen bijdragen en een eigen risico aan de voet), geeft de marktpartijen aan de vraagzijde houvast omtrent wat noodzakelijk is en wat eventueel extra in polissen kan worden opgenomen. Bovendien kan de premie (en de financiering uit collectieve middelen) van dit basispakket dan beperkt en betaalbaar blijven. Als de pakketafbakening verantwoord is en daarbij criteria als voorgesteld door de commissie 'Keuzen in de zorg' (1991) en recent door het CVZ (2001) worden gehanteerd, hoeft de 'tweedeling' die ongetwijfeld door de marktwerking zal ontstaan, niet echt zorgen te baren (iBMG, 2002). De kostenstijging zal dan voor een belangrijk deel het particuliere segment betreffen en de collectieve financiering zou dan een gematigde ontwikkeling kunnen laten zien.

Wanneer men kiest voor vraagsturing is het niet voldoende te denken dat 'het stemmen met de voeten' van de consument wel leidt tot een efficiënte allocatie. Zoals ook hierboven bevestigd, is het van belang dat de patiënt ook bij het besluit tot afnemen van gezondheidszorgdiensten een afweging maakt tussen opbrengsten en kosten. Van de Ven (Lapr , et al., 2001, hoofdstuk 5) stelt terecht dat het een illusie is te denken dat doelmatigheid en kostenbeheersing via een model van gereguleerde concurrentie kan worden gerealiseerd, terwijl de consument volledig verzekerd is. Het is dus noodzakelijk om ook het basispakket naar financiële toegankelijkheid te beperken zodat 'managed care' initiatieven van verzekeraars niet worden gefrustreerd door ongebreidelde vraag.

Een duurder maar doelmatiger stelsel ligt in het verschiet. We betalen een prijs voor vraagsturing, maar we krijgen er ook wat voor terug, namelijk: wat we vragen!

## **Noot**

- <sup>1</sup> Verzekerden moeten onbelemmerd kunnen kiezen tussen verschillende verzekeraars en mogen derhalve niet geweigerd worden.

## Literatuur

Brouwer, W.B.F. en H.E.G.M. Hermans. Europese regelgeving grijpt in op nationaal zorgstelsel. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 79, 2001, p. 176-179.

Brouwer, W.B.F., et al. Should I stay or should I go? Cross-border care and waiting lists in the Netherlands. Health Policy 2002. In druk.

Brouwer, W.B.F., E.K.A. van Doorslaer en H.E.G.M. Hermans. Wachlijsten in de Nederlandse zorg: Europese invloeden. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland, 2001.

Centraal Planbureau. Concurrentie in de zorg. CPB document no. 23. Den Haag: CPB, 2002.

College voor Zorgverzekeringen. Breedte geneesmiddelenpakket. Publicatienummer 01/54. Amstelveen: CVZ, 2001.

Commissie Dekker. Bereidheid tot verandering. Den Haag: Commissie structuur en financiering gezondheidszorg, 1987.

Commissie Keuzen in de zorg. Kiezen en delen. Den Haag: Ministerie van WVC, 1991.

Commissie Toekomstige Financieringsstructuur Huisartsenzorg. Een gezonde spil in de zorg. Den Haag: Ministerie van VWS, 2001.

Cullis, J.G., P.R. Jones and C. Propper. Waiting lists and medical treatment. In: Culyer A.J. and J. Newhouse (eds). Handbook of Health Economics. Amsterdam: Elsevier, 2000.

Donaldson, C. and K. Gerard. Economics of Health Care Financing. The Visible Hand. London: MacMillan Press, 1993.

Enthoven, A.C. Health plan: the only practical solution to the soaring cost of medical care. Boston: Addison-Wesley Publishing Company, 1979.

Exel, I.M. van, N.J.A. van Exel en W.B.F. Brouwer. Het notariaat aan banden. Economische Statistische Berichten, 87, 2002, no. 4348, p. 151-153.

Feldstein, P.J. Health Care Economics. New York: Delmar, 1993.

Gerdtham, U.G. and B. Jönsson. International comparisons of health expenditure. In: Culyer A.J. and J. Newhouse (eds). Handbook of Health Economics. Amsterdam: Elsevier, 2000.

Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg. Manifest; twintig zorgpunten over het toekomstige zorgstelsel. Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit, 2002.

Klant moet kunnen switchen in zorgstelsel. Volkskrant, 20 april 2002.

KPMG, Bureau voor Economische Argumentatie. Zeven deelmarktanalyses gezondheidszorg. Hoofddorp: KPMG BEA/KPMG Gezondheidszorg, 2002.

Lamers, L.M., R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven. Farmacie Kosten Groepen: een verdeelkenmerk voor normuitkeringen gebaseerd op medicijngebruik in het verleden. Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit, juli 1999.

Lapr e, R., F. Rutten en F.T. Schut. Algemene Economie van de Gezondheidszorg. Maarssen: Elsevier, 2001.

Lipsey, R.G. and K. Lancaster. The general theory of second best. Review of Economic studies, 24, 1956, p. 11-32.

Miller, R.H. and H.S. Luft. Does managed care lead to better or worse quality of care? Health Affairs, 16, 1997, no. 5, p. 7-25.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Vraag aan bod; hoofdlijnen van vernieuwing in het zorgstelsel. Den Haag: VWS, 2001.

Polder, J.J., et al. Kosten van ziekten in Nederland 1994. Rotterdam: Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit, 1997.

Rutten, F.F.H., et al. Review Handbook of Health Economics. Journal of Health Economics, 20, 2001, no. 5, p. 855-879.

Rutten, F.F.H. en W.B.F. Brouwer. Meer zorg met beperkt budget. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 146, 2002, no. 47, p. 2254-2258.

Schut, F.T. en W.P.M.M. van de Ven. De toekomst van het zorgstelsel. *Openbare Uitgaven*, 29, 1997, no. 5/6, p. 239-251.

Schut, F.T. en T. Laske-Aldershof. Volledige nominale premies dienen geen doel. *Economische Statistische Berichten*, 86, 2001, no. 4333, p. 860-863.

Sullivan, K. Managed care plan performance since 1980: another look at 2 literature reviews. *American Journal of Public Health*, 89, 1999, no. 7, p. 1003-1008.

Ven, W.P.M.M. van de and F.T. Schut. Should catastrophic risks be included in a regulated competitive health insurance market? *Social Science and Medicine*, 39, 1994, no. 110, p. 1459-1472.

Ven, W.P.M.M. van de, et al. Premiebandbreedte en acceptatieplicht op een concurrerende zorgverzekeringsmarkt. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1995.

## Intermezzo: Casus Ahold

De levensmiddelensector is een sterk concurrerende markt. Verschillende winkel(keten)s dingen naar de gunst van de klant. Albert Heijn (AH), onderdeel van het Ahold-concern, weet zich in deze moeilijke markt in Nederland goed staande te houden. Daarnaast is Ahold actief in de drogisterijmarkt, bijvoorbeeld in Nederland via Etos. In de Verenigde Staten heeft zij zelfs apotheekservices ondergebracht in een tweetal supermarktformules.

Alhoewel de basis van het Ahold-concern in Nederland ligt, is het in 27 landen op vier continenten actief met ruim 9.000 winkels. De wereldwijde geconsolideerde omzet bedroeg in 2002 € 72,7 miljard, een bedrag dat bijna tweemaal zo groot is vergeleken met de kosten van de gezondheidszorg in Nederland. De 450.000 werknemers wereldwijd bedienen elke week 40 miljoen klanten.

Zoals gesteld, is er in de levensmiddelensector een stevige concurrentie. De klant is geheel vrij te kiezen waar hij of zij de boodschappen doet. Er is keuze te over, bijvoorbeeld C1000, Dirk van den Broek, Aldi, Lidl of AH.

De competitieve markt is een dynamische markt, waar dingen snel kunnen veranderen. Zo heeft het tegenvallend economisch klimaat gevolgen voor het besteedbaar inkomen van de burger, waardoor de prijsbewustheid toeneemt. De aanbieder moet hierop reageren.

Om succesvol te kunnen zijn, moet de aanbieder tegemoet komen aan de wensen van de klant. Dat wil niet zeggen dat alle wensen van de klant ingewilligd kunnen worden. Zo stonden er bij AH tot enige tijd geleden vijf soorten pindakaas in het schap, waarvan er drie nauwelijks werden verkocht. Deze drie zijn uit het assortiment gehaald. De aanbieder bepaalt het assortiment en de prijs, maar de klant bepaalt of hij of zij gebruik wil maken van dit aanbod.

Marktonderzoek is hierbij van cruciaal belang. Het gaat hierbij niet alleen om expliciete, maar ook om latente behoeften van klanten, bijvoorbeeld aan exotisch fruit. Als men niet weet dat iets bestaat, dan zal men er ook niet naar vragen. Zo heeft AH ervoor gezorgd dat de Nederlander kiwi is gaan eten. Ook



heeft AH een rol gespeeld bij de introductie van sherry in Nederland.

Een recent voorbeeld van marktonderzoek door Ahold is die met betrekking tot receptgeneesmiddelen. Zoals hiervoor vermeld, verkoopt Ahold in de Verenigde Staten reeds receptgeneesmiddelen en nagegaan is in hoeverre hier bij klanten in Nederland ook behoefte aan bestaat. Uit dit onderzoek, maar ook onafhankelijke onderzoeken hebben dit aangetoond, blijkt dat hier behoefte aan is. De klant stelt hierbij wel een aantal eisen, zoals een gegarandeerde kwaliteit, deskundig personeel en een aparte counter vanuit privacy- overwegingen. De uitkomsten van het marktonderzoek zijn voor Ahold's drogisterijketen Etos aanleiding om in 2003 in 's-Hertogenbosch te beginnen met van de verkoop van receptgeneesmiddelen in zowel Etos- als Albert Heijn-winkels. Het betreft een uitgebreide apothekersservice, waarbij keuzevrijheid, gemak en plaats een belangrijke rol spelen. Ahold heeft de intentie om - na een evaluatie eind 2003 - het concept verder uit te breiden in Nederland.

Het concept bestaat uit drie pijlers: volledig ingerichte apotheken in bestaande Etos-winkels aangevuld met Medicijnservices van de Etos Apotheek in zowel Etos- als AH-winkels. Daarnaast omvat de service ook de bezorging van medicijnen, zowel thuis als op het werk. Het concept biedt de klant dus diverse mogelijkheden.

### **3 De kleine zelfbeschikking en de herovering van vraagsturing**

*Essay over alledaagse zelfbeschikking en de (on)mogelijkheden van vraagsturing.*

*Drs. E. van Hoorn m.m.v. mw. drs. C. Bellemakers en mw. Y. Koster-Dreese*

#### **3.1 Inleiding**

Zelfbeschikking is artikel 1 van 'het patiëntenperspectief', de grondwet van de patiëntenbeweging. Met behulp van dit perspectief spreken (chronisch) zieke mensen over wat hen bindt en wat ze nastreven. Al bij de eerste pogingen om inhoud te geven aan dit perspectief speelde het begrip zelfbeschikking een belangrijke rol, en dat is sindsdien zo gebleven (Van Hoorn, 1995). Zelfbeschikking, en de praktische uitwerking ervan in een gevarieerde en veelzijdige zorg, weerspiegelt de wens van mensen om zeggenschap over hun leven te behouden, ook en vooral in tijden van ziekte, pijn en dood en ouderdom. Op momenten dat anderen de regie dreigen over te nemen, vinden patiënten in het recht op zelfbeschikking hun houvast. De wetgever ondersteunt dit.

Het recht op zelfbeschikking is juridisch gecodificeerd en ook in praktisch opzicht is het tamelijk onomstreden. Echter, in de grenssituaties, waarvoor zelfbeschikking bij uitstek bedoeld is, ontstaat een paradox. In die situaties, als het gaat om leven of dood, of om het tempo van het sterven, bij dwangopname en dwangvoeding, is het recht op zelfbeschikking in de praktijk een betwist recht. Patiënten en hulpverleners staan in die situaties vaak scherp tegenover elkaar en het recht op zelfbeschikking moet bevochten worden in plaats van uitgeoefend. Dat is opmerkelijk omdat het recht op zelfbeschikking, qualitate qua, vooral voor die scherpe situaties bedoeld is en niet voor situaties waarin weinig op het spel staat en iedereen het in grote lijnen met elkaar eens is. Juist in scherpe situaties waarin de patiënt een ultiem beroep wil doen op het recht op zelfbeschikking, deinzen dokter, jurist en politicus terug voor wat het in de praktijk betekent en moet de patiënt in kwestie maar zien of hij zijn recht kan laten gelden.

Gelukkig maakt recente jurisprudentie het recht op zelfbeschikking in scherpe situaties breder en dieper, maar hoeveel mensen denken nog steeds dat zij kunnen beschikken over eigen leven en dood om vervolgens van een koude kermis thuis te komen. Hoe vaak eindigt niet iemand, die meester van zijn lot wilde zijn, in een ongewenste situatie van versterving of ‘pijnbestrijding’? En wat te denken van de LPF-dokters die klaarstonden om Volkert van der G., desnoods zelf, dwangvoeding toe te dienen? Met andere woorden, het recht op zelfbeschikking in scherpe situaties is een tamelijk betwist en geamendeerd recht.

Het recht op zelfbeschikking noemen we in scherpe situaties waarin het gaat om dood, dwang of drang: ‘Grote Zelfbeschikking’. Gelukkig komen die situaties niet vaak voor in het leven van iemand met een ziekte of functiebeperking. Veel vaker komen situaties voor waar we de term ‘Kleine of Alledaagse Zelfbeschikking’ voor willen gebruiken. Daarmee bedoelen we de momenten dat de zorggebruiker niet krijgt wat hij nodig heeft, maar iets anders of helemaal niets, waardoor zijn leven in de war raakt of aan kwaliteit inboet. We zien in deze situaties fricties tussen vraag en aanbod en zien daarin een gebrek aan ‘Kleine Zelfbeschikking’. De tegenwoordig zo populaire term vraagsturing zien wij als een reguliere vorm van zelfbeschikking.

‘Kleine of Alledaagse Zelfbeschikking’ is, in tegenstelling tot ‘Grote Zelfbeschikking’, veel minder gecodificeerd. Bij alledaagse vraag-aanbodfricties is van de kant van de patiënt geen beroep op de wet mogelijk, de WGBO is daar te grof voor en het Klachtrecht te secundair. Ook de Kwaliteitswet en de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen staan bepaald niet bekend om strakke naleving. En daar waar ze voldoende worden nageleefd bieden ze niet voldoende soelaas. Wel is het mogelijk gebleken dat (groepen) zorgvragers via de rechter vraag-aanbodfricties oplossen. In meerdere zaken heeft de rechter het verzekeringskarakter van de AWBZ hersteld en aanspraken van verzekerden in volle omvang toegewezen. Maar de openeindfinanciering van de AWBZ, die hiervan logischerwijs het gevolg zou moeten zijn, staat politiek, bij het geringste zuchtje economische tegenwind, immer hevig ter discussie.

In tegenstelling tot het alledaagse gebrek aan zelfbeschikking krijgen kwesties, waarbij ‘Grote Zelfbeschikking’ aan de orde is, in beleid en media onevenredig veel aandacht. Dat mensen

soms te weinig zorg krijgen, of van de verkeerde soort, van de verkeerde persoon, of op het verkeerde moment kan het dagelijkse leven danig in de war schoppen maar leidt in de regel niet tot spannende krantenkoppen, hooguit tot gespannen burgers (Bellemakers, 1999, 2000, 2001).

In dit hoofdstuk willen we de dagelijkse vraag-aanbodfricties in het licht zetten. In een aantal kaders schetsen we een klein landschap van voorbeelden van alledaagse kwesties. Niet om iets te bewijzen, want met casuïstiek kan alles bewezen worden, maar om onze opvattingen over zelfbeschikking en vraagsturing te illustreren. De voorbeelden komen uit de praktijk van de medewerkers van Kantel Konsult en van het Instituut voor Gebruikers Participatie en Beleid. Beide organisaties komen voort uit de beweging van mensen met makke en werken langs emancipatorische lijnen aan een verbinding tussen biografie (en het alledaagse bestaan van mensen) en beleid. Dit artikel mondt uit in een aantal voorstellen om meer mogelijkheden voor ‘Alledaagse Zelfbeschikking’ te realiseren. Maar we beginnen met het ontvouwen van onze opvattingen over de oorzaken van fricties: het gebrek aan vraagsturing.

### **Kader 3.1 Kleine zelfbeschikking**

C is zeven jaar oud. Zij is chronisch ziek. Voor behandeling reist ze al jaren drie keer per week naar het Academisch Ziekenhuis in Y, heen- en terugreis duurt drie uur, per week brengt ze bijna 20 uur in de taxi door. Ze vertrekt voor dag en dauw en keert pas ‘s-avonds laat terug. Twee dagen per week gaat ze naar school in het dorp waar ze woont. Haar behandeling is tamelijk stabiel. Op zekere dag trekken de ouders van C de stoute schoenen aan (zo voelen ze dat) en informeren bij het team van het ziekenhuis in Y of hun kind niet thuis behandeld kan worden zodat ze een wat gewoner leven kan leiden. Technisch gezien levert thuis behandelen geen probleem op. Het team reageert geprikkeld op de vraag van de ouders. Ze voelen zich aangevallen en reageren vooral op relationeel niveau (men is teleurgesteld, boos, verwijtend). Daarnaast geven ze een aantal redenen waarom thuisbehandeling niet mogelijk is: het leidt tot een daling van de deskundigheid van het personeel in het ziekenhuis en het brengt gezondheidsrisico's voor C met zich mee. De ouders vinden dat zij de voor- en nadelen tegen elkaar moeten kunnen afwegen. Het team vindt thuisbehandeling onbespreekbaar. Dan reageren de ouders op hun beurt ook heftig en sommen de iatrogene en sociale schade op die hun kind in deze situatie lijdt. Het eind van het liedje is zoveel maanden later dat C nog steeds drie keer per week naar Y reist en dat de verhoudingen door de vraag van de ouders verslechterd

zijn. Wel wordt in steeds meer academische ziekenhuizen gesproken over thuisbehandeling van kinderen als C. Alleen niet in Y.

### 3.2 Het gebrek aan vraagsturing

#### De eerste ronde: waarom ook al weer vraagsturing?

De behoefte aan vraagsturing ontstaat in het ervaren gebrek er aan. De behoefte aan vraagsturing is het grootst in situaties waarin een mismatch is tussen vraag en aanbod. Dat het aanbod in gebreke blijft heeft voor een belangrijk deel te maken met de wijze waarop het stelsel is ingericht. In het stelsel zijn drie anomalieën werkzaam die de mismatch tussen vraag en aanbod bijna onvermijdelijk maken: er is *te veel Buckler bier*, er is *alleen kunstgeschiedenis* in de aanbieding en aan de voordeur van de AWBZ staat een geweldige *frietsnijder*.

Er wordt wel eens beweerd dat de invoering van het persoonsgebonden budget (PGB), samen met de invoering van het verplichte ziekenfonds door de bezetter in de Tweede Wereldoorlog, de belangrijkste stelselwijzigingen van de afgelopen eeuw zijn geweest. De invoering van het PGB is destijds hardnekkig gepromoot door de beweging van mensen met een handicap (vooral door Independent Living). Toen Paars net aan de macht was, onder het motto ‘werk, werk, en nog eens werk’ en de premies laag moesten blijven vanwege de ‘collectieve lastendruk’ (een term die de laatste tijd zijn come-back beleeft), hebben de mensen met makke het geweten.

De beruchte stopwatchzorg werd geïntroduceerd: de hulp kwam gehaast binnen en vertrok weer gehaast na het vastgestelde aantal zorgminuten. Ze mocht de plantjes binnen wel maar die op het balkon niet verzorgen en had te weinig tijd om mensen goed aan te kleden met als gevolg dat de vouwen in de kleding doorlig- of doorzitwonden veroorzaakten. Bedtijd, plastijd, etenstijd werden bepaald door de ‘centrale’ niet door het individu. De mensen werden geleefd en werden er gek van en keken jaloers naar landen als Zweden en België waar persoonsgebonden financiering al jaren was ingevoerd.

De zorg was uitgemergeld en ineffectief. Tien jaar later, anno 2002, kunnen we constateren dat het PGB één van de krachtigste zo niet het krachtigste instrument (echte koopkracht!) voor vraagsturing is (Per Saldo, 2001). Het is dan ook verheugend dat per 1 april 2003 de hele AWBZ op de schop gaat en het PGB (bijna) voor de gehele AWBZ als optie wordt inge-

voerd. Bovendien vervalt de contracteerplicht en de zorg wordt niet langer in producten en diensten beschreven (en gefinancierd) maar in functies. Een goede ontwikkeling, zeker als de indicatiestelling los van het bestaande aanbod plaatsvindt en ertussen indicatiestelling en zorgtoewijzing geen verschraling (lees: bezuiniging) plaatsvindt. Daarbij is het vanzelfsprekend een voorwaarde dat de openeindfinanciering blijft gehandhaafd. So far, so good. Het PGB is een belangrijke milestone op de weg naar vraagsturing. Maar waar is het nou precies een reactie op? Hoe komt het dat in het huidige stelsel vraagsturing zo'n zeldzaam verschijnsel is en we met een PGB op de proppen moesten komen? Waarom lukt het niet of onvoldoende om vraagsturing en zelfbeschikking binnen een naturastelsel te realiseren?

### **Eerste anomalie**

Te veel *Buckler bier*: wie wel eens in Frankrijk komt vindt daar op de schappen van de monoprix Buckler bier. Dat wordt bij ons niet meer verkocht. Omdat Youp van 't Hek de reputatie van het merk zo heeft beschadigd dat het onverkoopbaar werd. Wie Buckler dronk was een loser. Exit Buckler. In Frankrijk kent met Youp niet en daar heeft het merk dan ook geen negatieve reputatie. In Nederland kon de consument, nadat Buckler tot op de grond was afgebrand, voor een vervangend biertje uitwijken naar andere merken (échte keuzevrijheid). Bovendien beschikt hij over wendbare koopkracht en kan zich vrijelijk informeren over het imago van andere merken.

Kortom: de biermarkt is een echte markt en in een echte markt is er een corrigerend mechanisme werkzaam dat slechte kwaliteit afstraft. De gezondheidszorg is geen echte markt, er is dus ook geen corrigerend mechanisme. Slechte kwaliteit wordt niet of zeer traag afgestraft en de consument heeft niks te kiezen. Ergo: het wemelt van de Bucklers in de zorg! En daar valt niets aan te doen. Kwaliteit van het gebodene is tot op grote hoogte irrelevant. Idem de mening van de gebruiker.

### **Tweede anomalie**

*Alleen kunstgeschiedenis*: de meeste verzekeringen keren uit in geld. Bovendien vindt de uitkering plaats aan de verzekerde. Bij ziekenfondsen gaat het anders: het geld wordt uitgekeerd aan een tussenpersoon, te weten de behandelaar, die vervolgens een dienst of product in natura aan de verzekerde levert. Stel u hebt een studieverzekering voor uw kind afgesloten en het moment dat zij gaat studeren breekt aan. Op basis van een

gedegen oriëntatie gaat haar voorkeur uit naar Technische Bestuurskunde in Delft. U krijgt echter van de verzekeraar te horen dat het verzoek tot uitkering is voorgelegd aan de interne studieadviseur, die tot de beslissing is gekomen dat uw dochter kunstgeschiedenis in Amsterdam moet gaan studeren en dat alleen daar de gespaarde gelden voor zullen worden aangewend. Vermoedelijk zal er daarna een ‘stevig gesprek’ plaatsvinden met de verzekeraar.

Verzekeringen die in geld uitkeren leggen de bestedingsbeslissing bij de verzekerde. Bij verzekeringen die in natura uitkeren – de ziekenfondsen - ligt de bestedingsbeslissing bij de aanbieder van de dienst. Dat is een groot verschil en een permanente bron van conflicten. Patiënten, zeker patiënten in de care sector, krijgen niet per se wat ze nodig hebben maar ze krijgen wat voorhanden is, ze krijgen wat in de ogen van de aanbieder of verzekeraar het beste, goedkoopste, haalbare en beschikbare is. De mening, de behoefte en het bestaansritme van de gebruiker zijn wederom niet het leidinggevende principe.

### **Derde anomalie**

De *frietsnijder* in de AWBZ.

Mensen met makke ervaren hun leven, net als ieder ander, als één geheel. Werken, mobiel zijn, liefhebben, ontspannen en zorgen hangen onderling sterk samen en zijn in het levensverhaal verweven. De meeste mensen willen het beste uit zichzelf halen, allerlei taken en rollen naast en door elkaar vervullen en een spectrum aan activiteiten ontplooiën. De interdependentie van de afzonderlijke levenssferen is groot en een wijziging in de ene sfeer heeft meteen gevolgen voor de andere. De verschillende activiteiten zijn elkaars voorwaarde: zonder werk is ontspanning anders, wie weet te leven weet ook te sterven, wie vader wil zijn wil meestal ook zorgen etc.

De ordening van de AWBZ rukt die samenhang uit elkaar, fragmenteert de mens en herdefinieert hem in vele verschillende talen en regimes. En elk regime heeft zo zijn eigen (toelatings-)regels en mores. En tussen de kokers, tussen de verticale pijlers is geen luchtbrug, geen integratie, geen onderlinge afstemming. Wie in de AWBZ terechtkomt en bijvoorbeeld aangepast woont, naar school gaat, hulpmiddelen heeft, een mentale coach zoekt en hulp thuis heeft, wordt versnipperd als in een frietsnijder en moet in elke koker het welhaast onmogelijke presteren, namelijk zichzelf reduceren tot wat in die koker relevant en aan de orde is. Kokers communiceren niet met elkaar, stemmen niet met elkaar af. En ergens en ooit moet

degene die het treft zichzelf weer reconstrueren tot die ene persoon die hij is. En dat is voorwaar niet makkelijk en voor sommigen zelfs onmogelijk (Bellemakers, 2001).

### **Kader 3.2 Kleine zelfbeschikking**

De heer A heeft last van bronchiale hyperreactiviteit en van astma. Hij is onder behandeling van dokter B in het marinestadje Den H. Bij eerder longfunctieonderzoek is gebleken dat de heer A zeer scherp reageert op de histamineprovocatietest. Reeds bij een lage dosering histamine wordt hij erg benauwd. De therapie bestaat uit de inname van corticosteroiden. De heer A merkt ook na langere tijd geen verbetering van zijn klachten maar heeft wel veel last van de bijverschijnselen van de steroiden, hij verliest zijn stem en heeft schimmelinfecties in de mondholte. De longarts stelt voor om de werking van de steroiden te checken via een hernieuwd longfunctieonderzoek. De heer A stemt met tegenzin in.

Bij binnenkomst op de afdeling longfunctieonderzoek stelt de heer B, hoofd van de afdeling, de heer A voor aan stagiaire C die het onderzoek zal uitvoeren. De gebeurtenissen bij de histaminetest herhalen zich: de heer A wordt heel snel heel benauwd en legt zijn hoofd op tafel, een houding waarin hij dan het makkelijkst ademhaalt. Stagiaire C is vanaf het begin van de test verdiept in het beeldscherm van zijn computer en zegt dat de benauwdheid van de heer A niet klopt met de grafiek op zijn scherm. Hij dringt er daarom bij de heer A op aan om de dosis histamine te verhogen. De heer A die op dat moment in ademnood is weigert en wil het onderzoek beëindigen. De stagiaire roept afdelingshoofd B er bij. Die komt binnen en buigt zich samen met de stagiaire over het beeldscherm, wendt zich vervolgens tot de heer A en zegt 'u kunt nog helemaal niet benauwd zijn'.

De heer A heeft er inmiddels genoeg van en maakt aanstalten om te vertrekken. Het hoofd van de afdeling doet dan twee dingen: hij zegt bestraffend tegen de heer A dat hij geen luchtwegverwijderaar krijgt (hetgeen gebruikelijk is bij onderzoek waarbij benauwdheid wordt opgewekt) en hij spreidt zijn armen en roept dat de heer A onder zijn verantwoordelijkheid valt en zonder zijn toestemming de afdeling niet mag verlaten. De heer A verzoekt hem om met deze flauwekul op te houden, het hoofd stapt opzij en de heer A vertrekt, op weg naar zijn eigen luchtwegverwijderaar thuis.



### 3.3 De herovering van vraagsturing

#### De tweede ronde: de uitgangspunten

De kanteling van aanbod- naar vraagsturing vindt op meerdere plekken in de samenleving plaats. In de hele publieke sector, in het onderwijs, in het verkeer, in de ontwikkelingssamenwerking en in de dienstverlening van de overheid zelf speelt deze kanteling dagelijks een rol. Het in zichzelf gekeerde denken en de naar binnen gekeerde gerichtheid op de eigen organisatiestructuren stuit op kritiek die scherper wordt naarmate de Exodus uit de verzorgingsstaat vordert. Er wordt steeds meer van buiten naar binnen gedacht in plaats van andersom en de organisaties passen zich langzaam aan deze wijziging aan.

Het scheppen van marktverhoudingen speelt in deze kanteling een grote rol. Ook indien er geen sprake is van een echte markt worden desondanks zoveel mogelijk marktelementen geïntroduceerd of nagebootst (zie bijvoorbeeld de vergelijking van schoolprestaties op internet terwijl de keuzevrijheid van ouders feitelijk in veel gevallen beperkt is). Schaarste staat een snelle introductie van marktverhoudingen in veel gevallen in de weg. Anderzijds is er een gerede kans dat met de introductie van marktverhoudingen schaarste juist zal verdwijnen (als gevolg van het toetreden van nieuwe aanbieders, een verschijnsel dat zich voordoet in sectoren waarin het PGB een hoge vlucht neemt).

In de afgelopen jaren heeft er een snelle inflatie van het begrip vraagsturing plaatsgevonden. Zo sterk zelfs dat er gesproken wordt over onteigening van het begrip. Het voorlopig hoogtepunt vormt de introductie van het begrip dialoogsturing; dat bevordert de symmetrie zo wordt gesteld. Het begrip vraagsturing is in de tweede helft van de 80-er jaren van de vorige eeuw door 'vroedvrouw Wisse Dekker' op de wereld gebracht en daarna liefdevol opgenomen door politiek en patiëntenbeweging. De patiëntenbeweging zag er iets nieuws in, zeker, maar ook een voortzetting van de oude ambitie om de omgang tussen dokters en patiënten symmetrischer te maken (niet als doel op zich maar als voorwaarde voor beter passende zorg) (Bellemakers, Van Houten, 1996, 2000). Het nieuwe van vraagsturing was, dat het een omslag in het denken van patiëntenorganisaties markeerde. Het belangrijkste doel werd, ergens in de tweede helft van de jaren negentig, het heroveren van de regie over het eigen leven en niet meer het verbeteren en optimaliseren van de zorg (dat wordt nu als één van de voorwaarden gezien). Aanbieders en verzekeraars zijn echter met het begrip

vraagsturing op de loop gegaan en hebben er een management-tool en pr-praatje van gemaakt. Wie om zich heen kijkt komt de vreemdste opvattingen tegen: vraagsturing is sturing op pathologie, vraagsturing is sturing op epidemiologie, vraagsturing is een manier om je financiële administratie te herschikken, vraagsturing is sturing van de vraag (sic!). De meest gebruikte methode om vraagsturing te demonteren en onschadelijk te maken is de uitspraak – meestal door aanbieders - dat het niks anders is dan wat zij altijd al deden.

Vraagsturing staat meestal prominent in de preambule van de meeste beleidsnota's maar komt er daarna qua beleidsuitgangspunt of als context voor werkafspraken niet meer in voor. Uitzonderingen daargelaten. Het is een begrip zonder inhoud geworden, een soort geloofsartikel, een kreet waarmee men zich tot het moderne bekeert. Inhoudelijk betekent het meestal niets. Nu moet wel gezegd worden dat de patiëntenbeweging het begrip vraagsturing zelf ook oningevuld heeft gelaten. Maar dat neemt niet weg dat er wel degelijk een oorspronkelijke bedoeling en betekenis was.

Vraagsturing werd en wordt door de beweging gezien als een vorm van zelfsturing en zelfbeschikking. Vraagsturing wil niet meer en niet minder zeggen dan dat de burger degene is die vorm en inhoud van de zorg bepaalt en over de instrumenten beschikt om dit te realiseren en desnoods af te dwingen. Zonder deze instrumenten kan er geen sprake zijn van vraagsturing.

Datgene waarover de patiënt moet kunnen beschikken is achtereenvolgens:

- koopkracht (echt geld);
- de keuze uit vergelijkbare diensten en producten van verschillende aanbieders (echte keuzemogelijkheden);
- inzicht in de kwaliteit van het gebodene (echte informatie);
- inzicht in eigen behoeftes en ambities (echte vraagverheldering).

De constatering dat deze instrumenten in de praktijk van alledag niet beschikbaar zijn dicteert voor wie vraagsturing serieus neemt een marsroute voor het beleid en de praktijk. Op dit moment beschikt de patiënt noch over echt geld (op het PGB in de care sector na), noch over echte informatie over de prestaties van aanbieders, noch zijn er vergelijkbare diensten en producten op de markt (integendeel er is sprake van een overweldigende monopolistische schaarste), noch wordt hij onder-

steund bij het vergaren van inzicht in zijn vraag (in plaats van het vaststellen daarvan bij de indicatie). Van vraagsturing is kortom nog weinig of geen sprake. We leven in een overgangsfase waarin de tekortkomingen van aanbodsturing steeds scherper en zichtbaarder worden maar er nog geen ‘dialectische sprong’ naar vraagsturing gemaakt is. Er zijn aanzetten, zeker, maar de echte omslag moet in dit land, van wonderbaarlijke continuïteit van de problemen in de gezondheidszorg, nog gemaakt worden.

De wisseling van aanbodsturing naar vraagsturing is om nog een andere reden van groot belang. De kanteling draait niet alleen op Copernicaanse wijze de verhoudingen om (niet de zon draait om de aarde, maar de zorg draait om de patiënt) maar veel belangrijker nog: het plaatst het oorspronkelijke probleem in een veel wijdere context. Copernicus veranderde niet alleen de relatie tussen zon en aarde, maar hij voegde het hele zonnestelsel aan dat paar toe. Iets dergelijks is er ook aan de hand met de wisseling van aanbod- naar vraagsturing: de relatie tussen arts en patiënt is niet langer de voor de burger dominante relatie maar slechts één van de vele, belangrijke relaties en rollen die men als patiënt heeft. Bij vraagsturing gaat het in de eerste plaats om de continuïteit en kwaliteit van het hele bestaansproject van de patiënt, de burger en de zorg is daar ‘slechts’ een onderdeel van. Met andere woorden, vraagsturing verwijst de zorg naar de achtergrond van iemands bestaan waar het een functionele rol kan spelen met als inzet het goede leven zoals de persoon in kwestie zich dat wenst (Bellemakers en Van Houten, 1996).

Zoals Copernicus de blik naar het hele zonnestelsel opende, zo opent vraagsturing de blik naar de volle breedte van het bestaan van de persoon en stelt het integrale, ongedeelde en continue karakter daarvan aan de orde. De vraag naar zorg nú, is in deze visie dus altijd verbonden met de vraag welk leven men leidt en welk leven men straks, met zijn makke, wil leiden. Vraagsturing gaat over de lange, biografische lijn in iemands leven en over de behoeften die daarbij horen.

Dwarse en verrassende voorkeuren voor bepaalde behandelingen kunnen hiervan het gevolg zijn:

- behoud van lichaamsfuncties is misschien voor behandelaren de hoogste actuele prioriteit maar voor patiënten kan behoud van sociale rollen op langere termijn veel belangrijker zijn ook als daarvoor bepaalde lichaamsfuncties opgeofferd moeten worden;

- in een rolstoel rijden is minder erg als je zelf kunt bepalen waar je wanneer heen rijdt;
- liever een jonge en onervaren verpleegkundige aan je bed die nog kan luisteren dan een ervaren kracht voor wie je pijn en hoop hooguit input zijn voor het verpleegplan;
- behandeling A mag dan wel effectiever zijn maar met behandeling B kun je langer blijven autorijden;
- assistentie buitenshuis is veel belangrijker dan assistentie binnenshuis omdat jouw levenswinst buiten te boeken is en niet binnen en waarom zou je met je PGB geen zanglessen nemen als dat je zelfvertrouwen opvijzelt?

### Kader 3.3 Kleine zelfbeschikking

Rekenles: Zomaar een maand uit de agenda van iemand die chronisch ziek is.

Zomaar een maand chronisch ziek in minuten

<i>naar</i>	<i>reistijd</i>	<i>wachttijd</i>	<i>behandeltijd</i>
Orthoped. schoenm.	90	90	10
Rev.centrum	90	-	30
Poli chirurgie	90	45	10
Pedicure	10	-	45
Huisarts	10	25	10
Rev.centrum	75	-	60
Poli nefrologie	90	25	15
Bloedprikken	90	25	5
Orthoped.schoenm.	90	35	15
Pedicure	10	-	45
Rev.centrum	90	-	30
Tandarts	10	10	10
Huisarts	10	60	10
Orthoped.schoenm.	90	25	10
Pedicure	10	-	45
Rev.centrum	120	-	30
Totaal	975	340	380

Oftewel: voor een effectieve behandeltijd van 380 minuten was een reistijd nodig van 975 minuten (omdat de verschillende

deskundigen ieder een eigen locatie hebben en omdat gesprekken van specialisten in hetzelfde ziekenhuis op verschillende tijdstippen plaatsvinden) en een wachttijd van 340 minuten. Die maand waren er in totaal 1695 minuten/28, 25 uur gemoeid met zorgconsumptie. De verhouding direct (380 min.) versus indirect (1315 min.) is ongeveer 1 : 4 (22,4%). Toen deze patiënt zich eens beklagde over de lange wachttijd zei de arts 'u werkt toch niet'. Later realiseerde de patiënt zich dat hij dat met deze agenda ook niet meer zou kunnen.

### 3.4 De herovering van vraagsturing

#### De derde ronde: enkele veel gehoorde misverstanden

In de discussie over vraagsturing duiken vaak dezelfde misverstanden op. Een paar – veelgehoorde - misverstanden stellen we kort aan de orde.

##### Misverstand 1:

*'Dé patiënt' bestaat niet, er valt met andere woorden niets algemeen over de vraag te zeggen!*

Het is een wijdverbreid misverstand dat 'de patiënt' niet bestaat. Natuurlijk, ieder individu is uniek en heeft zijn eigen vingerafdruk en dat moet vooral zo blijven. Maar in sociologische en juridische zin bestaat 'de patiënt' wel degelijk, zij het nog niet zo lang. Zo'n 20, 25 jaar geleden waren patiënten nog voetnoten bij medische teksten en bestonden zij niet als sociale groep. Nu is 'de patiënt' een sprekend subject geworden, met zijn eigen tekst en organisaties, rollen en codes en is hij bovendien een belangrijk verschijnsel geworden in het Gezondheidsrecht (WGBO, Kwaliteitswet, WMCZ, Klachtwet). 'De patiënt' organiseert zich, krijgt langzaam een verleden en vergaart kennis. Vroeger stond 'de patiënt' er alleen voor, nu kan hij terugvallen op anderen, op een infrastructuur van belangenbehartigers en ondersteuners, op rolmodellen. In wat 'de patiënt' wil, in wat hij vraagt, klinken nu de kennis van zijn lotgenoten en de opvattingen van zijn organisaties door. Omdat mensen van elkaar leren is de articulatie van een zorgvraag onvermijdelijk ook voor een deel de articulatie van een collectieve vraag. 'De patiënt' bestaat in die zin dus wel degelijk. En de vraag is dus gedeeltelijk kenbaar in wat patiëntenorganisaties over de vraag naar voren brengen. Indien een aanbodorganisatie vraagsturing als uitgangspunt voor het werk neemt doet ze er dan ook goed aan om de opinies van relevante patiëntenorganisaties te kennen. Dat is alvast het halve werk.

**Misverstand 2:**

*‘De vraag is manifest aanwezig en vraagsturing vindt eenmalig, bij voorkeur aan de voordeur, dat wil zeggen aan het begin van het proces plaats’.*

Er is eigenlijk bitter weinig bekend over wat de vraag is en hoe de vraag tot stand komt. Daar was tot voor kort ook geen behoefte aan omdat de vraag meestal een medische conclusie was die op grond van de anamnese en in bepaalde diagnostische stappen werd getrokken. Wat de vraag was, dat werd bepaald door de dokter. Bij vraagsturing gaat het om andere dingen: over de lange lijn in het leven, over (sociale) rollen en activiteiten en over de vraag hoe medische en andere diensten dit kunnen faciliteren. Deze benadering plaatst het zogenoemde ‘nulmoment’ volop in het licht. Daaronder verstaan wij het moment, of liever de periode en het proces, waarbinnen de vraag zich vormt. En daarover is helaas nog minder bekend.

Een paar dingen weten we wel. Bijvoorbeeld dat de vraag niet is, maar zich ontwikkelt in een proces van ‘decision-making’. We weten ook dat dit proces verstoord kan worden door historische reflexen (bijvoorbeeld: niet gewend zijn om iets te vragen, of vragen naar wat er is in plaats van vragen naar wat je nodig hebt, of vragen wat je altijd gevraagd - en gekregen - hebt, of minder vragen dan nodig is omdat je bij voorbaat van schaarste uitgaat). We weten ook dat er bij het formuleren van de zorgvraag sociale ongelijkheid in het geding is. Mensen die de zorg en de regels goed kennen weten meer en beter passende zorg te krijgen. En we weten tenslotte ook dat er bij het formuleren van de zorgvraag bepaalde existentiële behoeften en oriëntaties van mensen een rol spelen.

Uit het feit dat de zorgvraag zich ontwikkelt kunnen we ook afleiden dat het bij vraagsturing niet om een eenmalige activiteit gaat. Vraagsturing is dus ook een kwestie van permanente bijsturing, is een permanent dynamisch proces (Van Hoorn, 2000). In de praktijk zien we een snelle groei van het aantal consulenten, gidsen e.d. die mensen ondersteunen bij het verhelderen van hun zorgvragen (bijvoorbeeld bij indicatiestelling). Hoe verheugend deze ontwikkeling ook is, het neemt niet weg dat er te weinig inzicht is in de dynamiek van het proces en de waardering van het nulmoment om blind vertrouwen te hebben in de kwaliteit van de geboden ondersteuning.

**Misverstand 3:**

*'Vraagsturing is alleen iets voor mondige, assertieve, witte, jonge, goed opgeleide mensen. Onze cliënten hebben dit niet in huis'.*

Het is niet eenvoudig om dit misverstand uit de wereld te helpen. De klandizie van de zorg bestaat in principe uit een doorsnee van de bevolking. Iedereen, van hoog tot laag, doet wel eens een beroep op de medische sector. Het is bekend, dat arme mensen en ouderen meer zorg consumeren. Men kan zich afvragen of deze groepen er behoefte aan hebben en in staat zijn om zelf de zorg te sturen. Ze zullen er allicht, net als iedereen, moeite mee hebben vraagsturing te realiseren. En misschien zelfs soms wat meer moeite dan anderen. Maar of daarmee is vastgesteld dat ze er geen behoefte aan hebben?

Er is wat dat betreft maar één bruikbare parameter namelijk. De Sociaal Economische Status (SES) van mensen die een PGB aanvragen. Een hoge SES wijst, zoals bekend, op een goede opleiding en een hoog inkomen. Een lage SES wijst op het tegendeel. Indien het juist is dat alleen witte, jonge, goed opgeleide mensen geschikt zouden zijn om hun vraag te articuleren zou dat in de SES van PGB-aanvragers terug te vinden moeten zijn.

Echter uit kwantitatieve gegevens van de SVB (SVB, 2002) blijkt onder meer dat van alle budgethouders tweederde vrouw is, dat de groei van het aantal budgethouders Verzorging & Verpleging vooral voor rekening komt van de groep 65 tot 80 jarigen en dat zowel bij de mannen als bij de vrouwen in december 2001 het aandeel mannelijke 65-plussers het aandeel van de mannen tussen de 35 en 65 jaar ruimschoots overtrof. Vrouwen hebben gemiddeld een lager inkomen dan mannen, ouderen hebben gemiddeld een lager inkomen dan jongeren. Dat drukt in beide gevallen de SES. Ondanks het feit dat wellicht in een aantal gevallen het niet de ouderen zelf zijn die het PGB hebben aangevraagd, kan op basis van deze uitkomsten niet worden gesteld dat een PGB vooral aangevraagd wordt door mensen met een hoge SES.

**Misverstand 4:**

*‘Vraagsturing is de zoveelste bevestiging die wel weer overvaait’.*

Grosso modo is dit tamelijk ondenkbaar vanwege de gepro-  
nonceerdheid van de paradigmawisseling en de brede politieke  
acceptatie ervan. Het is daarentegen wel heel plausibel dat  
vraagsturing in bepaalde delen van de zorg geen voet aan de  
grond krijgt of blijft steken. Met name in de sectoren waarin  
men al heel lang werkt in een traditie van patronage (bijvoor-  
beeld in de ggz, maar ook in de zorg voor verstandelijk gehan-  
dicapten) zal vraagsturing een betwist concept blijven.

Illustratief is in dit verband de wijze waarop in die sectoren het  
PGB van mensen wordt afgepakt. Geheel in strijd met de  
bedoeling van de regeling, vragen instellingen soms voor hele  
afdelingen, voor een grote groep mensen tegelijk een PGB aan,  
waarna de budgetten op stilzwijgende en vanzelfsprekende  
wijze naar de instellingen vloeien. Daarmee verwordt het  
emancipatoire PGB tot een alternatief instrument voor aan-  
bodfinanciering. En dat is nooit de bedoeling geweest. Alhoe-  
wel de ontwikkeling van vraagsturing in grote lijnen onherroe-  
pelijk is zullen dit soort achterhoedegevechten waarschijnlijk  
nog vele, lange jaren gaan duren.

**Kader 3.4 Kleine zelfbeschikking**

Mevrouw A woont in woonvoorziening B. De personeelssitua-  
tie wordt in rap tempo slechter. De laatste drie maanden zijn  
er twaalf personeelsleden vertrokken waaronder zeven fullti-  
mers. Bovendien hebben 24 van de 36 resterende perso-  
neelsleden pols-, knie-, nek-, schouder- en rugklachten. De  
meesten van hen zijn nog wel aan het werk in de verzorging  
maar het til-, trek- en duwwerk laten ze aan collega's over die  
op hun beurt dan ook weer klachten krijgen.

De afgelopen weken is het een paar keer voorgekomen dat er  
niemand was die mevrouw A mocht tillen. Uiteindelijk is ze  
toch steeds door iemand getild die daarmee tegen het advies  
van zijn arts of fysiotherapeut inging. Het komt ook voor dat  
mevrouw A de keuze heeft om of niet te plassen of op een  
tijdstip dat de personeelssituatie het toestaat. Dat is om half  
twee of om half zeven, in beide gevallen kort na het eten. Maar  
voor mevrouw A is het beter om voor het eten te plassen,  
zodat ze dan wat meer ruimte heeft om te eten. Voor mevrouw  
A is het het prettigst als ze midden op de dag kan plassen, om  
half vier na het koffiedrinken maar dat kan dus niet.



Ook de badbeurten kunnen niet meer gegarandeerd worden. Dat houdt voor mevrouw A in dat haar huid achteruit gaat en haar lig/zitwonden erger worden. Het komt regelmatig voor dat de bewoners later uit bed worden gehaald dan de afspraak is. Dat is voor mevrouw A erg vervelend omdat afspraken buitenshuis dan in het gedrang komen en omdat ze van lang liggen erg benauwd wordt. Het komt voor dat men haar om half zeven laat weten dat ze pas om tien uur, soms zelfs pas om elf uur uit bed gehaald wordt.

Mevrouw A weet wel dat het personeel vaak niet anders kan, maar personeelsgebrek is volgens haar niet het hele verhaal, het ligt vaak ook aan de combinaties van personen die ingezet worden en het slecht met elkaar kunnen vinden, aan het feit dat iedereen op zijn eigen kompas vaart en onvoldoende samenwerkt. Mevrouw A vindt het wonen in woonvoorziening B op dit moment niet leuk

### 3.5 De herovering van vraagsturing

#### **De vierde ronde: een matrix van praktische kenmerken van vraagsturing**

De wisseling van aanbodsturing naar vraagsturing is niet de eerste paradigmawisseling die in de zorg plaatsvindt (we spreken hier van paradigmawisseling zonder al te veel wetenschapstheoretische pretenties, het gaat ons om de markering). Eerder vond er een wisseling plaats van ideologische of verzuilde sturing naar professionele of aanbodsturing.

Het is nog niet zo lang geleden dat niet de professionals het in de zorg voor het zeggen hadden maar de grote levensbeschouwelijke instituties en de gezagsdragers van die zuilen. Tekens daarvan komt men in oude totale instituten nog wel tegen. Aan de voorgevel van het instituut voor dove en slechthorende mensen in St. Michielsgestel hangt bijvoorbeeld een plaquette waarin 'de dankbare doven en stommen' hun dank betuigen aan een of andere bisschop. De professional was tussen de bisschop en de 'doven en stommen' hooguit een middelaar. En niet de machtige spil die hij in het aanbodtijdperk werd.

Zoals gezegd moet de echte wisseling naar vraagsturing nog plaats gaan vinden. Er zijn twee grote hindernissen die daarbij overwonnen moeten worden: de verkeerde prikkels in het stelsel en het aanboddenken in de hoofden van de mensen die

in de zorg werken. Het laatste is een hardnekkiger probleem dan het eerste. Onder andere omdat dit denken is ‘vastgezet’ in allerlei sociaal-wetenschappelijke theorieën over mensen met een (chronische) ziekte of functiebeperking. Meestal zijn deze theorieën sterk gericht op de fysieke en mentale afzondering van mensen met wie iets is.

In de verhouding tussen het bijzondere en het algemene kiezen de theorieën steeds voor het bijzondere en stemmen daar interventies en de organisatie van zorg of dienstverlening op af. Dit heeft in de geschiedenis geleid tot een (ook economische) degradatie van de mensen in kwestie, die in de individuele ziel hard aankomt. En nog steeds is dit aan de orde van de dag. Van de pijn die mensen voelen als er weer eens een genetische voorspelling wordt gedaan dat mensen zoals zij in de toekomst niet meer geboren hoeven te worden, wordt vrijwel nooit notie genomen in de roes van de genetische, metafysische fantasieën (‘er komt een hele, ongebroken wereld!’).

Terwijl de periode van vraagsturing nog moet beginnen zijn er wel reeds voldoende praktische trekken en kenmerken van aan te wijzen. We doen dit in een dichotoom model om daarmee de wisseling, de kanteling zo scherp mogelijk te kunnen beschrijven.

Laten we nog eens recapitulieren wat we onder vraagsturing verstaan. In vraaggestuurde zorg staat niet het probleem, de beperking of de ziekte van iemand centraal maar het leven dat iemand daarmee wil leiden. Daarbij gaat het om de lange lijn in iemands bestaan en om de continuïteit in de levensloop en de levenssamenhang. Vraaggestuurde zorg heeft een anti-invasief karakter en voorkomt daarmee grote breuken in iemands leven, maar levert op de achtergrond een soms formidabele bijdrage aan het voortzetten van de sociale rollen die iemand wil spelen. In vraaggestuurde zorg staat dus niet meer de relatie tussen patiënt en medisch systeem centraal, maar de bijdrage die verschillende soorten hulpverleners en verzorgers aan een goed gecoördineerde voortzetting van iemands leven kunnen leveren.

De kernvragen die in aanbodsturing c.q. vraagsturing aan de orde zijn staan diametraal tegenover elkaar:

- Bij aanbodsturing is de kernvraag:
  - ‘Wat mankeert deze persoon en waar hoort hij in ons zorgsysteem thuis?’
  
- Bij vraagsturing is de kernvraag:
  - ‘Wat wil ik met mijn leven en welke zorg en diensten heb ik nodig om mijn ziekte of functiebeperking zo goed mogelijk te hanteren?’
  
- In de praktijk zien we hier en daar ook wat andere vormen van vraagsturing ontstaan. Bijvoorbeeld *passieve vraagsturing*. Deze komt in twee varianten voor:
  - Indien er een WGBO-achtige situatie bestaat informeert de behandelaar zijn patiënt, wijst hem op alternatieven en krijgt tenslotte toestemming (‘consent’) voor het uitvoeren van de gekozen behandeling. Prachtig, niets mis mee. Zeker als het in de werkelijkheid ook echt zo gaat. Passieve vraagsturing zou scheuring en inslag moeten zijn want er is immers een wet die dit gedrag codificeert.
  - Als een aanbieder via een marketingachtige benadering groepen consumenten onderscheidt en zijn aanbod daar op afstemt. Bijvoorbeeld het verzorgingshuis, dat met een Hindoestaanse-, Jordanese- en ‘klassieke muziek’-afdeling werkt om zo recht te doen aan de hang naar de eigen culturele achtergrond van de oudere klant. Dit zou je, wil je het begrip vraagsturing hier vermijden, ook ‘actieve vraaggerichtheid’ kunnen noemen. Dat is iets van de aanbieder. Vraagsturing is niet van de aanbieder, die is van de klant.

*Een matrix van praktische kenmerken van vraagsturing*

<b>Kenmerk</b>	<b>Aanbodsturing</b>	<b>Vraagsturing</b>
Mobiliteitsrichting	De patiënt bezoekt de locatie van de aanbieder en past zich aan zijn economy of scale aan	De aanbieder zoekt de patiënt op, en past zich aan zijn economy of life aan
Relatietype	A-symmetrisch, gericht op reductie en inbedding van de zorgvraag/zorgvrager in het systeem van de aanbieder	A-symmetrisch, gericht op het beste value-for-money resultaat voor de patiënt
Gedrag klant	Vraagt	Koopt in
Succescriterium	Wordt in hoge mate bepaald door de normen van de professional	Maakt de klant zelf uit op basis van ervaren van kwaliteit van leven
Valide kennis	Academische- en praktijkkennis van aanbieders	Academische- en praktijkkennis van aanbieders in evenwicht met ervaringskennis van mensen met makke
Primair gedrag van de professional	Diagnosticeren, genezen, verzorgen	Ondersteunen, faciliteren
Loopbaanrichting met meeste status	Patiënt afwaarts (management, bestuur, onderwijs)	Directe contacten met patiënten krijgen meer status
Organisatiegraad	Aanbieders hebben sterke organisaties	Klanten hebben sterke organisaties
Kenmerken van de markt	Imperfecte markt	Echte koopkracht, echte keuzen, echte informatie
Statelijke referentie	Verzorgingsstaat	Civil society
Sturingssysteem	Hybride: beetje markt, beetje overheid en veel eenzijdige zelfregulering	Hybride: meer markt, overheid en tri-partite zelfregulering
Leefwereld van de Klant	Opsplitsing identiek aan segmentering zorgsysteem	Samenhang in het eigen bestaansverhaal
Time window	De doorlooptijd van zorg en behandeling	Iemands biografie
Culturele connotatie van ziekte/handicap	Negatief, iets om te bestrijden	Neutraal, fact of life, bijdrage aan cultureel patchwork

### **Kader 3.5 Kleine zelfbeschikking**

#### *Postcodediscriminatie in de dialysezorg*

In 1999 is de situatie in de dialysezorg alarmerend. Er zijn grote capaciteitsproblemen. De sector heeft de stijgingen in de patiëntenaantallen lijdzaam over zich heen laten komen, na een en ander maal nul op het request gekregen te hebben van overheid en verzekeraars. De patiëntenvereniging schat dat een op de vijf dialysepatiënten onderbehandeld wordt. De vereniging vermoedt dat de sterk gestegen sterfte onder dialysepatiënten – opgelopen tot ruim 20% – veroorzaakt wordt door de capaciteitsproblemen. De druk op de dialysecapaciteit neemt verder toe als het aantal postmortale niertransplantaties daalt tengevolge van de nieuwe wet op de orgaandonatie.

Onderbehandeling van patiënten komt in twee varianten voor. Van primaire onderbehandeling wordt gesproken indien men te laat met dialyseren begint, twee keer per week dialyseert in plaats van de aanbevolen drie keer en indien de keuze voor de behandelvorm (peritoniaal of haemo) wordt gedicteerd door wat beschikbaar is en niet door wat het beste is. Van secundaire onderbehandeling wordt gesproken indien men niet bij het dichtstbijzijnde dialysecentrum terecht kan maar onevenredig ver moet reizen, indien er sprake is van ‘regio-arrest’ omdat elders in het land geen ad-hoc capaciteit beschikbaar is en familiebezoek, vakantie e.d. in andere delen van het land niet mogelijk is, en indien het dialyseschema zo strikt is dat andere sociale activiteiten en rollen er door in het gedrang komen.

Er is niet alleen een acuut probleem. Sinds het terugtrekken van de overheid voelt niemand zich in de regio verantwoordelijk voor een goede planning en spreiding van voorzieningen. Sterker nog: de ziekenhuizen hebben de neiging om zich als elkaars concurrenten te gedragen en troeven elkaar in de bilaterale onderhandelingen met de zorgverzekeraar af. Er is geen compenserend planningsmechanisme ontstaan. Het gevolg is dat men in het merendeel van het land historisch plant: dit jaar iets meer dan het vorig jaar. Voor patiënten is er sprake van ‘postcodediscriminatie’: heeft men het geluk in een regio te wonen waar iets beter gepland wordt, dan is er ook minder sprake van onderbehandeling dan in een andere regio.

### **3.6 De dialectische sprong van aanbodsturing naar vraagsturing en dagelijkse zelfbeschikking: wat te doen?**

#### **Negen aanbevelingen voor meer 'Kleine zelfbeschikking'**

1. Bouw het PGB uit tot een participatiebudget (Bellemakers, 1999; Dijkman, 2001) en zorg dat het overslaat van care naar cure (te beginnen met een budget voor chronisch zieken). Keer in het budget ook het deel van de overhead van een instelling uit, zodat er met het PGB behoorlijke tarieven betaald kunnen worden en nieuwe aanbieders hun overhead ook kunnen financieren. Verbeter parallel met het PGB andere marktcondities ('instrumenten') dat wil zeggen bevorder het toetreden van nieuwe, eventueel goedkopere aanbieders (scep echte keuzemogelijkheden), ruim alle protectionistische toetredingsregels op en richt een onafhankelijk instituut op voor het vergelijken van prestaties in de gezondheidszorg en aanverwante dienstverlening (scep echte informatie). Stel tenslotte een marktmeester aan, die toezicht uitoefent namens de burgers.
2. De kenniskolom hangt uit het lood. Wetenschappelijke kennis en toegepaste kennis zijn soms intact en in redelijk evenwicht met elkaar (vaak ook niet zoals in de sector mensen met een verstandelijke handicap waar in betrekkelijk korte tijd praktisch de hele academische structuur is verdwenen), maar de derde kennissoort, de ervaringskennis van mensen met makke, ontbreekt in de kenniskolom volledig. Ervaringskennis wordt door aanbieders en wetenschappers amper gewaardeerd. Maar ook de organisaties van zorggebruikers zelf hebben, afgezien van de strategische en de p.r.-waarde, amper door welke schat zij bezitten. In patiëntenorganisaties gaat men slordig en nonchalant om met het begrip ervaringsdeskundigheid. Dat is tragisch omdat het de zak met gouden eieren is waar men op zit. Er zou dan ook een gerichte inspanning moeten komen om ervaringsdeskundigheid, 'kennis van de derde soort' te ontwikkelen, te beschrijven, te systematiseren en toegankelijk te maken. Dat zou individuele burgers bij het uiten van hun vraag gelegenheid geven om op collectieve kennis terug te vallen. In het verlengde daarvan ontstaat waarschijnlijk de behoefte om deze kennis te implementeren en zal er meer vraag zijn naar methodieken om van medicijnen af te komen, aan disability-management te doen, op eigen wijze psychiatrische stoornissen te overleven, de diagnostiek van luchtwegaandoeningen te verbeteren etc. Er ligt in de hon-

derden categorale- en andere patiëntenorganisaties een schat aan relevante, toepasbare informatie en kennis verborgen.

3. De ontwikkeling van ervaringskennis is nog om een andere reden relevant. In de socialisatie en opleiding van de mensen die in dit land in de zorg werken is wat de patiënt er van vindt, ervaringskennis dus, een irrelevante factor. Werkers in de zorg zijn gesocialiseerd in een professionele aanbodeconomie. Dat verklaart waarom de invoering van vraagsturing soms zo moeizaam verloopt. Werkers zijn in het algemeen niet gewend aan symmetrische omgang en verhoudingen met hun patiënten. Bovendien hebben zij nooit geleerd om de eigen wijsheid, deskundigheid van hun klanten te erkennen, te vertrouwen en te honoreren. Kennelijk moet ze dat alsnog bijgebracht worden, bijvoorbeeld door het vak 'ervaringskennis' in alle primaire opleidingen op te nemen en door aan herregistratie bepaalde bijscholingseisen te stellen die verband houden met het volgen van trainingen, cursussen e.d. door ervaringsdeskundigen. In een situatie waarin in de zorg een competitieve markt wordt nagebootst kan een aanbieder, met medewerkers die zijn opgeleid om de vraag te horen en kennis van de vrager te valideren in plaats van afwijzen, sterk scoren.
4. Methodieken om via self-assessment, peer-group counseling e.d. zicht te krijgen op het eigen bestaansproject zijn onvoldoende ontwikkeld, geëvalueerd en geïmplementeerd. Self-assessment hoort vooraf te gaan aan de entree in zorg- of diensteland. Daarbij moet men kunnen terugvallen op betrouwbare en terzake kundige lotgenotengidsen of consultants. Aan de ontwikkeling van dergelijke methodieken voor zelfsturing/vraagsturing zou in de organisaties van mensen met makke grote prioriteit gegeven moeten worden. Voor de duidelijkheid: hiermee bedoelen we dus niet een methodiek voor 'objectieve' indicatieprocedure of iets dergelijks maar een hulpmiddel om de lange lijn in het eigen bestaansproject boven tafel te krijgen. Het zou in dit verband interessant zijn om een georkestreerd conflict te laten uitbarsten tussen de protocolgeneeskunde die 'evidence based' is aan de ene kant en vormen van 'narratieve geneeskunde' die biografisch getint is aan de andere kant. Wie daarin geïnteresseerd is moet op Internet [www.dipex.org](http://www.dipex.org) zoeken. Op dit adres huist een Engelse site waar men voor steeds meer aandoeningen (nu nog hoge bloeddruk, borstkanker, prostaatcancer) teksten aantreft van patiënten, die in

van patiënten, die in biografisch getinte verhalen de achtergronden schetsen van de keuzen die ze in de loop van hun ziekte en behandeling hebben gemaakt. Niet altijd op grond van wat medisch evident is, maar op grond van wat het beste bij hun leven paste.

5. Maak aanbieders minder stationair. Benut de mogelijkheden van afstandsgeneeskunde, laat patiënten in hun eigen omgeving en rust ze daar toe uit, behandel ze daar en maak de hulpverleners mobiel in plaats van de patiënt. Dat leidt (zeker in het geval van kinderen) tot minder desastreuze risico's voor hun sociale leven. De zorg plooit zich dan om het bestaan i.p.v. omgekeerd en misschien wordt dan ooit nog eens waar wat in een advertentie van een verzekeraar als absurditeit wordt getoond: een volle wachtkamer van dokters die op hun patiënt wachten.
6. Hef de frietsnijder aan de poort van de AWBZ op. In het kader van de 'wonderbaarlijke continuïteit van de problemen in de zorg' is dit toch wel het probleem waarvan het schier oneindige voortbestaan de meeste verbazing wekt. Vrijwel iedereen klaagt al decennialang over kokers en schotten, vrijwel iedereen herkent het pijnlijke reductionisme van iedere kolom en weet dat de kolommen Procrustus-bedden zijn. Iedereen weet het en toch gaat het allemaal gewoon door. Dat is voor de hele sector een pijnlijk brevet van onvermogen. Overheveling van AWBZ-verantwoordelijkheden en -bevoegdheden naar het niveau van de gemeente zal wellicht de verkokering helpen opheffen via integrale indicatiestelling en een loket aan de voordeur. Maar te vrezen valt dat de uitvoeringsregels van de gemeenten zodanig van elkaar zullen verschillen dat er nieuwe vormen van postcodediscriminatie zullen ontstaan (zie de rechtsongelijkheid die het gevolg was van de decentralisatie van de WVG). En de wijze waarop momenteel onder gemeentelijke verantwoordelijkheid indicatiestelling plaatsvindt stemt ons ook niet gelukkig.
7. Hef het vacuüm in het besturingssysteem op: de overheid trekt zich terug maar scheidt geen compenserende structuren. Partijen in de regio hebben geen belang om integraal en op grond van behoeften te plannen, daarvoor heeft ieder in de regel te veel eigen potjes op het vuur staan. En de verzekeraar kan niet plannen omdat hij geen inzicht in de markt en de vraag heeft. Ook niet in de kwaliteit ervan. Het maakt feitelijk niet uit welke partij hiervoor verantwoorde-



lijk is, als hij maar beschikt over de bevoegdheid en informatie om met ‘verlichte’ planningsvoorstellen komen waarin naast epidemiologie en demografie, ook plaats is voor de kwalitatieve vraag. Inzicht daarin kan men krijgen bij patiënten- en gehandicaptenorganisaties die zich tegenwoordig suf toetsen op de kwaliteit van voorzieningen, maar vaak voor de resultaten van hun toetsen geen adres in het besturingssysteem hebben.

8. Ervaringen tot nu toe wijzen uit dat de mythe van de oneindige zorgvraag (‘de patiënt als sprinkhaan’) die men zo vreesde bij invoering van vraagsturing, geen bestaansgrond heeft. In experimenten (bijvoorbeeld met de experimentele invoering van Joint Care) komt naar voren dat het uitrekken en benadrukken van keuzemomenten in een zorg- of behandelingstraject en de persoon op die momenten ruim voorzien van tijd en informatie, steevast leidt tot een daling van de zorgconsumptie. Reductie van angst en onkunde doet wat dat betreft, naast tijd en oprechte aandacht, wonderen. In die zin zou vraagsturing dus wel eens het omgekeerde effect kunnen hebben, namelijk dat door de toegenomen greep van de patiënt op de situatie een sterke reductie van de zorgconsumptie plaatsvindt. Zeker als aan de informatie die een patiënt kan krijgen een ‘lotgenotensprekuur’ of iets dergelijks wordt toegevoegd. Een betekenis van ervaringsdeskundigheid is, namelijk dat patiënten weten wat ‘werkt’ en wat niet.
9. De introductie van de Wet Gelijke Behandeling Chronisch Zieken en Gehandicapten en het stringent toepassen van de Standard Rules on the Equalisation of Opportunities of Disabled People zal in de nabije toekomst zijn effect hebben op de mate waarin zorgvoorzieningen toegankelijk en bruikbaar zijn voor alle mensen. Dit heeft consequenties voor zowel de fysieke, financiële als culturele toegang tot die voorzieningen als de feitelijke bruikbaarheid van al die diensten en producten. De vermoedelijke wijziging van het Wetboek van Strafrecht, waarmee ongeoorloofd onderscheid met betrekking tot gehandicapten en chronisch zieken strafbaar zal worden gesteld, zal als een extra stok achter de deur fungeren.

### **Kader 3.6 Kleine zelfbeschikking**

De oude dame had van alles: ze was een nier kwijt, ze had artrose en artritis, en een hernia die regelmatig opspeelde, te hoge bloeddruk, een niet goed ingeregelde diabetes en een onvoorstelbare moeheid. Dit alles gelardeerd met een dagelijkse pillenconsumptie van 33 stuks! De huisarts was aardig en vol goede moed maar overzag het niet helemaal. De uroloog wist niets van het bewegingsapparaat, de orthopeed gaf pillen die niet goed waren voor de nieren en de internist besteedde weinig aandacht aan de resterende nier. En zo modderde de oude dame door en werd langzaam maar zeker erg somber en verdrietig van al dit gestapelde lijden zonder uitzicht op verbetering.

Toen greep de dochter in en regelde via de huisarts een verwijzing naar een geriater. Die nam rustig de tijd om zowel de aandoeningen als de levensomstandigheden en de ambities van de oude dame in beeld te krijgen. Daarna werden onderzoeken gedaan en foto's en echo's gemaakt. Bij het volgende bezoek worden leven en lijden en onderzoeksresultaten met elkaar in verband gebracht en een nieuwe aanpak vastgesteld waarmee de oude dame naar huis werd gestuurd. Na een half jaar zit er een ander mens: de overgebleven nier doet het goed, de klachten aan het bewegingsapparaat worden behandeld en de pijn is dragelijk, de diabetes is goed geregeld. Maar ze is vooral niet meer moe en depressief. Het medicijngebruik is licht gezakt (van 33 naar 29 pillen per dag). Haar omgeving - en zijzelf - ervaart het als een zegen dat eindelijk iemand de medische verantwoordelijkheid voor het geheel heeft genomen en zijzelf weer stuurman is van eigen leven.

### **3.7 Epiloog: grote zelfbeschikking en kleine zelfbeschikking**

Het alledaagse leven van mensen met makke is soms moeilijk te leven. Men heeft niet alleen te maken met de rechtstreekse gevolgen van ziekte of functiebeperking maar ook met het verschijnsel dat hulpsystemen in de sfeer van zorg, welzijn en voorzieningen in het algemeen al heel vlug een sta-in-de-weg kunnen worden. Een extra en onverwacht probleem waar men niet op gerekend had. In de strijd daartegen verdampt soms het beetje energie dat men over heeft en dat kan natuurlijk nooit de bedoeling zijn.

De wensen van mensen met makke zijn niet extreem of anders dan die van anderen. Een pilsje aan de bar, lid willen zijn van een vereniging, dingen doen waarvoor je te oud bent, nog eens naar Parijs willen, lijnen en daarover kibbelen met je partner.

Heel gewoon. Maar wat is er gewoon aan

- moeten plassen als je niet moet plassen,
- op een waakvlam leven omdat er te weinig dialysecapaciteit is,
- een groot deel van je jeugd doorbrengen in een taxi en van het leven leren via de taxichauffeur, als je de optelsom van behandelingen en pillen niet overleeft?

Zo bezien is het leven van mensen met makke een kwestie van overleven, of van kien zelfmanagement. We moeten onder ogen zien dat de voorzieningen en instituten die in het leven zijn geroepen om mensen te helpen inmiddels een grote bedreiging zijn voor het levensgeluk van diezelfde mensen. De bereidheid om dat onder ogen te zien is in dit land gering: “het valt wel mee, de voorbeelden zijn uitzonderingen, er gaat overal wel eens iets mis, wat wil je dan?”

Terwijl de de-institutionalisering van voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten in dit land nog nauwelijks heeft ingezet gaan er al weer stemmen op om hun maatschappelijke integratie te bevriezen en de ‘oude inrichtingen’ weer in ere te herstellen. En dat terwijl in dit land feitelijk nog steeds meer mensen in instituten voor verstandelijk gehandicapten wonen dan in de gehele Verenigde Staten van Noord Amerika bij elkaar!

Nederland speelt internationaal graag de rol van gidsland op het gebied van de Grote Zelfbeschikking (niet geheel terecht zoals we in de inleiding schetsten). Dat maskeert echter het vrij omvangrijke gebrek aan zelfbeschikking in het dagelijks leven van mensen met makke. Vraagsturing zou dit (gedeeltelijk) kunnen oplossen. De instituten en de voorzieningen die het domein zijn geworden van de professional zijn toe aan nieuwe inspiratie!

## Literatuur

- Bellemakers, C. Disability Manager: managementwerk om maatschappelijk te participeren. Assen/Utrecht: Van Gorcum/Kantel Konsult, 1999.
- Bellemakers, C. Verkeerd beeld politiek over hulpbehoevendheid. Health Management Forum, 6, 2000, no. 2, p. 50-51.
- Bellemakers, C. Indicatiestelling is niet onafhankelijk, objectief en integraal. Tijdschrift voor gezondheid, burgerschap en politiek, 19, 2001, no. 1, p. 46-53.
- Bellemakers, C. en D. van Houten. Het leven en de zorgen van mensen met een chronische ziekte. Praktische Humanistiek, 6, 1996, no. 2, p. 12-24.
- Bellemakers, C. en D. van Houten. Wie het weet mag het zeggen. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 78, 2000, no. 2, p. 114-116.
- Dijkman, K. Naar een integraal participatiebudget. Tijdschrift voor gezondheid, burgerschap en politiek, 2001, no. 4, p. 52-57.
- Hoorn, E. van. Wat wil de patiënt? Handboek Cliëntenparticipatie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 1995.
- Hoorn, E. van. Vage vragen? Voorstel voor een onderzoek naar de wijze waarop hulpvragen tot stand komen. In opdracht van de Federatie van Gehandicaptenorganisaties in Limburg, 2000.
- Houten, D. van. De standaardmens voorbij: over zorg, verzorgingsstaat en burgerschap. Maarssen: Elsevier De Tijdstroom, 1999, p. 95-111.
- Per Saldo. Glans! Het persoonsgebonden budget toen, nu en straks. Utrecht: Per Saldo, 2001.
- Sociale Verzekeringsbank. Het persoonsgebonden budget in kaart gebracht: kwantitatieve analyse 2001. Amstelveen: Sociale Verzekeringsbank, 2002.

## **Auteurs**

*Ed van Hoorn* is vennoot van het Instituut voor Gebruikers Participatie en Beleid (IGPB) te Amsterdam en betrokken bij Kantel Konsult te Harmelen. Hij heeft filosofie gestudeerd en heeft zijn roots in de patiëntenbeweging.

*Conny Bellemakers* is senior consultant bij Kantel Konsult te Harmelen. Zij heeft gezondheidswetenschappen gestudeerd en is cliëntdeskundige.

*Yolan Koster-Dreese* is directeur van Kantel Konsult te Harmelen. Zij is cliëntdeskundige en o.m. betrokken bij ZonMw, de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling en het College voor Zorgverzekeringen.

## Intermezzo: Casus Plexus

In het vorige intermezzo over Ahold is de levensmiddelenbranche geschetst. Het is een sterk concurrerende, dynamische markt waarin de klant koning is. De klant kan kiezen uit een flink aantal aanbieders en uit een overvloedig aanbod van producten en daar datgene kopen wat hij of zij wenst.

Hoe anders is de gezondheidsmarkt. Van overvloed is in het geheel geen sprake. Integendeel er is een structurele schaarste, waardoor er voor de patiënt weinig te kiezen valt.

Er beginnen evenwel barsten in dit starre systeem te komen. Er zijn verschillende initiatieven om de starheid te doorbreken.

Een van de initiatiefnemers is het adviesbureau Plexus Medical Group, in 1991 opgericht door drs. Jaap Maljers. Het bureau probeert vanuit het perspectief van de patiënt de dienstverlening, logistiek en/of doelmatigheid in de zorg te verhogen. Het bureau begeleidt verschillende projecten, zoals de stroomlijning van ketenzorg in de regio Amsterdam. Ze heeft ook een infrastructuur ontwikkeld voor *outcome benchmarking*, waardoor instellingen op zorginhoudelijk niveau onderling vergelijkbaar worden.

Vanuit Plexus zijn diverse andere bedrijven, met name privé klinieken, ontstaan zoals Vision Clinics, een keten van oogklinieken die gespecialiseerd is in refractaire oogchirurgie (laserbehandelingen van het hoornvlies, zodat men geen bril of contactlens meer hoeft te dragen), EyeCheck, een bedrijf dat zich richt op de geautomatiseerde screening van diabetische retinopathie.

Verder is er nog Alant Medical. Hieronder valt een aantal doelgroepklinieken, zoals Alant Vrouw, een centrum voor bekkenbodembodem- (incontinentie en verzakking van de baarmoeder) en menopauzeproblematiek en Alant Cardio.

Alant Cardio is een behandelcentrum voor 'stabiele' hartpatiënten en mensen met risicofactoren voor hart- en vaatziekten of zij die zich zorgen maken over de conditie van hun hart en bloedvaten. Patiënten komen op verwijzing van de huisarts, specialist of op eigen initiatief. Bij verwijzing worden de kosten (grotendeels) door de verzekeraars vergoed. Er worden drie basisprogramma's aangeboden: *Hart in zicht*, *Hart beweegt*

en *Blijf fit*. Het eerste is een diagnostisch programma om de gezondheidstoestand te bepalen. De andere twee programma's zijn gericht op het bevorderen van een gezonde levensstijl.

Het bedrijfsleven is geïnteresseerd geraakt in deze ontwikkelingen. Zo heeft Vendex/KBB een belang van 25% in Vision Clinics en 20% in Alant Medical. Daarnaast heeft de holding van het Universitair Medisch Centrum Utrecht een belang van 25% in Alant Vrouw.

De voorbeelden illustreren een aanpak die in andere marktsectoren al sinds jaar en dag gewoon is: een ondernemer biedt een product of dienst aan op een bepaald terrein en de klant kan al dan niet besluiten er gebruik van te maken. Dit laatste geldt in de gezondheidszorg met name voor zorg in het derde compartiment, dat de patiënt zelf betaalt. Zo worden behandelingen voor refractieafwijkingen in bijvoorbeeld de Vision Clinics, niet door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Bij zorg die normaliter door de ziektekostenverzekering wordt gedekt, zoals bijvoorbeeld het geval is bij Alant Vrouw, speelt de zorgverzekeraar een belangrijke rol. Een aantal zorgverzekeraars vergoedt reeds de behandelingen in de privé-klinieken.

## 4 En ik ben maar een kuip vol dromen

*Over kwaliteit, zelfbewustheid en wederkerigheid in de individuele gezondheidszorg in de 21<sup>e</sup> eeuw.*

*Prof. dr. F.C.B. van Wijmen*

*Een beetje moed*

een beetje moed meer is niet nodig  
de grootste lafaards stierven onopvallend  
en ik ben maar een klein wezen  
en ik ben maar een kuip vol dromen.

Bron: Hans Lodeizen. Nagelaten werk, Gedichten. Amsterdam: Van Oorschot, 1949.

### 4.1 Uitgangspunten en doelstellingen

Hoe kunnen zorgaanbieders ertoe gebracht worden zorg aan te bieden en te verlenen waarbij rekening wordt gehouden met het cliëntenperspectief? Hoe kan de zorg ‘vraaggestuurd’ worden aangeboden? Cliëntenperspectief bij zorginstellingen en professionals. Dat is de aanleiding voor het schrijven van deze beschouwing. “De (individuele) vragen en behoeften van de zorggebruiker moeten zoveel als mogelijk richtinggevend zijn voor het aanbod van zorg. Hierbij wordt gestreefd naar een situatie waarbij de ‘afzet’ van de zorgaanbieder niet zonder meer gegarandeerd is, maar mede afhankelijk is van de keuzes die zorggebruikers of zorgverzekeraars maken wanneer zij namens hun verzekerden optreden en zorg inkopen en financieren. Teneinde een dergelijke situatie te realiseren moeten zorggebruikers over daartoe geëigende instrumenten beschikken. Daarnaast moeten zorgaanbieders de nodige prikkels krijgen om vraaggericht te handelen.”

Van aanbodregulering naar vraagsturing. *Cliëntenperspectief* en *vraagsturing* zijn de toverwoorden die de programmering van zorgaanbod in het eerste decennium van de 21<sup>ste</sup> eeuw kleuren. De aloude effectiviteit van zorg - een voorname drijfveer van professionele zorgverleners - en de iets jongere doelmatigheidsprikkel worden hier aangevuld met ‘patiëntgerichtheid’ en ‘afstemming op de reële behoefte van de patiënt’. En zie, we zijn bij het kwaliteitsconcept, dat sinds het begin van de negentiger jaren van de vorige eeuw, gangbaar is geworden als



gentiger jaren van de vorige eeuw, gangbaar is geworden als ideaal van goede zorgverlening. Dat leidt tot het volgende uitgangspunt.

Verantwoorde zorg omvat net zo goed het cliëntenperspectief en vraagsturing als doeltreffendheid en doelmatigheid.

Kwaliteit is synoniem voor professionaliteit. De moderne professional combineert vakmanschap met hart voor zijn patiënt. De professionele autonomie als vrijplaats voor de hulpverlener, als enclave van exclusiviteit – een beeld dat jaren geleden vooral met artsen werd vereenzelvd – verdwijnt uit beeld. Dokters die met een beroep op die autonomie weerstand bieden aan patiëntenrechten en zich niet in de kaart willen laten kijken, laten zich kennen als ouderwetse beroepsbeoefenaren, die de betiteling professional niet waardig zijn.

Zo slinkt de afstand tussen arts en patiënt. Ontzag moet plaatsmaken voor respect, volzaamheid voor meegaandheid. Bij het construeren van een eigentijds beeld van de hulpverleningsrelatie wordt wel eens een poging gedaan gelijkheid te suggereren; dat wordt tot uitdrukking gebracht in de gedachte dat de patiënt en de hulpverlener elkaars *partner* zijn. In een optimistische stemming heb ik dat wel eens een *pracht perspectief* genoemd (Van Wijmen, 1989). Bij nadere beschouwing blijkt dat het *contract* te hulp wordt geroepen om een zeker evenwicht in de verhouding te stipuleren of te forceren. Door met name de rechten van de patiënt uit te schrijven en vast te leggen wordt de *afhankelijkheid* die de patiënt voelt ten opzichte van de hulpverlener als het ware gecompenseerd: hij heeft rechten om op te staan, rechten die afdwingbaar zijn.

“Wij zijn gewend geraakt aan het beeld van de afhankelijke patiënt. Hij was het ook lang en dit was ons argument om een aantal acties te bepleiten, zoals betere gezondheidsvoorlichting en –opvoeding, betere voorzorg, begeleiding en nazorg, ruim baan voor patiëntenorganisaties en een verbetering van de rechtspositie, kortom: een patiëntenbeleid. Tot de verworvenheden gaan, hopelijk nog ruim voor de eeuwwisseling, een wettelijke regeling voor de relatie van de patiënt met zijn hulpverlener en een gerichte detaillering daarvan bij wege van zelfregulering behoren. In het beste geval is dat een steun in de rug voor een zelfbewuste patiënt, in het slechtste een waarborg voor een minimumpositie, die tot aan de rechter kan worden afgedwongen. Een overeenkomst is een tweepartijenverhouding. De geneeskundige behandelingsovereenkomst gaat de

positie van de patiënt als partner in de individuele hulpverleningsrelatie bezegelen. Het geven van deugdelijke informatie over diagnose, behandelingsalternatieven, prognoses, risico's en dergelijke zal, voor zover dat niet reeds het geval is, tot de gebruikelijke rituelen van de arts-patiëntrelatie gaan behoren evenals het vragen van toestemming en het behoorlijk vastleggen daarvan. De arts vergewist zich ervan of de patiënt goed doordrongen is van zijn toestand en streeft naar een duidelijke uitspraak van de patiënt over de geprefereerde behandeling, want een goede informed consent is beter en prettiger dan het verlenen van inzage in het dossier. De andere kant van deze zelfbewuste medaille is, dat de arts meer dan tot nu toe in de patiënt een gesprekspartner vindt, met wie hij over het beleid kan overleggen. Nog maar een keer het recept uitschrijven, omdat tenminste het placebo-effect lijkt te werken of voor de lieve vrede maar doorverwijzen, omdat de aandrang van de patiënt welhaast een claim lijkt, hoeven er niet meer bij te zijn. Het gevolg is een adequatere balans tussen hulp en eigen verantwoordelijkheid, een efficiënter gebruik van voorzieningen en dus zowel in ideëel als in materieel opzicht een voordeel voor de gezondheidszorg." (Van Wijmen, 1989).

Wij schreven 1989 toen dit werd uitgegeven; we zien een mix van uitgekomen verwachtingen en ijzeren optimisme. De WGBO is er gekomen en nog veel meer wettelijke regels. Die hebben er inderdaad voor gezorgd dat de positie van de patiënt beter juridisch is gevestigd. Of dat de afhankelijkheid werkelijk heeft verminderd staat nog te bezien.

De patiënt als partner van de hulpverlener bestempelen is optisch bedrog als die hulpverlener er niet in slaagt de patiënt het gevoel te geven dat hij zelf wat te vertellen heeft over onderzoek en behandeling, dat hij voor de hulpverlener een *volwassen gesprekspartner* is, serieus genomen wordt. Als patiëntgerichtheid en vraagsturing worden gesymboliseerd met de leuze 'De klant is koning' is dat voor vrijwel alle patiënten eerder een belediging dan dat daarmee de werkelijkheid wordt getypeerd.

Tegenover het goed hulpverlenerschap heb ik het *goed patiëntschap* gezet, dat in de paragraaf hierna verder wordt geconcretiseerd. Deze notie heb ik in mijn tweede inaugurale rede als volgt verder onder woorden gebracht. "Voor mij bestaat het goed patiëntschap er met name in, dat de patiënt goed - te goeder trouw - gebruik maakt van zijn rechten. In die zin dient de patiënt - zoals ik hier verder zal uitwerken - verantwoord

gebruik te maken van de gezondheidszorg, geeft hij zo nauwkeurig mogelijk aan welke zorg hij nodig heeft, sluit hij met de juiste hulpverlener een contract, geeft hij adequate informatie, komt hij afspraken en instructies over de behandeling na, vraagt hij niet onnodig inzage in zijn dossier, is hij niet weigerachtig of recalcitrant, bespreekt hij onvrede direct met de hulpverlener alvorens te gaan klagen en is hij op zijn tijd zelfs zó altruïstisch dat hij terwille van de medemens als proefkonijn meedoet aan een medisch-wetenschappelijk onderzoek. Hij staat daarbij oog in oog met hulpverleners; die hun beroepsuitoefening zien als kunst; geneeskunst en waarom eigenlijk ook niet verpleegkunst, verloskunst en zo verder? Ook patiënt zijn is een kunst, zeker als die patiënt intussen zoveel rechten heeft. Zowel de patiënt als de hulpverlener moeten rechten en plichten kennen en er mee weten om te gaan. Dan pas werkt het systeem ten volle. Dan pas kunnen we afrekenen met de gedachte dat de patiënt afhankelijk is en zich blind verlaat op de deskundigheid van de hulpverlener. De relatie wordt daarmee evenwichtiger, gelijkwaardiger. Deze belofte van de WG-BO moet nog in belangrijke mate worden waargemaakt. Mijn stelling is, dat we ons daar best de tijd voor mogen gunnen. [...] Dichters kunnen veel mooier kleur bekennen dan ik met woorden van wet en wetenschap. Op mijn verzoek heeft Emma Crebolder [...] al associërend rond het thema goed patiëntschap als spiegelbeeld van verantwoorde zorg het gedicht gemaakt, dat hieronder staat afgedrukt.” (Van Wijmen, 1996).

#### *Koningklant en zorgtiran*

In deze lange gangen waar angst te loeren ligt, in deze hokjes waar je naakter bent dan bot word je pas gelijk als al het lamgelegde zich verenigt, in de overdrijving schiet, in de lach als je je in een spiegel ziet als koningklant en zorgtiran. Dan als was het afgesproken je kroon afzet, als was je aan je beeld verplicht de grens te kennen tussen gebroken en gedicht. Bron: Emma Crebolder.

Kijkend in de spiegel van de verantwoorde zorg ziet de patiënt zich als de karikatuur van koning en tiran, die zich toch liever ontroont weet en zo op zoek gaat naar zelfstandigheid.

Al even gevaarlijk als de suggestie dat de patiënt het in de gezondheidszorg voor het zeggen heeft is de gedachte dat de patiëntenzorg zich steeds onder het gesternte van *wederzijds vertrouwen* zou afspelen.

Met name van medische zijde is de opmars van het recht in de zorg gezien als een aanslag op de *vertrouwensrelatie*. Bij de introductie van de WGBO heb ik daarover het volgende geschreven.

Tovenaarsleerling, die de gevolgen van zijn magie niet geheel kan overzien en in de hand heeft, is de medicus nog niet zo lang. Iedereen, die met patiëntenzorg te maken heeft, zou zo af en toe eens moeten teruggrijpen op het boekje ‘Medische macht en medische ethiek’ van prof. dr. Jan Hendrik van den Berg. Ik bepleit dat niet omdat hij daarin een perfecte handleiding-avant-la-lettre geeft voor de omgang met de patiënt volgens de WGBO, maar vanwege de authentieke manier waarop Van den Berg de decorwisseling van de medische macht analyseert. Ik citeer een cruciale passage in haar geheel:

«Wat was de faam van de oude geneesheer? In onze ogen kon hij niets. Hij kon niet ingrijpend opereren. Hij wist niets van de verwekkers van infecties. Hij kon een infectie niet echt bestrijden. Hij kende geen vitamines en had nog nooit gehoord van hormonen. Hij had geen inzicht in de eenvoudigste verrichtingen van het lichaam. Van de meeste organen was hem de functie onbekend. Hij kon geen bloed, geen urine, geen ontlasting onderzoeken. Hij bezat geen van de moderne, trefzekere medicamenten. Geen tabletten, geen ampullen. Hij kon geen bloedtransfusie tot stand brengen. Wat kon hij eigenlijk wel? De oude arts kon natuurlijk allerlei. Het is niet aan te nemen dat zijn roem zonder grond was. Hij had macht. Maar zijn macht was volledig ongelijk aan de medische macht van zijn huidige collega. Diens technische macht had hij niet. De oude arts was *een kundig dokter*. Wat daaronder te verstaan is, kan ieder zien die meemaakt hoe een zieke zich in nood aan zijn arts kan vastklampen, op een moment dat van deze niets meer te verwachten is. De macht die de arts dan toont, de macht die troost, die pijn en angst wegneemt, deze macht bezat de arts vroeger»

De door Van den Berg genoemde inzichten en mogelijkheden van tegenwoordig - en sinds 1969 is er nog wel het één en ander bijgekomen - hebben een overweldigende technologie de plaats laten innemen van troost en steun, welke functies nu veeleer door de verpleging en verzorging worden vervuld. Vertrouwen in termen van troost en steun zoeken is vanaf eind zestiger, begin zeventiger jaren als het ware uitgesplitst in twee bewegingen: ontdekking en ontwikkeling van *zelfvertrouwen* enerzijds en anderzijds vertrouwen in termen van *overgave* aan,

*blind vertrouwen* in de almacht van de geneeskunde. De eerste beweging laat zich herkennen als die van de democratisering en de emancipatie. Groeperingen, ook van cliënten en patiënten, zoeken identiteit en vinden zelfbewustzijn. Zij verlangen respect en behoeven soms bescherming. Het gaat daarbij niet alleen om de collectieve dimensie, de vertaalslag naar het niveau van de individuele beslissing wordt evenzeer gemaakt. Zelfbeschikking is het motto dat inspiratie geeft. In ethisch beladen thema's als abortus en euthanasie komt dat heftig aan het maatschappelijk oppervlak. Daar waar het om bescherming gaat ontmoet de wetgever veel meer consensus; denk aan de wetgeving inzake de psychiatrische patiënt en de vertegenwoordiging van meerderjarige onbekwamen. In deze lijn vinden ook wetten inzake het klachtrecht en - terug naar de collectieve dimensie - de medezeggenschap een plaats. De patiënt werkt aan zijn zelfbewustzijn, de samenleving biedt hem waar nodig wettelijke bescherming. De tweede beweging is die van de overgave, het blinde vertrouwen. De vooruitgang in de geneeskunde heeft - denk nog eens aan de tovenaarsleerling - naast zegeningen ook onmiskenbaar riskante en ongewenste bijwerkingen. Ook hier ziet de wetgever zich genoodzaakt om in te grijpen. Zichtbaar wordt het andere deel van het wettelijk beschermingsprogramma: wetgeving op het gebied van de orgaandonatie, medische experimenten en medische keuringen. [...] Patiënten worden ervoor behoed zich blindelings ter beschikking te stellen, hulpverleners en onderzoekers worden verplicht de patiënt expliciet om medewerking te vragen voor andere dan behandelingsdoeleinden (Van Wijmen, 1995).

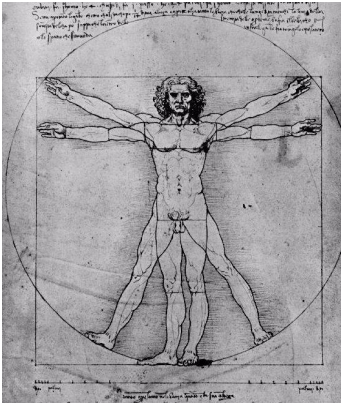
Toename van medische mogelijkheden vergroot eerder de afhankelijkheid van de patiënt van de hulpverlener en van het systeem. Wettelijke rechtsbescherming verschaft de patiënt een positie, die vergt dat hij als gesprekspartner serieus wordt genomen. Wil er sprake zijn van een *wederszijdse vertrouwensrelatie* dan vraagt dat in de eerste plaats van hulpverleners dat zij hun opstelling in de relatie in termen van het geven van vertrouwen herdefiniëren.

In deze plaatsbepalende introductie dient ook een toekomstperspectief te worden geschetst. Een beeld, gebaseerd op schattingen en verwachtingen over datgene wat ons in de 21<sup>ste</sup> eeuw te wachten staat, is gepubliceerd in een bundel bij gelegenheid van het 150-jarig bestaan van de KNMG. (Van Wijmen, 1999). Alleen Leonardo da Vinci kon daar niet worden afgedrukt.

INDIVIDUELE GEZONDHEIDSZORG IN DE 21<sup>ste</sup> EEUW

Inleiding

Dit plaatje werpt een blik op de eerste decennia van de 21<sup>ste</sup> eeuw. Het betreft de relatie tussen patiënt en hulpverlener (verticale as), die beschouwd wordt in het spanningsveld tussen technologie aan de ene kant en ethiek en recht aan de andere kant. Vanzelfsprekend is dat een reductie van de werkelijkheid. Het is wél zo dat de toenemende technologische ontwikkelingen de samenleving in het algemeen en de gezondheidszorg zullen gaan domineren, zo niet gedeeltelijk zullen gaan bepalen. Het recht zal zich dat aan moeten trekken en ook de ethiek wordt er mee geconfronteerd.

	<p><u>Patiënt</u></p> <p>Het proces van toename van zelfbewustzijn en zelfstandigheid zet zich onverdroten voort. Er komt meer evenwicht in de verhouding met de hulpverlener. Dat komt niet alleen doordat de wettelijke rechtsbeschermingsregelingen wederzijds als gewoner worden ervaren, maar ook door de hierna te schetsen ontwikkelingen in de technologie. Gelijkwaardigere omgangsvormen geven patiënten meer gevoel van eigenwaarde en halen in het professioneel gedrag van de hulpverlener de druk van de ketel.</p>	
<p><u>Technologie</u></p> <p>Dominant blijft de invloed van technologie, die - letterlijk – indringend verdergaat. Het tempo van communicatie wordt hoger, de penetratie in het persoonlijk leven groter, de transparantie schaamtelozer. Kennis en informatie worden nog laagdrempeliger toegankelijk. Dat stimuleert mensen in hun zelfstandigheid.</p> <p>Technologie is ook vormgeving van organisaties en besluitvorming. Onontkoombare bureaucrativering zet zich daar voort. De paradox met individualiteit en zelfstandigheid groeit. Zowel de patiënt als de hulpverlener hebben daar last van. In de zorg blijven ook technologische ontwikkelingen in de sfeer van genetica en reproductie een grote en nog steeds groeiende invloed uitoefenen.</p>		<p><u>Ethiek en recht</u></p> <p>Ethiek en recht blijven gericht op vergroting van zelfstandigheid, maar zien dat de patiënt dat eerder bereikt als hij niet alleen rechten consumeert maar ook besef heeft van plichten. Bescherming van fundamentele menselijke waarden blijft de missie van ethiek en recht. Het recht stelt kaders, ethiek instrumenteert de hulpverlener om verantwoord te handelen. De snelle en open communicatie eist behoedzame omgang met privacy. Zegeningen van de technologie moeten in balans blijven met de eigenheid van het individu en mensen mogen niet geforceerd worden om te doen wat zij niet willen. Zij die niet kunnen willen, verdienen onze blijvende bescherming.</p>
	<p><u>Hulpverlener</u></p> <p>De hulpverlener heeft het niet gemakkelijk. Hij krijgt van doen met patiënten die minder passief en volgzzaam zijn. Die beter op de hoogte zijn en die meer zullen vragen en eisen. Hij moet ook zelf de technologie in de geschetste dimensies meester worden en een plaats zien te geven in zijn professionele performance. Hij wordt hoe dan ook steeds afhankelijker van anderen en van de techniek. Lange tijd had hij veel last van het recht en ervoer hij regels als blokkade voor vertrouwen. Intussen heeft hij ontdekt dat het recht ook helpt.</p>	

Deze beschouwing betreft het cliëntenperspectief en vraagsturing als prikkels voor zorgaanbieders om adequate zorg te leveren. Tijdens de jongste Leidschendamconferentie in 2000 zijn als thema's voor toekomstig landelijk kwaliteitsbeleid genoemd: ontwikkeling en implementatie van zorgprogramma's, accent op uitkomstindicatoren en afstemming van externe beoordeling. We moeten zorgen dat met name patiënten daadwerkelijk profiteren van kwaliteitsverbetering (Van Wijmen, 2001). Dat laat zich goed associëren met cliëntgerichtheid en vraagsturing. Centraal staat het primaire proces, ook in deze beschouwing. In het voetspoor van de studie 'Zorgtechnologie. Kansen voor innovatie en gebruik' onderscheiden we drie zorgprocessen:

- kortdurende, op genezing gerichte zorgprocessen die beginnen met preventie en diagnostiek, gevolgd door een bij voorkeur kort verblijf in een zorginstelling en zo nodig postoperatieve monitoring thuis;
- in het zorgproces van mensen met een chronische ziekte of functiebeperking gaat het om monitoring en eventueel behandeling van de aandoening, met aanvullende ondersteuning om zolang mogelijk zelfstandig te functioneren;
- terminale patiënten hebben voor een korte periode intensieve zorg nodig; zij hebben behoefte aan technologie voor symptoombestrijding en voor verzorging en verpleging thuis.

Deze indeling is leidraad voor een deel van onze beschouwingen. In de paragrafen 6.7, 6.8 en 6.9 wordt deze indeling gevolgd. Daar wordt het goed patiëntschap verder onder de loep genomen, waarbij in de toekomst wordt gekeken en met name de mogelijkheden die nieuwe technologieën te bieden hebben in de beschouwingen betrokken. Gids is daarbij de genoemde studie, die de Stichting Toekomstbeeld der Techniek in samenwerking met velen in en buiten de zorgsector onlangs het licht heeft doen zien (Van Kammen, 2002).

De opdracht voor het schrijven van deze beschouwing ging vergezeld van een probleemstelling. Daarin werd gesteld dat de zorgmarkt op dit moment nog veel kenmerken vertoont van een aanbiedersmarkt. De keuze- en beïnvloedingsmogelijkheden van zorggebruikers zijn beperkt.

Zorgaanbieders houden nog te weinig rekening met de wensen en preferenties van de zorggebruiker. Om hierin verandering te brengen verdienen de volgende vragen beantwoording:

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

Interessant is dat ook deze vraagstellingen ‘aanbieder-driven’ zijn geformuleerd.

## 4.2 Diversiteit

De ene patiënt is de andere niet. Klassiek is om de zorgvrager in verschillende gedaantes voor te stellen van burger met stemrecht en profiteur van preventie, via verzekerde met een min of meer gewaarborgd recht op passende zorg tot patiënt, ook wel cliënt, die zich toevertrouwt aan de individuele gezondheidszorg om genezen te worden of te voorkomen dat de ziekte verergerd. Bij deze gestalten horen geheel verschillende stemmingen, verwachtingen en hoedanigheden. Wij bepalen ons hier tot patiënten/cliënten in de individuele gezondheidszorg.

De ene arts-patiëntrelatie is de andere niet en het is goed om daarmee ook in de individuele gezondheidszorg rekening te houden. Ik noem een aantal elementen, die het verschil mede bepalen:

- de *toestand* waarin de patiënt verkeert: het ongevalslichaam, de dialysepatiënt, iemand met een gemetastaseerd carcinoom;
- de *bekwaamheid* van de patiënt: is hij in staat om zijn rechten te realiseren?
- de *behoefte* van de patiënt om rechten te realiseren: wil hij op dat bepaalde moment als contractpartij behandeld worden?
- de *aard van de behandeling*: het maakt nogal wat uit of het om de behandeling van een reconstructieve ingreep of een chemotherapiekuur gaat;
- verder de *aard van de relatie*: is zij structureel of incidenteel; de relatie met de huisarts is van een andere aard dan die met de specialist; de mate van exclusiviteit kan een rol spelen;



- evenzo de *intensiteit* van de relatie: een behandeling kan vrij technisch van aard zijn, een puur somatische kwestie ligt anders dan een met een belangrijke psychosociale dimensie;
- tenslotte de *duur*: het kan gaan om een relatie van voorbijgaande aard of om een langdurige relatie.

Het mag duidelijk zijn dat deze aspecten vaak in combinatie voorkomen.

Alleen al door de aard van de ziekte of de aandoening verschilt de ene patiënt van de andere.

De patiënt zelf bepaalt of hij zich actief opstelt in de individuele zorgrelatie.

We moeten ons realiseren dat dergelijke verschillen van jonge datum zijn.<sup>1</sup> Lange tijd werden je positie en status als patiënt vooral bepaald door je maatschappelijke positie en je welstand. Alleen de welgestelden konden zich exclusieve zorg veroorloven, anderen waren aangewezen op de armenzorg. De curatieve mogelijkheden waren toen overigens beperkt. De belangrijkste ontwikkelingen op het terrein van de diagnostiek en behandeling hebben zich in de tweede helft van de vorige eeuw voorgedaan. Het onderscheid tussen acute zorg en chronisch zieken is nog maar een paar decennia oud. In de jaren zeventig dienden zich allerlei emancipatiebewegingen aan en zo verschenen patiënten in beeld die het beu waren om aan de leiband van de hulpverlener te lopen. Cliënten in de geestelijke gezondheidszorg hebben hierin een voortrekkersrol vervuld.

Van Lieshout onderscheidde drie perioden:

- 1970-1974: pioniersfase (oprichting Cliëntenbond, nieuwe vormen van hulpverlening zoals JAC en Release)
- 1974-1979: strijdfase (Dennendal, anti-electroshockbeweging, Gekkenkrant, patiëntenraden en PVP)
- 1979-1983: institutionalisering (meedenken over vormgeving patiëntenrechten; invloed op de Wet BOPZ) (Van Lieshout, 1994).

Als resultante van democratisering en emancipatie lieten minderheden van zich horen. Als minderheden profileerden zich, naast de genoemde patiënten in de ggz, groeperingen die zich gediscrimineerd voelden wegens sekse of seksuele geaardheid. Uit deze tijd dat minderheden zich organiseerden dateerde ook de vorming en bundeling van algemene patiëntenorganisaties. Dit alles ontging de overheid niet. In 1981 zag de eerste Nota Patiëntenbeleid het licht, waarin stimulering van de patiëntenbeweging één van de speerpunten was. Als men vandaag de dag de Gids Patiënteninformatie ter hand neemt raakt men

onder de indruk van de grote hoeveelheid en heterogeniteit van de patiëntenbeweging. De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie overkoepelt alle organisaties; deze zijn onderverdeeld in vier clusters: categoriale patiëntenorganisaties en gehandicaptenorganisaties (op dit moment bestaan er zo'n 220 landelijke organisaties van mensen met eenzelfde ziekte of handicap), organisaties van wettelijke vertegenwoordigers van patiënten/cliënten, algemene patiënten en consumentenorganisaties en tenslotte regionale patiënten/consumentenplatforms (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, 2002).

In het laatste kwart van de vorige eeuw is ook de grondslag gelegd voor de multiculturele samenleving die we op de dag van vandaag kennen. Het begon in de jaren zestig en zeventig met een toevloed van buitenlandse werknemers. Daarvan moeten los gezien worden Surinamers, Antillianen en Molukkers, die evenzo in betekenisvolle getale naar Nederland waren gekomen. In de jaren tachtig ging het aantal vluchtelingen en asielzoekers toenemen. Het totaal aan etnische minderheden bedroeg in 1997 bijna anderhalf miljoen, 9.4% van de totale bevolking. In 2015 zullen deze cijfers naar schatting bijna twee en een half miljoen en bijna 15% zijn (Sociaal en Cultureel Planbureau, 1998). In termen van diversiteit gaat het niet alleen om minderheden, ook de explosieve groei van het aantal ouderen dient ons uiterst alert te maken. Op 1 januari 1999 was het aantal 65-plussers 2,1 miljoen, van wie 59% vrouw. In 1999 was in Amsterdam 38% van de bevolking van niet-westerse allochtone afkomst, in Rotterdam 31% en in Den Haag 30%. Van de jongeren was in die drie grote steden meer dan de helft allochtoon. Volgens het Sociaal Cultureel Planbureau zullen er in 2015 2,8 miljoen personen van 65 jaar en ouder zijn, van wie 55% vrouw. Voor 2038 wordt een aantal van 4,1 miljoen 65-plussers verwacht, van wie 54% vrouw. Per 2015 zullen er in Nederland 1,03 miljoen oudere mensen wonen met een migrantenachtergrond (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2001).

Diversiteit is een breed begrip. Als men met uiteenlopende factoren als leeftijd, sekse en etnische herkomst in aanmerking neemt bestaat diversiteit in onze gezondheidszorg al lang. Cliëntgerichte en vraaggestuurde zorg houdt per definitie rekening met diversiteit.

Ziehier de ingrediënten voor de heterogene en bonte samenleving die we op dit moment in Nederland zijn. Aan het advies Interculturalisatie van de gezondheidszorg van de RVZ wor-

den de volgende conclusies en aanbevelingen ontleend. “Om de toegankelijkheid, kwaliteit en effectiviteit van het zorgaanbod aan migranten te verbeteren, kiest de Raad voor een benadering van ‘zorg op maat’ en ‘vraaggestuurde zorg’. Deze benadering sluit immers goed aan bij de keuze in het zorgaanbod, de diversiteit en de eigenheid van patiënten binnen de grenzen van een minimale gemeenschappelijke moraal te erkennen. De Raad verwijst voor zijn visie op vraaggestuurde zorg naar zijn aanbevelingen in het advies Naar een meer vraaggerichte zorg (mei 1998). Deze zijn als volgt samen te vatten: vergroten van de keuzemogelijkheden van patiënten, verbeteren van de informatievoorziening aan patiënten, meer vraagsturing in de aanbodregulering en betere afstemming tussen de stelsels. Een uitwerking hiervan in relevante aanbevelingen voor dit advies ziet er als volgt uit: verbeteren van de informatievoorziening tijdens de hulpverlening, verbeteren van de informatievoorziening over het aanbod, ontwikkeling en bevordering van goed patiëntschap, versterking van de invloed van patiënten op regionaal en landelijk niveau en het opstellen van regiovisies, waarin het diversiteitsperspectief integraal is opgenomen.”

De RVZ komt tot de volgende concrete aanbevelingen:

- infrastructuur ontwikkelen om aanwezige kennis en expertise inzake interculturele zorgverlening toegankelijk te maken en in dat kader een landelijk steunpunt inrichten;
- intercultureel management (diversiteitsmanagement) en intercultureel personeelsbeleid bevorderen;
- zorgaanbieders via de Kwaliteitswet verplichten om in hun aanbod de zorg aan allochtonen te expliciteren;
- het vak interculturele zorgverlening een vaste plaats geven in opleidingen;
- de inschakeling van allochtone zorgconsulenten (in de grote steden) continueren en organisatorisch inbedden;
- zorgen dat culturele diversiteit een vast aandachtspunt is in regionaal overleg en regiovisies (‘diversiteitscheck’);
- bevorderen van ondersteunings- en overlegstructuren op wijk- en buurtniveau;
- continue monitoring en andere vormen van onderzoek om de gezondheidstoestand en de zorgconsumptie van allochtone zorgvragers in de tijd te kunnen volgen;
- ruimte maken voor cultuurspecifieke en categorale voorzieningen, met name in de sectoren ouderen- en verpleeghuiszorg en geestelijke gezondheidszorg;
- bestaande beleid continueren en verbeteren (cultuurpassende intake, diagnostiek en therapievormen, consultatiepunten voor hulpverleners, voorlichting, interculturele

geestelijke verzorging, rekening houden met religieuze voorschriften, openstaan voor andere geneeswijzen en inventarisatie van cultuur- en religiegebonden rituelen (RVZ, 2000).

De Landelijke Expertcommissie Sekse en Etniciteit in de Gezondheidszorg heeft naar aanleiding van de nota Met zorg kiezen. De toerusting van patiënten en consumenten in een vraaggestuurde zorg (VWS, 2001) een advies geschreven Patiënten/consumentenbeleid langs sekse- en etnischspecifieke lijnen. Waar de VWS-nota uitgaat van vijf toerustingniveaus van patiënten/consumenten voorziet de Expertcommissie die van sekse/etniciteitspecifieke aanbevelingen.

*Toerustingniveau 1: rechtspositie patiënt*

Al verrichte evaluaties van WGBO, WKCZ en WMCZ moeten worden aangevuld met verdieping naar sekse/etniciteitspecifiek gebruik van deze wetten, en bij het maken van implementatieplannen dient toespitsing plaats te vinden op sekse/etniciteitspecifiek gebruik van de zorg.

*Toerustingniveau 2: informatievoorziening*

De overheid dient na te gaan wat de informatiebehoefte is van allochtone en autochtone vrouwen en mannen en hoe zij aan hun informatie komen. Als informatieconvenanten worden gesloten met patiënten/consumenten, aanbieders en verzekeraars dient daarin als criterium te worden opgenomen het sekse/etniciteitspecifiek gehalte van informatie over kwaliteit van aanbod en dienstverlening.

*Toerustingniveau 3: advies en begeleiding*

Voor een dekkender en beter functionerende advies- en begeleidingsstructuur dient de overheid naast de criteria onafhankelijk, betrouwbaar en laagdrempelig ook het criterium 'rekening houdend met de diversiteit van de cliëntenpopulatie' toe te voegen en uiteraard ook de realisering daarvan na te streven of te bevorderen.

*Toerustingniveau 4: inkoopmacht*

Voor een goed en passend PGB-gebruik dient de overheid de gelijke bekendheid/toegankelijkheid alsmede het gebruik van de verschillende PGB-en te (laten) onderzoeken in het perspectief van sekse/etniciteitspecifiek gebruik.

*Toerustingniveau 5: onderhandelingsmacht*

Patiënten/consumentenorganisaties dienen een evenredige afspiegeling te vormen van de populatie zorggebruikers die zij vertegenwoordigen. Hiertoe dient de overheid in overleg met o.a. het IPO (kwaliteits)criteria op te stellen waaraan de huidige patiëntenbeweging dient te voldoen en op langere termijn

een subsidiebeleid te ontwikkelen dat rekening houdt met deze criteria.

Zoals diversiteit de gezondheidszorg domineert zo dient diversiteit kwaliteit en beleid in de zorg te beheersen.

### 4.3 Zelfbewustheid

Zelfbewustheid staat voor een individueel besef van eigenheid met de mogelijkheid tot zelfbepaling, dat wezenlijk is of zou moeten zijn voor elk mens. In dezelfde sfeer liggen begrippen als autonomie, die zowel in de juridische als de ethische dictionaire voorkomen, en als zelfbeschikking en zelfbeschikkingsrecht, die door gezondheidsjuristen worden gestipuleerd als één van de pijlers van de juridische positionering van mensen in de zorg. In een studie betreffende herstel van patiënten na een CVA ontwikkelt Proot de volgende drie dimensies van autonomie:

- *zelfbeschikking* als het maken van keuzes en het nemen van beslissingen aangaande eigen leven en gezondheid;
- *zelfstandigheid* als het plannen en organiseren van het eigen leven, inclusief sociale contacten en rollen; dit begrip refereert aan het nemen van verantwoordelijkheid voor eigen leven en gezondheid;
- *zelfredzaamheid* als vaardigheden op het gebied van mobiliteit, communicatie en cognitie en activiteiten van het dagelijks leven, die noodzakelijk zijn om te kunnen functioneren (Proot, 2001).

De nota Vraag aan bod die een blauwdruk bevat van ons nieuwe zorgstelsel portretteert de zorgvrager van morgen (de burger/patiënt) als een kritische consument die gemiddeld hoger is opgeleid, beter geïnformeerd en mondiger is, meer uitgesproken wensen heeft over aard en kwaliteit van de zorg en die meer te kiezen wil hebben in de zorg. In soortgelijke bewoordingen schildert de nota Met zorg kiezen (patiëntenconsumentenbeleid) de zorggebruiker van morgen. De nota stipuleert een bijpassend overheidsbeleid. “Dit alles stelt hoge eisen aan de manier waarop de overheid richting geeft aan de zorg: meer oog voor de diversiteit en voor de oriëntatie op de wensen van de (potentiële) zorggebruikers. Maar tegelijkertijd ook meer aandacht voor het ‘management van verwachtingen’. Want met de groei van de mogelijkheden in de zorg en de toegenomen zelfverzekerdheid van burgers, groeit ook de

verwachting dat nagenoeg ieder gezondheidsprobleem verholpen kan worden, wat in de praktijk niet mogelijk is”.

Deze beschouwing richt zich op de relatie zorgaanbieder – zorggebruiker. De zorgaanbieder zal merken dat het beeld van de kritische consument er een is dat op ontwikkelingen en tendensen is gebaseerd. De hiervoor genoemde grote aantallen ouderen en allochtonen maken waarschijnlijk een zekere correctie noodzakelijk op deze abstractie van de werkelijkheid. De opdracht aan de zorgaanbieder is om patiënten naar de mate van hun mogelijkheden op weg te helpen naar (het herkrijgen of herwinnen van) hun zelfstandigheid. Een vanuit het cliëntenperspectief werkende hulpverlener draagt er zorg voor dat de patiënt zich *bewust* wordt van zijn recht om te kiezen en te beslissen (zelfbeschikking of zelfbepaling), om zijn eigen leven in te richten en daarvoor ook verantwoordelijkheid te dragen (zelfstandigheid of onafhankelijkheid).

De zelfbewuste patiënt kan een kritische consument zijn, maar er zullen veel patiënten blijven die vol spanning en onzekerheid streven naar het moeizaam herwinnen van zelfstandigheid.

Het autonomiedenken is, zoals gezien, in belangrijke mate gevoed door ontwikkelingen in de geneeskunde aan de ene kant en de democratiseringsbeweging aan de andere kant. Eén van de belangrijkste motieven om de medicalisering aan de kaak te stellen was de uitholling van de persoonlijke autonomie (Stüssgen, 1997). Mensen moeten meer richting kunnen geven aan hun eigen leven. Daartoe moeten zij niet alleen over positieve vrijheid beschikken, maar ook niet te zeer door anderen worden gehinderd (negatieve vrijheid). De Swaan (1979) heeft aangegeven dat juist als gevolg van democratisering de *bevelsbuishouding* heeft plaatsgemaakt voor een *onderhandelingsbuishouding*. De informed-consent doctrine is daarvan een sprekend voorbeeld. Was het in vroeger jaren betrekkelijk vanzelfsprekend dat de arts bepaalde wat goed was voor de patiënt, nu is alom aanvaard dat hij de patiënt behoorlijk informeert teneinde hem in staat te stellen te beslissen. In moderne opvattingen over de verhouding tussen arts en patiënt spreekt men wel van *negotiated consent* en *shared decision making*. Deze laatste vorm van beslissen mag niet betekenen dat de arts en de patiënt *samen* beslissen: hun beslissingen zijn wezenlijk verschillend van aard, net als de daaraan inherente verantwoordelijkheden. Het gaat erom dat de beslissingen naadloos op elkaar aansluiten. Negotiated consent is een concept dat uitgaat van

de primaire relatie tussen hulpverlener en patiënt, maar dat ook de inbreng van de directe betekenisvolle omgeving van de patiënt van belang acht. Widdershoven (2000), die dit concept bespreekt in het kader van de beschrijving van verschillende ethische benaderingen, verwijst naar Moody (1992) die in de onderhandelingshuishouding rondom de patiënt een viertal vormen van communicatieve interventies onderscheidt: belangenbehartiging, stimulering, overreding en het overnemen van de beslissing. Vanuit gezondheidsrechtelijk oogpunt stuiten deze theorieën op principiële bezwaren voor zover het om beslissingen over en zonder de patiënt gaat. De hulpverlener dient in dergelijke gevallen een beroep te doen op een vertegenwoordiger van de patiënt. Het positieve in deze benadering is, dat de patiënt niet wordt geïsoleerd van zijn omgeving.

In de *zorgethiek*, een verwante stroming in de ethiek, stelt men tegenover het denken in rechten en plichten, regels en richtlijnen, de gedachte centraal dat mensen die dat nodig hebben met zorg moeten worden omgeven. Widdershoven omschrijft dat als volgt. “Het rechtendiscours past bij het politiek-juridische systeem, een sociaal verband dat, in termen van Habermas, gecoördineerd wordt door strategisch handelen. Tegenover dit systeem staat volgens Habermas de leefwereld, die gevoed wordt door communicatief handelen. Voor de leefwereld zijn andere morele oriëntaties geëigend dan voor het systeem.” (Widdershoven, 2000). In de *zorgethiek* wordt het begrip zorg beschouwd als een fundamenteel ethisch concept. Zorgzaamheid is een kernthema in het dagelijks leven. Het wordt door practici in de gezondheidszorg ervaren als een belangrijk aspect van hun werk. *Zorgethici* formuleren hun gedachtegoed als kritiek op de *regelethiek*, maar laken ook de juridisering die de zorgrelatie beheerst. Het recht in het algemeen en de informed-consentdoctrine in het bijzonder redeneren in termen van *negatieve vrijheid*. De relatie wordt gedefinieerd in termen van een *contract*, waarin rechten en plichten expliciet zijn gemaakt (Verkerk, 1994). Deze juridische noties, die voor een groot deel al bestonden voordat ze waren gecodificeerd, hoeven niet te worden ontkend of genegeerd. Maar als ze in de praktijk van de zorgverlening als te dominant worden ervaren en een rechten-en-plichtendenken de relatie gaat beheersen, kan zo’n *zorgethisch* accent geen kwaad (Van Wijmen, 2002).

Vanuit de ethiek klinkt de waarschuwing dat een overheersend rechten-en-plichtendenken juridisering van de zorgrelatie in de hand kan werken.

#### 4.4 Cliëntenperspectief en kwaliteit van zorg

Het leveren van verantwoorde zorg is een verplichting van de zorgaanbieder. Die is daarbij in belangrijke mate afhankelijk van de patiënt. Over de verwachtingen die ten aanzien van diens houding en gedrag mogen worden gekoesterd handelt de volgende paragraaf. Hier wordt verder uitgewerkt dat het cliëntenperspectief onlosmakelijk met kwaliteit verbonden is en op welke wijze dat perspectief in dit licht kan worden geconcretiseerd en geoperationaliseerd.

Zoals in de inleiding al is opgemerkt is de cliënt in twee dimensies van ons actuele kwaliteitsbegrip terug te vinden:

- de zorg moet cliëntgericht worden verleend en
- zij moet worden afgestemd op de reële behoefte van de cliënt.

Het eerste element heeft betrekking op de *performance* van de zorg, het tweede is een kwestie van *het juiste aanbod* in relatie tot de vraag. Dit is terug te vinden in de Kwaliteitswet zorginstellingen, een regeling die zich richt op de institutionele aanbieders van de zorg en de binnen de instelling werkzame beroepsbeoefenaren. De betrokkenheid van de cliënt bij kwaliteitsorganisatie, kwaliteitsbeleid en evaluatie was aanvankelijk niet geregeld. Pas in het laatste stadium van behandeling van de Kwaliteitswet in het parlement heeft de patiënt/consument een nadrukkelijke eigen plaats gekregen. Bij de vormgeving van de kwaliteitsorganisatie (artikel 3 KWZ) betreft de zorgaanbieder *de resultaten van overleg tussen zorgaanbieders, zorgverzoekers en patiënten/consumentenorganisaties*. Het gaat om de resultaten van overleg, waarbij onmiddellijk kan worden gedacht aan fenomenen als de Leidschendamafspraken en op regionaal niveau een regiovisie.

Het derde artikel in de KWZ waarin de patiënt/consument ten tonele wordt gevoerd is dat betreffende de publieke verantwoording: het kwaliteitsjaarverslag (artikel 5). Daarin geeft de zorgaanbieder onder meer aan:

1. of en zo ja hoe hij patiënten of consumenten bij zijn kwaliteitsbeleid heeft betrokken;
2. de frequentie waarmee en de wijze waarop binnen de instelling kwaliteitsbeoordeling plaatsvond en het resultaat daarvan (te denken valt hier specifiek aan patiëntenenquêtes);
3. de consequenties die zijn verbonden aan de behandeling van (patiënten)klachten en (medewerkers)meldingen.



De patiënt moet bij het kwaliteitsbeleid worden betrokken. In evaluatieve zin moet zijn oordeel worden gevraagd en met de signalen over tekortkomingen in de zorg, die klachten zijn moet iets worden gedaan. Uit de evaluatie van de KWZ blijkt dat de inbreng van cliënten in sectoren als ziekenhuizen, gezondheidscentra en ggd'en te wensen overlaat. Er zijn daar onvoldoende cliëntenraden, en patiëntenraden kunnen hun rol daar blijkbaar moeilijk overnemen. Wel wordt veel gebruik gemaakt van registraties van oordelen van patiënten (satisfactie) en van gegevens over klachten, complicaties en fouten. In enkele sectoren, zoals de verpleging en verzorging, de ggz, de gehandicaptenzorg en de thuiszorg, komt de inbreng van het patiëntenperspectief beter op gang. Men ziet dat daar cliëntenraden om hun mening wordt gevraagd over de kwaliteit van zorg en organisatieveranderingen in dat verband. Op hoger niveau spelen krachtige belangenorganisaties (zoals het LOC) en specifieke instituten (Stichting Perspectief, Stichting Cliënt en Kwaliteit en LPR) een betekenisvolle rol (Casparie, 2001).

Het cliëntenperspectief zoals vastgelegd in de Kwaliteitswet zorginstellingen omvat de verdiscontering hiervan in de kwaliteitsorganisatie en het kwaliteitsbeleid, en vergt concrete betrokkenheid van de patiënt zelf bij de kwaliteitszorg en de evaluatie daarvan.

In 1996 heeft de NPCF een groot aantal kwaliteitscriteria, geformuleerd vanuit het patiëntenperspectief, het licht doen zien, verdeeld over de rubrieken: vakbekwaamheid, informatie, bejegening, zelfstandigheid, organisatie, accommodatie en evaluatie. Het gaat om een groot aantal criteria. De vraag is of en zo ja hoe dergelijke criteria in een praktisch kwaliteitsorganisatie en –beleid werkelijk worden gehanteerd. Later is vanuit de patiëntenbeweging een nota Vraaggestuurd werken aan kwaliteit van zorg gepubliceerd. Dit heeft wel een mooie tabel opgeleverd van uitgangspunten voor vraaggerichte zorg.

**Tabel 4.1 Vraaggerichte zorg vanuit het patiëntenperspectief**

Visie op de plaats van het individu in de samenleving	Visie op het zorgsysteem	Visie op de levering van zorg
1. zelfbeschikking	1a. gebruikers hebben medebeslissingsrecht over (her-)inrichting van het zorgsysteem	1b. zorg en behandeling komen tot stand in een samenwerkingsrelatie tussen gebruiker en professional, waarbij de gebruiker uiteindelijk zelf beslist wat er wel en niet met hem gebeurt
2. de gebruiker als burger	2a. het zorgsysteem is op de hele mens gericht, waarbij de gebruiker de eenheid vormt van financiering en organisatie	2b. zorg en behandeling zijn ondersteunend voor de invulling van de eigen bestaanswijze
3. individuele diversiteit	3a. het zorgsysteem levert een divers en flexibel aanbod	3b. de gebruiker krijgt voldoende informatie en ondersteuning als hij moet kiezen welke zorg of behandeling hij wil
4. rechtvaardige verdeling	4a. het zorgsysteem en financieel stelsel zijn zo in gericht dat ideeën daadwerkelijk aanspraak kunnen maken op de zorg en behandeling die hij nodig heeft	4b. aanbieders maken in gelijke omstandigheden geen onderscheid tussen sekse, etnische afkomst, geloof, klasse, leeftijd en inkomen

Bron: nota Vraaggestuurd werken aan kwaliteit van zorg.

#### 4.5 Vraaggerichtheid en vraagsturing

De gedachtegang is dat de patiënt in een cliëntgerichte en vraaggestuurde zorg de ruimte krijgt om te beslissen over eigen lijf en leven en dat hem zijn zelfstandigheid zoveel mogelijk gegund wordt. In een analyse waarom patiëntenbelangen vaak in de verdrukking komen wijst de RVZ drie spanningen aan:

1. afgewogen moet worden wat de patiënt wil en belangrijk vindt tegen wat de professional noodzakelijk acht;
2. individuele behoeften van patiënten staan nogal eens op gespannen voet met het streven van de overheid om kosten te beheersen en gelijke toegang te waarborgen;
3. voor de oplossing van gezondheidsproblemen zijn ook andere collectieve voorzieningen dan gezondheidszorg nodig, zoals arbeidsvoorziening, volkshuisvesting en aanvullend openbaar vervoer.

Een groter accent op het perspectief van de cliënt kan helpen. *Vraaggerichte zorg* is een gezamenlijke inspanning van patiënt en hulpverleners die erin resulteert dat de patiënt de hulp ontvangt die tegemoet komt aan zijn wensen en verwachtingen en die tevens voldoet aan professionele standaarden. *Vraagsturing* is het mogelijk maken dat binnen de structuur en financiering van de gezondheidszorg en de daaraan direct gerelateerde beleidsterreinen beter ingespeeld wordt op wat patiënten willen en belangrijk vinden (RVZ, 1998). Om werkelijk van vraaggerichte zorg te kunnen spreken moeten patiënten meer kunnen kiezen, goed geïnformeerd worden, moet meer vraagsturing in de aanbodregulering worden gebracht en moeten de stelsels beter afgestemd worden, aldus de aanbevelingen van de RVZ in het genoemde advies. Centraal staat hier de informatievoorziening om patiënten in staat te stellen zelf te beslissen. Allereerst betreft dat informatie tijdens de hulpverlening. Meer dan tot nu toe moet aan zorgvraagverheldering worden gedaan en aan informed consent moet aandacht worden besteed.<sup>2</sup> Verder moet de informatievoorziening over het aanbod worden verbeterd. Als derde aanbeveling in dit kader is geformuleerd *ontwikkeling en bevorderingen van goed patiëntschap*. “Het pleidooi van de Raad om goed patiëntschap te bevorderen, betekent geenszins dat de hulpverlener wordt ontslagen van zijn verplichting tot goed hulpverlenerschap. Integendeel, dit blijft centraal staan en is in tegenstelling tot goed patiëntschap ook wettelijk afdwingbaar. De overheid zou in samenwerking met de patiëntenbeweging en in goed overleg met beroepsbeoefenaren goed patiëntschap moeten stimuleren. Voor een stimuleringsprogramma goed patiëntschap is het noodzakelijk dat patiëntenorganisaties en organisaties van hulpverleners en van zorginstellingen overeenstemming bereiken over de inhoud van het begrip goed patiëntschap. Vervolgens moeten specifieke voorlichtingsacties worden ontwikkeld, gericht op verschillende doelgroepen. Tenslotte zullen deze ook moeten worden uitgevoerd om zo het goed patiëntschap te bevorderen” (RVZ, 1998).

Aan vraagsturing is inherent de verbetering van informatie over het aanbod en over de zorg zelf en de ontwikkeling van het concept van het goed patiëntschap.

Deze suggesties zijn noch door de overheid noch door enige andere partij overgenomen. Overigens vraagt een redelijk principe van reciprociteit dat patiënten/consumentenorganisaties in gelijke mate worden betrokken bij het operationaliseren van

het concept van het goed hulpverlenerschap als het omgekeerde dat hier wordt bepleit.

#### 4.6 Goed patiëntschap

Het hanteerbaar maken van het cliëntenperspectief en van vraagsturing is niet mogelijk zonder het concept van het goed patiëntschap concreet te maken en uit te werken. Daartoe wordt hierna een model ontwikkeld.

**Tabel 4.2 Model voor goed patiëntschap**

fase	uitgangspunt	invulling
voorafgaand aan de zorg	verantwoordelijkheid	de burger/consument weet zich verantwoordelijk voor zijn gezondheid
	leefstijl	de burger/consument houdt er een gezonde leefstijl op na
	profiteren van preventie	de burger/consument maakt gebruik van de mogelijkheden die de preventie hem biedt
zorgfase	informatie geven	de patiënt geeft de vereiste informatie aan de hulpverlener
	meebeslissen	de patiënt neemt een beslissing inzake de gewenste zorg
	meewerken	de patiënt geeft de vereiste medewerking aan de behandeling
volgend op de zorg	persoonlijk leerproces	de patiënt hanteert de verkregen zorg als een leerproces
	evaluatie	de patiënt draagt bij aan de evaluatie van de verkregen zorg
	repressieve feedback	de patiënt maakt gepast gebruik van de mogelijkheden van repressieve feedback

Bron: F.C.B. van Wijmen.

Ter toelichting diene het volgende. Hier zijn uitgangspunten geformuleerd betreffende gedragingen die de patiënt tot een 'goede patiënt' bestempelen. Ze zijn onderverdeeld in de fase voorafgaand aan, tijdens en volgend op de feitelijke individuele gezondheidszorg.

## *1 Voorafgaand aan de zorg*

### *1a Verantwoordelijkheid*

In de literatuur is onomstreden dat de eigen verantwoordelijkheid van de burger voor gezondheid een centrale basiswaarde is. Men is dan – in het model – nog geen patiënt, al geldt deze waarde onverminderd voor het geval dat iemand het lot treft dat hij patiënt is geworden. Verdedigd wordt wel dat deze eigen verantwoordelijkheid als het ware het toegangsbewijs is om aanspraak te kunnen maken op het collectieve goed dat gezondheidszorg is.

### *1b Leefstijl*

In het verlengde van 1a ligt een gezonde leefstijl als belangrijke waarde, waar een burger of consument van de gezondheidszorg aan moet beantwoorden. Nog sterker dan bij de eigen verantwoordelijkheid wordt hier een verbinding gelegd met de aanspraak die men kan maken op het delen in (schaarse) goederen. Omkering van deze gedachte leidt tot de overtuiging dat wie zijn billen brandt op de blaren moet zitten: verdedigd wordt wel dat ongezond gedrag zou worden bestraft met een verminderde toegang tot de zorg.

### *1c Profiteren van preventie*

Een laatste uitgangspunt in deze fase is dat burgers dienen te profiteren van preventie. Een groot aantal preventieve maatregelen zijn de burgers welgevallig zonder dat zij er iets voor hoeven te doen. Maar er zijn net zo goed voorzieningen in de sfeer van preventie, die mensen iets 'kosten'. Voor voorlichting moet men openstaan, periodieke keuringen moet men willen ondergaan, net zoals men aan screeningsprogramma's in het kader van bevolkingsonderzoek moet deelnemen. Preventie is gericht op gedragsbeïnvloeding. Daarom vergt dit uitgangspunt dat men zich verantwoordelijk voelt voor de eigen gezondheid en dat men zich aan die gedragsbeïnvloeding iets gelegen laat liggen, dus desgewenst zijn leefstijl aanpast.

## *2 Tijdens de zorg*

### *2a Informatie geven*

Een vitaal element van 'goed patiëntschap' is dat het individu, eenmaal patiënt geworden, de hulpverlener van geëigende informatie voorziet. Voor de laatste is dat een *must* om tot een goede diagnose en een juiste therapie te komen. Adequate individuele gezondheidszorg staat of valt met goede en eerlijke inlichtingen van de patiënt over wat hij mankeert, maar evenzeer wat hij eraan gedaan heeft om bijvoorbeeld het ontstaan van een ziekte te voorkomen dan wel de genezing in de hand

te werken. Aan deze openhartigheid is het beroepsgeheim onlosmakelijk verbonden: om de patiënt in staat te stellen zich niet alleen letterlijk maar ook figuurlijk helemaal bloot te geven moet hij ervan op aan kunnen dat alles tussen hem en zijn hulpverlener blijft.

#### *2b Meebeslissen*

Informed consent, het recht om toestemming te geven voor onderzoek of behandeling op basis van deugdelijke informatie, kan net zo goed worden omgekeerd: de patiënt moet ook actief gebruik maken van de mogelijkheid om toestemming te geven. Wettelijk gaat het hier om toestemmingsvereiste, iets wat de hulpverlener nodig heeft om gelegitimeerd te kunnen onderzoeken of te behandelen. Een goede patiënt denkt constructief mee over de modaliteiten voor onderzoek en/of behandeling en participeert actief in het beslissingsproces. Eerder was sprake van de uit de ethiek afkomstige noties van negotiated consent of shared decision making. Juridisch gaat het hier om de geschetste actieve participatie; patiënt en hulpverlener overleggen en nemen ieder een eigen beslissing.

#### *2c Meewerken*

Hier gaat het om het verlenen van medewerking aan onderzoek en/of behandeling. Natuurlijk zijn de uitgangspunten sub 2a en 2b ook vormen van medewerking. De adviezen van de hulpverlener opvolgen en consequent uitvoeren (therapietrouw) wordt doorgaans als een aparte zaak gezien. Met name ook hier gaat het weer om de mate waarin en de wijze waarop de patiënt verantwoordelijkheid draagt voor zijn eigen herstel. Hoe sterk dit element is kan worden afgeleid uit het feit dat een gebrek aan therapietrouw voor de hulpverlener een gewichtige reden kan zijn om zijnerzijds de behandelingsovereenkomst te beëindigen.

### *3 Volgend op de zorg*

#### *3a Persoonlijk leerproces*

Dit ligt in het verlengde van voorgaande uitgangspunten: 'De patiënt hanteert de verkregen zorg als een leerproces'. Aan de basis van gedragsverandering ligt de bereidheid om te leren. Men zou kunnen zeggen dat het verkrijgen van zorg op zichzelf al een leerproces is: het lichaam ondergaat de behandeling en stelt zich in op een nieuw gezond evenwicht, hetgeen gepaard kan gaan met verlies of beperking van functies. De goede patiënt werkt op deze wijze mee aan herstel en het verkrijgen of herkrijgen van zelfstandigheid. Dit item is, min of meer

voor het evenwicht in het model, in de fase na de zorg gesitueerd; ook tijdens de zorg kan dit al toepasselijk zijn.

### *3b Evaluatie*

Verantwoorde zorg is zorg die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. Om te kunnen vaststellen of van doeltreffendheid, patiëntgerichtheid en afstemming op de behoefte sprake is, is informatie van de patiënt nodig. Vandaar het uitgangspunt dat de patiënt moet meewerken aan evaluatie van de zorg of meer in het algemeen aan kwaliteitszorg. Men kan hierin nog verder gaan en van de patiënt een actieve opstelling vragen in dezen: de patiënt geeft aan hoe het zorgproces verloopt en welke effecten dit naar zijn observatie of naar zijn gevoel heeft op herstel en genezing. Typologisch is dit uitgangspunt na afloop van de zorg gesitueerd, maar vanzelfsprekend geldt een dergelijke houding ook tijdens de zorg.

### *3c Repressieve feedback*

Dit laatste uitgangspunt doelt eigenlijk op het spiegelbeeld van het klachtrecht. Na afloop van de zorg (dus repressief) moet de patiënt ook bereid zijn om de hulpverlener feedback te geven. Dat betekent dat van de goede patiënt verwacht mag worden dat hij, alvorens een klacht in te dienen, zich tot de hulpverlener wendt en deze met zijn onvrede confronteert. Eerder noemde ik dat 'goed klagerschap'. Ik merkte daarbij op dat het bespreken van de onvrede met de hulpverlener die haar heeft veroorzaakt zelfoverwinning kost en dat vooralsnog het probleem veeleer is dat nogal wat hulpverleners klachten als een aanval beschouwen, als een twijfel aan hun competentie of als de voorbode van een aansprakelijkstelling, kortom als 'iets engs'. Willen hulpverleners 'goede klagers' creëren, dan zullen zij voor het bespreken van onvrede open moeten staan en dat ook moeten uitstralen. Tot goed klagerschap kan vervolgens gerekend worden dat men openstaat voor uitleg en dat men plausibele verklaringen en verontschuldigen accepteert (Van Wijmen, 1996).

Centraal in het hier gepresenteerde model van het goed patiëntschap staat eigen verantwoordelijkheid voor lijf en leven, die zich onder andere uit in het streven naar een gezond leefgedrag en voorts medewerking aan het herwinnen van zelfstandigheid in termen van adequate informatie, ook over de effecten van de zorg.

Voor een dergelijke operationalisering van het begrip goed patiëntschap bestaat reeds een wettelijke basis. Artikel 7:452 BW bepaalt het volgende: “De patiënt geeft de hulpverlener naar beste weten de inlichtingen en de medewerking die deze redelijkerwijs voor het uitvoeren van de overeenkomst behoeft.” Dat ‘naar beste weten’ geeft aan dat er aan de kant van de patiënt belemmeringen kunnen liggen. Alom aanvaard is in het gezondheidsrecht de gedachte dat het hier overigens niet om een juridische, dus in rechte afdwingbare verplichting gaat. Op zich is dat merkwaardig, want de tekst is als verplichting te lezen en nergens wordt de gang van de hulpverlener naar de rechter uitgesloten. Praktisch zien we dit echter niet voor ons. Wat zou een hulpverlener beogen als hij een patiënt die tekortschiet in het geven van inlichtingen of het verlenen van medewerking voor de rechter zou dagen? Alsnog nakoming eisen? Zou de rechter een dergelijke eis toewijzen en zal de patiënt zich door de rechter laten dwingen? Hij kan de overeenkomst zonder vorm van proces opzeggen. Schadevergoeding? Welke schade lijdt de hulpverlener? Is hij op geld uit? Beëindiging van de overeenkomst? Als hij dat beoogt kan hij zich de ingewikkelde gang naar de rechter besparen, want alom aanvaard is de opvatting dat non-compliance nu juist een van de gewichtige redenen is waarom de hulpverlener de overeenkomst mag beëindigen (artikel 7:460 BW). De juridische betekenis van artikel 7:452 BW is dat nalatigheid van de patiënt de hulpverlener een goed verweer in handen geeft als hij door de patiënt in rechte zou worden aangesproken.

Is het gerechtvaardigd een patiënt, die immers niet voor deze hoedanigheid kiest, zelfs ook maar een *morele* verplichting op te leggen? Ja, want zelfs een niet gekozen miserabele status neemt niet weg dat hij verantwoordelijk is voor eigen lijf en leven. Wie goed doet goed ontmoet. Over en weer mogen patiënt en hulpverlener erop rekenen dat de ander bijdraagt aan een succesvolle relatie als zij ervoor zorgen dat hun aandeel daarin optimaal wordt ingevuld. In die zin is goed patiëntschap het spiegelbeeld van verantwoorde zorg. Goed hulpverlenerschap aan de andere kant vergt van die hulpverlener een actieve opstelling in de richting van de patiënt. Het is vaak van de hulpverlener afhankelijk of de patiënt in staat is zijn goed patiëntschap werkelijk vorm en inhoud te geven.

Ook al kiest men er niet voor om patiënt te zijn, het goed patiëntschap houdt wel de morele plicht in tot gezond gedrag en medewerking aan de behandeling.



## 4.7 Acute zorg

Hier wordt nader ingegaan op het goed patiëntschap in relatie tot de acute zorg van morgen. Deze beschouwing staat, net als de twee volgende, in het teken van de mogelijkheden die de technologie ons gaat bieden (Van Kammen, 2002).

De zorggebruikers die op acute zorg zijn aangewezen hebben de volgende kenmerken: ze hebben behoefte aan adequate informatie, bij voorkeur onafhankelijk van tijd en plaats, ze hebben belang bij een compact zorgtraject met een voorspelbare, korte wachttijd, ze willen/kunnen zelf weinig tijd investeren in het zoeken naar oplossingen en vanwege de kortstondigheid zijn ze niet gericht op inpassing van het zorgprobleem in het dagelijks leven. Bijpassend is geïntegreerde kortdurende zorg, waarbij de technologie een belangrijke rol speelt. De zelfbewuste patiënt voorziet zichzelf van informatie, zodat hij gerichter vragen kan stellen en inlichtingen kan verschaffen. Met behulp van geavanceerde diagnostiek in de eerste lijn kan de meest adequate klinische behandeling worden gekozen. Het ziekenhuis wordt, meer nog dan nu, het centrum voor kortdurende gespecialiseerde interventies. De patiënt herstelt elders en dit herstel wordt als één geheel gezien met de hele cyclus van preventie, diagnose en interventie. Daarom is de kliniek ook proces- en probleemgeoriënteerd en niet disciplinegericht georganiseerd. Geavanceerde programmatuur integreert de informatie en stemt de in- en uitstroom van patiënten nauwkeurig af op de beschikbare mensen en middelen en andersom. In dit bij uitstek transmurale concept wordt gewerkt met transmurale diagnose/behandelcombinaties en speelt ICT een cruciale rol.

In het RVZ-advies *Patiënt en Internet* zijn de kansen en risico's van het publiek gebruik van deze communicatietechnologie uiteengezet. Aan de positieve kant van de balans staan mogelijkheden, die de zorggebruiker in zijn goed patiëntschap kunnen stimuleren en faciliteren. In het verschiet liggen *patiënt empowerment* en de mogelijkheid dat de patiënt zich inderdaad zelf van informatie voorziet. De patiënt staat niet meer aan het eind van de keten, maar juist aan het begin ervan en kan die keten zelfs beïnvloeden. Zo wordt de hulpverlener meer adviseur, die door de patiënt wordt ingehuurd. Het RVZ-advies schetst de patiënt als aanbesteder die de zorg, zelfs op Europese schaal, kan laten 'aannemen'. Of het wenselijk is dat met name het voortraject van anamnese, diagnose en bepaling van

het behandelingsadvies zo onpersoonlijk wordt is nog maar de vraag. In het concept van het *negotiated consent* gaat het juist om de mogelijkheid om in samenspraak tot de beste interventie te komen (RVZ, 2002).<sup>3</sup>

In de achtergrondstudie bij dit advies Over e-health en cybermedicine worden de mogelijkheden geschetst die ICT biedt. Het gaat om het raadplegen van databanken, lotgenotencontact, het doen van transacties, het consulteren van hulpverleners, het monitoren van de gezondheidstoestand en telemedicine. Concrete voorbeelden worden getoond, van internetinformatiebestanden, via lotgenotencontact in de vorm van e-praatgroepen tot de mogelijkheid van verwijzen en het aanvragen van herhaalrecepten (RVZ, 2000). Voor de eerstelijnsgezondheidszorg komen de volgende soorten technologie beschikbaar:

- geautomatiseerde, al dan niet geminiaturiseerde diagnostische en therapeutische apparatuur, waarvan een deel nu exclusief in het ziekenhuis wordt gebruikt;
- kennissystemen die ondersteunen bij onderzoek, bij diagnose en bij het bepalen van behandelplannen;
- informatie- en communicatietechnologie voor meer efficiëntie, continuïteit van zorg en dienstverlening.

Voorbeelden van de eerste zijn apparatuur voor echografie, voor het controleren van oren en ogen, de electrocardiograaf en 'lab-on-chip'-diagnostiek. Voorbeelden van de tweede en derde zijn het huisartsinformatiesysteem en het elektronisch voorschrijfsysteem voor geneesmiddelen. Ook het aanvragen van laboratoriumonderzoek en de vlotte terugrapportage van uitslagen kan elektronisch plaatsvinden. Tegelijkertijd verandert de organisatie van het zorgaanbod, waarin de huisarts functioneert, ingrijpend. In de toekomst zal de eerste opvang van telefoontjes voor een huisarts deels via gespecialiseerde callcentra verlopen, waar men een arts of een gespecialiseerde verpleegkundige aan de lijn krijgt. Een deel van de consulten kan elektronisch worden afgehandeld en patiënten kunnen voorafgaand aan de ontmoeting met de huisarts een gestructureerde vragenlijst invullen en zo bijdragen aan efficiënte en volledige informatie-uitwisseling. Ook komen er meer mogelijkheden voor de huisarts om een on-line consult van een specialist te verkrijgen, waarbij ook beelden en signalen kunnen worden verstuurd. Huisartsen in de provincie Groningen bijvoorbeeld sturen digitale foto's van dermatologische afwijkingen voor advies naar dermatologen in het Martini Ziekenhuis (Electronic Highway Platform Nederland, 2000). Deze voorbeelden betreffen de entree in het zorgproces. Zo zijn er

ook voorbeelden gedurende de zorg of na afloop van de interventie: postoperatieve monitoring, ambulante bloeddrukmeting, oximetrie en cardiometrie.

Het moge duidelijk zijn dat deze ontwikkelingen de zelfbewustheid en zelfstandigheid van patiënten in de hand werken. De patiënt wordt genoodzaakt om een actieve rol te spelen in:

- a. het zoeken en geven van relevante informatie;
- b. het beslissen over de aard van gezondheidsproblemen en met name de passende behandeling;
- c. het tijdens en na de interventie controleren van relevante gezondheidsparameters.

Maximale mogelijkheden dus om zelf verantwoordelijkheid te dragen voor het herstel en het herkrijgen van een nieuwe gezondheidsbalans (Van Kammen, 2002).

#### **4.8 Chronische zorg**

Ook voor chronisch zieken en mensen met functiebeperkingen kan nieuwe technologie veel betekenen in de ondersteuning van zelfzorg en zelfredzaamheid, in het zelfmanagement van het ziektebeeld of de beperking en in het vergroten van zelfstandigheid. In een interessante beschouwing geeft Poll aan welke mogelijkheden zich hier voordoen. Technische ondersteuning betreft een deels het management van het ziektebeeld en anderdeels het leiden van een zelfstandig leven en het voeren van de regie over eigen zorg. Voor een goed verloop van een behandelingsproces denkt men doorgaans in stappen, die achteraf worden geëvalueerd.

Bij het management van het ziektebeeld gaat het om het opstellen van een behandelplan, het uitvoeren van de behandeling, het meten van indicatoren, het terugkoppelen van de uitkomsten daarvan en het al dan niet aanpassen van het behandelplan. Om tot een goed behandelplan te komen moeten zowel de hulpverlener als de zorgvrager op de hoogte zijn van relevante indicatoren, metingen, meetinstrumenten en mogelijke behandelingen. Informatie hierover is te vinden in richtlijnen, in databases waarin ervaringsgegevens zijn ingevoerd, in kennissystemen, bij helpdesks of callcentra, op het Internet en bij voorlichtingsbijeenkomsten.

Mensen met een chronische aandoening kennen vaak zelf de indicatoren waarop gelet moet worden. Voor al deze onderdelen van de behandelketen zijn elektronische hulpmiddelen en

het gebruik van de elektronische snelweg van belang. Er komt steeds meer apparatuur waarmee thuis gemeten kan worden; denk aan bijvoorbeeld diabetespatiënten en mensen met COPD. Voor feedback kan de patiënt niet alleen de elektronische communicatietechnologie gebruiken om te rapporteren. Thuismeetapparatuur kan ook aangesloten worden op een modem, zodat gegevens direct doorgeseind worden aan de behandelend arts, een database of een helpdesk (Poll, 2002).

Ook hier gaat het in hoge mate om transmurale zorgnetwerken. Hoofdlijnen van de technische ontwikkelingen zijn: thuiszorgtechnologie zet door en ontwikkelt zich verder; het gaat, zoals hiervóór geschetst, om toepassingen waar de patiënt in het managen van zijn ziekte direct baat bij heeft; er worden transmurale ketensystemen ontwikkeld; via deze systemen wisselen zorgverleners onderling en met patiënten thuis medische informatie uit; in een parallelle ontwikkeling breiden sociale alarmeringsbedrijven de dienstverlening naar medische en zorgmonitoring uit; het gebruik van domotica en hulpmiddelen neemt toe en door de design-for-all-benadering vervaagt het onderscheid met consumentenproducten; deze technologie draagt bij aan de zelfredzaamheid van de patiënt en aan de vermindering van de dagelijkse belasting.

De Werkgroep Zorg voor Chronisch Zieken van de technologiestudie die leidraad is voor dit deel van mijn beschouwingen kent met name chronische patiënten een centrale rol toe als het gaat om innovatie en implementatie. “Een goede aansluiting tussen vraag en aanbod kan tot stand komen als patiënten, in het bijzonder chronisch zieken, veel meer dan nu invloed uitoefenen op het sturen van het aanbod en op de technologische innovatie die daarvoor nodig is. Maar de individuele patiënt/cliënt is natuurlijk niet machtig en heeft wel wat anders aan het hoofd: de chronische ziekte en de dagelijkse zorg om het leven zo goed mogelijk te laten verlopen. Daarom moet de instrumentatie van patiënten en patiëntenorganisaties versterkt worden (Van Kammen, 2002). Hierin is een pleidooi te zien voor een meer cliëntgerichte en vraaggestuurde benadering van de zorg.

#### **4.9 Palliatieve zorg**

Een toekomstperspectief voor palliatieve zorg schetst voor een patiënt, voor wie geen behandeling meer helpt, palliatieve zorg met behulp van een geavanceerde armband. Voor elke dag in

de week een nieuwe, gevuld door de apotheek. Een flexibele koker van 10 cm die om bovenarm of been gaat, met vier aparte compartimenten waarin medicijnen zitten. Deze worden via een speciaal membraan transdermaal toegediend, elk met een eigen snelheid. Aan de onderzijde van de band zitten zes sensoren waarmee de zuurstofsaturatie, diaforminespiegel, hartslag, ademhalingsfrequentie, cortisol en glucosespiegel continu worden gemeten. Aan de hand van de veranderingen worden de doseringen constant aangepast. Een toename van de pijn wordt geregistreerd en er is direct op geanticipeerd, voordat de patiënt dat heeft gevoeld. Draadloos zijn de sensoren verbonden met een laptop. De patiënt krijgt een signaal als er iets mis is zodat hij on-line contact kan opnemen met de dienstdoende verpleegkundige.

Niet aangegeven is of dit nog lang een utopie zal zijn. Het geeft wel aan dat ook in de palliatieve zorg de technologie voor wonderen kan zorgen. Eén van de grote voordelen van dergelijke technologische ondersteuning is dat de patiënt veel minder afhankelijk wordt van een gespecialiseerde zorgsetting. Een bekend gegeven is dat mensen het liefst thuis willen sterven, in hun eigen omgeving en omringd door familie en vrienden. De professionele zorg komt er eerst aan te pas als dat noodzakelijk is. Palliatieve zorg met de geschetste technologische hulpmiddelen maakt het mogelijk juist in deze fase zoveel mogelijk over te laten aan zelfzorg en mantelzorg. “ICT zal een belangrijke rol spelen, zowel voor zorgverleners als voor patiënten. Geautoriseerde zorgverleners zullen tijd- en plaats-onafhankelijk toegang hebben tot de meest recente patiëntengegevens. De telegorg voor palliatieve patiënten zal toenemen. Het kan gaan om monitoring met webcams en lichaamsgebonden sensoren, die ervoor dienen om vroegtijdig een verslechtering van de toestand of toename van pijn te onderkennen. Patiënten zelf gebruiken ICT – draagbaar of aan het bed – voor informatieverzameling via gecertificeerde gezondheidsportalen, voor communicatie via beeldverbinding met familie, vrienden en lotgenoten, en voor afstemming van de zorgverlening” (Van Kammen, 2002).

In deze fase van de zorgverlening verschuift het accent van het goed patiëntschap naar de uiterste zorg, letterlijk en figuurlijk. Als de patiënt eenmaal in de terminale fase is beland gaat het niet meer om eigen verantwoordelijkheid voor een gezonde leefwijze, maar om informatieverstrekking en medewerking om de behandeling te laten slagen en om evaluatie van de geboden zorg. Juist dan zal, zoals gezien, de technologie wel veel voor

de patiënt betekenen, zowel in termen van het mogelijk maken van optimale op de situatie afgestemde zorg als in termen van communicatie van de patiënt met het zorgsysteem en met de omgeving.

#### **4.10 De Europese dimensie<sup>4</sup>**

Als burgers van de Europese Unie kunnen wij onze blik niet tot de landsgrenzen beperken. De voortschrijdende samenwerking in Europa reikt tegenwoordig ook tot de gezondheidszorg. De 'Europatiënt' staat nog in de kinderschoenen, maar een meer volwassen positie ligt in een nabij verschiet. Vooral met het oog op de toenemende automatisering binnen de gezondheidszorg, de zich snel ontwikkelende biomedische wetenschap en de internationale samenwerkingsverbanden op het gebied van met name de ontwikkeling van geneesmiddelen is het relevant om binnen Europa een minimumniveau aan patiëntenrechtenbescherming te realiseren (Tiems, 1997). In Europa zijn er verschillende verbanden en verdragen te ontdekken, die de gezondheidsbescherming in de ruimste zin van het woord als onderwerp hebben.

In een beschouwing over cliëntgerichtheid en vraagsturing mag immers deze dimensie niet ontbreken, al was het alleen maar omdat zij in de nabije toekomst onze nationale zorg meer en meer zal gaan beheersen. Dat is zeker het geval als men de technologie in de beschouwingen betreft. De informatie- en communicatietechnologie kent geen grenzen en vandaag reeds is e-mailverkeer naar het andere eind van de wereld even gemakkelijk als naar het naburig dorp. Als het gaat om het sturen van de eigen vraag naar zorg zullen patiënten, zodra de formele belemmeringen daarvoor wegvallen, hun zorg net zo gemakkelijk over de landsgrenzen heen zoeken. Binnen Europa zijn, getuige procedures voor het Europese Hof, de voorbeelden daarvan al zichtbaar.

Aan de rechten van patiënten is binnen Europa met name gestalte gegeven door intergouvernementele organisaties. Door het Europese Regionale Kantoor van de World Health Organisation is de 'Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe' opgesteld, de zogenaamde WHO-verklaring (1994) (Leenen, 1994). Daarnaast speelt de Raad van Europa een belangrijke rol. In 1997 is namelijk het Verdrag inzake Mensenrechten en Biogeneeskunde in werking getreden, dat als een

specialist van het Europees Verdrag van de Rechten van de Mens (EVRM) gezien kan worden (European Journal of Health Law, 3, 1996).

De WHO-verklaring is een document, dat een catalogus aan rechten van de patiënt bevat, waarbij het recht op zorg voor de gezondheid en individuele rechten van de patiënt in onderling verband worden gebracht (Roscam Abbing, *Ars Aequi*, 2001, no. 5). De rechtskracht van de WHO-verklaring is beperkt. Lidstaten, die de verklaring aannemen worden er formeel niet door gebonden, maar zij aanvaarden haar wel als richtlijn voor nationaal beleid en wetgeving (Leenen, 1994). Ook al moge de juridische status van de verklaring beperkt zijn, er kan wel degelijk een voorbeeldwerking van uitgaan. Het verdrag inzake mensenrechten en biogeneeskunde is direct in verband gebracht met de mensenrechten zoals geformuleerd in het EVRM. Dezelfde rechtsbeginselen en daarmee samenhangende ethische principes liggen aan beide verdragen ten grondslag (Nys, 1998). De titel van het verdrag kan enigszins misleidend werken, want naast de bescherming van de mens bij de biogeneeskunde beoogt het verdrag ook beschermend te werken ten aanzien van de dagelijkse gezondheidszorg. Dus naast bepalingen over genetica, klonen en andere hoogtechnologische toepassingen van zorg, komen ook alle kernrechten van de patiënt in het verdrag ter sprake, zoals het recht op informed consent, het recht op eerbiediging van het privé-leven en het recht op gelijke toegang tot gezondheidszorg (Nys, 2000).

De juridische status van het verdrag is sterker dan de zojuist genoemde WHO-verklaring. Staten, die zich aansluiten bij het verdrag zijn verplicht om zich te gedragen overeenkomstig de regels van het verdrag. Overigens staat het de toegetreden landen vrij in de eigen nationale wetgeving burgers een verdergaande bescherming te bieden dan dat het verdrag doet. Aan het Europese Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) kent het verdrag geen bevoegdheid toe terzake het toezicht op de naleving ervan. Wel kan het EHRM onder bepaalde omstandigheden adviseren over rechtsvragen betreffende de interpretatie van het verdrag (artikel 29).

De Europese Unie heeft op het terrein van het gezondheidszorgbeleid geen lange traditie. Waar de economische eenwording centraal stond zijn onderwerpen als mobiliteit van beroepsbeoefenaren en concurrentie op het terrein van genees- en hulpmiddelen al langer onderhevig geweest aan regelgeving en beleid. Ook hier liggen evenwel ontwikkelingen in het ver-

schiet. Het tot op heden nog niet in werking getreden Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie bevat namelijk mede een aantal individuele rechten voor patiënten, zoals in artikel 3 het recht van informed consent en het verbod van eugenetische praktijken, daarnaast in artikel 35 het recht op toegang tot gezondheidszorg onder de door de nationale wetgeving en praktijken gestelde voorwaarden. Ook hier zal echter het subsidiariteitsbeginsel gelden hetgeen betekent dat de Europese overheid slechts dan zal optreden als de lidstaat in gebreke blijft. Vervolgens zijn deze rechten zo geformuleerd, dat zij primair door de instellingen en organen van de gemeenschap bij hun handelen in acht moeten worden genomen en dat zij niet direct aan burgers afdwingbare rechten willen toekennen.

Hoewel je op dit moment eigenlijk er over tien jaar wel eens heel anders uit kunnen zien. Nu al organiseren meer en meer patiëntenverenigingen zich ook in Europees verband (Nys, 2000). En van allerlei kanten worden initiatieven ontplooid om ook binnen Europa de patiënt een meer prominente plaats te geven en gelijkheid van de rechten van patiënten in Europa beter te waarborgen. Het gezondheidsrecht in Nederland heeft er 35 jaar over gedaan om de huidige staat van rechten van patiënten te bereiken. Het is niet realistisch om te verwachten dat een dergelijke staat in Europa in enkele jaren kan worden bereikt. Maar, zoals opgemerkt, de snelle ontwikkelingen in de technologie zouden ook op dit gebied wel eens voor verrassingen kunnen zorgen.



## Noten

- <sup>1</sup> Zie voor een boeiende beschrijving van ontwikkelingen in de medische technologie J van Kammen, a.w., de paragraaf 'De gouden eeuw van de medische technologie', p. 36 e.v.
- <sup>2</sup> In december 2002 is een groots opgezet project gestart, waarbij een aantal grote koepelorganisaties betrokken zijn, om in het kader van een follow up van de evaluatie van de WGBO onder andere project- en planmatig te werken aan de implementatie van de informed-consent paragraaf van die wet.
- <sup>3</sup> Aan de andere kant van de balans staan kwesties als de toegankelijkheid, de beschikbaarheid van relevante (en het uitbannen van niet-relevante) informatie, waken tegen onoordeelkundig en verkeerd gebruik van informatie en het tegengaan van bedrog en oplichterij. Zie: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Patiënt en Internet. Zoetermeer, RVZ, 2000, p. 23 e.v.
- <sup>4</sup> De auteur dankt Ineke van Leeuwen, thans student-assistent bij de sectie gezondheidsrecht van de Universiteit Maastricht, voor haar assistentie bij de voorbereiding van deze paragraaf.

## Literatuur

Casparie, A.F., et al. Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen. p. 76-77. Den Haag: ZonMw, 2001.

Convention on Human Rights and Biomedicine. European Journal of Health Law, 3, 1996, no. 3, p. 312-314.

Electronic Highway Platform Nederland. Telemedicine: een inventarisatie van initiatieven in Nederland. Den Haag: EHPN, 2000.

Kammen, J. van (red). Zorgtechnologie. Kansen voor innovatie en gebruik. p 30, 166 e.v., 257, 269. Den Haag: STT/Beweton, 2002.

Leenen, H.J.J. A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 1994, no. 5, p. 275-281.

Leenen, H.J.J. A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 1994, no. 5, p. 275.

Lieshout, P. van. De tegenbeweging in de ggz. In: Lieshout, P. van en P. Schnabel (red). Vragen naar ggz. Utrecht: NcGv, 1984.

Moody, H.R. Ethics in an aging society. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1992.

Nederlands Patiënten Consumenten Federatie. Gids Patiënteninformatie 2002. Utrecht: NPCF, 2002.

Nys, H. De Conventie Mensenrechten en Biogeneeskunde van de Raad van Europa, Inhoud en gevolgen voor patiënten en hulpverleners. p. 24. Antwerpen: Intersentia Rechtswetenschappen, 1998.

Nys, H. Patiënt in Europa, op zoek naar een Europees geneeskundig dienstverleningsrecht. p. 10, 13. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2000.

Poll, A. De toekomst: van patiëntgericht naar mensgericht. In: J. van Kammen (red). *Zorgtechnologie: kansen voor innovatie en gebruik*. p. 181 e.v. STT/Beweton, 2002.

Proot, I. Changing autonomy: new perspectives on the care for stroke patients in nursing homes. p. 44-45. Proefschrift Maastricht. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2001.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Patiënt en Internet*. p. 23 e.v. Zoetermeer: RVZ, 2000.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Interculturalisatie van de gezondheidszorg*. Zoetermeer: RVZ, 2000.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Over e-health en cybermedicatie*. Zoetermeer: RVZ, 2000.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Naar een meer vraaggerichte zorg*. Zoetermeer: RVZ, 1998.

Roscam Abbing, H.D.C. Patiënt in het Europa van de 21<sup>e</sup> eeuw: een gezondheidsrechtelijke beschouwing. *Ars Aequi*, 2001, no. 5, p. 368.

Sociaal en Cultureel Planbureau. *Emancipatiemonitor 2000*. Rijswijk: SCP, 2001.

Sociaal en Cultureel Planbureau. *Sociaal en Cultureel Rapport 1998*. Rijswijk: SCP, 1998.

Stüssgen, R.A.J. De nieuwe patiënt op weg naar autonomie. p. 16. Proefschrift Utrecht. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1997.

Swaan, A. de. Uitgaansbeperking en uitgaansangst. Over de verschuiving van bevelshuishouding naar onderhandelingshuishouding. *De Gids*, 142, 1979, no. 8, p. 483-509.

Tiems, S.F. Patiëntenrechten en Europa. Hoe nu verder? *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 1997, no. 1, p. 25.

Verkerk, M. *Zorg of contract*. In: Manschot, H. en M. Verkerk (red). *Ethiek van de zorg*. Amsterdam/Meppel: Boom, 1994.

Wijmen, F.C.B. van. Patiënten als partner: een pracht perspectief. In: Wijmen, F.C.B. van en J.M. Greep. *Zorg, grenzeloze zorg*. Maastricht: Academisch Ziekenhuis, 1989.

Wijmen, F.C.B. van. Vertrouwen en verantwoorde zorg. Bij de inwerkingtreding van de WGBO. Medisch Contact, 1995, no. 13, p. 411-412.

Wijmen, F.C.B. van. Goed patiëntschap als spiegelbeeld van verantwoorde zorg (2<sup>de</sup> inaugurale rede). Deventer: Kluwer, 1996.

Wijmen, F.C.B. van. Gezondheidsrecht: met mensen verder. In: Lagro-Janssen, A.L.M. (red). Zorgen na morgen: visies op de toekomst van de geneeskunst in de 21<sup>ste</sup> eeuw. Utrecht: Van der Wees, 1999.

Wijmen, F.C.B. van. Een eeuw kwaliteitsbeleid vóór ons. Kwaliteit in Beeld, 2001, no. 2, p. 18-21.

### **Intermezzo: Casus Trynwâlden**

De traditionele ouderenzorg is aanbodgestuurd, waarbij de oudere zich aan moet passen aan de zorg. Zo moeten veel ouderen van hun eigen huis naar een aanleunwoning om de benodigde zorg te krijgen. Is er meer zorg nodig, dan zal hij of zij naar een verzorgingshuis moeten verhuizen en in een aantal gevallen zal opname in een verpleeghuis noodzakelijk zijn. Terwijl het gezegde luidt: 'Oude bomen moet je niet verplanten', moeten ouderen vaak een ingrijpend veranderingsproces doormaken om de benodigde zorg te kunnen ontvangen, waarbij ze veel verliezen: van hun eigen vertrouwde omgeving naar, in het geval van een verpleeghuis, enkel een bed met een nachtkastje.

Foeke de Jong, in 1993 de nieuwe directeur van het verzorgingshuis 'Nieuw Heemstra State' in het Friese dorpje Oenkerk, was van mening dat het anders moest. In Scandinavië, met name Denemarken, zijn in de jaren tachtig veel instellingen gesloten en is de ouderenzorg verregaand gedecentraliseerd. De ervaringen hiermee waren positief.

Voor het gebied Trynwâlden, waar naast Oenkerk nog zes dorpen en twee gehuchten toe behoren, waaronder het van de elfstedentocht bekende Barthlehiem, werd een soortgelijke aanpak gekozen. In de vorm van een experiment in het kader van de modernisering van de ouderenzorg, was er geld beschikbaar dat met grote mate van vrijheid besteed kon worden.

Zo werden er nieuwe woningen gebouwd. Deze woningen zijn voorzien van allerlei technische voorzieningen waardoor ouderen zelfstandig kunnen blijven wonen en minder beroep hoeven te doen op zorg. Deze 'domotica' bestaat uit een computersysteem, waarmee de bewoner allerlei zaken kan regelen en bedienen. Zo is er een draadloze spreek- en luisterverbinding met een meldkamer als er hulp nodig is. Elke woning heeft een brandalarm, inbraakwering en een gasdetector. Zodra er gas wordt gesignaleerd wordt de gastoevoer automatisch afgesloten. Het licht gaat automatisch aan als de bewoner 's nachts naar de WC gaat.

Het verzorgingshuis werd omgevormd tot een centrum, Heemstra State, van waaruit allerlei diensten geleverd worden. Zo werken daar huisartsen, een apotheker, een fysiotherapeut, een ergotherapeut en andere paramedici. Het heeft ook een

‘zotel’ met tien bedden voor revalidatie. Allerlei verenigingen, zoals de biljartvereniging hebben er onderdak en er is een Grand Café. Maar ook is er een crèche en peuterspeelzaal aanwezig alsmede een consultatiebureau. Het is een ontmoetingscentrum voor jong en oud. Verder levert het diensten, zoals maaltijden, wasserij en vervoer op maat.

De ouderenzorg wordt in Trynwâlden nu extramuraal, bij de mensen thuis, geleverd. Er is een aantal speciale medewerkers, ‘omtinkers’ - een soort regieassistenten – die de behoeften van de cliënten in kaart brengen. Na indicering regelen zij bij de betreffende organisaties de benodigde diensten. Belangrijk is dat ze nagaan wat de mensen nu precies willen. Soms hebben ze behoefte aan gezelligheid, maar verpakken dit in een vraag om huishoudelijke hulp. Het is hun taak de werkelijke wensen en behoeften van de cliënten in kaart te brengen. Daarnaast helpen de omtinkers de cliënt met het beheren van zijn of haar persoonsgebonden budget. Dit alles betekent niet een toename van de zorgvraag. Integendeel. Een consumptieafname van zwaardere AWBZ-functies van 20 tot 30% is al aangetoond.

Niet alleen de cliënten zijn enthousiast, ook de medewerkers zijn positief. Het vergde wel een omschakeling: de hulpverleners moeten zich aanpassen aan de cliënt, in plaats van andersom. Het werk is leuker geworden, het is gevarieerder en breder, het geeft meer ontplooiingsmogelijkheden en betrokkenheid.

## 5 Informatie als instrument

*Prof. dr. M. Berg*

### 5.1 Inleiding

Het gaat niet goed met de Nederlandse gezondheidszorg. Het zorgsysteem hangt aan elkaar van verkeerd uitwerkende prikkels, blokkades voor innovatie, en verstikkend gedetailleerde regelgeving. Voor de patiënt<sup>1</sup> betekent dit, dat hij veelal niet de kwaliteit krijgt – in termen van veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid, efficiëntie en toegankelijkheid – die in een rijk land als het onze geleverd moet kunnen worden (Committee on Quality of Health Care in America, 2001). Met andere westerse landen wordt de Nederlandse zorg geconfronteerd met een vergrijzende populatie, met een enorme toename van chronisch zieken, met ‘cliënten’ die aan de ene kant steeds mondiger worden, maar tegelijkertijd een steeds meer diverse groep worden, en met een krappe arbeidsmarkt.

Tegenover deze enorme uitdaging staat een sterk gefragmenteerd systeem, waarin overwerkte professionals in organisatieverbanden soms meer langs elkaar heen dan samenwerken. Er is veelal sprake van een grote mate van praktijkvariatie – tussen groepen van professionals, maar ook bijvoorbeeld binnen één maatschap.

De organisaties waarin deze professionals werken (ziekenhuizen, maatschappen, huisartspraktijken, thuiszorg, verpleeghuizen) zijn verankerd in tradities, instituties, koepels en financieringssystemen, maar hebben vaak weinig te maken met de vraag van de patiënt anno 2002. Ook is de communicatie tussen professionals matig en wordt er slechts mondjesmaat van de mogelijkheden van ICT gebruik gemaakt. De zorg wordt gekenmerkt door ineffectieve en inefficiënte aanwending van mensen en middelen, en vele overdrachtmomenten in wat één zorgproces zou dienen te zijn. Gezamenlijk resulteert dit in fouten, hoge kosten, verlies in motivatie bij zorgprofessionals, en patiënten die in het beste geval ontevreden zijn en vaak gewoon suboptimale zorg krijgen. In een zojuist verschenen rapport stelt de US Institute of Medicine dat de zorg in de Verenigde Staten op een breekpunt is aangekomen: de huidige kwaliteitskloof is niet meer aanvaardbaar, stelt zij (Committee on Quality of Health Care in America, 2001). Er is een aantal con-

crete punten waarop de Nederlandse zorg aantoonbaar beter scoort dan de Amerikaanse, zoals toegankelijkheid en aandacht voor preventieve activiteiten. Maar in zijn algemeenheid is de diagnose ook voor de Nederlandse zorg van toepassing. De taal van het rapport is ferm: de huidige aanpak van de op ons af komende zorgproblemen ‘resembles a team of engineers trying to break the sound barrier by tinkering with a Model T Ford’ (Committee on Quality of Health Care in America, 2001).

In het Nederlandse gezondheidszorgbeleid worden deze problemen steeds meer erkend. In het jargon heet het dat er sprake is van *aanbodsturing*: een organisatie van de zorg vanuit de belangen en noden van de *aanbieders* – de gezondheidszorginstellingen – in plaats van vanuit de *vragers* naar zorg: de patiënt. Zorg, met andere woorden, moet meer vraaggericht. Maar wat is ‘vraaggericht’? Betekent dit dat de patiënt bepaalt welke zorg hij wil hebben? Of is de slogan ‘van aanbod- naar vraaggerichteheid’ in feite identiek aan het verlangen naar verregaande marktwerking?

In deze bijdrage zullen wij onder ‘vraaggerichte zorg’ verstaan dat de *geleverde zorg* inhoudelijk en organisatorisch gericht dient te zijn op de zorgbehoefte welke zich aandient. Dit betekent ketenzorg, met duidelijke professionele eindverantwoordelijkheid, multidisciplinaire richtlijnen en een daadwerkelijk patiëntgerichte organisatie. Dit kan heel breed zijn opgezet of heel smal; tussen enkele instellingen of afdelingen of de hele keten van ‘preventie’ tot ‘follow-up’ beslaand.

Het realiseren van *deze* invulling van zorg, het krachtig bestrijden van historisch gegroeide, disfunctionele werk- en organisatievormen, vereist een *systemaanpak* –zowel op het niveau van het primaire proces zelf als op het niveau van de financiering en sturing daarvan. Een van de instrumenten hierbij is *informatie*. Door zich te informeren over wat patiënten wensen, of door geconfronteerd te worden met publicaties waarin zorgaanbieders<sup>2</sup> aan de hand van geleverde prestaties in ranglijsten worden geplaatst, kunnen zorgaanbieders (geprikkeld worden om) hun zorg meer vraaggericht te gaan organiseren. De vraagstelling van deze bijdrage luidt dan ook: *op welke wijze kan informatie een instrument zijn om zorgaanbieders te doen handelen naar de wensen en preferenties van de cliënt/patiënt?*

Deze bijdrage zal slechts indirect ingaan op vraagsturing vanuit de *individuele* patiënt. Kwesties rondom informed consent, de



Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst of de informatie-asymmetrie tussen zorgverlener en patiënt zullen niet aan de orde komen. Voor het goed kunnen articuleren van de zorgvraag, en voor het adequaat meebepalen van een indicatiestelling is een goed geïnformeerde patiënt natuurlijk van groot belang. Het beter informeren van individuele patiënten over vorm, organisatie en inhoud van de zorg is een *sine qua non* voor daadwerkelijke ‘vraagsturing’ door de patiënt.

In deze bijdrage, echter, staat de mogelijke impact van informatie op het handelen van zorgaanbieders centraal. De algemene discussie hoe patiënten beter kunnen worden ‘uitgerust’ voor hun reis door zorgland, hoe belangrijk ook, zal hier niet aan de orde komen. Ook gaat het in deze bijdrage niet over de noodzakelijke wijzigingen in het financierings- en verzekeringsstelsel, bijvoorbeeld, welke nodig zijn om een daadwerkelijk vraaggericht zorgsysteem te realiseren. Hier gaat het om het niveau van individuele zorginstellingen, en de daarin werkzame zorgprofessionals. Tegelijkertijd dient ook te worden vastgesteld dat informatie als instrument maar één element is in het palet aan instrumenten nodig om ook vraaggerichte zorg te realiseren. *Op zichzelf* beschouwd is informatie zelfs een vrij machteloos instrument. Discussies over ‘preferenties van patiënten’ en ‘kiezende consumenten’ zijn grotendeels theoretisch in een omgeving gekenmerkt door monopolies, schaarste op de arbeidsmarkt en een vraag welke nog voorlopig harder zal groeien dan het aanbod. In deze bijdrage zullen we eerst kort ingaan op de vraag *wie* de patiënt eigenlijk is, *wat* hij/zij eigenlijk wil, en *wat* zorginstellingen zich daar eigenlijk van aan zouden moeten trekken. Vervolgens zullen we drie verschillende manieren bespreken waarop informatie als instrument kan worden ingezet (inclusief hun toepassingsgebied en beperkingen):

- marktonderzoek;
- interne indicatoren;
- externe indicatoren.

Bij de eerste gaat het om het zelf, als zorgaanbieder, actief in kaart brengen van de wensen en preferenties van patiënten; bij de indicatoren gaat het om het scoren van de prestaties van zorgaanbieders (door de zorgaanbieders zelf of door andere). Tenslotte zullen we aangeven hoe de onderlinge samenhang tussen deze instrumenten dient te worden gezien om een maximale bijdrage te kunnen leveren aan de transitie van aanbodsturing naar vraaggerichte zorg.

## 5.2 Wat wil de patiënt?

‘De patiënt’ bestaat niet. De (informatie)behoefte van een dertigjarige ingenieur met diabetes, een vijftigjarige WAO-er die zijn been breekt, of een hoogbejaarde, alleenstaande vrouw die thuiszorg ontvangt voor haar slecht helende beenwond hebben weinig met elkaar te maken. (Informatie)behoefte worden beïnvloed door opleidingsniveau, leeftijd, door het acute of chronische karakter van de zorgbehoefte, door de ernst van de aandoening, het soort zorg dat wordt ontvangen (chirurgische interventie of medicatie, bijvoorbeeld), enzovoort. Dit betekent dat er niet één antwoord op de vraagstelling kan zijn dat voor alle patiënten categorieën geldt. *Wat patiënten willen* loopt dan ook nogal uiteen. In hun *Inventarisatiestudie Prestatie-indicatoren in de Nederlandse Gezondheidszorg* hebben Stef Groenewoud en Robbert Huijsman maar liefst 33 verschillende instrumenten gevonden waarmee de kwaliteit van zorg vanuit het gebruikersperspectief in kaart kan worden gebracht. In de verschillende instrumenten komen bij elkaar zo’n 140 kwaliteitsdimensies voor (Groenewoud en Huijsman, 2002). Tabel 5.1 geeft een overzicht van de ‘top 5’ kwaliteitsdimensies uit de cure en de care. Aangezien dergelijke instrumenten vaak door patiëntenorganisaties, in overleg met patiënten, zijn opgesteld, geven deze cijfers een indicatie van wat verschillende patiënten in verschillende sectoren belangrijk vinden.

**Tabel 5.1 Top 5 van kwaliteitsdimensies in cure en care sector. (Diverse dimensies deelden dezelfde plaats op de ranglijst)**

Top 5 ‘cure’	Top 5 ‘care’
Vakbekwaamheid/informatievoorziening/bejegening	Bejegening /medezeggenschap en zelfbeschikking
Organisatie/accommodatie	Activiteiten, dagbesteding
Steun/bereikbaarheid en toegankelijkheid	Informatievoorziening/accommodatie
Zelfstandigheid	Vakbekwaamheid/bereikbaarheid en toegankelijkheid
Veiligheid en hygiëne	Mate waarin zorg bijdraagt aan integratie of inclusie cliënt in maatschappij/maaltijden, voeding

Bron: ZonMw. Rapport 2002; prestatie-indicatoren en kiezende zorggebruiker.

Wat mensen *zeggen* dat ze belangrijk vinden is overigens niet altijd in overeenkomst met wat ze *doen*. Het invullen van een enquête, of het uiten van ‘wensen’ in een focusgroep is bepaald niet hetzelfde als het maken van een keuze tijdens een ziekte-episode. Uit diverse evaluatiestudies in Engeland, de Verenigde Staten maar ook in Nederland blijkt dat patiënten zich nauwelijks iets aantrekken van bijvoorbeeld wachtlijst-informatie, informatie over medisch-inhoudelijke vakbekwaamheid of ranglijsten van zorginstellingen.

Onafhankelijk van presentatiewijze, diepgang van de informatie en toegankelijkheid ervan blijken patiënten zo goed als niets met deze informatie te doen. In de praktijk blijken alledaagse zaken als ‘nabijheid’, ‘advies van de huisarts’ en ‘bekendheid’ van groter belang te zijn (Marshall, et al., 2002; Stoop, 2002). Er is nog weinig bekend over de oorzaken voor het gebrek aan impact. In de Verenigde Staten is veel onderzoek verricht naar de optimale wijze van het presenteren van de informatie, omdat patiënten (begrijpelijk) verdrinken in overzichten van tientallen indicatoren voor tientallen instellingen. Het probleem is meestal dat instellingen op verschillende indicatoren hoog scoren, en op andere weer laag. En de vraag is hoe dit tegen elkaar afgewogen dient te worden. Als je deze complexiteit vereenvoudigt door bijvoorbeeld met een ranglijst of een ‘sterrenstelsel’ te werken, ontstaat het tegenovergestelde probleem. Is de wijze van weging tussen de indicatoren om tot de rangorde te komen wel de weging welke met de patiëntenpreferenties overeenkomt? Het is de vraag of er een bevredigende oplossing te vinden is voor deze ‘trade-off’ tussen een overkill aan detailinformatie, of een overzichtelijke maar betekenisloze ‘report card’ (Hibbard, 1998).

Tenslotte is een belangrijke vraag *hoe belangrijk* het is wat de patiënt wil. ‘Patiëntgerichtheid’ en ‘patiëntensatisfactie’ is één domein waarop de zorgaanbieder zou willen/moeten excelleren. Een zorgaanbieder (professional of instelling) zal zijn inspanningen op dit domein altijd dienen af te wegen tegen de kosten die het met zich meebrengt, de impact op de organisatie en professionals (‘patiëntgericht’ is niet perse altijd ‘professionalsvriendelijk’) en zorginhoudelijke overwegingen. Als een bepaalde risicovolle en dure medische interventie medisch gezien niet is geïndiceerd, dan kan een patiënt die interventie wel willen, maar dan hoeft een zorgaanbieder daar niet op in te gaan. Was dit niet zo, dan zou alle aandacht en moeite om de zorg meer ‘evidence based’ te maken een wassen neus zijn. Patiënten, bovendien, kunnen ook overdreven verwachtingen

hebben van de servicegerichtheid van hun zorgverleners: niet alle verzoeken om een huisbezoek van de huisarts, bijvoorbeeld, zijn even reëel.

Dit betekent niet dat wensen en preferenties van patiënten niet centraler zouden moeten staan. Het gaat er slechts om dat de gezondheidszorg niet slechts een dienstverlenend bedrijf is dat strikt afgerekend zou kunnen of mogen worden op de satisfactie van de 'consumenten'. 'Vraaggerichte zorg', met andere woorden, betekent niet 'u vraagt, wij draaien', maar (zoals gezegd) zorg die inhoudelijk en organisatorisch gericht is op de zorgbehoefte die zich aandient. In de huidige trend om met meer bedrijfskundige blik naar de kwaliteit van de zorg te kijken (Harteloh en Casparie, 1998) wordt dit wel eens vergeten. Waar voor een commercieel bedrijf uiteindelijk de vraag *of de klant koopt* de ultieme 'benchmark' is, zou dat voor een zorginstelling bepaald niet zo dienen te zijn. Uiteindelijk moeten in de zorg, als maatschappelijke sector, ook medisch-inhoudelijke, sociaal-economische en solidariteits-overwegingen worden geborgd die niet altijd op één lijn met de wens van de patiënt hoeven te staan (zie ook de volgende paragraaf).

### 5.3 Marktonderzoek

Na deze kanttekeningen volgt de vraag hoe informatie dan toch een instrument kan zijn om zorgaanbieders te doen laten handelen naar de wensen en preferenties van de patiënt. De eerste route is het zelf actief in kaart brengen van deze wensen en preferenties. Gegeven de aandacht voor marktwerking is het niet verrassend dat ook in de zorg het fenomeen marktonderzoek zijn intrede begint te doen. Marktwerking doet een beroep op de eigen verantwoordelijkheid van de aanbieders in de zorgsector. Zij worden gestimuleerd hun eigen functioneren veilig te stellen op de zorgmarkt. Hieraan kunnen zij inhoud geven door zich aantrekkelijk te maken voor de patiënten, dat wil zeggen zich zo organiseren dat het zorgaanbod (het 'product') beter aansluit bij de behoeften van (potentiële) 'klanten' (Mulder, 2001). Voor een organisatie, zo is de theorie, is het belangrijk om zich bewust te zijn van de positie op, maar ook de veranderingen van de markt. Als een zorginstelling zich niet vormt naar wat de (toekomstige) zorgconsument wil, dan zal haar toekomstige positie op de zorgmarkt in gevaar komen. Marktonderzoek heeft dus een tweeledig karakter: inventarisatie van de marktpositie op het moment van het onderzoek en

inventarisatie van de ontwikkelingen op de markt. Marktonderzoek kan op deze wijze antwoord geven op vragen omtrent strategische marktbeslissingen, beslissingsgedrag van consumenten en klanttevredenheid (Zwart, 1994; De Ruyter en Scholl, 1995).

Hier dient wederom te worden opgemerkt dat deze uitgangspunten slechts beperkt relevant zijn in een markt, gekenmerkt door aanbodschaarste. Daar waar wachtlijsten bestaan, zijn de wensen of behoeftes van potentiële zorgconsumenten van weinig gewicht – behalve dan de wens om binnen een adequate termijn te worden geholpen. Marktonderzoek heeft in een dergelijke omgeving geen zin: de urgente problemen zijn al evident, en prioriteit dient te worden gegeven aan het creatief oplossen van die vraagstukken.

In de care sector, waar vaak sprake is van langdurig of permanent verblijf, en waar het woonkarakter van het aanbod een groter of even groot belang heeft als het zorgkarakter van het aanbod, staat het buiten kijf dat een grondige oriëntatie op (veranderende) behoeftes van cliënten van groot belang is. Hier kan marktonderzoek – naast de reeds geëigende kanalen als bewonerscommissies, cliëntenraden enzovoort – een nuttige, aanvullende rol spelen. Ook waar het gaat om het creëren van nieuwe vormen van zorg voor bijvoorbeeld chronische patiënten, of nieuwe vormen van preventieve zorg, kan marktonderzoek belangrijk zijn om te voorkomen dat er aanbod wordt gecreëerd waar geen behoefte aan blijkt te bestaan.

In andere gebieden van de zorg, echter, is de rol van marktonderzoek beperkt. Voor grote delen van de curatieve- én care sector zal marktonderzoek bij het creëren van patiëntgerichte zorg nauwelijks een rol van betekenis kunnen spelen. Hier gaat het om het slechten van communicatieve of organisatorische barrières in de zorgketen, het wegwerken van wachtlijsten voor, in en tussen de instellingen, het creëren van adequate multidisciplinaire teams, enzovoort. Hier gaat het om het maken van en zich houden aan transmurale protocollen, het samenwerken tussen zorginstellingen in plaats van concurreren, en het realiseren van minimale informatie-uitwisseling *tussen* zorgprofessionals – en aan de patiënten zelf.

We raken hier aan twee zaken tegelijkertijd:

1. bij het inrichten van patiëntgerichte zorg spelen de directe wensen en preferenties van patiënten slechts een beperkte rol;
2. de kloof tussen wat de huidige zorg aan patiëntgerichtheid levert, en wat de zorg zou *kunnen* leveren is *zo* groot, dat het grijpen naar het instrument van marktonderzoek om deze stap te kunnen maken te vergelijken valt met het vragen naar een hoogtemeter terwijl het vliegtuig op een bergwand afvliegt.

Daar waar de gemiddelde zorgverlener in Nederland eenvoudigweg geen inzicht heeft in het totale medicatiegebruik van zijn/haar patiënt is de noodzakelijke stap richting patiëntgerichte zorg volstrekt helder. Daar is geen marktonderzoek voor nodig; daar hoef je patiënten niet naar te vragen. Je vraagt een luchtvaartpassagier immers ook niet of hij het belangrijk vindt dat de vleugels van het vliegtuig goed vastzitten. Hetzelfde geldt voor de falende zorg aan diabetespatiënten, CVA-patiënten, hartfalen patiënten, patiënten met verhoogd cardiovasculair risico, COPD-patiënten, glaucoompatiënten, patiënten in ‘verkeerde bedden’ enzovoort: allemaal aandoeningen en situaties waarvan vaststaat dat de integrale zorg welke deze patiënten nodig hebben in Nederland *niet* adequaat wordt geleverd, met voorkombare morbiditeit en mortaliteit tot gevolg.<sup>3</sup>

In het slechtste geval is marktonderzoek een middel dat uit onmacht wordt ingezet: onmacht om de problemen te onderkennen of aan te pakken, inclusief de pijn en strijd die daarmee gepaard gaan. In een dergelijk geval leidt het marktonderzoek tot de onvermijdelijke notitie over ‘hoe wij nu echt patiëntgericht gaan werken’ en wordt er veel energie besteed aan het *niet* aanpakken van de echte problemen in de zorg.

#### **5.4 Indicatoren**

Bij marktonderzoek worden de wensen en preferenties van patiënten actief in kaart gebracht door de zorgaanbieder om hier het zorgaanbod op af te kunnen stemmen. In het geval van indicatoren gaat het om het scoren van de prestaties van zorgaanbieders. Dit kunnen zorgaanbieders zelf doen, maar ook andere kunnen hiertoe het initiatief nemen. In het eerste geval lopen de instrumenten marktonderzoek en indicatoren in

elkaar over, alhoewel de filosofie van werken met indicatoren fundamenteel anders is.

Wij onderscheiden hier *interne* en *externe* indicatoren (Berg en Schellekens, 2002; Solberg, Mosser en McDonald, 1997). *Interne* indicatoren worden door zorgaanbieders zelf gebruikt voor de sturing en verbetering van de zorgprocessen. Indicatoren kunnen zorgprofessionals en leidinggevendenden inzicht geven in de resultaten van de zorgprocessen die zij aansturen: waar problemen zijn, en hoe die zouden kunnen worden aangepakt. Op basis daarvan kunnen zij hun zorgprocessen anders inrichten – waarbij de indicatoren weer worden gebruikt om te testen of dit inderdaad tot betere zorg leidt. Bij het reorganiseren van de transmurale CVA-zorg in Delft, bijvoorbeeld, werden uitkomstindicatoren gemeten op vier domeinen van kwaliteit: *medisch* (mortaliteit, effectiviteit van revalidatie), *organisatorisch* (opnameduur, aantal ‘verkeerde bedden’ in het ziekenhuis, aantal patiënten dat naar huis kon worden ontslagen), *relationeel* (tevredenheid van zorgverleners, patiënten en familieleden, informatievoorziening) en *financieel* (besparingen in de CVA-zorgketen). Door het invoeren van een multidisciplinair en transmuraal protocol werden successen geboekt op al deze kwaliteitsdomeinen (Huijsman, et al., 2001).

Tegelijkertijd zoeken overheid, inspectie en zorgverzekeraars naar indicatoren om te kunnen beoordelen of zorgaanbieders voldoende kwaliteit leveren (minimumkwaliteit) en willen zij ook vergelijkingen kunnen maken tussen zorgaanbieders (*externe indicatoren*). Hier gaat het om het ‘aan de buitenwereld’ kunnen laten zien van de kwaliteit van zorg. Op basis van registratie van wachttijden, bijvoorbeeld, zouden patiënten kunnen kiezen voor de kortste wachttijd. In de Verenigde Staten zijn ‘report cards’ beschikbaar die ‘health plans’ met elkaar vergelijken op basis van ‘performance indicators’ zoals ‘percentage patiënten waarvan cholesterolniveaus worden gecontroleerd na doormaken van hartaanval’ of ‘percentage diabetespatiënten met te hoge HbA1c waarde’ ([www.facct.org](http://www.facct.org)).

*Gebalanceerd sturen* betekent dat men gebruik maakt van indicatoren die verschillende domeinen van kwaliteit bestrijken, zoals *medisch*, *organisatorisch*, *relationeel* en *financieel*. Op deze manier kan men het effect van een interventie op het medische domein (bijvoorbeeld het terugdringen van morbiditeit) afwegen tegen de kosten van de interventie, de impact ervan op de organisatie (werklast, lerend vermogen) en de patiëntsatisfactie

(relationeel). Het uitgangspunt is dat optimalisatie binnen één domein negatieve effecten in een ander domein kan hebben. Goed besturen betekent dus het vinden van de optimale *balans* in de effecten in de verschillende domeinen.

Het zijn dit laatste type indicatoren waar de beleidsmatige aandacht vooral naar uitgaat. Velen hebben hoge verwachtingen van de combinatie van verminderde regelgeving en vermeerderde transparantie van de *prestaties* van zorgaanbieders. Het maakt niet uit *hoe* zij hun zorg feitelijk organiseren, zo is de gedachte: als ze maar kunnen laten zien dat ze kwaliteit leveren. In plaats van een overheid die zich met elk aspect van de uitvoering bemoeit, worden prestatiecontracten afgesloten waarop de zorgaanbieders na afloop, op basis van gegevens over de gerealiseerde uitkomsten, worden afgerekend (Bruijn, 2002). Verzekeraars kunnen dan naast doelmatigheidsgegevens ook de inhoudelijke kwaliteit van zorg in hun contracteerbeleid laten meespelen, en patiënten, *last but not least*, kunnen dan invulling geven aan de rol van de kritische zorgconsument. Op basis van een gebalanceerde set indicatoren (over de effectiviteit, de efficiëntie, en de patiëntgerichtheid van de zorg, bijvoorbeeld) kan dan een soort van Michelinijds van zorginstellingen (en eventueel ook individuele zorgprofessionals) worden opgesteld (zie voor een voorbeeld uit de UK [www.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators](http://www.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators)) (Marshall, et al., 2002).

Externe indicatoren hebben dus een driedubbel doel. Ten eerste geven ze op een vernieuwende manier vorm aan de plicht om *verantwoording* af te leggen over de besteding van middelen. Ten tweede zou hiermee geïnformeerde *keuzes* voor of tegen aanbieders mogelijk moeten worden. Tenslotte prikkelt een gepubliceerde rangordelijst tot interne kwaliteitsverbetering: lager geplaatsten willen hoger komen; hoger geplaatsten willen hun positie behouden. Het is een middel om organisaties tot verandering aan te zetten: een methode 'to turn the heat on' (Marshall, et al., 2000), 'to create a burning platform' (Berwick, 2002) zodat er een urgentie tot organisatieverandering ontstaat. (Ellerbeck, et al., 2000).

Deze gedachten zijn aansprekend: wie wil er geen einde maken aan de overregulering van de zorg, en wie wil niet dat feitelijke prestaties meer maatgevend worden voor financiering, waardering en keuzes van patiënten? Wat kan er tegen transparantie zijn? Het regent inmiddels initiatieven om indicatoren te ontwikkelen, en er zijn - zeker internationaal gezien - talloze pro-



gramma's die allemaal *bet* indicatoren-systeem voor de zorg lijken te zijn. Toch maken velen zich ook zorgen over het doembeeld van individuele professionals of instellingen die door ranglijsten onheus geschaad kunnen worden, of zelfs aan de schandpaal kunnen worden genageld door 'wanprestaties' die wellicht niet eens aan hen kunnen worden toegerekend (Appleby en Bell, 2000; Millenson, 1997).

Indicatoren kunnen een rol spelen in het totstandbrengen van vraagsturing – om zorgaanbieders te 'doen handelen' naar de wensen en preferenties van de patiënt. Interne en externe indicatoren kunnen bijdragen aan het creëren van zorg van hoge kwaliteit, welke op maat én op geïntegreerde wijze aan patiënten wordt aangeboden. Hiervoor dient echter wel een aantal valkuilen te worden vermeden. De verschillende soorten, doelen, gebruiken en beperkingen van dergelijke indicatoren moeten goed worden onderscheiden en onderkend. Anders dreigt het gevaar dat projecten mislukken, professionals gedemotiveerd worden, het wantrouwen tussen partijen (en van patiënten) toeneemt, en dat veel geld wordt weggegooid.

#### **De mythe van 'één systeem van indicatoren voor de zorg'**

In overheidsrapporten en projectvoorstellen wordt vaak gerefereerd aan de noodzaak van een 'systeem van indicatoren voor de zorg', wat dan eventueel uit meerdere niveaus zou kunnen bestaan (voor organisaties, voor ketens, voor regio's, etc.; al dan niet specifiek voor de verschillende sectoren van de zorg). Hier zou dan eventueel een (nog op te richten) onafhankelijk instituut verantwoordelijk voor moeten zijn. Een dergelijk spraakgebruik is zeer verwarrend: er is geen 'één systeem' dat externe indicatoren en interne indicatoren kan omvatten. Voor interne kwaliteitsverbetering en externe toetsing en vergelijking heb je fundamenteel andere instrumenten nodig (Berg en Schellekens, 2002; Solberg, Mosser en Mc.Donald, 1997).

**Tabel 5.2 Verschillen tussen interne en externe indicatoren. (Voor nadere uitleg zie Berg en Schellekens, 2002)**

Interne indicatoren	Externe indicatoren
Voor intern gebruik:	Voor externe verantwoording:
Gericht op zelfsturing en verbetering	Gericht op minimumkwaliteit en vergelijking
Relevant voor professionals en leidinggevenden binnen zorginstellingen	Relevant voor overheid, inspectie, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties
Specifiek, gedetailleerd	Aspecifiek, globaal
Geen uitputtende validering nodig	Uitputtende validering noodzakelijk
Registratie aan de bron eenvoudig	Registratie vereist aparte infrastructuur
Irrelevant/onbruikbaar voor publiek	Publiek van aard
Om te leren (niet: controleren!)	Om te controleren en te vergelijken
Snel, 'leuk', leerzaam	Moeilijk, langdurig, potentieel bedreigend
Paradigma kwaliteit: 'goed-beter'	Paradigma kwaliteit meestal: 'goed-slecht'

Ook een systeem voor interne indicatoren is een *contradictio in terminis*. De interne indicatoren welke in kwaliteitsverbeteringsprocessen door zorgprofessionals worden gebruikt dienen te zijn afgeleid van de eigen doelen en mogelijkheden. Sets van reeds ontwikkelde indicatoren kunnen nuttig zijn<sup>4</sup> (al is het alleen maar omdat niet elke organisatie steeds weer het wiel hoeft uit te vinden), maar 'off the shelf' indicatorensets hebben toch een beperkt nut. Zij zijn veelal veel te omvangrijk, te data-intensief, en uiteindelijk niet genoeg op het eigen kwaliteitsverbeteringsproces toegesneden. Zinnige interne indicatorensets zullen dus altijd een duidelijke lokale component bevatten: van 'een systeem' voor interne indicatoren voor de zorg kan geen sprake zijn.

**Box 5.1 Verschillende doelen voor externe indicatoren**

1. Verantwoording van instellingen naar consumenten;
2. Verantwoording van instellingen naar financiers;
3. Landelijke verantwoording van zorgaanbieders;
4. 'Sturen op afstand' door de overheid;
5. Verantwoording van verzekeraars;
6. Verantwoording van de rijksoverheid naar parlement;
7. Verantwoording van de rijksoverheid naar internationale fora.

Maar ook in het geval van externe indicatoren heeft het geen zin om te spreken van één systeem van indicatoren. Concrete

voorbeelden kunnen dit verduidelijken. In *het onderstaande kader* zijn een zevental doelen voor indicatorsystemen vermeld.<sup>5</sup> Voor elk genoemd doel, is onze stelling, zullen andere systemen van indicatoren nodig zijn.

De overheid, ten eerste, zou graag door middel van indicatoren een drietal publieke belangen willen borgen: kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid/kostenontwikkeling (doel 4).<sup>6</sup> Op het niveau van individuele *organisaties* dient de inspectie de kwaliteit van de geleverde zorg te controleren. Hier is in eerste instantie van belang dat de kwaliteit van de geleverde zorg van een bepaald minimumniveau moet zijn. Hiervoor zou je een beperkt aantal, eenvoudig te registreren indicatoren willen hebben die op slimme wijze iets zeggen over de kwaliteit van de geleverde zorg van de organisatie. Het percentage wondinfecties en de decubitusprevalentie kunnen hier als voorbeeld dienen: dit zijn globale uitkomstmaten die een indicatie geven van de algemene zorginhoudelijke kwaliteit van een instelling. Ook proces- en structuurmaten zijn zeer relevant. De inspectie zou kunnen vaststellen dat je alleen interventie X mag doen als je er minstens 30 per jaar doet, bijvoorbeeld: vaak kunnen onder een bepaald minimum de benodigde skills van de zorgprofessionals en de organisatie niet genoeg ontwikkelen om minimum kwaliteit te leveren.

Ook verzekeraars zullen geïnteresseerd zijn in minimumkwaliteit (doel 2). De overlap tussen de relevante indicatoren voor de inspectie en de verzekeraars zal echter beperkt zijn. Ten eerste zullen verzekeraars niet alleen in minimale kwaliteit zijn geïnteresseerd, maar (vooral) ook in *best practices*, en in het borgen van trends richting steeds betere kwaliteit. Ten tweede zullen verzekeraars meer geïnteresseerd zijn in kosten-effectiviteitsverhoudingen van geleverde zorg. Ten derde is het voor verzekeraars veelal relevanter om naar specifieke ziektebeelden te kijken, en met zorgaanbieders afspraken te maken over bijvoorbeeld de te realiseren zorginhoudelijke kwaliteit tegen een bepaald tarief. Een inperking tot concrete aandoeeningen of indicaties creëert een veel smallere focus, waardoor het mogelijk wordt om veel specifiekere eindpunten op te stellen (Committee on Quality of Health Care in America, 2001).

De patiënt, tenslotte, hebben we hierboven al besproken. Alhoewel ‘de patiënt’ niet bestaat, zijn er reeds vele indicatorsets ontwikkeld om de ‘kiezende consument’ te faciliteren – sets welke aspecten als ‘bejegening’, ‘informatievoorziening’

enzovoort veel centraler stellen dan de verzekeraars zouden doen. Overwegingen van ‘patiëntgerichtheid’ spelen voor patiënten vanzelfsprekend een grotere rol dan economische overwegingen – in ieder geval daar waar de verschillende keuzen allemaal door de verzekeraars worden vergoed. (Zie box 5.2 voor een korte beschrijving van twee Nederlandse, expliciet ‘publieke’ ziekenhuisvergelijkingssystemen).

**Box 5.2 Voorbeelden van publieke ranglijsten van ziekenhuizen**

*Ranglijsten van Nederlandse ziekenhuizen voor de kiezende consument*

Recente Nederlandse voorbeelden van vergelijkingen tussen ziekenhuizen met behulp van externe indicatoren vormen de Elsevier Ziekenhuisenquête en het ziekenhuisvergelijkingssysteem van de Consumentenbond. Beide onderzoeken vergelijken de prestaties van ziekenhuizen onderling om keuze-informatie aan de patiënt te verschaffen.

Bij de Elsevier Ziekenhuisenquête werden huisartsen, specialisten, hoofdverpleegkundigen, managers en directieleden gevraagd hun waardering uit te brengen omtrent het functioneren van andere ziekenhuizen, waarbij onderscheid werd gemaakt in de categorieën academische, grote en middelgrote ziekenhuizen. Het totaal aantal punten wat een ziekenhuis kon verdienen werd gevormd door de onderdelen waarnemingen, rapportcijfer, bovengemiddelde prestaties, specialismen, troeven, zwakke punten en bonus rapportcijfer. Dit totaal aantal punten moet een indicator vormen voor de patiënt: je kunt het best naar het ziekenhuis met de meeste punten gaan (Berwick, 2002).

Het ziekenhuisvergelijkingssysteem van de Consumentenbond is opgezet om de visie van patiënten centraal te stellen. De meest recente uitvoering bestond dan ook uit schriftelijke vragenlijsten voor de ziekenhuizen, onafhankelijke observatie (schouw) en schriftelijke enquête voor de patiënten. Bij 42 ziekenhuizen werd dit onderzoek uitgevoerd op de specialismen cardiologie, chirurgie, gynaecologie, interne geneeskunde, KNO-geneeskunde en orthopedie. De uitkomsten van de metingen per ziekenhuis werden onderling vergeleken, op basis waarvan resultaten naar voren kwamen die aan de deelnemende ziekenhuizen teruggekoppeld werden. Het schema wat aan de patiënt gepresenteerd wordt, kent een onderscheiding met groene en rode balletjes: de rode balletjes represente-

ren minder goede resultaten of prestaties (Ellerbeek, et al., 2000).

Hoe komt het dat de verschillende indicatorensets zo uiteenlopen? Waarom is er niet één overkoepelende set van indicatoren te bedenken, waaruit ‘voor elk wat wils’ te halen valt? Het woord ‘indicator’ zegt het al: het is een meetgegeven dat een signaal afgeeft dat er sprake kan zijn van een onderliggend fenomeen, probleem of trend (Harteloh en Casparie, 1998). Het meten van indicatoren is een manier om zeer complexe werkelijkheden ‘samen te vatten’ in een eenvoudig meetbaar, afdoende betrouwbaar, en zo relevant mogelijk getal. Steeds zullen deze criteria tegen elkaar afgewogen dienen te worden: vanuit het oogpunt van betrouwbaarheid komt men vaak op hele specifieke indicatoren, die in detail een klein aspect van ‘de kwaliteit van zorg’ in kaart brengen. Vanuit het oogpunt van de relevantie voor een ‘gebruiker’ van de indicatoren, is juist een klein aantal indicatoren met een zo breed mogelijke reikwijdte wenselijk. Dit zijn geen puur technische kwesties: de selectie van indicatoren bepaalt immers welk fenomeen, probleem of trend als relevant wordt beschouwd en wat niet. ‘Indicators shape what issues are thought important, and how to think about them’ (Freeman, 2002).

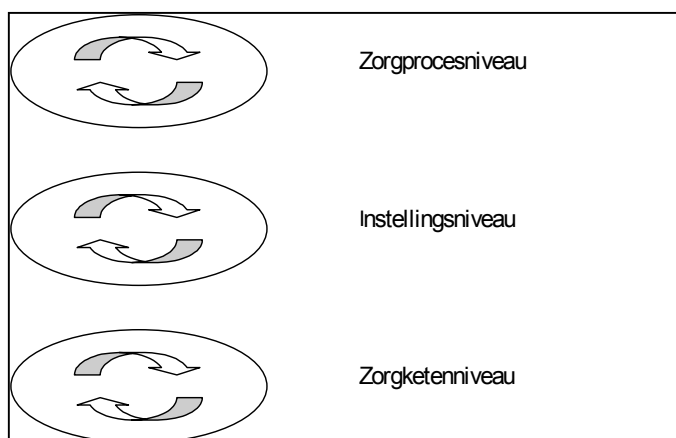
Hoe dergelijke afwegingen uitvallen zal steeds anders zijn. Omdat er voor de verschillende doeleinden steeds andere vragen dienen te worden beantwoord, zal de benodigde mate van detail steeds verschillen, en zal de keuze van meest relevante indicatoren uiteenlopen (Klazinga, et al., 2001). Een indicator welke op een nationaal niveau prima werkt, kan op organisatieniveau onbruikbaar zijn, omdat de specifieke bijdrage van die organisatie aan de indicator niet te specificeren valt. En zelfs al zou een bepaalde vraag op verschillende niveaus in theorie met behulp van een zelfde indicator kunnen worden beantwoord, dan is dat vaak in de praktijk niet mogelijk, omdat de benodigde aantallen patiënten alleen op de geaggregeerde niveaus bereikt worden (Solberg, Mosser en McDonald, 1997).

### **Sturen met indicatoren: de mythe van de cockpit**

Bij interne indicatoren gaat het om zelfsturing door professionals op basis van gebalanceerde uitkomsten. Dit is een belangrijk uitgangspunt voor de zorg, omdat in deze opzet de eindverantwoordelijke professional aan het roer van het stuursysteem staat. Voor dergelijke doeleinden is dataverzameling relatief eenvoudig. Beperkte aantallen gegevens zijn vaak al voldoende om relevante trends te signaleren (Berwick, 1998).

Ook hoeven de gegevens niet uitputtend gevalideerd te zijn, omdat de interpretatie van de gemeten waarden door de professionals zelf geschiedt. Zij kennen de context van hun eigen werk, en zijn dus in staat om relevante van irrelevante signalen te onderscheiden (Berg en Schellekens, 2002). In het geval van interne indicatoren, ‘much of the debate around statistical significance of results can be avoided, as adverse occurrences in small numbers of cases require individual case analysis to explore circumstances, not aggregation into population rates’ (Freeman, 2002). Het is overigens niet zo dat het bij interne indicatoren noodzakelijkerwijs om kleine groepen artsen gaat, of om kleine units: hetzelfde principe geldt op het niveau van één afdeling, maar ook van een hele zorgorganisatie, of een wetenschappelijke vereniging van specialisten. Het gaat erom dat er *vertrouwen* is, dat men uit is op leren van elkaar, en dat er openheid van interpretatie is. ‘Slechte’ cijfers worden niet afgestraft, maar constructief benaderd: ‘wat zou hier aan de hand kunnen zijn?’ ‘wat kunnen we hiervan leren?’ Dit betekent dus dat er op verschillende niveaus verschillende ‘interne’ cycli bestaan (zorgproces, instelling, regionale keten, systeem), die allemaal parallel lopen (zie figuur 5.1).

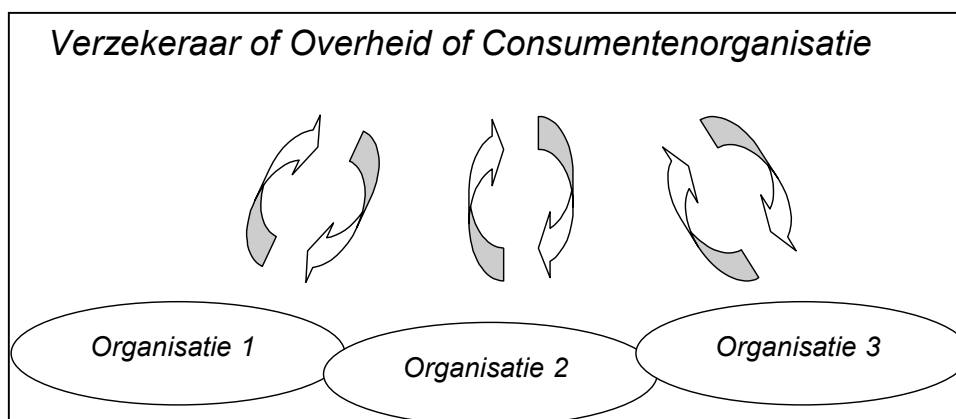
**Figuur 5.1** Parallel lopende interne verbetercycli



Bij externe indicatoren lopen de feedback loops *tussen* de niveaus (zie figuur 5.2). De metafoor die hier vaak wordt gehanteerd is die van de cockpit, van waaruit de bestuurder de prestaties van de verschillende (deel-)organisaties kan controleren, vergelijken, en aan- of bijsturen. Op het instrumentenpaneel van de cockpit geven de verschillende wijzertjes de stand van zaken aan per indicator en per organisatie. De cockpitmetafoor

is aantrekkelijk voor overheden, zorgverzekeraars, maar ook voor consumentenorganisaties, omdat hier een ‘inzicht- en sturen-op-afstand’ model wordt beloofd: open, transparant, eerlijk en objectief (Van der Donk, 1997).

**Figuur 5.2 Bij externe verantwoording of sturing lopen de feedbackloops tussen de niveaus**



Een dergelijke visie op externe indicatoren, en de mogelijkheden ervan, is echter zeer problematisch. Zoals hierboven al is gesteld gaat het bij indicatoren steeds om ‘samenvattingen’ van onderliggende, complexe fenomenen. Een cockpitmetafoor zou werken als er sterke en duidelijke verbanden bestonden tussen de gemeten indicatoren, de schommelingen daarin, en de oorzaken daarvoor op de werkvloer (zoals in een te besturen vliegtuig het geval is). Dergelijke ‘harde’ verbanden zijn uiterst zeldzaam daar waar het om sociale processen zoals zorgprocessen gaat. Waar een schommeling in een indicator precies op duidt is zelden direct helder. Sterker nog, waar de indicator *überhaupt* op duidt is vaak onderdeel van heftige discussies, zoals we ook hierboven al zagen (Sofaer, et al., 2000). Zegt algehele mortaliteit in de behandelde populatie iets over de kwaliteit van zorg in instellingen, of over de leefwijzen in die populatie? Zegt een goede HbA1c-waarde in een patiëntenpopulatie van een huisarts iets over de geleverde zorg van die huisarts, of over de wijk waarin hij praktiseert? Ook ‘wondinfecties’ als algemene parameter voor de kwaliteit van de geleverde (chirurgische) zorg wordt betwist: het maakt nogal wat uit wat voor een type operaties er gedaan wordt, bijvoorbeeld, en ook de registratie van de wondinfecties (welke soms pas na ontslag duidelijk worden) is een zwak punt (Van Dalen,

et al., 2000; Van Everdingen, Trouw, 2002). Zelfs waar het gaat om het meten van zoiets schijnbaar eenduidigs als 'patiëntensatisfactie' blijkt dat er wel veel gegevens zijn, maar dat de validiteit van bestaande meetmethoden te wensen overlaat (Sitzia, 1999). Daar waar zorgverbeteringsprojecten publiekelijk worden aangekondigd, zie je vaak de patiëntensatisfactie *dalen*, omdat de verwachtingen van patiënten door de publiciteit stijgen.

Als er moet worden vergeleken of gecontroleerd, bovendien, is het belangrijk dat de indicatoren vergelijkbaar zijn en dat ruis van echte signalen wordt onderscheiden. Hiervoor is een scala aan statistische technieken beschikbaar (en steeds verder in ontwikkeling). De paradox van dergelijke technieken, echter, is dat zij daar waar ze transparantie zouden moeten *toevoegen*, ze dat feitelijk *verminderen*. Het inzetten van geavanceerde statistiek maakt de getallen *minder* inzichtelijk voor bestuurders en professionals, die vaak wel verstand hebben van de processen die tot de gerapporteerde uitkomsten leiden, maar niet de finesses van statistische bewerkingen kunnen beoordelen. Zoals Freeman stelt: 'Too much adjustment, and the immediacy and credibility of indicators is lost; too little adjustment and indicators may be very misleading'. Als je dan dergelijke gegevens in ranglijsten gaat zetten, dan vererger je dit probleem, omdat dat de illusie van 'eenvoudige vergelijkbaarheid' alleen maar versterkt. 'Structured reporting of indicators further obscures the complexity, contextuality and layered meaning involved in interpretation' (Freeman, 2002).

*Binnen* een sturingsniveau zijn indicatoren zeer bruikbaar omdat eenieder weet wat er wel en niet van te verwachten valt, hoe outliers dienen te worden geïnterpreteerd, en wat de context van de geregistreerde gegevens is. Binnen een sturingsniveau, met andere woorden, gaat de cockpitmetafoor op. Bij externe verantwoording of sturing, gaat het mis. Daar leidt de cockpitmythe tot een hausse aan schijnbaar harde informatie over prestaties van zorgaanbieders, die in werkelijkheid vaak boterzacht is. Dit zou niet zo'n probleem zijn, ware het niet dat de getallen snel een eigen leven gaan leiden, en bestuurders-op-afstand hieruit allerhande conclusies gaan trekken. Ranglijsten en scoretabellen zien er nu eenmaal 'hard' uit, hoeveel je ze ook van kanttekeningen voorziet. Tegen cijfers is het moeilijk argumenteren, zo hebben vele beleidsonderzoekers en historici al vastgesteld (Van der Donk, 1997; Porter, 1995). Dit gevaar, gekoppeld aan de frustraties van aanbieders over de 'botte' ranglijsten, zorgt er vervolgens binnen de in-



stellingen of zorgprocessen voor dat kwaliteitsverbeteringsprocessen gefrustreerd worden. Hiervoor is immers een open, op leren gerichte cultuur nodig. In plaats van deze cultuur ontstaan er perverse reacties: defensief, strategisch gedrag om een lage positie in de ranglijst te voorkomen. (Denk bijvoorbeeld aan scholen die liever geen kinderen uit achterstandswijken hebben omdat hun cito-scores hierdoor negatief worden beïnvloed). In box 5.3 is een aantal van dergelijke negatieve effecten vermeld. Dit zijn geen hypothetische gevaren: zowel binnen als buiten de zorg zijn dergelijke ‘perverse incentives’ uitputtend gedocumenteerd (Freeman, 2002; Bruijn, 2002; Wiener, 2000; Marshall, et al., 2002; McGlynn, 1998a; McCormick, et al., 2002).

### **Box 5.3 ‘Perverse incentives’ van prestatieindicatoren**

Perverse bijwerkingen van het ‘afrekenen’ van aanbieders op basis van prestatie-indicatoren (Freeman, 2002; Bruijn, 2002; Wiener, 2000):

- *‘Gaming the numbers’*: het weren van ‘slechte’ gevallen, of juist het concentreren op ‘makkelijke’ gevallen om zo de prestaties op te krikken; het aanpassen van definities, selectief registreren van complicaties.
- *Toename van bureaucratie*: aanbieders scoren hoog door het ontwikkelen van bureaucratische competentie om de eigen prestaties zo goed mogelijk te ‘vertalen’ in de gemeten indicatoren.
- *Rem op innovaties en ambities*: vernieuwingen worden afgeremd en risicomijdend gedrag wordt gestimuleerd, uit angst om te dalen in de ranglijsten.
- *Afname van solidariteit tussen instellingen*: zorgaanbieders delen ervaringen niet meer uit, omdat ze hun ‘competitive edge’ moeten vasthouden. Hierdoor verbreiden ‘best practices’ zich (nog) minder snel.
- *Negeren van bestaande, informele kwaliteitscontrole*: door de focus op ‘geobjectiveerde prestaties’ wordt navenant minder aandacht geschonken aan andere manieren waarmee professionals (elkaars) kwaliteit controleren (supervisie, intervisie, opleidingen, visitaties, audits, enzovoort). Dit kan resulteren in verdere vervreemding tussen professionals en bestuurders-op-afstand.

De bijwerkingen neigen er naar om alleen maar toe te nemen. De negatieve effecten worden vooral door de professionals op de werkvloer gevoeld. Als de bestuurders-op-afstand vervolgens merken dat bepaalde indicatoren niet meer ‘goed werken’,

zijn zij vaak geneigd om het indicatorensysteem verder te verfijnen. De Bruijn noemt dit het ‘mushrooming’ effect, waarbij een vicieuze cirkel ontstaat van verdere verfijning, meer behoefte aan details, hogere kosten van het indicatorensysteem, en uiteindelijk een escalatie van problemen (Bruijn, 2002).

Hoe zijn dit type perverse effecten te voorkomen? Door indicatoren niet zozeer als ‘rapportcijfers’ te zien, of alomvattende Michelinstersystemen te gaan ontwikkelen, maar door ze werkelijk als *indicatie* te zien van een mogelijk relevant fenomeen – uitstekend of juist problematisch functioneren van een afdeling, bijvoorbeeld. Als een ‘signaal’ dat er iets aan de hand *kan* zijn. De juiste reactie (van overheid, inspectie, verzekeraar) is dan om een dergelijk signaal verder uit te zoeken: te *interpreteren* wat de betekenis hiervan is door gesprekken met de betreffende zorgaanbieder. Een slechte wachtlijstscore, bijvoorbeeld, kan eenvoudigweg met een kortstondige ziekte van een specialist te maken hebben. Een dip in mortaliteitscijfers kan te maken hebben met een toevallige serie zeer complexe patiënten. Een *ranglijst*, gericht op afrekening zou kunnen leiden tot allerhande foutieve conclusies, met alle negatieve gevolgen van dien. Geïnterpreteerd als *signaal*, echter, gaat de verzekeraar of inspectie ter plekke praten om te zien of er problemen zijn, en hoe die kunnen worden opgelost. Op deze manier aangepakt staat wederzijds leren centraal – niet be/veroordeling (Freeman, 2002). Bij ernstige of herhaalde problemen dienen er sancties (waaronder publiek maken van slecht scorende instellingen) te kunnen worden opgelegd, zodat de garantie van adequate ‘minimumkwaliteit’ geen wassen neus blijft.

#### **Box 5.4 Benchmarking**

‘Benchmarking’ betekent het vergelijken van eigen, centrale prestaties met die van een concurrent. In principe gaat het er bij benchmarking om je eigen scores te vergelijken met een elders bestaande zeer goed scorende organisatie, om zo van deze ‘best practice’ te kunnen leren. In het huidige spraakgebruik hoeft ‘benchmarking’ niet altijd deze vergelijking met ‘best practices’ te betekenen: het kan ook eenvoudigweg om vergelijkingen tussen organisaties gaan (Schellekens en Van Everdingen, 2001). ‘Benchmarking’ kan dus zowel primair op zelfsturing zijn gericht als op externe toetsing en vergelijking. In het eerste geval dienen de onderlinge vergelijkingen om wederzijdse leereffecten te stimuleren; in het tweede geval worden ranglijsten opgesteld door een extern bureau, door consumentenorganisaties, journalisten, enzovoort.

### Indicatoren als instrument: discussie

Om zorgaanbieders meer vraaggericht te doen laten handelen, is het dus ten eerste van het grootste belang dat het werken met *interne* indicatoren (zelfsturing van aanbieders) wordt bevorderd. Dit zou de primaire inzet moeten zijn, omdat dit type kwaliteitsverbetering aansluit bij die stakeholders waar uiteindelijk de kwaliteit van zorg wordt *gecreëerd*: de professionals. Door de budgetbeperkingen, diffuse eindverantwoordelijkheden en perverse prikkels voor kwaliteit frustreert het huidige zorgsysteem de motivatie van deze professionals (Berg, 2001). Zij zouden geprikkeld dienen te worden om verantwoordelijkheid te nemen voor integrale patiënttrajecten – en als ze die verantwoordelijkheid *kunnen* nemen, mogen ze daar ook op worden afgerekend. In eerste instantie zou de hoogste prioriteit dienen te zijn:

1. het ontwikkelen van een *model* van interne kwaliteitssturing door middel van indicatoren en
2. het veranderen van regelgeving die een dergelijke zelfsturing ook mogelijk maakt en beloont.

Het model (ad 1) is *geen* systeem van interne indicatoren: dat is niet zinvol, hebben we hierboven betoogd. Het gaat om het ontwikkelen van een methodologie, een ‘toolbox’, waarin de filosofie van zelfsturing door middel van gebalanceerde prestaties (patiëntstisfactie, effectiviteit, efficiëntie, organisatie) in een concrete set van handvatten wordt neergelegd. Gegeven de reeds bestaande expertise met het ontwikkelen van en werken met interne indicatoren zou het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO hierin een centrale, faciliterende rol kunnen spelen.

Om een krachtige zet richting vraaggerichte zorg te zetten, zijn ook aanvullende maatregelen nodig (ad 2). Deze omvatten zowel het *schrappen* van regelgeving daar waar deze een dergelijke zelfsturing frustreert, als ook het inbouwen van (financiële) *prikkels* om het werken met een dergelijk kwaliteitssysteem minder vrijblijvend te maken. Het gaat te ver om dit hier nader in te vullen, maar gedacht kan worden aan onder meer het koppelen van financiële incentives (positief en negatief) aan het creëren van op interdisciplinaire richtlijnen gebaseerde, lokale interne indicatorensets, en het vervolgens toetsen of er ook een continu proces van kwaliteitsverbetering in gang is gezet.

Middelen zouden kunnen worden vrijgemaakt door de registratiedruk op aanbieders te verminderen. Aanbieders dienen nu

vele gegevens aan te leveren, aan vele instanties; door de aandacht op externe indicatoren wordt deze druk alleen maar groter. Hoe valider de externe indicatoren worden gemaakt, hoe zwaarder de registratiedruk: hoe meer details van individuele zorgprocessen er immers nodig zijn (Berg en Goorman, 1999).<sup>7</sup> Het feit dat aanbieders worden verwacht om deze registratiedruk steeds zelf het hoofd te bieden is een historisch gegroeid fenomeen dat zijn tijd heeft overleefd. Een concreet, reëel voorstel zou zijn dat externe partijen voor dit type gegevens zullen moeten gaan *betalen*, met als twee uitzonderingen:

1. daar waar het gaat om basale gegevens welke ook al voor interne registraties worden verzameld en
2. daar waar het gaat om basisinformatie, nodig voor het toetsen van het functioneren van de instellingen door overheid en financiers (in dit geval zou het leveren van dit type informatie al in de basisvergoedingen dienen te zijn verdisconteerd).

In aanvulling op de ontwikkeling van interne kwaliteitssturing, zijn er twee rollen voor externe indicatoren. Ten eerste zullen inspectie, overheid en verzekeraars voor hun eigen, specifieke doelen, sets van externe indicatoren willen gebruiken: voor het bewaken van minimale kwaliteit, voor het stimuleren van prestatiecontracten rondom individuele ziektebeelden, voor internationale vergelijkingen tussen zorgsystemen, enzovoort. Zoals uit bovenstaande kanttekeningen blijkt is bescheidenheid hierbij op zijn plaats. Vragen naar het concrete *doel* van de indicatoren, de haalbaarheid ervan, en de vraag of de kosten van verzameling en verwerking van gegevens opwegen tegen de eventuele baten, zouden allereerst uitputtend gesteld moeten worden. Indien de signalerende functie van indicatoren serieus wordt genomen, en de cockpitgedachte wordt verlaten, wordt de validiteitsdiscussie minder stringent (omdat elk signaal toch steeds verder uitgezocht zal moeten worden). Dit betekent dat er weinig specifieke indicatoren *ontwikkeld* zullen hoeven te worden, omdat er al erg veel basisinformatie is: informatie over wachtlijsten, spreiding van instellingen, aanbod personeel, wondinfecties, enzovoort. Er zijn talloze registraties welke stelselmatig worden onderbenut; grootscheepse, aanvullende indicatorontwikkelingsprojecten zullen nauwelijks nodig zijn.

Ten tweede blijft er altijd een rol voor publieke presentatie van indicatoren; of dat nu de vorm krijgt van de Elsevier enquête, of van de UK NHS ranglijsten. Het pleidooi voor transparantie kan uiteindelijk niet worden ontkracht. Ook al is 'transparantie' een onhaalbaar ideaal, en ook al zal elke vergelijking

weer zijn eigen problemen kennen, toch kan dat geen reden zijn om het publiceren van gegevens af te houden. 'This is the age of consumerism, concerns about corporate ethics, suspicion about what 'managed care' has meant, and internet literacy' (Berwick, 2002). Zo lang er geen al te zware stuursystemen (door overheid, inspectie, verzekeraars) op worden gezet, levert het publiceren van ranglijsten veel discussie op, en zullen er zeker aanbieders geprikkeld worden om hun eigen 'positie' te verbeteren. Bij afwezigheid van harde, directe sancties, hoeven de perverse reacties op dergelijke ranglijsten niet tot ontwikkeling te komen.

Openheid over mortaliteitsgegevens, wondinfecties, patiënttevredenheid, efficiëntie is ook *in principe* een goede zaak: het weigeren om dergelijke informatie publiek te maken, zal uiteindelijk aan het vertrouwen in de aanbieder gaan knagen. Het openlijk informeren van gegevens, en het daarbij meteen geven van een interpretatie daarvan, kan uiteindelijk niet anders dan bijdragen aan publiek vertrouwen. Natuurlijk is dit op  *korte termijn* een pijnlijke strategie, maar daarmee niet minder onvermijdelijk.

Om de onvermijdelijke spanning tussen interne en externe indicatorontwikkeling en gebruik niet nodeloos op te voeren, zouden zorgaanbieders zich primair op het eerste dienen te richten. Zij (noch hun koepels) dienen hun energie te verspillen aan het trachten op te zetten van alternatieve indicatorensets voor dit doel. Als de interne kwaliteitssystemen goed zijn ontwikkeld, is het vervolgens ook niet meer moeilijk om daaruit een aantal, voor externe doelen bruikbare indicatoren te destilleren. In een zorgsysteem dat zich richting markt ontwikkelt, is het van het grootste belang om over dit type informatie *zelf* te beschikken; al is het alleen maar om te sterke druk op de reductie van de *kosten* van zorg te kunnen pareren met gegevens over de *zorginhoudelijke* kwaliteit.<sup>8</sup> Andersom is het ook zo dat indien de interne kwaliteitssystemen er niet zijn, de kans klein is dat *externe* indicatorsystemen zullen leiden tot constructieve kwaliteitsverbeteringsactiviteiten.

## 5.5 Conclusie

*Op welke wijze kan informatie een instrument zijn om zorgaanbieders te doen handelen naar de wensen en preferenties van de cliënt/patiënt?*

In deze bijdrage hebben wij allereerst geconstateerd dat informatie slechts één – op zichzelf gezien redelijk machteloos – instrument is om de zorg meer vraaggericht te maken. Hiervoor zijn fundamentele veranderingen noodzakelijk in de financiële *incentives* die veel kwaliteitsverbeteringen in de zorg frustreren en zal het verzekeringsstelsel op de schop moeten. Maar informatie kan –als onderdeel van een breder pakket aan veranderingsgerichte prikkels – zeker een belangrijke rol spelen in de totstandkoming van vraaggerichte zorg.

Wat precies de wensen en preferenties van de patiënt zijn, en welke rol deze zouden dienen te spelen, is geen eenvoudige vraag. Ten eerste bestaat ‘de patiënt’ niet: in deze zeer diverse groep mensen bestaan even zoveel uiteenlopende wensen en preferenties. Ten tweede betekent de noodzaak om de zorg meer vraaggericht te maken niet perse dat wensen en preferenties van patiënten immer *leidend* zouden moeten zijn, en/of diepgravend geïnventariseerd moeten worden. De discrepantie tussen het huidige zorgaanbod en zorg welke echt inhoudelijk en organisatorisch is afgestemd op de zorgvraag is veelal zo groot dat we niet aan de patiënt hoeven te vragen wat er dient te veranderen. Ook is het zo dat wensen en preferenties van patiënten niet altijd richtinggevend *kunnen* zijn, omdat deze altijd zullen moeten worden afgewogen tegen effectiviteits- en efficiëntieoverwegingen. De arts, die op aandrang van een patiënt een dure, risicovolle en niet-geïndiceerde interventie toestaat, handelt niet patiëntgericht maar onverantwoord.

Marktonderzoek is één van de instrumenten waarmee wensen en preferenties van consumenten in kaart kunnen worden gebracht. Wij hebben geconstateerd dat in specifieke situaties marktonderzoek zeker zinvol kan zijn: bij het creëren van nieuwe zorgvormen voor chronische patiënten, bijvoorbeeld, of voor het in kaart brengen van wensen omtrent woonvormen, voorzieningen in instellingen, enzovoort. Exploratief marktonderzoek zou ook een belangrijke rol kunnen spelen om nu nog ongedifferentieerd zorgaanbod beter op de wensen en preferenties van specifieke doelgroepen (zoals allochtonen) te laten aansluiten. Daar waar patiëntenpreferenties niet lei-

dend hoeven of kunnen zijn, is marktonderzoek van weinig waarde.

Paradoxaal genoeg kan marktonderzoek dus nauwelijks een rol spelen waar de behoefte aan het creëren van vraaggerichte zorg het hoogst is: daar waar de zorg zo gefragmenteerd, ongestructureerd of beneden de maat is dat de eerste stap naar verbetering te maken heeft met het gaan handelen naar professionele maatstaven. Het gaat hier niet zozeer om *individuen* die suboptimale zorg zouden leveren – alhoewel dat natuurlijk ook voorkomt – maar om *systemen* van zorg. Zorgketens die niet functioneren, instellingen die ‘eilanden’ vormen, protocollen die bij de randen van het eigen vakgebied ophouden, financiële prikkels die suboptimale kwaliteit van zorg stimuleren, enzovoort.

Om dit meest urgente probleem het hoofd te bieden kan informatie een rol spelen door middel van het gebruiken van indicatoren. Hierbij is het van het grootste belang een helder onderscheid te maken tussen, interne en externe indicatoren: indicatoren gericht op zelfsturing van professionals en indicatoren gericht op vergelijking en het afleggen van verantwoording aan overheid, inspectie, verzekeraars, patiënten. Omdat de doelen van deze verschillende stakeholders uiteenlopen, zo hebben we beargumenteerd, zal er ook geen één systeem van externe indicatoren kunnen bestaan: voor elke specifieke behoefte aan inzicht of sturing zijn weer *andere* aspecten van de geleverde zorg van belang.

Ook is het met name voor beleidsmakers van belang dat de *beperkingen* van externe indicatoren worden ingezien. Een indicator geeft slechts een indicatie van het aspect van de kwaliteit van zorg welke het wordt geacht te meten. De schijnbare helderheid van de score- en ranglijsten gaat gepaard met een grote mate van onzekerheid over de *validiteit* van die ranglijsten. Betekent het feit dat ‘klachten snel worden afgehandeld’ (een indicator van patiëntgerichtheid welke ook in het UK instellingenvergelijkingssysteem voorkomt) dat dit ziekenhuis ook goed met klachten omgaat? Of heeft het klachtenbureau simpelweg de opdracht gekregen om op elke klacht binnen 10 dagen een (als het moet nietszeggend) antwoord te sturen? Om wachtlijsten te voorkomen (een politiek ‘hot item’, en erg belangrijk voor ook bijvoorbeeld de ‘ratings’ van Elsevier) zou je natuurlijk patiënten vervroegd naar huis kunnen sturen – ook al is dat medisch gezien niet gewenst. Als de impact van het externe sturingsstelsel groot genoeg is, kan de vraag of deze

afweging *netto* gezien tot een hogere kwaliteit van geleverde zorg leidt ondergeschikt worden aan de behoefte aan een goede score.<sup>9</sup>

Extern ‘sturen’ met indicatoren kan dus alleen maar door steeds opnieuw uit te zoeken *of* er achter lage of hoge individuele scores ook echt een zeer goede of slechte geleverde zorg ligt, en *waar* dat dan door komt. Slechts door de individuele cijfers steeds weer te gaan interpreteren – door overleg met de betrokken zorgaanbieders, of aanvullend diepteonderzoek – kunnen verantwoorde conclusies mogelijk worden. Voor overheid, inspectie en verzekeraars is dit de enig zinvolle weg om individuele (ketens van) aanbieders te ‘sturen’. Een cockpit-model, waarin stakeholders in de zorg op afstand, met gebalanceerde stuurinformatie, zorginstellingen vergelijken en bijsturen is een gevaarlijke illusie.

Tenslotte hebben we ook geconstateerd dat patiënten erg weinig met ranglijsten, score-cards en dergelijke doen. Voor hen zijn bekendheid met de aanbieders, nabijheid en positieve geluiden van naasten van groter belang. Dit wordt veelal afgedaan als een tijdelijk fenomeen; er is voorlichting nodig, zo wordt vaak gesteld, om de consument te doordringen van de mogelijkheid om veel rationelere keuzes voor of tegen een zorgaanbieder te maken (McGlynn, 1998b). De consument, echter, zou wel eens rationeler kunnen zijn dan wordt verondersteld. Gegeven de zachtheid van de indicatoren waarop de ranglijsten zijn gebaseerd, is een keuze op basis van zo’n ranglijst zo goed als onmogelijk. Waar wachtlijsten zijn, zou de zorg juist wel eens extra goed kunnen zijn; waar de service van de afdeling chirurgie slecht is, kan iemand uitstekende ervaringen hebben met die ene chirurg waarbij hij onder behandeling is. Deze interpretatie wordt gestaafd door de observatie dat ook *verzekeraars* in de praktijk weinig met publieke prestatie-indicatoren doen. Ook voor hen is het zo goed als onmogelijk om door de vele bomen het bos te zien. Ook zij richten zich eerder op simpele zaken als het geaccrediteerd zijn of de patiëntensatisfactie van een instelling. Daar waar in Nederland verzekeraars wachtlijstbemiddeling aanbieden, wordt ook zelden van de publieke wachtlijstinformatie gebruik gemaakt. Verzekeraars weten veel te goed dat er op basis van dergelijke ranglijsten geen concrete acties kunnen worden gebaseerd (Freeman, 2002; Wiener, 2000; Marshall, et al., 2002; Marshall, et al., 2000; Maxwell, 1998).

Om vraaggerichte zorg te realiseren, met andere woorden, zou prioriteit moeten worden gegeven aan het ontwikkelen van



*interne kwaliteitssystemen*, werkend met *interne indicatoren*. De overheid zou de ontwikkeling van een model voor dergelijke interne kwaliteitssystemen met spoed dienen te stimuleren; niet als papieren exercitie, maar als goed ondersteunde ontwikkelingstrajecten in een aantal geselecteerde pilot zorginstellingen. Zorgaanbieders dienen vervolgens te worden *geprikkeld* om dergelijke kwaliteitssystemen ook zelf in te vullen en te gebruiken. Naast aandacht voor belemmerende regelgeving, zullen hier ook aanvullende middelen voor nodig zijn. Ten dele zouden zorgaanbieders aan deze middelen kunnen komen door te schrappen in de bestaande registratiedruk, en door externe partijen expliciet te laten *betalen* voor het aanleveren van informatie. (Gegeven de publieke functie en de eigen belangen van zorginstellingen zal een minimum set aan gegevens steeds 'vrij' geleverd kunnen/dienen te worden).

Er zullen veel verschillende *externe indicatorssystemen* worden ontwikkeld om invulling te geven aan de verantwoordelijkheden van de nationale overheid, regionale overheden, de inspectie, verzekeraars, enzovoort. Indien doel en haalbaarheid goed worden doordacht en indien de cockpitillusie achterwege wordt gelaten, gaat het bij dit soort systemen steeds om bescheiden aantallen indicatoren, welke veelal reeds aanwezig zullen zijn. Het helder krijgen van het *doel* van het indicatorstelsel (wat men eigenlijk waarom wil weten) zal meer tijd vergen dan het vervolgens ontwikkelen ervan.

De nadruk op interne kwaliteitsindicatoren in deze bijdrage moet niet worden geïnterpreteerd als een pleidooi voor vrijblijvendheid of tegen het verhogen van de druk op zorgaanbieders om de omslag richting vraaggerichte zorg te maken. Integendeel: de Inspectie zou mijns inziens veel pro-actiever kunnen screenen op het realiseren van minimum-kwaliteit door middel van indicatoren, en daar waar ernstige problemen zijn of geen verbetering optreedt zou veel eerder, duidelijker en harder dienen te worden opgetreden. Ook zouden verzekeraars, meer werk kunnen maken van 'prestatiecontracten' met zorgaanbieders, waarbij indicatiespecifieke, haalbare en heldere afspraken worden gemaakt over te realiseren uitkomsten. Met inachtneming van bovenstaande overwegingen vormen indicatoren een krachtig instrument om vraaggerichte zorg te realiseren. Zonder inachtneming hiervan, zal de discussie rondom 'prestatie-indicatoren' al snel verworden tot eindeloze indicatorontwikkelingsprojecten, vruchteloze discussies over zin en onzin van de te kiezen indicatoren, en een intussen steeds

groter wordende *quality chasm* op de werkvloeren van de Nederlandse zorg.

Tenslotte: de ontwikkeling van instellingsranglijsten door consumentenorganisaties en journalisten is een natuurlijke en onvermijdelijke zaak. Ook al is scepsis met betrekking tot de impact en validiteit van dergelijke lijsten op hun plaats, dit kan uiteindelijk geen argument *tegen* dergelijke publicaties zijn. Zorgaanbieders en hun koepelorganisaties doen er goed aan om ruimhartig op dergelijke informatievragen in te gaan; het obstrueren van dergelijke ontwikkelingen kan alleen maar negatief uitpakken. Vanwege de besproken problemen met dit type systemen dienen overheden noch aanbiederkoepels *zelf* dergelijke systemen te gaan opzetten. Uit het oogpunt van verdere patiëntenemancipatie en het creëren van additionele prikkels tot verandering is steun aan het verder ontwikkelen van dergelijke instrumenten door patiënten/consumentenorganisaties wel op zijn plaats.

*Met dank aan Miriam Wierda voor het literatuuronderzoek en aan Wim Schellekens, Niek Klazinga, Robbert Huijsman en Tom van der Grinten voor de voortdurende discussies*

## Noten

- <sup>1</sup> Voor het leesgemak: daar waar in deze bijdrage 'patiënt' staat, kan ook 'cliënt', 'consument' of 'zorggebruiker' worden gelezen.
- <sup>2</sup> Voor het leesgemak: met 'zorgaanbieder' refereren we zowel aan 'zorginstellingen' als aan zorgprofessionals.
- <sup>3</sup> Dit is geen uitspraak over individuele zorgaanbieders of succesvolle experimenten; het gaat het om de Nederlandse zorg in zijn algemeenheid. Het gaat hier steeds om suboptimale preventie-activiteiten (primair en/of secundair), suboptimale monitoring van chronische patiënten, discontinuïteiten in de keten, enzovoort.
- <sup>4</sup> Zie bijvoorbeeld [www.qualitymeasures.ahrq.gov](http://www.qualitymeasures.ahrq.gov) voor een ambitieuze poging om een 'bibliotheek' van kwaliteitsindicatoren te maken.
- <sup>5</sup> Dit rijtje is geïnspireerd door een presentatie van Niek Klazinga.
- <sup>6</sup> Zie de recente VWS nota *Vraag aan Bod*. De genoemde

‘publieke belangen’ vormen een verwarrende indeling, omdat ‘kwaliteit’ vaak ook de dimensies van toegankelijkheid en doelmatigheid omvat. Hier wordt met ‘kwaliteit’ ‘medisch inhoudelijke kwaliteit’ of ‘doeltreffendheid’ bedoeld.

- 7 ICT zal dit probleem niet vanzelf oplossen: registratie per computer kost in het algemeen meer tijd in plaats van minder (Berg, et al., 1998).
- 8 Dit is geen theoretische kwestie – zie bijvoorbeeld de discussies in de VS omtrent managed care.
- 9 Dit zijn geen verzonden voorbeelden: dit is precies de perverse ‘bureaucratische competentie’ welke door een stuursysteem met behulp van externe indicatoren kan worden veroorzaakt (Jones, personal communication; (Wiener, 2000).

## Literatuur

Appleby, J. en A. Bell. Reporting HNS performance: how did the media perform? *British Medical Journal*, 321, 2000, p. 248.

Berg, M., et al. *De Nacht Schreef Rood: informatisering van Zorgpraktijken*. Den Haag: Rathenau Instituut, 1998.

Berg, M. en E. Goorman. The Contextual Nature of Medical Information. *International Journal of Medical Informatics*, 56, 1999, p. 51-60.

Berg, M. *Kaf en Koren van Kennismanagement: over informatietechnologie, de kwaliteit van zorg en het werk van professionals*. Oratie Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2001.

Berg, M. en W. Schellekens. Paradigma's van kwaliteit: de verschillen tussen externe en interne kwaliteitsindicatoren. *Medisch Contact*, 57, 2002, p. 1203-1205.

Berwick, D.M. Developing and testing changes in delivery of care. *Annals internal Medicine*, 1998, 128, p. 651-656.

Berwick, D.M. Public performance reports and the will for change. *Journal of the American Medical Association*, 288, 2002, p. 1523-1524.

Bruijn, J.A. Outputsturing in publieke organisaties: over het gebruik van een product- en een procesbenadering. *Management en Organisatie*, 2002, p. 5-21.

Committee on Quality of Health Care in America: crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington: National Academy Press, 2001.

Dalen. T. van, et al. De frequentie van postoperatieve wondinfecties: een ongeschikte parameter om ziekenhuizen te vergelijken. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 144, 2000, 476-479.

Donk, W. van der. *De arena in schema*. Lelystad: Koninklijke Vermande, 1997.

Ellerbeek, E.F., et al. Impact of quality improvement activities on care for acute myocardial infarction. *International Journal for Quality in Health Care*, 12, 2000, p. 305-310.

Everdingen J. van. Openbaarmaking van ziekenhuisgegevens: transparantie is vanzelfsprekend, maar niet ten kost van alles. *Trouw*, 5 november 2002, p. 16.

Freeman, T. Using performance indicators to improve health care quality in the public sector: a review of the literature. *Health Services Management Research*, 15, 2002, p. 126-37.

Groenewoud, S. en R. Huijsman. Prestatie-indicatoren en kiezende zorggebruiker rapport. Vol in voorbereiding. Den Haag: ZonMw, 2002.

Harteloh, P. en T. Casparie. Kwaliteit van zorg: van eenzorg-inhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1998.

Hibbard, J.H. Use of outcome data by purchasers and consumers: new strategies and new dilemmas. *International Journal for Quality in Health Health Care*, 10, 1998, p. 503-508.

Huijsman, R., et al. Beroerte, beroering en borging in de keten. Resultaten van de Edisse studie. Den Haag: ZonMw, 2001.

Klazinga, N., et al. Indicators without a cause. Reflections on the development and use of indicators in health care from a public health perspective. *International Journal for Quality in Health Care*, 13, 2001, p. 433-438.

Marshall, M.N., et al. Public disclosure of performance data: learning from the US Experience. *Quality and safety in Health Care*, 2000, 9, p. 53-57.

Marshall, M.N., et al. Reporting on Quality: for benchmarking, purchasing, improving performance and patient decision-making. Background paper. In preparation, 2002.

Maxwell, C.I. Public disclosure of performance information in Pennsylvania: impact on hospital charges and the views of hospital executives. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 24, 1998, p. 491-502.

McCormick, D., et al. Relationship Between Low Quality-of-Care Scores and HMOs' Subsequent Public Disclosure of Quality-of-Care Scores. *Journal of the American Medical Association*, 288, 2002, p. 1484-1490.

McGlynn, E.A. The outcomes utility index: will outcomes data tell us what we want to know? *International Journal for Quality in Health Care*, 10, 1998a, p. 485-490.

McGlynn, E.A. Choosing and evaluating clinical performance measures. *Joint Commission Journal Quality Improvement*, 24, 1998b, p. 470-479.

Millenson, M.L. *Demanding medical excellence. Doctors and accountability in the information age.* Chicago: University of Chicago Press, 1997.

Mulder, J.H. Stille revolutie onder patiënten. *Medisch Contact*, 56, 2001.

Porter, T.M. *Trust in Numbers. The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life.* Princeton: Princeton University Press, 1995.

Ruyter, K. de en N. Scholl. *Kwalitatief marktonderzoek. Theorie en praktijkcases.* Utrecht: Lemma, 1995.

Schellekens, W. en J. van Everdingen. *Kwaliteitsmanagement in de gezondheidszorg.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2001.

Sitzia, J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *International Journal for Quality in Health Care*, 11, 1999, p. 319-328.

Sofaer, S., et al. Developing performance indicators that reflect an expanded view of health: findings from the use of an innovative methodology. *Joint Commission Journal Quality Improvement*, 26, 2000, p. 189-202.

Solberg, L.I., G. Mosser en S. McDonald. The three faces of performance measurement: improvement, accountability, and research. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 23, 1997, p. 135-147.

Stoop, A. Wachten op tijd. Procevaluatie. Den Haag: Zon-Mw, 2002.

Wiener, C.L. The Elusive Quest. Accountability in Hospitals. New York: Aldine de Gruyter, 2000.

Zwart, P.S. Methoden van marktonderzoek. S.l.: Stenfert Kroese, 1994.

## **Intermezzo: Casus Stichting Cliënt en Kwaliteit**

In een eerder intermezzo is gesteld dat er weinig bekend is over de kwaliteit van de zorgverlening. Het ontbreekt instellingen aan prikkels om de kwaliteit van de geleverde zorg in kaart te brengen.

De Stichting Cliënt & Kwaliteit heeft een systeem opgezet om de kwaliteit van verpleeg- en verzorgingshuizen vanuit cliëntenperspectief te meten. Hierbij worden uitsluitend cliënten en eventueel hun familie bevroegd en niet de medewerkers en het management van de instelling.

Zorginstellingen kunnen zich vrijwillig voor dit onderzoek aanmelden. In ruim tweeënhalf jaar heeft Cliënt & Kwaliteit 450 onderzoeken uitgevoerd. In 2003 komen er tenminste 285 onderzoeken bij. De onderzochte instelling krijgt een rapport met de resultaten en een vergelijking met de gemiddelde resultaten van andere onderzochte instellingen (benchmarking).

Een instelling die zich laat benchmarken krijgt zicht op de sterke en zwakke punten in de zorg- en dienstverlening en in de bedrijfsvoering. Deze gegevens zijn evenwel niet openbaar. Binnenkort start in Zeeland een proef om ze wel openbaar te maken.

Zoals gesteld is de benchmarking vrijwillig. Echte prikkels om geleverde kwaliteit in kaart te brengen, ontbreken. Een uitzondering hierop vormt de thuiszorg. De Landelijke Vereniging voor Thuiszorg eist van haar leden dat ze meewerken aan benchmarking.

In de verpleeg- en verzorgingshuizen start in 2003 een nieuwe pilot van benchmarkonderzoek. In deze benchmark neemt Cliënt & Kwaliteit het onderzoek naar cliënttevredenheid voor haar rekening. Hiervoor wordt alleen het kwantitatieve deel van het onderzoeksinstrument gebruikt. Het instrument kent ook een kwalitatief deel, waarmee men door verdiepend onderzoek zicht krijgt op concrete handvatten om de kwaliteit te verbeteren.



Uit evaluatie blijkt dat het onderzoek positief wordt ontvangen. Management en cliëntenraden van onderzochte instellingen vinden de aanbevelingen uit met name het kwalitatieve onderzoek belangrijk. Dat blijkt ook uit de uitgevoerde verbeteracties: instellingen blijken de helft van de (gemiddeld 28) aanbevelingen uit de instellingsrapportage binnen zes maanden te hebben doorgevoerd.

Voor de cliënt in met name het verpleeghuis heeft het voorgaande niet zoveel consequenties. Alhoewel de cliënt in beginsel vrij is het verpleeghuis van zijn of haar voorkeur te kiezen, moet hij of zij in de praktijk door het grote tekort aan verpleeghuisbedden al blij zijn als er ergens een verpleeghuisbed beschikbaar is.

## 6 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. R. Janssen*

### 6.1 Inleiding

Het beleid van de overheid is de afgelopen jaren erop gericht om de preferenties en de vraag van de gebruiker een belangrijkere plaats in de aansturing van de gezondheidszorg te geven. Daarbij speelde eveneens de doelstelling mee dat de gebruiker meer verantwoordelijkheid zou krijgen en ervaren. Deze overdracht van verantwoordelijkheid van de overheid naar de gebruiker had niet alleen betrekking op zijn of haar eigen gezondheid, maar ook op de financiële gevolgen van zijn beslissingen om gebruik te maken van collectief gefinancierde voorzieningen. Tegen deze achtergrond wil de overheid graag verkennen in hoeverre de financiering van voorzieningen een bijdrage kan leveren aan het versterken van de positie van de vrager ten opzichte van de aanbieder van zorg.

Deze deelstudie verkent de mogelijkheden van deze vraag. Daartoe beschrijven we in paragraaf 6.2 de algemene kenmerken van de zorgmarkt, waarbij we de specifieke (tijds- en plaatsgebonden) kenmerken van de Nederlandse gezondheidszorg apart aandacht geven. In paragraaf 6.3 gaan we in op de gedragsdeterminanten van de zorgaanbieders, immers op dat gedrag zou invloed uitgeoefend moeten worden. Daarna gaan we in paragraaf 6.4 in op de incentivestructuur, waardoor diverse vergoedingssystemen gekenmerkt worden. Tot slot inventariseren we in paragraaf 6.5 de maatregelen, met behulp waarvan een sterkere vraaggerichtheid bevorderd kan worden. Het spectrum hierbij is van een scenario waarin een ontworpen vergoedingssysteem beoogde prikkels bevat tot een situatie waarin een dergelijk ontworpen systeem ontbreekt en de contractvorming volledig decentraal plaatsvindt. Het moge duidelijk zijn dat het vergoedingssysteem een instrument is, en geen doel op zich. Derhalve zullen we ook aandacht besteden aan de wijze waarop de diverse opties bijdragen aan het realiseren van maatschappelijke doelstellingen die samenhangen met de lastenverdeling van de zorg.

## 6.2 Kenmerken van de zorgmarkt, de dominantie van markt- en stuurimperfecties

### Inleiding

Voordat we overgaan tot de beschrijvingen van een aantal fundamentele kenmerken van de zorgmarkt is het goed om even het beeld op te halen van de ideaaltypische markt. Zie daarvoor ook het tekstblok 'De markt, bestaat die nog?'. In een ideaaltypische markt is de consument zich bewust van zijn voorkeuren en wordt zijn keuzeproces mede beïnvloed door het aanbod, de kwaliteit en de prijzen daarvan. Als er meer aanbod is dan vraag dalen de prijzen en de minst efficiënte aanbieder wordt uit de markt gedrukt. Nieuwe efficiënte of innovatieve aanbieders kunnen de markt betreden. De klant sluit zelf een contract en heeft daarbij altijd de opties om er alsnog vanaf te zien (de zogenoemde exit-optie). Er kan tijdelijk 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 datgene geproduceerd wordt, waar vraag naar is.

#### *De markt, bestaat die nog?*

Martin loopt op zaterdagmorgen op de markt. Hij heeft in grote lijnen helder wat hij in de komende weken gaat koken en heeft zich voorgenomen om voor 7 dagen groenten te kopen voor zijn gezin. Hij loopt eerst het gehele groente- en fruitgedeelte van de markt af om een beeld te krijgen van de aanbiedingen en de prijzen. Hij heeft ook een globaal beeld welke specialiteiten diverse marktlieden hebben. Afhankelijk van wat er die zaterdag aantrekkelijk geprijsd is koopt hij in. Daarbij houdt hij niet alleen rekening met de voorkeuren van hemzelf maar ook met die van zijn gezinsleden. Soms heeft hij een van zijn kinderen bij zich die, al staande voor een kraam en soms gefascineerd door de kleur van de uitgestalde waar, invloed uitoefent op zijn keuzeproces. Overigens, in zijn achterhoofd speelt nog van alles mee dat zijn keuzeproces beïnvloedt, zoals de weersvoorspellingen voor de komende week, wat ze de afgelopen week gegeten hebben, of zijn grootouders meeëten enzovoorts. Maar omdat hij een frequent bezoeker is van de zaterdagmarkt kennen de diverse marktlieden hem, hij is een goede klant en zij kennen zijn voorkeuren zo'n beetje. Zo overkomt het hem wel eens dat hij bij een kraam iets koopt, dat hij eigenlijk bij een ander kraam had willen kopen, gewoon

omdat de verkoper hem juist op dat moment dat duwtje geeft dat hem toch over de streep haalt. Hij komt elke week weer thuis van de markt met een pakket, dat er deels anders uitziet dan dat hij van te voren bedacht had. Wel probeert hij zich te houden aan het huishoudbudget, dat hij heeft vastgelegd voor groenten en fruit. Voor vlees en vis is een apart budget beschikbaar. Overigens, Martin gaat altijd met veel plezier naar de markt, hij kent zijn pappenheimers. Als hij iets van zijn budget overhoudt trakteert hij zichzelf op een cappuccino en zijn kinderen op een ijsje.

Het hierboven geschetste beeld is lang niet altijd herkenbaar in de concrete zorgmarkt. Daarvoor is een aantal redenen aan te dragen. Deze zetten we in de volgende paragraaf op een rij.

### **Imperfecties van de zorgmarkt**

#### *Onzekerheid*

Dit is een van de belangrijkste elementen waarin de gezondheidszorg zich onderscheidt van de ideaaltypische markt. De onzekerheid heeft betrekking op de voorspelbaarheid van je eigen gezondheidstoestand in de toekomst en als gevolg daarvan ook op de onzekerheid over het tijdstip, de aard en de omvang van de behoefte aan zorg die niet bekend is. Deze onzekerheid speelt ook aan de aanbodzijde. De effecten van medische behandeling zijn lang niet altijd van te voren bekend. Voor aanbieders is het moeilijk om adequate prognoses te maken over de toekomstige vraag. Overigens is voor zorgvraag als gevolg van chronische ziekten deze onzekerheid aanmerkelijk geringer.

#### *Onvolledige informatie*

Het vraagstuk van onzekerheid heeft deels te maken met een gebrek aan informatie. De beschikbare informatie is ongelijk over de partijen verdeeld. De vraag van de gebruiker in de gezondheidszorg heeft veelal ook te maken met een vraag naar informatie. Hij kan zijn behoefte niet specificeren noch kan hij overzien welk aanbod beschikbaar en adequaat is, laat staan dat hij kan beoordelen of de prijs daarvan zich verhoudt tot die van alternatieven. De vooronderstelling die in de ideaaltypische markt gemaakt wordt dat consumenten soeverein zijn, gaat niet op voor veel vragers in de gezondheidszorg. Dit vraagstuk van beperkte informatie is ook geldig voor de verzekeraar en de aanbieder.

#### *Dominante rol van non-profit organisaties*

In alle gezondheidszorgsystemen hebben non-profitorganisaties een dominante rol. Oorspronkelijk gedreven door ideële motieven hebben zij veelal een schaal en omvang bereikt waarbij deze ideële motieven nauwelijks nog invloed hebben op het dagelijks handelen en de drijfveer van aandeelhouder/eigenaren ontbreekt.

#### *Beperkingen van concurrentie en competitie*

In een ideaaltypische markt wordt concurrentie bevorderd doordat het aanbod groter kan zijn dan de vraag en doordat nieuwe toetreders makkelijk de markt kunnen betreden bij een tekort aan aanbod. In de gezondheidszorg zijn deze mechanismen vaak aan beperkingen onderhevig. De specialistische aanbieders hebben sleutelposities in het opleiden van nieuwe specialisten. Tevens is er is veelal sprake van een vergunningen beleid om de capaciteit van het aanbod te beperken. Professionele codes weerhouden aanbieders om onder specifieke omstandigheden nieuwe klanten diensten aan te bieden (huisartsen). Daar komt nog eens bij dat er vaak geen vrije toetreding is van aanbieders op de gezondheidsmarkt, vanwege wet- en regelgeving. Al deze mechanismen beperken de werking van het prijs- en marktmechanisme, zoals dat in een ideaaltypische markt gebeurt.

#### *Specifieke positie aanbieders*

De informatievoorsprong van aanbieders kan tot precare situaties leiden, aangezien aanbieders niet altijd met eenduidige belangen worden geconfronteerd. Enerzijds treden ze op als de belangenbehartigers van de patiënten. Anderzijds worden ze vaak geprikkeld (door de vergoedingsstructuur) om gedrag te vertonen dat strijdig is met de belangen van de patiënt. Als gevolg van de informatievoorsprong is de aanbieder in staat om de vraag naar de door hem of haar geleverde diensten te vergroten. In dit verband wordt de term *'supply-induced demand'* gebezigd. Om dit verschijnsel aan te duiden wordt ook vaak de Nederlandse term *aanbodgeïnduceerde vraag* gebruikt. De sterke positie van zorgaanbieders wordt versterkt doordat in bepaalde segmenten van de zorg, met name de intramurale, sprake is van een beperkt aantal aanbieders. Maar ook de markt van huisartsenzorg heeft kenmerken waardoor de cliënt beperkt wordt in zijn mogelijkheid om van hulpverlener te veranderen.

#### *Heterogeniteit van het product*

In een ideaaltypische markt met homogene producten (elektriciteit of benzine) kan de consument zich richten op verschillen

in prijs en service. Binnen de markt van de gezondheidszorg zijn de producten vaak heterogeen. De producten liggen niet op voorraad en de dienstverlening vindt plaats in een één op één relatie. Vertrouwen en reputatie gaat in zo'n situatie een belangrijke rol spelen. Het voorgaande wil niet zeggen dat alle zorgproducten deze kenmerken hebben. In de chronische zorg met diensten als ondersteuning, wonen, verplegen en begeleiden is er sprake van een grotere vergelijkbaarheid.

*Gezondheidszorg als object van maatschappelijke doelen*

Gezien de aard en de sterk uiteenlopende omvang van de behoefte aan zorg en de indringendheid ervan wordt het maatschappelijk onaanvaardbaar geacht indien delen van de bevolking uitgesloten zouden worden van zorg omwille van gebrekkige koopkracht. (Lapr , Rutten en Schut, 1999). Daarnaast wordt het maatschappelijk niet gewenst geacht dat mensen met een verhoogd gezondheidsrisico significant hogere uitgaven aan zorg hebben dan mensen met een lager gezondheidsrisico. Met andere woorden het zorgaanbod dient, onafhankelijk van inkomen, toegankelijk te zijn. Daarnaast domineren er opvattingen dat de uitgaven niet overwegend gerelateerd dienen te zijn aan het ziekterisico, maar ook aan het inkomen dat beschikbaar is.

**Tabel 6.1 Context waarbinnen herontwerp van markt en regulering in de gezondheidszorg plaatsvindt**

Kenmerken van de zorgmarkt:	Maatschappelijke doelen/eisen:
- Onzekerheid	- Toegankelijkheid
- Informatieasymmetrie	- Rechtvaardige verdeling van lasten
- Beperkte concurrentie	- Beheersing collectieve uitgaven
- Marktmacht aanbieders	- Verbeteren arbeidsmarkt
- Dominante rol non-profits	
- Heterogene producten	

Bron: R.T.J.M. Janssen.

Om aan de solidariteitsbehoefte tegemoet te komen, onzekerheid te beperken en de toegankelijkheid te garanderen, zijn de wettelijke sociale ziektekostenverzekeringen ingevoerd. Verder worden de kosten van de gezondheidszorg als arbeidsgerelateerde kosten gezien en als onderdeel van de collectieve sector (voorzover deze gefinancierd is in het kader van wettelijke regelingen). Het gevolg hiervan is dat er macro-economische doelstellingen, zoals publieke lasten en internationale concur-

rentiepositie, meespelen in het beleidskader van de overheid. Daarnaast zien werkgevers als gevolg van de toenemende eigen risico's de inzet van adequate gezondheidszorg juist als middel om de kosten van ziekteverzuim te verminderen of te voorkomen. Deze laatste invalshoek wordt relevant indien de gevolgen van de capaciteitsbeperkende maatregelen (wachtlijsten) de kosten van arbeid als gevolg van ziekteverzuim verhogen.

### **Zorg en zorgvoorzieningen als 'collectief goed'**

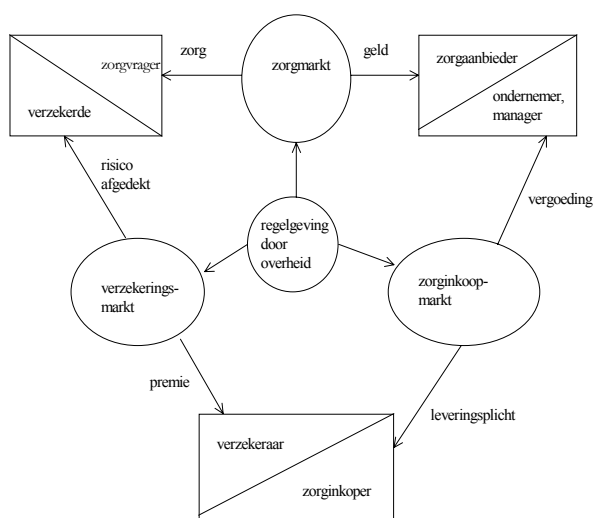
Voorgaande kenmerken leiden er toe dat in de gezondheidszorg veelal sprake is van een derde partij die de belangen van de individuele consument behartigt. In sommige systemen heeft de overheid deze rol op zich genomen, zoals in Engeland, met zijn NHS of in Denemarken waar de regionale overheden deze rol behartigen. In Canada waar de overheid als enige koper (monopsonist) optreedt, in een overigens privaat uitgevoerde zorgsector. In systemen waar de overheid voor een meer terughoudende rol heeft 'gekozen' treden de verzekeraars op als derde partij. Overigens was dit type oplossing er al heel lang, juist in situaties waarin de staatsvorming ontbrak of heel zwak is. Zij hadden de vorm van onderlinge verzekeringen, waarbij de risicodragers hun risico onderling deelden en tegelijkertijd een collectieve inkooporganisatie vormden. Dit laatste fenomeen zie je in deze tijd terugkomen in de vorm van op webtechnologie gebaseerde inkooporganisaties (bijvoorbeeld in de markt van autobrandstoffen). Andere hebben zich wonderwel al die tijd kunnen handhaven zoals de Dela (draagt elkaanders lasten). In de landen waarin het verzekeringsmodel domineert kan onderscheid gemaakt worden tussen het sociale zekerheidsmodel, zoals we dat kennen in landen als België, Frankrijk en Duitsland en het private verzekeringsmodel, zoals dat in de VS domineert. Hierna zullen we met behulp van de transactiekostentheorie, de contracttheorie en de principaalagent theorie laten zien, waarom er nog meer redenen zijn, waarom het in de praktijk vaak opportuun is om voor niet-marktconforme oplossingen te kiezen.

### **Principaalagent theorie**

Het gegeven van de 'derde partij' leidt in beginsel tot principaalagentvraagstukken. Een principaalagentrelatie bestaat wanneer één partij, de principaal, een tweede partij, de agent inhuurt om enkele taken uit te voeren ten behoeve van de principaal. De principaalagentrelatie is een belangrijke component van transacties en dientengevolge van economisch belang. Bij elke principaalagentrelatie is er sprake van twee partijen. De agent kiest zijn actie uit een aantal opties, die zowel van

invloed zijn op zijn eigen welvaart als die van de principaal. Hierbij gelden twee voorwaarden. Ten eerste vallen de belangen van beide partijen niet samen en ten tweede zijn de activiteiten van de agent voor de principaal niet altijd transparant. De principaal staat voor een dilemma waarin er een afruil bestaat tussen enerzijds de kosten om suboptimale resultaten te voorkomen en anderzijds het verlies in termen van nutvermindering door afwijkingen van het optimale resultaat<sup>10</sup>.

**Figuur 6.1 Actoren en markten in de gezondheidszorg**



In bovenstaand figuur heeft de burger een tweetal principaal rollen. Hij heeft de rol van verzekerde (principaal) in relatie tot de verzekeraar (agent) en de rol van zorgvrager (principaal) in relatie tot de zorgaanbieder (agent). De verzekeraar heeft de rol van zorginkoper (principaal) in relatie tot de zorgaanbieder (agent). Anders gezegd, de rollen die de consument op de reguliere markt heeft in de vorm van beslisser, betaler en gebruiker, zijn in de gezondheidszorg veelal verdeeld over diverse actoren. Overigens komen we in de zorgmarkt alle modaliteiten tegen. Bij het concept van de health maintenance organisatie neemt de zorgaanbieder het risico van de verzekeraar over, waardoor deze zorgaanbieder er belang bij heeft, de gezondheid van de verzekerde tegen minimale kosten op een acceptabel peil te houden. In Nederland wordt dit concept gehanteerd door tandartsen, die tegen een vooraf vaststaand bedrag het gebied van de klant onderhouden.



### **Gevolgen van de 'derde partij'**

Door het bestaan van ziektekostenverzekeringen hoeft voor het gebruik van zorg veelal geen direct kostendeekkende prijs betaald te worden. Het prijsmechanisme tussen zorgvragers en aanbieders is hiermee (gedeeltelijk) uitgeschakeld. Dit kan de individuele patiënt aanzetten tot overconsumptie van gezondheidszorg. Overconsumptie vanuit dit oogmerk wordt ook wel aangegeven met de term '*moral hazard*' oftewel *moreel wangedrag*. Hiermee is het spanningsveld geschetst dat bestaat tussen de solidariteitsbehoefte en behoefte tot nivellering van moreel wangedrag.

Gevolgen van imperfecties gezondheidsmarkt:

- Moral hazard gedrag
- Selectieproblemen
- Supply-induced demand
- Kosten inefficiënt
- Aanbod is niet adaptief
- Incomplete contracten
- Principaalagent vraagstukken
- Transactiekosten

### **Slot**

Het voorgaande maakt duidelijk dat de zorgmarkt een verre van perfecte markt is. Vaak is er sprake van een derde partij, de verzekeraar, of maakt het aanbod van zorgvoorzieningen deel uit van de publieke sector.

Het Nederlandse stelsel is bij uitstek een hybride systeem, waarin de private sector een belangrijke rol speelt bij de organisatie en uitvoering van het zorgaanbod. De rol van de overheid is er een van regel- en wetgever en toezichthouder. Een belangrijk deel van de heffingen ten behoeve van de financiering hebben een wettelijke grondslag gekregen en zijn daarmee een onderdeel van de publieke sector geworden.

### 6.3 Gedragdeterminanten van de zorgaanbieders

#### Gedrag gemodelleerd

Ook in de gezondheidszorg mogen we er van uit gaan dat organisaties zullen streven naar continuïteit op lange termijn. In een marktomgeving impliceert dit: efficiënt functioneren, reageren op de vraag en innovaties toepassen. In Nederland is in de zorgsector het non-profit model dominant. Gecombineerd met substantiële toetredingsbeperkingen en een landelijk, van overheidswege, gelimiteerd budget, leidt dit tot andere gedragsmodellen dan in een op winstgerichte for profitsector. Het gedrag van zorgorganisaties kan op basis van uiteenlopende gedragsdoelstellingen gemodelleerd worden. Men spreekt ook wel van regulerende motivaties. Zo kan budgetmaximalisatie gezien worden als een regulerend motief om continuïteit te waarborgen, net zoals winst hetzelfde doel dient in een commerciële marktomgeving (Janssen en Van de Made, 1988 en Van Mierlo, 1987). Hieronder beschrijven we een aantal mogelijke gedragsmodellen voor zorgorganisaties en vrije beroepsbeoefenaren.

#### *Gedragsalternatieven van non-profit zorgorganisaties:*

- Maximering van de productie (output) met acceptabele kwaliteit (het sobere ziekenhuis).
- Maximering van de kwaliteit, geringere output (het prestigieuze academische ziekenhuis, de privé kliniek).
- Maximering van een combinatie van hoeveelheid en kwaliteit.
- Maximering van het beschikbare budget (omzet).
- Maximering van belangen van management en artsen (hogere kosten, geringere output).

Het *kwaliteits-hoeveelheidsmaximalisatiemodel* lijkt een relevant model om de Nederlandse situatie te analyseren. Aan twee belangrijke randvoorwaarden<sup>11</sup> voor de toepassing van het model in de Nederlandse situatie is voldaan, aangezien in de Nederlandse situatie er sprake is van hoge toetredingsbarrières en de ziekenhuiskosten verzekerde kosten zijn (Den Hartog en Janssen, 2000). De kwaliteit van de zorg wordt in het algemeen geassocieerd met de inputs. Verondersteld wordt dat door een verdergaande medische specialisatie de kapitaalintensiteit, zorgzwaarte en kosten per verpleegdag toenemen. De afgelopen jaren heeft deze dynamiek geleid tot schaalvergroting

(Den Hartog en Janssen, 2000). De Nederlandse overheid heeft een beleid gevoerd dat gericht was op kostenbeheersing. Dit heeft zich vertaald in een plannings- en financieringsregime, waarbij met name het streven was het aantal bedden te reduceren. Dit beleid heeft consequenties voor de mogelijkheden waarop de hierboven genoemde gedragsdoelstelling kan worden vormgegeven, namelijk door te fuseren. Met name kleine en middelgrote ziekenhuizen waren betrokken bij fusies. Daarnaast vond een uitstroom van kleine algemene ziekenhuizen plaats. Dit suggereert dat de kwaliteitsnorm zoals deze in termen van een minimum capaciteit wordt gesteld, effect heeft gehad en dat schaalvergroting een middel is om de continuïteit van het ziekenhuis te verzekeren.

#### *Gedragsmodellen van artsen*

- De arts als agent van de patiënt.
- De arts streeft naar inkomensmaximalisatie.
- De arts streeft naar een bepaald doelinkomen (target-income hypothese).
- De arts streeft naar een combinatie van doelen (inkomen, vrije tijd, patiënttevredenheid, professionele kwaliteit).

*Kwaliteitsmaximalisatie* wordt veeleer bepaald door de beschikbare middelen en kan eveneens niet onbepaald plaatsvinden omdat bepaalde medische - veelal topklinische- behandelingen - gebonden zijn aan een zekere schaalgrootte en een vergunningstelsel. Tevens valt de afgelopen decennia een afname van het aantal verpleegdagen en een toename van het aantal opnames, dagverplegingsdagen en poliklinische bezoeken per ziekenhuis te constateren. Deze ontwikkeling, gecombineerd met de tendens tot schaalvergroting, suggereert dat ziekenhuizen eerder gericht zouden zijn op kwaliteits- of omzetmaximalisatie dan op hoeveelheidsmaximalisatie dan wel het omzetverlies wilden compenseren door een toename van het aantal opnames, dagverplegingsdagen en polikliniekbezoeken. (Janssen e.a., 1998<sup>12</sup>) bevestigen met behulp van een analyse, die gebaseerd is op het bureaucratie-model van Niskanen (1971), dat een dergelijk gedrag, dat gericht is op omzet- respectievelijk budgetmaximalisatie, waarschijnlijk is.

### *Empirische evidentie van deze gedragsmodellen*

- Toename van het aanbod, leidt niet tot afname van de prijs, maar een stijging van het gebruik.
- Verlaging van de tarieven beïnvloedt de productie positief, in plaats van negatief.

Al met al kunnen we stellen dat het gedrag van zorgorganisaties minder makkelijk modelmatig is vast te leggen dan bij op winst gerichte organisaties in marktconforme omstandigheden. In zekere zin heeft het management van een zorgorganisatie meer vrijheidsgraden om haar beleid te bepalen. De wet- en regelgeving, waarmee de overheid sturing aan het gedrag probeert te geven, leidt veelal tot onbedoelde gedragsreacties (neveneffecten), die op termijn zelfs dominant kunnen worden. Een voorbeeld hiervan is dat het input-georiënteerd budgetstelsel, met kostenbeheersing als oogmerk, heeft bijgedragen aan het verdwijnen van kleine ziekenhuizen. Het gevolg hiervan is dat relatief grote ziekenhuizen de regionale zorgmarkt zijn gaan domineren.

Na de opheffing van het ziekenhuis Horst (L) is nagegaan of de productie van het betreffende ziekenhuis terug te vinden was bij de omliggende zorgaanbieders. Uit het onderzoek bleek dat binnen één jaar 50% van de productie van het betreffende ziekenhuis 'verdamp't was, zonder aantoonbare gezondheidseffecten!

De empirische evidenties dat een aantal marktconforme wetmatigheden in de gezondheidszorg niet waarneembaar is of net andersom blijkt te werken heeft alles te maken met de kenmerken van de zorgmarkt die we aan het begin van dit rapport gesignaleerd hebben. Informatieasymmetrie, gecombineerd met specifieke omzet- of inkomensdoelstellingen leiden ertoe dat er sprake is van een 'aanbodgeïnduceerde vraag'. Het aanbod is in staat om vraag te genereren, indien dat bijdraagt aan de realisatie van haar oorspronkelijk doelstelling. Maar ook omgekeerd minder prestaties te leveren indien deze niet bijdragen aan de eigen doelstelling. In die delen van de gezondheidszorg waar deze marktimperfections minder sterk aanwezig zijn, zoals bijvoorbeeld op een aantal deelmarkten waar vrije beroepsbeoefenaren werkzaam zijn, zal de stuurbaarheid van het gedrag toenemen. De markt van fysiotherapiediensten is daar een goed voorbeeld van. Op deze markt zijn verzekeraars

het afgelopen jaar in staat geweest om over dienstverleningsarrangementen, prijzen en kwaliteit, effectief te onderhandelen

### **Vergoedingssystemen, budgettering en gedragsbeïnvloeding**

Welke mogelijkheden hebben zorginkopers nu om met behulp van vergoedings- en honoreringssystemen het gedrag van zorgaanbieders te beïnvloeden, gegeven hun gedragsdoelstellingen? Deze vraag hangt overigens sterk samen met het eerdergenoemde fenomeen van de derde partij. Deze derde partij (overheid of verzekeraar) moet ten behoeve van collectieven van verzekerden zaken doen met de zorgaanbieders. Daarbij maakt zij gebruik van vergoedings- of bekostigingssystemen. De maatschappelijke doelen, die mede een context vormen, compliceren de vormgeving van deze vergoedingssystemen. Zo leidt de inkomensgerelateerde premieheffing via de belastingheffing er toe dat de relatie met de prestaties van de verzekeraar zeer indirect is.

Budgettering is een vorm van bekostiging die vooral binnen hiërarchische systemen wordt toegepast. Budgettering is het verantwoordelijk stellen van een instantie of functionaris voor de realisatie van een vastgesteld activiteitenplan of productieniveau met een daarvoor overeengekomen hoeveelheid middelen of geld. Budgettering past eigenlijk bij een hiërarchisch systeem, dat wil zeggen binnen een organisatie of binnen een overheidssysteem. Dienstverlening tussen private partijen wordt over het algemeen geregeld op basis van contracten. Op dit laatste gaan we in paragraaf 6.4 verder in. In deze paragraaf concentreren we ons op de mogelijkheden van budgettering om de belangen van de zorgvrager via de budgetsystematiek te behartigen. In een budgetsysteem kunnen prikkels worden ingebouwd die de budgetontvangers motiveren tot het nastreven van doelstellingen die de budgetgevers belangrijk vinden of van algemeen belang geacht worden (bijvoorbeeld verbetering van kwaliteit, effectiviteit en efficiency). Eerst inventariseren we nog eens de diverse budgetsystematieken.

#### *Soorten budgetten*

Budgettering komt in een zeer groot aantal varianten voor. Hieronder zullen enkele belangrijke indelingscriteria besproken worden. Budgetten kunnen onderscheiden worden naar het moment waarop de budgetten worden bepaald. Wanneer het budget voor het begin van de budgetperiode wordt vastgesteld en deze gedurende de budgetperiode niet meer verandert, spreekt men closed-end (fixed) budget.

**Tabel 6.2 Overzicht kenmerken van budgetsystemen**

Fase in het budgetteringsproces	Kenmerken van budgetsystemen	Onderscheiden budgetsystemen
Budgetbepaling	Budget bepalende factoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- input</li> <li>- proces (intermediaire productie)</li> <li>- output (prestatie-eenheid)</li> <li>- outcome (effect)</li> </ul>
	Bekostigingseenheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kostensoort</li> <li>- per eenheid product</li> <li>- functie (afdeling)</li> <li>- organisatie als geheel</li> <li>- programma</li> </ul>
Besluitvorming	Start van besluitvorming	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bottom-up</li> <li>- top-down</li> </ul>
	Moment van vaststelling	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ex-ante (closed-end)</li> <li>- ex-post (open end)</li> </ul>
	Wijze van vaststelling	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zero-base</li> <li>- incrementeel</li> </ul>
Opstelling en presentatie	Mate van bestedingsvrijheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>- geormerkte middelen</li> <li>- lumpsum</li> </ul>
	Lengte van budgetperiode	<ul style="list-style-type: none"> <li>- korte termijn (1 jaar)</li> <li>- middellange termijn (2-5 jaar)</li> <li>- lange termijn (&gt; 5 jaar)</li> </ul>
	Bestuurlijk niveau	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sector (macro)</li> <li>- deelsector</li> <li>- regio</li> <li>- instelling (micro)</li> </ul>

Bron: Bewerking van T. Groot en G. van Helden, Financieel management van non-profit organisaties, Groningen 1999 en A. van Montfort, Kostprijsystemen in de zorg: visie vanuit een zorgverzekeraar, Acta Hospitalia, 1999, no. 3.

Men kan echter ook alleen afspraken maken over de wijze waarop de budgetten worden vastgesteld, waardoor pas na de budgetperiode het definitieve budget kan worden bepaald, afhankelijk van de uitkomsten van bepaalde variabelen (input, proces of output). Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer men alleen een prijs per verpleegdag of verrichting afspreekt, maar geen afspraken over de hoeveelheid productie maakt. In dat geval spreekt men van openeindfinanciering. De mate van vrijheid die men als budgetontvanger krijgt bij de besteding van het budget is bepalend voor het onderscheid tussen ge-

oormerkte budgettering (de bestemming van de gelden is in het budget bepaald) en lumpsum of globale budgettering (grotere vrijheid).

Budgetten kunnen worden bepaald aan de hand van verschillende factoren: input, proces of outputvariabelen. Bij inputbudgettering wordt niet gekeken naar kenmerken van het productieproces of de output, maar vindt louter financiering plaats van de aanwezige productiefactoren (bijvoorbeeld bedden, specialisten, enzovoort). Bij procesbudgettering wordt het budget bepaald op basis van de activiteiten die met een bepaalde hoeveelheid middelen dienen te worden uitgevoerd (bijvoorbeeld het aantal te verplegen of te behandelen patiënten). Men spreekt ook wel van intermediaire productie. Bij outputbudgettering is de basis van het budget de gerealiseerde output of prestaties (bijvoorbeeld het aantal genezen patiënten per diagnosecategorie).

De wijze waarop een budget wordt vastgesteld, kan sterk verschillen. Wanneer het budget voor een nieuwe periode in belangrijke mate wordt bepaald aan de hand van een oud budget (uit een oudere periode), spreekt men van incrementele budgettering. Vaak wordt een dergelijk budget gebaseerd op beleidswijzigingen ten opzichte van de voorafgaande periode en de mutaties in productie en middelen die daarmee gepaard gaan. Doorlopende activiteiten en de daarvoor noodzakelijke middelen staan veel minder ter discussie, dit in tegenstelling tot zerobase budgettering. Hierbij worden juist elke activiteit en uitgave ter discussie gesteld: men bouwt het budget als het ware 'vanaf nul' op. De prioriteitenstelling betreft dan alle activiteiten en niet alleen de nieuwe activiteiten. Duidelijk is dat hiermee meer tijd gemoeid zal zijn en de kans op overgangsfriecties groter wordt.

### **De praktijk van budgettering van zorginstellingen en artsen/specialisten**

In de praktijk van de gezondheidszorg kunnen globaal de volgende stelsels van bekostiging via budgetten worden onderscheiden:

- a. tarief/verrichtingensstelsel (variabele outputbudgettering);
- b. vast budget (veelal gebaseerd op genormeerde inputs);
- c. case based budget (Diagnosis Related Groups).

Dit onderscheid weerspiegelt ook de ontwikkeling die het Nederlandse financieringsstelsel heeft doorlopen. Tot 1983

werden bijna alle aanbieders gefinancierd op basis van tarieven. Dit systeem werkte productie- en daarmee kostenbevorderend. Vanaf 1983 werden, net als in andere landen, steeds meer instellingen gebudgetteerd. Het systeem van gefixeerde budgetten heeft het management van zorginstellingen gemotiveerd tot verbetering van het financieel beheer.

De specialisten bleven echter op verrichtingenbasis gefinancierd. De tegengestelde prikkels verhinderden een goede samenwerking op instellingsniveau. Bovendien werden overschrijdingen van het macrobudget vertaald in tariefsverlagingen die op hun beurt weer productiestijgingen en nieuwe overschrijdingen uitlokten. Nadat de inkomsten van de specialisten geïntegreerd werden in het ziekenhuisbudget, trad er weer een heel ander ongewenst effect op. Als gevolg van het doorbreken van de relatie tussen het aantal verrichtingen en het inkomen, nam de productie van de specialisten fors af. Met het resultaat daarvan worden we dagelijks geconfronteerd, namelijk de wachttijden.

Doel van een vergoedingensysteem kan, naast bevordering van efficiency en stimulering van prestaties, zijn de sensitiviteit voor de vraag te stimuleren (aanbod reageert op verschuiving in preferenties). Randvoorwaarden vanuit maatschappelijk gedragen doelstellingen zouden onder andere kunnen zijn:

- garantie van voldoende en toegankelijke zorg voor de bevolking;
- garantie van acceptabele kwaliteit van de dienstverlening (dit impliceert effectieve en efficiënte zorg);
- garantie van een redelijke verdeling van de lasten.

Veelal worden instellingen betaald op basis van verpleegdagen of verrichtingen. Dit betreffen in feite tussenproducten. De doelstelling van bevordering van efficiency heeft echter betrekking op een tweetal deelaspecten. In de eerste plaats op voortbrenging van genoemde tussenproducten tegen een zo laag mogelijke kostprijs en daarnaast op realisatie van het gewenste effect bij de patiënt met zo weinig mogelijk middelen. Een vergoedingensysteem dat gekoppeld is aan de genoemde tussenproducten bevordert alleen het eerste aspect van efficiency. Daarbij kan sprake zijn van een stimulans om de productie van deze tussenproducten te maximaliseren.

Er zijn een vijftal ideaaltypen van vergoedingssystemen voor ziekenhuizen:

1. volledige kostenvergoeding (cost reimbursement);



2. vergoeding voor alle afzonderlijke verrichtingen (fee for service);
3. vergoeding per verpleegdag (per day payment);
4. vergoeding per opname gerelateerd aan diagnosekostengroepen (per case payment);
5. vergoeding op basis van een vastgesteld budget voor een bepaalde periode (prospective budgeting, ofwel op basis van een vaste aanneemsom).

**Tabel 6.3 Effecten van vergoedingssystemen**

Criteria	Mate van specificatie per klant	Beheersing kosten	Efficiëntie	Effectiviteit (gezondheids-winst)
Per verrichting	-	-	-	-
Per opname	+	-	-	-
Per verpleegdag	-	-	-	-
Per DRG	+	+	+	+
Vast budget	-	+	+/-	-

Bron: R.T.J.M. Janssen.

Bovenstaand overzicht geeft een indicatief beeld van welke effecten je van de diverse vergoedingssystemen mag verwachten op bepaalde doelstellingen, zoals kostenbeheersing, efficiëntie, effectiviteit en specifieke eisen van individuele klanten. Daarbij blijkt dat vooral het systeem dat gebaseerd is op een vergoeding per case, het zogenoemde systeem van Diagnosis Related Groups in zijn totaliteit het best scoort. Dit is ook wel logisch daar deze systematiek gebaseerd is op klantenkenmerken, namelijk de diagnose. Verder gaat het om een integraal arrangement van verrichtingen gericht op diagnose en behandeling. In Nederland noemen we deze systematiek Diagnose Behandel Combinaties. Deze systematiek zal met ingang van het jaar 2003 ingevoerd worden als grondslag voor de bekostiging van de ziekenhuizen. Budgettering is een vergoedingssysteem dat in een hiërarchische situatie kan worden toegepast. In een meer marktgeoriënteerde situatie komen transacties op basis van contracten tot stand. Gezien het streven naar meer marktconforme sturing in de gezondheidszorg gaan we in de

volgende paragraaf in op contracten als hulpmiddel voor een meer adequate incentive structuur.

#### **6.4 Contracten als hulpmiddel om tot een adequate incentive structuur te komen**

##### **Inleiding**

In reguliere markten worden transacties over het algemeen vastgelegd in contracten. Soms hebben die contracten een impliciete vorm. Aan de benzinepomp bijvoorbeeld. De kwaliteit van de vloeistof ligt vast, de prijs staat op de pomp en u tankt zelf de hoeveelheid die u wilt. Daarna betaalt u het totaal verschuldigde bedrag. Het is een routine geworden. Het betreft dan ook een zeer transparante markt. Wanneer u echter een auto aanschaft of een makelaar een opdracht geeft, zijn daar over het algemeen onderhandelingen aan vooraf gegaan en heeft u de overeengekomen condities in een expliciet contract vastgelegd. Beide partijen tekenen dit voordat de transactie wordt uitgevoerd. Het is in feite een zekerstelling aangaande een proces dat ex ante voor u niet controleerbaar of toetsbaar is. Pas bij levering kunt u vaststellen of die auto de eigenschappen heeft die u ervan mag verwachten. In paragraaf 6.1 hebben we vastgesteld dat de zorgmarkt behept is met veel imperfecties. Daarbij is meestal sprake van een ‘derde partij’, die voor ons de inkoop en daarmee de contractering verzorgt. In dit hoofdstuk richten we ons op de mogelijkheden die diverse vormen van contractering hebben om het gedrag van aanbieders te beïnvloeden. Daarbij is het relevant, zeker voor de komende jaren, nog een onderscheid te maken tussen de drie compartimenten met ieder hun eigen regulerend regime. Dat laatste zetten we nog eens kort op een rij.

##### *Van volume- naar een prijsgestuurde gezondheidszorg*

De gezondheidszorg lijkt gevangen te zitten in ambivalente sturingsprincipes van de overheid. Waarop zijn deze sturingsprincipes van de overheid gericht? Van oudsher heeft de overheid een sterke greep op de planning van capaciteiten in de gezondheidszorg, vooral in de intramurale zorg. Instellingen reageren daarop door voortdurend te proberen aan te tonen dat hun bedden, behandelingsplaatsen of specialistenplaatsen hard nodig zijn. Hoe toon je dat aan? Door de bestaande capaciteit zo volledig mogelijk te benutten. Lange wachttijden kunnen daarbij ook heel dienstig zijn. Het leidt bij het publiek al snel tot verontwaardiging. Een ander sturingsprincipe dat

begin jaren '80 is ingevoerd, is de budgettering van de instellingen. Deze is vooral gericht op kostenbeheersing. De budgettering is sterk aan de erkende capaciteiten gerelateerd.

Verder is in de jaren '90 via 'het plan Dekker' de marktgerichte sturing geïntroduceerd. Vooral verzekeraars hebben dat gemerkt. Het onderscheid tussen de traditionele ziekenfondsen en de particuliere verzekeraars is aanzienlijk minder geworden. De verzekerde, ook de ziekenfondsverzekerde heeft een grotere keuzevrijheid gekregen. Opmerkelijk is dat één belangrijk sturingsprincipe niet gehanteerd wordt en dat is het prijsmechanisme.

In gewone markten is de betekenis van prijzen helder. Het is een uitdrukking van de waarde die een klant aan een bepaald product of een bepaalde dienstverlening hecht. Daarnaast is het een uitdrukking van de efficiëntie van de aanbieder: hoeveel waarden moet hij opofferen om het product op de markt te zetten? Grote verschillen tussen beide hebben een belangrijke signaalwerking. Bij grote schaarste zal de klant bereid zijn meer te betalen. Het aanbod zal daarop reageren door meer te gaan aanbieden. Een belangrijk voordeel is dat aanbieders geprikkeld worden om efficiënt te werken. Hun dienstverlening wordt immers vergelijkbaar op het punt van prijs. Het maakt nog iets moois mogelijk in de gezondheidszorg. Aanbieders kunnen dienstverlening promoten op basis van de aantoonbare kosteneffectiviteit. Dat zou een zeer stimulerende dimensie in de gezondheidszorg kunnen worden: men hoeft niet langer te zeuren om meer geld om de capaciteit uit te mogen breiden. Immers de gevraagde hoeveelheden worden betaald tegen een prijs waarmee de bedrijfsvoering gefinancierd kan worden.

Wat weerhoudt ons dan nog van de invoering van het hierboven geschetste systeem? Twee aspecten zie ik als een noodzakelijke voorwaarde. De overheid zal er op staan dat het onderhandelingspel binnen de kaders van een landelijk vastgesteld budget plaatsvindt. Dat probleem zou men bij de verzekeraars kunnen neerleggen. In feite krijgen zij dan de beschikking over een landelijk budget. Men loopt risico voor wat men te kort komt. Het omgaan met dergelijke risico's behoort tot de kerncompetenties van een verzekeraar en beschouwen we daarmee als opgelost. De onderhandelde prijzen dienen uitdrukking te zijn van het beslag op middelen, berekend op basis van marktconforme uitgangspunten. Afschrijving op basis van vervangingswaarde is hierbij noodzakelijk. Dit maakt oude en nieuwe,

efficiënte en inefficiënte zorginstellingen vergelijkbaar. Daarmee krijgt de prijsstelling de noodzakelijk signaalwerking, zoals ze die in andere sectoren heeft.

Welke eisen stelt het voorgaande aan het instellingsmanagement? Zij zal in staat moeten zijn om kosten te kunnen toerekenen aan van tevoren bepaalde producten, bijvoorbeeld diagnose behandelcombinaties (DBC's) of zorgmodules. Zij zal in staat moeten zijn deze tot punt van onderhandeling te maken met de verzekeraars, inclusief het aspect van kwaliteit en hoeveelheid. Kortom de zorginstelling zal inzicht moeten hebben in haar kostenstructuur, zowel naar soort kosten, op welke afdeling ze gemaakt worden, ten behoeve van welk integraal product en ten behoeve van welke cliënt.

Ik spreek hier expres van een integraal product zoals een diagnose behandel combinatie. Dit om niet te vervallen in het oude verrichtingensysteem. Elke medische handeling moet te verantwoorden zijn ten opzichte van een specifieke patiënt met een specifieke diagnose. Op deze wijze wordt de integratie van het ziekenhuis als medisch bedrijf ook op het niveau van de hulpvragende cliënt ingevuld. Daar hoort het om te gaan en ik maak me sterk dat iemand in Nederland dit vanuit professionele argumenten zou kunnen bestrijden. Dat hier een grote bedreiging vanuit gaat voor allerlei afgeleide historische verworvenheden moge duidelijk zijn

### **De compartimentering van het huidige zorgsysteem**

Het huidige zorgstelsel is ingedeeld in een drietal compartimenten met ieder een eigen regelsysteem.

Het eerste compartiment richt zich op de onverzekerbare risico's, waarin opgenomen de langdurige zorgvoorzieningen (zoals verpleeghuizen, inrichtingen voor gehandicapten en bejaardenoordelen). Via de AWBZ is iedereen hier verplicht voor verzekerd. De premie is een percentage van het premieplichtig inkomen.

Het tweede compartiment richt zich op de curatieve zorg (ziekenhuizen, specialisten, huisarts, medicijnen). Deze aanspraken zijn ondergebracht in de Ziekenfondswet en een basispakket voor particulier verzekerden. De ziekenfondsverzekerden betalen voornamelijk een inkomensgerelateerde premie, terwijl de particulier verzekerden een risicogerelateerde premie betalen. Het ligt in de bedoeling de premie voor de ziekenfondsverzekerden verder te nominaliseren.

In het derde compartiment wordt het resterende deel ondergebracht. Het betreft in principe een ‘ongeregelde’ verzekeringsmarkt, in die zin dat de overheid zich niet met premiestelling bemoeit. Wel zal zij toezien op de kwaliteit van het aanbod.

**Tabel 6.4 Indeling naar zorgcompartimenten en aandeel in totale uitgaven**

Compartiment	Financieringswijze	Uitvoerende verzekeraar	Regulerend regime	Kosten in % (2002)
Eerste compartiment	AWBZ	Concessiehoudend zorgverzekeraar	Overheid reguleert aanbod en prijzen	45%
Tweede compartiment	Ziekenfondswet en particuliere verzekeringspolis-sen	Ziekenfondsen en particuliere zorgverzekeraars	Gereguleerde concurrentie	52%
Derde compartiment	Vrijwillige verzekering	Ziekenfondsen en particuliere zorgverzekeraars	Vrije markt	3%

Bron: R.T.J.M. Janssen en T. Choy. *Zorgkantoren maatschappelijk verantwoord?* ZM Magazine, 2003, no. 1, p. 10-15.

De gradatie in deze marktperfectionen is in feite vertaald in de ordening van de drie compartimenten. In het eerste compartiment wordt het marktspel alleen gespeeld door de zorgaanbieders. In het tweede compartiment spelen vragers, aanbieders en verzekeraars het marktspel, binnen van overheidswege gestelde kaders. In het derde compartiment geven de regels voor de drie genoemde partijen nog meer ruimte voor het marktspel. De overheid heeft zich hier verder teruggetrokken. De schaarste wordt door de direct betrokken partijen het sterkst ervaren in het derde compartiment en het minst in het eerste compartiment. Voor de overheid ligt dit net andersom. Hiermee is een serieus maatschappelijk dilemma geschetst<sup>13</sup>

Deze indeling in compartimenten loopt deels ook parallel met een ander onderscheid namelijk dat in chronische zorg, de electieve (planbare) zorg en die tussen acute zorg<sup>14</sup>. De chronische zorg bevindt zich grotendeels in het eerste compartiment. Het betreffen risico's, zoals aangeboren beperkingen, die niet verzekeraar zijn op een vrije markt. De risico's voor acute en electieve zorg zijn ondergebracht in het tweede compartiment. In het derde compartiment bevinden zich de risico's waarvan de overheid vindt dat die niet noodzakelijkerwijs verzekerd hoeven te worden. De overheid laat dit dan ook over aan het vrije spel van de markt. De preferenties van de individuele zorgvrager zijn hier leidend uitgangspunt.

### **Contracten**

De contracttheorie onderzoekt vanuit het perspectief van de verzekeraar hoe de aanbieders van zorg geprikkeld kunnen worden om op een efficiënte manier kwalitatief goede zorg aan te bieden. Aan de orde komen dan zaken of de vergoeding die de aanbieders ontvangen aan het volume of aan de kosten gerelateerd moeten worden. De transactiekostentheorie heeft een andere insteek. Deze theorie besteedt minder aandacht aan de prikkels tot een bepaald gedrag. Meer aandacht daarentegen krijgt het type contract dat wordt afgesloten. De onderscheiden contracten verschillen naar de wijze waarop partijen hun gedrag aan gewijzigde omstandigheden kunnen aanpassen. Deze theorie verklaart onder meer in welke omstandigheden voor contracten wordt gekozen die meer of minder adaptief gedrag toestaan. Welke omstandigheden volgens de transactiekostentheorie het soort contract bepalen en welke prikkels binnen de diverse contracten mogelijk zijn komt vervolgens aan de orde. Daarbij worden tevens de huidige kenmerken van de markt van ziekenhuiszorg betrokken. Een beschouwing op basis van de gebruikte theorie over de waarschijnlijke vormgeving van de toekomstige zorginkoopmarkt in Nederland sluit de analyse af.

#### *De contracttheorie*

Toegepast op de zorgsector analyseert de contracttheorie de contracten naar hun invloed op de kosten en kwaliteit van de zorg en de verdeling van de risico's over vrager en aanbieder van zorg (Chalkley en McVicar, 2001). Vertrekpunt van de analyse is de positie van de verzekeraars. Deze willen de gewenste kwaliteit en kwantiteit van zorg realiseren tegen de prijs die ze aanvaardbaar vinden. Uitgaande van een informatieasymmetrie ten nadele van de verzekeraar zal de vorm van het contract zodanige prikkels voor de aanbieders moeten bevatten dat de verzekeraars hun doeleinden realiseren. Met name gaat het om de vraag of de vergoeding voor de aanbieders gerelateerd wordt aan de kosten of het volume, een combinatie daarvan, of dat de vergoeding een vast bedrag moet zijn. In de literatuur worden hieromtrent proposities gedaan. Deze zijn afhankelijk van de aard van de zorg, de motivatie van de aanbieders en de informatie die bij het opstellen van het contract beschikbaar is over het volume, de casemix en de kosten van de zorg.

Uitgaande van aanbieders die hun eigen belang nastreven zal een blokcontract (zie bijlage) wel een prikkel geven om de kosten te reduceren maar ontbreekt een prikkel om zorg van

voldoende kwaliteit te leveren. Een betere kwaliteit leidt immers niet tot een groter budget.

Dit effect treedt uiteraard niet op wanneer de aanbieder de intrinsieke motivatie heeft om zorg van kwaliteit te leveren. Echter ook in het laatste geval is een blokcontract niet zonder problemen. Is het bedrag van het blokcontract groter dan nodig is om de gevraagde zorg te leveren dan worden middelen verspild. Is de vraag in volume groter of in casemix duurder dan verwacht werd, dan kan door het blokcontract de noodzakelijke zorg niet geleverd worden. In beide gevallen kan dit voorkomen worden door ex post een volumegerelateerde correctie op het budget aan te brengen. Zonder deze correctie wordt een blokcontract geacht niet te werken.

*Overzicht van contracten in de gezondheidszorg door Croxson (1999):*

- simpele blokcontracten (block contracts);
- verfijnde blokcontracten (sophisticated contracts);
- kosten- en volumecontracten (cost- and volume contracts);
- kosten per verrichting contracten (cost-per-case contracts).

Als alternatief voor een blokcontract kan de vergoeding voor de aanbieders aan het volume of de kosten gekoppeld worden. Dit levert in beide gevallen problemen op wanneer aanbieders alleen op hun eigen belang gericht zijn. Een financiering op basis van kosten levert weinig prikkels op om de kosten te beheersen. Een financiering op basis van het volume doet dit wel maar daar staat tegenover dat de aanbieders op de kwaliteit kunnen beknibbelen. Dit probleem doet zich met name voor wanneer de patiënten de kwaliteit niet goed kunnen beoordelen of bij een geconstateerde slechte kwaliteit niet kunnen uitwijken naar andere aanbieders. In deze situatie kan de kwaliteit bevorderd worden door de vergoeding niet alleen aan het volume, maar deels ook aan de kosten te koppelen. Overigens gaat de bovenstaande analyse impliciet uit van een eenmalige overeenkomst. Worden er opeenvolgende contracten afgesloten, dan gaat er een reputatiemechanisme spelen. Partijen willen de contracten graag naar behoren uitvoeren om een volgend contract binnen te halen.

De contracttheorie is nog langs een tweede weg van belang voor onze problematiek. Deze theorie belicht ook de invloed van het contract op de investeringen in zogenoemde specifieke

activa. Dit zijn activa die buiten een contractuele relatie minder economische waarde vertegenwoordigen dan binnen de relatie. Tijdens de uitvoering van het contract kan de partner die in een specifiek activum geïnvesteerd heeft, last krijgen van opportunistisch gedrag van de andere partner. Deze kan de investeerder onredelijke eisen stellen, waartegen deze zich moeilijk kan verweren door bijvoorbeeld het contract op te zeggen. Zijn activa hebben immers geen rendabele alternatieve aanwending. Omdat een dergelijke situatie te voorzien is, wordt er niet, op een in economische opzicht, efficiënt niveau in specifieke activa geïnvesteerd. De contracttheorie onderzoekt hoe deze situatie door een adequaat contract voorkomen kan worden. Dit zou kunnen door de investeerder in specifieke activa de eigendomsrechten te geven van de activa die de andere partij gebruikt. Bij een conflict over de uitvoering van het contract ligt de uiteindelijke beslissingsmacht bij de eerste. Deze problematiek heeft in een andere vorm ook relevantie voor de zorgsector. Algemene ziekenhuizen investeren veelal in specifieke activa. Deze investeringen zouden te laag kunnen uitvallen wanneer de vragers voor sommige soorten van zorg uitwijken naar goedkopere gespecialiseerde klinieken. Dit zou voorkomen kunnen worden door in deze contracten deze mogelijkheid uit te sluiten dan wel door de ziekenhuizen in deze klinieken te laten participeren.

### **Contractvormen**

Gebruikt men de markt om activiteiten aan te sturen dan worden tussen partijen contracten afgesloten. Deze contracten kunnen, al naar gelang de aard van de relatie tussen ondernemingen, verschillend getypeerd worden. In de literatuur over transactiekosten worden klassieke, neoklassieke en relationele contracten onderscheiden. In tegenstelling tot de contracttheorie richt de transactiekostentheorie zich minder op de concrete prikkels die in contracten worden opgenomen. Contracten worden primair ingedeeld naar de wijze waarop ze een aanpassing aan gewijzigde omstandigheden mogelijk maken.



### *Klassieke contracten*

De klassieke contracten zijn complete contracten waarin precies staat beschreven wat partijen onder welke omstandigheden van elkaar te verwachten hebben. Dit compleet zijn heeft te maken met het feit dat deze contracten op een korte tot zeer korte termijn betrekking hebben. Meestal gaan de contracten over producten en diensten die door meerdere ondernemingen worden aangeboden. Het aanbod vindt dus op een concurrerende markt plaats waar een snelle wisseling van partner mogelijk is. De klassieke contracten zijn standaardcontracten waarover niet onderhandeld wordt. Te denken valt aan de aankoop van bouwmaterialen en benzine.

### *Neoklassieke contracten*

Het neoklassieke contract heeft betrekking op een langere termijn. Na afloop van deze termijn kan in principe een andere partner gekozen worden. Hierdoor kan de markt zijn werk doen; echter minder dan bij de klassieke contracten. In de neoklassieke contracten wordt niet alles geregeld (incompleet). Er kunnen daardoor verschillen van mening ontstaan over de gevolgen van het contract in concrete situaties. Partijen leggen in deze contracten echter wel vast dat men in deze gevallen een derde partij, een arbitragecommissie of de rechter, om een bindende uitspraak vraagt. Dit betekent dat derden geacht worden over conflicten een uitspraak te kunnen doen. Door middel van neoklassieke contracten gaan partijen een overeenkomst aan voor langere termijn zonder elkaar volledig te vertrouwen. Als voorbeelden van neoklassieke contracten zijn de contracten in de bouwwereld te noemen.

### *Relationele contracten*

Tot slot worden de relationele contracten onderscheiden. Deze bieden een uitkomst wanneer het opstellen van complete contracten, die in alle situaties voorzien, kostbaar en moeilijk is (zie onder andere Muehlberger, 2000). Relationele contracten worden gedefinieerd als informele overeenkomsten, ongeschreven codes, die in sterke mate het gedrag van de contractuele partijen beïnvloeden. Voor toekomstige beslissingen door partijen over onverwachte zaken is niet het contract maar de aard van de relatie beslissend. Er vindt een adaptief proces van besluitvorming plaats waarbij men als het ware niet gehinderd wordt door een formeel contract. Door dit adaptief proces kunnen partijen lange termijn doeleinden realiseren, waarvan aan het begin van de samenwerking nog niet vaststaat hoe ze gerealiseerd moeten worden. Ondanks het incomplete karakter

kunnen de relationele contracten toch de prikkel tot opportunistisch gedrag beperken. Voorwaarde hiertoe is dat voor beide partijen het korte termijnvoordeel van opportunistisch gedrag geringer is dan de voordelen van een goede relatie op langere termijn (Croxson, 1999). In concreto moet er een reële dreiging zijn dat de actor die zich opportunistisch opstelt in de toekomst een minder gunstig of geen contract krijgt.

Het relationele contract ligt dicht tegen de hiërarchie aan. Ook bij de hiërarchie wordt in het heden niet vastgelegd hoe te beslissen bij toekomstige ontwikkelingen. Ook hier is de besluitvorming adaptief. Er is natuurlijk wel een duidelijk verschil. Bij de hiërarchie is er in tegenstelling tot het incomplete contract maar één beslisser.

### **Eigenschappen van actoren**

De economische theorie gaat er veelal vanuit dat actoren volledig rationele beslissingen nemen. Ze kennen alle opties met hun voor- en nadelen en kiezen hieruit de optie die optimaal hun doeleinden dient. De transactiekostentheorie heeft als vertrekpunt dat mensen in de praktijk niet in deze zin rationeel handelen. Mensen hebben natuurlijke beperkingen in hun capaciteit om informatie te verzamelen, te verwerken en op te slaan en vervolgens weer op te roepen. Bovendien kunnen niet alle toekomstige ontwikkelingen worden voorzien en bestaat er onzekerheid ten aanzien van de realisatie van denkbare ontwikkelingen. Actoren worden dus in de praktijk altijd met een bepaalde mate van onzekerheid en onwetendheid geconfronteerd. Beperkte rationaliteit en onzekerheid zijn de achterliggende oorzaken die het afsluiten van volledige contracten veelal onmogelijk maken.

Een andere gedragsfactor die de omvang van de transactiekosten bepaalt, betreft het mogelijk opportunistisch nastreven van het eigen belang door actoren. Dit kan inhouden dat men gebruik maakt van leugens, diefstal, bedrog maar ook dat men een afhankelijkheidsrelatie volledig ten eigen voordele uitbuit. Wat betreft het opportunisme is sprake van verborgen karakteristieken. De actoren kunnen vooraf niet goed beoordelen of de ander dit gedrag gaat vertonen. Het is kostbaar om dit te ontdekken. Opportunistisch gedrag kan beperkt worden door toezicht te houden. De ruimte voor opportunistisch gedrag wordt mede bepaald door de mate van informatieasymmetrie. Informatieasymmetrie kan als concrete vorm hebben dat de

verschillende dimensies van de kwaliteit van de productie voor de inkopende partij slecht meetbaar zijn.

De transactiekosten kunnen sterk oplopen wanneer de vrager de aanbieder niet vertrouwt. De eerste zal dan hoge kosten maken om zich optimaal te beschermen tegen mogelijk strategisch gedrag door de andere partij. Daarnaast leidt een gebrek aan vertrouwen in combinatie met informatieasymmetrie tot hoge ex-post transactiekosten.

Opportunisme heeft minder invloed op de transactiekosten naarmate markten meer concurrerend zijn. Er zijn dan meerdere aanbieders en vragers. De ex-ante transactiekosten zijn dan lager. Partijen zijn eerder geneigd met elkaar in zee te gaan, omdat men eventueel kan uitwijken naar een andere partner. Dit beperkt bovendien het opportunistisch gedrag. Wordt opportunistisch gedrag ontdekt, dan zal het contract niet verlengd worden. De aanwezigheid ex-ante van een groot aantal potentiële contractpartners kan echter tijdens de duur van het contract omslaan in een klein aantal. De partij waar het initiële contract mee wordt afgesloten kan tijdens de contractperiode immers een houdbaar voordeel op de concurrentie opbouwen waardoor er concurrenten afvallen. Zo wordt tijdens de contractperiode ervaringskennis opgedaan. Hierdoor ontstaat afhankelijkheid (Bartlett, 1991).

#### **Eigenschappen van transacties**

Naast de eigenschappen van de actoren beïnvloeden ook de eigenschappen van de transacties de transactiekosten. Allereerst is hier van belang of een partij voor een transactie specifieke investeringen moet doen. Er kan niet alleen sprake zijn van specifieke investeringen in zaken als gebouwen, machines en apparatuur. Ook de deskundigheid die partijen hebben opgebouwd bij het nastreven van gezamenlijke doelstellingen rekenen we hiertoe. Hierbij valt te denken aan een opgebouwde informatiestructuur. De aanwezigheid van 'asset specificity' kan leiden tot wederzijdse afhankelijkheid waardoor de omvang van de transactiekosten kan toenemen. De partner die in specifieke activa heeft geïnvesteerd heeft hoge exitkosten en zal daardoor vaak aan de eisen van de tegenpartij moeten toegeven. Hierdoor gaan voor hem de transactiekosten omhoog.

De laatste factor die de transactiekosten bepaalt, is de frequentie en de omvang van de transacties. Frequentie heeft betrekking op het aantal malen dat er transacties (tussen zorgaanbieders en inkopers van zorg) plaatsvinden. Naarmate de frequen-

tie hoger is, wordt het meer de moeite waard om voor het aangaan en bewaken van de contracten een specifieke beheersstructuur te ontwerpen. De kosten van de investering in de beheersstructuur kunnen in het geval van herhaalde interactie uitgesmeerd worden over een groter aantal transacties (Ashton, 1998).

### **Model ter verklaring van het type sturing en type contract**

De transactiekostentheorie heeft als uitgangspunt dat economische activiteiten op dusdanige wijze worden aangestuurd dat de transactiekosten het geringste zijn. Met behulp van deze theorie kan ingeschat worden welke sturing gekozen wordt onder bepaalde omstandigheden. Dit gebeurt in een aantal stappen. Eerst vermelden we nog eens de mogelijkheden tot sturing. Vervolgens geven we aan hoe de sturing van activiteiten varieert met de verklarende variabelen die de transactiekostentheorie gebruikt. Welke prikkels mogelijk zijn, komt daarna aan de orde. Vervolgens gaan we in op de actuele waarden van de verklarende variabelen uit de transactiekostentheorie in de Nederlandse situatie.

#### *Aard der contracten en sturing via de markt*

In de transactiekostentheorie wordt een onderscheid gemaakt naar de mate waarin via contracten de sturing via de markt verloopt. De klassieke contracten zijn het meest, de relationele contracten het minst marktconform. Het neoklassieke contract neemt een tussenpositie in. In het onderstaande schema geven we aan wat voor soort contract en sturing men als functie van de waarden der verklarende variabelen mag verwachten. De sturing en het type contract staan in de eerste twee kolommen vermeld.

**Tabel 6.5 Verklaring van type sturing en contractvormen**

Type sturing en contractvorm	Verklarende variabelen					
Sturing via markt	Aard van contract	Specificiteit Activa	Onzekerheid	Informatie-asymmetrie	Frequentie/omvang	Aantal potentiële contractpartners
Hoog	Klassiek	Laag	Laag	laag	Laag	Hoog
Middelmatig	Neoklassiek	Middelmatig	Middelmatig	Middelmatig	Middelmatig	Middelmatig
Laag	Relationeel	Hoog	Hoog	Hoog	Hoog	Laag

Bron: B.J. Haselbekke, E.N. Kertzman en R.T.J.M. Janssen. Contracteren op de markt van ziekenhuiszorg. In Acta Hospitalia, no. 4, 2002.

De verklarende variabelen zijn weergegeven in de overige kolommen. De marktwerking neemt af, naarmate deze variabelen een hogere waarde hebben. Het contract verandert bij dit verloop der variabelen van een klassiek contract in een neoklassiek contract en vervolgens in een relationeel contract. Als uitzondering geldt voor het aantal potentiële contractpartners een omgekeerde relatie. De verklarende variabelen hebben dit effect omdat partijen bij een hogere waarde behoefte zullen hebben aan een relatie die opportunistisch gedrag onderdrukt.

## 6.5 Haalbare perspectieven

### Inleiding

In deze paragraaf presenteren we een aantal concrete opties om de rol van zorgvrager dichter bij zijn ideaaltypische rol op een gewone markt te brengen. We zullen zien dat daarbij regelgeving nodig is, maar dat die regelgeving wezenlijk anders is dan de huidige. Van cruciaal belang is dat de overheid haar doelstellingen op het terrein van collectieve uitgaven niet langer vormgeeft door capaciteitsbeperkingen aan het systeem als geheel op te leggen. Binnen het zorgstelsel moet vrijheid ontstaan en moeten er juist risico's voor de ondernemende zorgaanbieder komen. We nemen de huidige compartimentering als uitgangspunt om de kans op realiseerbaarheid van de voorgestelde maatregelen te vergroten.

### Chronische zorg, het eerst compartiment

In het nieuwe sturingsmodel wordt de toegang tot de AWBZ onafhankelijk, objectief en integraal vastgesteld via de indicatiestelling door de RIO's. Het zorgkantoor regelt vervolgens de toewijzing. Dit nieuwe sturingsmodel is gebaseerd op een advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)

uit eind 1997. Daarin wordt gepleit voor een omslag naar vraaggerichte en functioneel omschreven (deel)afspraken in een regionaal georganiseerde doelmatige uitvoering van de zorg. Een goed gepositioneerd zorgkantoor vervult een spilfunctie. De uitvoering van de AWBZ is vanaf 1 januari 1998 per gezondheidsregio voor vier jaar in concessie gegeven aan een zorgverzekeraar. In de nota Zicht op zorg worden de ontwikkelingsrichtingen voor de modernisering van de AWBZ vastgelegd (zie tabel 6.6).

**Tabel 6.6 Doelstellingen Zicht op zorg**

- 
- Het centraal stellen van een cliënt met een zorgvraag.
  - Het leveren van zorg op maat.
  - Het stimuleren van de vermaatschappelijking van zorg.
  - Het bevorderen van doelmatige besteding van de beschikbare collectieve middelen.
- 

Bron: Zicht op zorg, VWS, 1999.

De uitvoering van het verzekeringsdeel van de AWBZ is in handen van de zorgkantoren. De wettelijke taken van het zorgkantoor bestaan volgens de nota De rol van het zorgkantoor<sup>15</sup> uit 'het verkrijgen van inzicht in de regionale zorgbehoefte, de inkoop van zorg, het verkrijgen van zekerheid over de juiste uitvoering van de overeenkomsten, waaronder uitdrukkelijk begrepen de uitvoering van de indicatiebesluiten, en de organisatie van het wachtlijstbeheer zodanig, dat een onafhankelijke zorgtoewijzing kan plaatsvinden' (2001:11). De zorgkantoren voeren deze taak vrij van competitie uit. De zorgkantoorfunctie is via een concessie verkregen door veelal de dominante verzekeraar in een regio. De onderstaande oplossingsrichtingen om de positie van de cliënt via de zorg- en zorginkoopmarkt te versterken worden hierna beschreven.

#### *Oplossingsrichtingen*

Bij de AWBZ gefinancierde chronische zorg zijn binnen de huidige kaders in principe twee oplossingsrichtingen mogelijk: het vormgeven en versterken van de inkoopfunctie door de zorgkantoren of de inkoopfunctie overdragen aan de zorgvrager.

#### *Versterking inkoopfunctie zorgkantoren*

De inkoopfunctie van het zorgkantoor kan versterkt worden door te gaan werken met aanbestedingsprocedures. Deze aanbestedingen hebben een belangrijk voordeel dat van te voren het programma van eisen van de benodigde zorgproducten en zorgarrangementen gespecificeerd wordt. Van belang is daarbij

dat de toetredingsbeperkingen voor de aanbieders worden weggenomen, zodat de kans op concurrentie tussen de aanbieders toeneemt. Gezien de aard en de kenmerken van de markt van chronische zorg zal de kans op totstandkoming van klassieke contracten, waarin er afspraken op basis van prijs, kwaliteit en volume gemaakt worden, groot zijn.

De belangrijkste beperking van deze markt is echter dat de huidige zorgkantoren nauwelijks incentives hebben om deze inkoopfunctie te optimaliseren. Zolang de AWBZ in de huidige constructie wordt uitgevoerd zullen instrumenten in de sfeer van de zogenoemde meetlatconcurrentie en het risico van verlies van de concessie, moeten bijdragen aan een optimalisering van de inkoopfunctie vanuit het perspectief van de verzekerde/zorgvrager. Bij meetlatconcurrentie denken we aan bijvoorbeeld benchmarking, waarbij gegevens die uitdrukking zijn van de prestaties van het zorgkantoor openbaar worden gemaakt en met elkaar vergeleken worden. De dreiging van het verlies van de concessie werkt alleen, indien de concessiehouder ook belang heeft bij het concessiehouderschap. Overwogen kan worden de concessiehouder, die beter dan gemiddeld functioneert, te belonen. Dit hoeft overigens niet per se in materiële termen te gebeuren. Ook een expliciete erkenning hiervan door een gezaghebbend onafhankelijk orgaan kan substantieel bijdragen aan de reputatie van de concessiehouder en daarmee zijn marktpositie op de markt van verzekerden in het tweede compartiment versterken. Een en ander vereist overigens dat de verantwoording van de zorgkantoren zich meer dan nu toericht op de verzekerde/zorgvrager als belanghebbende<sup>16</sup>.

Het bovenstaande staat overigens wel in spanning met de ontwikkeling van de regionale zorgvisies. Daarbij overleggen alle partners op welke wijze er een samenhangend integraal regionaal systeem van zorgaanbod gerealiseerd kan worden. In een marktconform model staat competitie centraal. Daarnaast hebben partijen in een meer competitief model niet het belang om het achterste van hun tong te laten zien, zodat overleg over gemeenschappelijke strategische doelen minder opportuun wordt.

#### *De zorgvrager als inkoper van zorg*

Nu er in de AWBZ een systeem van onafhankelijke indicatiestelling is gerealiseerd is het ook mogelijk om de claim van de verzekerde in geld uit te drukken en deze in geld of trekkingsrechten over te dragen aan de cliënt. Met het persoonsgebon-

den budget hebben we inmiddels veel ervaring opgedaan in Nederland en die is over het algemeen positief. In dit model zijn de rollen van beslissen, genieten en betalen weer bij elkaar gebracht. Daar de cliënt in verband met zijn chronische beperking vaak een expert is geworden, is hier veel minder sprake van informatieasymmetrie of onzekerheden over effectiviteit en dergelijke. Wel kunnen de transactiekosten soms belastend worden. Echter, deze komen ten laste van het zorgbudget en behoren daarmee in de afwegingen betrokken te worden die de zorgvrager zelf maakt.

Het zogenoemde patiëntvolgende budget is eigenlijk een mix van beide systemen. Het zorgkantoor sluit het contract, maar overeenkomstig de afspraken volgt het geld de cliënt, wanneer deze kiest voor een andere zorgaanbieder. De geldstroom is daarmee te typeren als 'cliënt gedreven'. Van belang bij de twee laatste opties is dat er alternatieven in de markt zijn en dat er voldoende capaciteit is.

### **Het tweede compartiment**

#### *Acute zorg*

Het deel van het tweede compartiment dat betrekking heeft op acute zorg, wordt gekenmerkt door een hoge mate van onzekerheid en komt op individueel niveau slechts in een lage frequentie voor. De benodigde zorg kent soms een levensreddend karakter. In een dergelijke situatie kan de zorgvrager moeilijk zijn eigen belangen behartigen.

Beschikbaarheid is een belangrijk kenmerk van dit type zorg. Spreiding en tijdige aanwezigheid zijn belangrijke eisen (denk hierbij aan ambulancezorg en eerste hulp). Vanuit deze kenmerken ligt het voor de hand dat de toegankelijkheid gewaarborgd is. Het type contract dat hiertoe afsloten wordt zal naar alle waarschijnlijkheid de vorm van een blokcontract hebben. Met andere woorden de zorgaanbieder houdt een systeem in stand, dat beschikbaarheid en tijdigheid garandeert, wanneer dat nodig is. Deze contracten bevatten veelal geen outputelementen, maar financieren de input, om beschikbaarheid te garanderen. Er worden hoge eisen aan kwaliteit gesteld. De preferenties van de zorgvrager zullen vooral betrekking hebben op die beschikbaarheid en kwaliteit.

Op grond van bovenstaande kenmerken ligt het voor de hand dat de zorgverzekeraars contracten sluiten met de betreffende zorgaanbieders. Momenteel wordt dit deel van de zorg via budgetten gefinancierd. Deze budgetten worden toegekend



aan de Regionale ambulance voorzieningen (RAV's) die de afgelopen jaren gevormd zijn. De eerste hulpposten in de ziekenhuizen vallen eveneens binnen het bereik van de acute zorg. Het ligt voor de hand om deze functie van ziekenhuizen op basis van een apart contract te financieren. Bij deze contracten past meer een vorm van meetlatconcurrentie en benchmarking om de belangen van de klanten in termen van prijs, kwaliteit en beschikbaarheid goed in beeld te krijgen. Men mag verwachten dat hier een normstellende werking vanuit gaat (CPB, 2000).

#### *Planbare zorg*

Een belangrijk deel van de zorg in het tweede compartiment betreft planbare zorg. De vraag ontstaat veelal op basis van een verwijzing door de huisarts en vervolgens een specialist. Per 1 januari 2003 zal het zorgaanbod en daarmee de dienstverlening van ziekenhuizen grotendeels zijn vastgelegd in zogenoemde diagnose behandelcombinaties. Het betreft feitelijk een gestandaardiseerde omschrijving van de dienstverlening gerelateerd aan specifieke diagnoses. Indien de huidige beperkende planningswetgeving van de ziekenhuiscapaciteit wordt losgelaten, zullen er in rap tempo nieuwe toetreders op deze markt verschijnen. Deze zullen zich veelal concentreren op specifieke medischspecialistische zorg, zoals oogklinieken, orthopedische zorg enzovoort. Voor de verzekeraars wordt het aantrekkelijker om hun inkoopfunctie verder te ontwikkelen, omdat zij niet langer verplicht zijn bepaalde zorginstellingen in stand te houden. Bij voldoende aanbod kan deze markt concurrentieel worden en kan de prijs een rol gaan spelen. Zeker wanneer de verzekerde een deel van de kosten van een DBC zelf zal moeten betalen, omdat de vergoeding vanuit de wettelijke basisverzekering beperkt en onvoldoende is om de volledige prijs te betalen<sup>17</sup>. Verzekeraars kunnen dan met 'preferred providers' gaan werken. Indien de cliënt daar van afwijkt betaalt hij een hoger deel zelf. Op deze wijze kan de zorgvrager zijn eigen voorkeur tot uitdrukking brengen. Overigens kan hij ook van verzekeraar wisselen.

Nog een manier om de cliënt meer te betrekken bij het inkoop- en uitvoeringsproces is, dat er gewerkt gaat worden op basis van een cliëntgericht ordersysteem. Dat wil zeggen indien de klant de zorg heeft genoten, ontvangt hij aan het einde een afschrift van de verleende diensten door de zorgaanbieder en hij tekent deze voor ontvangst. Op deze wijze krijgt de cliënt zicht op de onderdelen van de geprotocolleerde zorg. In veel gevallen is hij ook de enige die kan beoordelen of deze zorg

ook geleverd is. Overigens kan de orderbon de patiënt gedurende de gehele behandeling vergezellen en wordt elk onderdeel afgevinkt bij realisatie.

Een derde onderdeel van zorg in het tweede compartiment is de eerstelijnszorg: huisartsenzorg, tandarts, fysiotherapie enzovoort. In een private verzekeringsmarkt betreft het veelal risico's die buiten de basispolis gelaten worden en waarbij verzekering optioneel is. De kosten van dit type dienstverlening is van een dergelijk niveau dat alleen om die reden verzekeren niet vanzelfsprekend is. In een dergelijke situatie kiest de cliënt zelf de aanbieder van zorg. Indien de zorgvrager eveneens zelf de beheerder van zijn persoonlijk dossier zou zijn is het niet per se nodig dat hij dit type zorg altijd bij dezelfde hulpverlener ophaalt. Wat dat betreft zijn de kenmerken van de huisartsenzorg, die bij ziekenfondsverzekerden gekoppeld zijn aan het abonnementsstelsel erg beperkend.

Bij de huisartsenposten doen we voor het eerst ervaring op met ont koppeling van deze vaste relatie. In een land als Denemarken is hier al veel ervaring mee. In dat land is het overigens ook heel gebruikelijk om in het weekend gebruik te maken van reguliere huisartsenzorg<sup>18</sup>. Op deze wijze worden de preferenties van de hulpvrager centraal gesteld en niet die van de hulpverleners zoals in de huidige Nederlandse situatie.

Het vierde onderdeel van het tweede compartiment vormen de voorgeschreven geneesmiddelen. Naast de voorschrijvende arts zorgt een stelsel van groothandel en apothekers voor de feitelijke distributie. In 1999 is er een Nyfer-rapport verschenen met de prikkelende titel: Geneesmiddelen, handel of zorg? (Nyfer, 1997). Het betreft een markt met sterke verticale machtsrelaties vanuit de patenthoudende industrie, waarin de overheid via prijsregulering de ongewenste effecten van de imperfecties probeert te beperken. In een meer marktconforme vormgeving is het niet nodig dat de medicijngebruiker per se naar een vaste apotheker zou moeten gaan. Ook hier is de exit-optie van belang om uitdrukking te geven aan de voorkeur van de klant.

Bij de beschikbaarheid van een integraal medisch dossier is het nauwelijks vol te houden, dat de bewaking van medicinatie door de apotheker zou moeten gebeuren. Het ligt veel meer voor de hand om eventuele bewaking te koppelen aan de inkoopfunctie van de verzekeraar, waarbij de bewaking zich niet alleen richt op de medische aspecten van adequaat voorschrijf-

gedrag, maar ook op de economisch aspecten. In een dergelijke situatie kan de distributiefunctie dominant worden en is het van belang dat er in deze distributiemarkt meer concurrentie ontstaat en de verticale machtsvorming doorbroken wordt. Het is niet onwaarschijnlijk dat liberalisering van deze markt in Europees verband een nieuwe impuls zou kunnen geven aan concurrentie.

Samenvattend kunnen we stellen dat in het tweede compartiment in principe klassieke contracten, op basis van prijs, volume en kwaliteit kunnen worden toegepast, met uitzondering van de acute zorgverlening. De principaalagentrelatie op de verzekeringsmarkt is minder imperfect, met als gevolg dat de principaalagentrelatie op de zorginkoopmarkt ook minder imperfect is, mits er concurrentie is en een zekere mate van overcapaciteit. Voor een deel van de zorg, met name de eerstelijnszorg kan de zorgvrager zelf als principaal optreden. Bij ontevredenheid stemt hij met de voeten. Met andere woorden hij zal de betreffende hulpverlener mijden en kiezen voor een andere. Voorwaarden dat dit mechanisme gaat werken zijn dat er voldoende capaciteit, liefst overcapaciteit, is en dat de zorgvrager ook zonder sanctie van collegahulpverleners de exit-optie kan toepassen. Verder is van belang, dat het formeel eigendom van het medisch dossier bij de cliënt zelf ligt. Dit ligt ook voor de hand, omdat het informatie betreft, waarvoor hij betaald heeft.

### **Het derde compartiment**

#### *Vrij te verzekeren zorg*

De zorg in het derde compartiment is optioneel verzekeraar. Eigenlijk geldt hier hetzelfde voor, als wat eerder gesteld is voor de eerstelijnszorg in het tweede compartiment. De verzekerde kan in principe optreden als zijn eigen belangenbehartiger. Hij beslist, betaalt en geniet deze zorg. Verzekeren is in veel situaties overbodig of optioneel, abonnementscontracten of betalen bij gebruik zijn dan voor de hand liggende opties.

### **Slot**

Bij de in deze paragraaf voorgestelde oplossingsrichtingen hebben we vastgesteld, dat er in veel situaties nog steeds een 'derde partij' is die als agent van de zorgvrager op de zorginkoopmarkt opereert. Van belang is dat de verzekeringsmarkt transparant is, acceptatieplicht kent en dat de verzekeraar voorzien is van de juiste incentives om de inkoopfunctie adequaat te ontwikkelen. Dit impliceert onder meer een systeem van risicovergoeding met ex ante vastliggende normbedragen.

Daarnaast is het van belang, dat de overheid belemmeringen om toe te treden tot de zorgmarkt zoveel mogelijk wegneemt. In sommige gevallen zal eerder een actief vestigingsbeleid wenselijk zijn, zodat er meer dan voldoende capaciteit ontstaat. Verder is het wenselijk dat de overheid haar rol als herverdelers van de lasten van gezondheidszorg buiten het stelsel van de gezondheidszorg om vormgeeft. Het ligt voor de hand om gewenste herverdelingsdoelstellingen binnen het kader van het belastingstelsel vorm te geven. Op deze wijze treedt er een wenselijke reductie van marktperfectionen van de zorgmarkt op, terwijl de maatschappelijke doelstellingen toch gerealiseerd kunnen worden.

Een andere belangrijke voorwaarde is dat de cliënt ook daadwerkelijk gebruik kan maken van de exit-optie en dat hij eigenaar wordt van zijn eigen medische gegevens en dat het beheer ervan ontkoppeld wordt van de zorgverlener. De betekenis van dit laatste is minstens zo groot als de ontkoppelde indicatiestelling, zoals we die bij de AWBZ- zorg kennen. Met de huidige beschikbare webtechnologie<sup>19</sup> liggen er geen technologische belemmeringen. Het verwachtingspatroon van de burger zal zich ook steeds vaker in deze richting ontwikkelen, juist omdat hij in andere sectoren hier inmiddels vertrouwd mee is geraakt.

Auteur dankt dr. E.N. Kerzman en B.J. Haselbekke voor het ter beschikking stellen van tekstmateriaal.

## Voorbeeld marktconforme sturing in Engeland en Nieuw Zeeland

In verschillende landen heeft men de afgelopen jaren meer marktconforme sturingsprincipes in de zorg ingevoerd. Hieronder beschrijven we de ervaringen met hervormingen in de Engelse National Health Service (NHS) en het zorgsysteem van Nieuw Zeeland (zie onder andere Croxson, 1999 en Ashton, 1998). Daarbij typeren we een aantal veelvoorkomende typecontracten in de gezondheidszorg.

In beide landen was voor de stelselherziening, van respectievelijk 1990 en 1993, sprake van een zorgstelsel waarbij de planning, de organisatie en de voortbrenging van zorg binnen één, door de overheid gestuurde organisatie plaatsvonden. Met de stelselherziening werden die functies in tweeën gedeeld. Hierdoor ontstonden enerzijds inkooporganisaties van zorg én anderzijds organisaties die zich alleen met de voortbrenging van zorg bezig hielden. Met deze wijziging probeerde men de vraagkant van de zorg te versterken en de efficiëntie van het zorgproces te bevorderen. De ervaringen die in deze landen zijn opgedaan met het afsluiten van contracten in een marktconforme omgeving lijken relevant voor de Nederlandse situatie. Het is hierbij van belang vast te stellen dat in de genoemde landen de rol van vrager vervuld wordt door een overheidsorganisatie; in Nederland gebeurt dat door de verzekeraars waarvan een deel op winst gericht is. Zie voor een bespreking van de ervaringen in de NHS ook Maarse, et al. (2002).

Contracten bevatten in principe clausules over de aard, de omvang en de beloning van de productie (Bartlett, 1991). Croxson (1999) beschrijft verschillende contracttypen zoals deze sinds 1993 voorkomen in de Engelse National Health Service (NHS). Hierbij staan zogenoemde blokcontracten aan het ene uiterste van het spectrum en volumecontracten aan het andere uiterste. Hieronder volgt een overzicht van de contracten die Croxson onderscheidt, in casu:

- simpele blokcontracten (block contracts);
- verfijnde blokcontracten (sophisticated contracts);
- kosten- en volumecontracten (cost- and volume contracts);
- kostenverrichting per contracten (cost-per-case contracts).

#### *Simpele blokcontracten*

Bij deze contracten betalen de inkopers van zorg een vast bedrag voor toegang tot een vaste groep van diensten. Het contract vergoedt de beschikbaarheid van de faciliteiten. In deze contracten is meestal een bepaald indicatief gebruiksniveau opgenomen. Daarnaast bevatten ze vaak afspraken over de maximale wachtduur. Bij blokcontracten dragen de aanbieders het risico van een onverwachte stijging van de vraag. De kosten hiervan komen voor rekening van de aanbieders omdat de toegang tot zorg voor een gegeven groep patiënten is afgekocht door de verzekeraar. Is de afzet lager dan verwacht, dan draagt de vragende partij het risico. Dit type contract komt binnen de NHS het meeste voor aldus Chalkley, et al. (2001). Men typeert dit ook wel als een 'lumpsum'-financiering. In Nederland zijn de abonnementstarieven voor huisartsen bij ziekenfondsverzekerden te typeren als simpele blokcontracten.

#### *Verfijnde blokcontracten*

Bij deze contracten betalen de afnemers eveneens een vast bedrag voor de toegang tot een bepaalde groep van diensten. In aanvulling daarop bevatten de contracten afspraken ten aanzien van de activiteitsniveau's. Worden deze overschreden dan wordt er onderhandeld over de betalingen voor de additionele verrichtingen. Meestal wordt niet in het contract aangegeven hoe deze additionele betalingen bepaald worden. Er wordt slechts de mogelijkheid tot heronderhandelen opengelaten.

#### *Kosten- en volumecontracten*

Deze contracten luiden in termen van prestaties. Er wordt veelal een vast bedrag in rekening gebracht voor een bepaald volume aan behandelingen. Daarnaast is een prijs opgenomen voor prestaties boven het afgesproken volume. Meestal is er een maximum aangegeven aan het totaal aan prestaties.

#### *Kosten per verrichting contracten*

De aanbieder van de diensten krijgt iedere periode betaald op basis van een vooraf overeengekomen prijs per verrichting. In tegenstelling tot de blokcontracten, worden in de volumecontracten (ook wel 'cost-per-case' contracten genaamd) geen afspraken gemaakt over de omvang van de productie. Als gevolg hiervan worden alle geleverde prestaties vergoed. Het risico ten aanzien van een onverwachte hoge vraag en productie komt hierdoor voor de rekening van de vragende partij. Het komt echter voor dat een maximum aantal behandelingen

wordt opgenomen in de overeenkomst, zodat de vragende partij de lasten binnen de perken kan houden. In vergelijking met de blokcontracten zijn de volumecontracten informatiever en vollediger. In een volledig 'cost-per-case' contract wordt gebruik gemaakt van een hoogwaardig informatiesysteem waarbij aan iedere activiteit een prijs gekoppeld is (Bartlett, 1991). Hoewel dit type contract gedetailleerde bepalingen bevat, blijkt het in de praktijk moeilijk te zijn om contracten op te stellen die in alle mogelijke situaties voorzien en dus volledig zijn.

Uit onderzoek van Croxson (1999) blijkt dat de meeste zorgcontracten in Engeland bepalingen bevatten ten aanzien van de kosten, de omvang van de activiteit en de maximale duur waarop mensen op een wachtlijst mogen staan. De meeste contracten bevatten bepalingen ten aanzien van activiteiten (output) in plaats van resultaten van activiteiten (outcome). Het 'no cure no pay' contract is zeldzaam in de gezondheidszorg.

Ashton (1998) laat zien dat ook na de stelselherziening in Nieuw Zeeland van 1993 voor de bekostiging van ingewikkelde ziekenhuiszorg er veelal gebruik werd gemaakt van de weinig marktconforme blokcontracten. Dit ligt allerminst voor de hand indien men zich realiseert dat de stelselherziening juist meer marktwerking moet gaan opleveren. Ashton voert dit terug op de hoge transactiekosten die verbonden zijn aan andere dan blokcontracten.

## Noten

- 1 Voor het leesgemak: daar waar in deze bijdrage ‘patiënt’ staat, kan ook ‘cliënt’, ‘consument’ of ‘zorggebruiker’ worden gelezen.
- 2 Voor het leesgemak: met ‘zorgaanbieder’ refereren we zowel aan ‘zorginstellingen’ als aan zorgprofessionals.
- 3 Dit is geen uitspraak over individuele zorgaanbieders of succesvolle experimenten; het gaat om de Nederlandse zorg in zijn algemeenheid. Het gaat hier steeds om suboptimale preventie-activiteiten (primair en/of secundair), suboptimale monitoring van chronische patiënten, discontinuïteiten in de keten, enzovoort.
- 4 Zie bijvoorbeeld [www.qualitymeasures.ahrq.gov](http://www.qualitymeasures.ahrq.gov) voor een ambitieuze poging om een ‘bibliotheek’ van kwaliteitsindicatoren te maken.
- 5 Dit rijtje is geïnspireerd door een presentatie van Niek Klazinga.
- 6 Zie de recente VWS nota *Vraag aan Bod*. De genoemde ‘publieke belangen’ vormen een verwarrende indeling, omdat ‘kwaliteit’ vaak ook de dimensies van toegankelijkheid en doelmatigheid omvat. Hier wordt met ‘kwaliteit’ ‘medisch inhoudelijke kwaliteit’ of ‘doeltreffendheid’ bedoeld.
- 7 ICT zal dit probleem niet vanzelf oplossen: registratie per computer kost in het algemeen meer tijd in plaats van minder [36].
- 8 Dit is geen theoretische kwestie – zie bijvoorbeeld de discussies in de VS omtrent managed care.
- 9 Dit zijn geen verzonden voorbeelden: dit is precies de perverse ‘bureaucratische competentie’ welke door een stuursysteem met behulp van externe indicatoren kan worden veroorzaakt (Jones, personal communication; [4]).
- 10 Pratt J.W. en R.J. Zeckhauser, *Principals and agents: the structure of business*. Boston: Harvard Business School Press, 1985, p. 1-35.
- 11 Feldstein, P. *Health care economics*. New York: Delmar publishers, 4rd edition, 1993.
- 12 Janssen R.T.J.M., et al. Centrale tarieven, te veel zorg, *ESB*, 1998, vol. 83, no. 4144, p. 224-228.
- 13 Janssen, R. *Schaarste in de gezondheidszorg, afwegen of afwentelen*. Tilburg: s.n., 1997.



- <sup>14</sup> Vandermeulen, L. Spel en spelers bij vraagsturing. *Zorgvisie*, 2002, no. 10.
- <sup>15</sup> Tweede Kamer der Staten-Generaal. De rol van het zorgkantoor. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2000-2001. No. 27810-1, 2.
- <sup>16</sup> Janssen, R. en T. Choy. Het zorgkantoor, maatschappelijk verantwoord? *ZM Magazine*, 2003, no 1, p. 2-7.
- <sup>17</sup> Vandermeulen, L. Spel en spelers bij vraagsturing. *Zorgvisie*, 2002, no.10.
- <sup>18</sup> Janssen, R. Evaluation of the organization and financing of the Danish Health Care System. *Health Policy*, volume 59, 2002, no. 2, p. 145-159.
- <sup>19</sup> Kertzman, M.R. en R. Janssen E-business in health care: does it contribute to strengthen consumer interest? *Health Policy*, in print.

## Literatuur

Ashton, T. Contracting for health services in New Zealand: a transaction cost analysis. *Social Science and Medicine*, 46, 1998, no. 3, p. 357-367.

Bartlett, W. Quasi-markets and contracts: a markets and hierarchies perspective on NHS Reform. *Public Money & Management*, 11, 1991, no. 3, p. 53-61.

Centraal Planbureau. *Yardstick competition: theory, design, and practice*. Den Haag: CPB, 2000.

Chalkley, M.en D. McVicar. *Contracts in the National Health Service: an empirical study*. Dundee Discussion Papers, 2001, no. 124.

Croson, B., *Organisational costs in the new NHS: An introduction to the transaction costs and transition costs of delivering health care*. London, Office of Health Economics, 1999.

Hartog, M. den en R. Janssen. Een analyse van de onderhandelingskracht van verzekeraars ten opzichte van ziekenhuizen. *Acta Hospitalia*, 33, 1993, no. 3, p. 17-32.

Hartog, M. den, R. Janssen en H. Kennis. De dynamiek van de ziekenhuismarkt in kaart gebracht. *ZM magazine*, 14, 1998, no. 5, p. 12-15.

Hartog, M. den en R.T.J.M Janssen. De ontwikkeling van de marktstructuur van ziekenhuizen van 1979 tot 2000 in Nederland. *Acta Hospitalia*, 40, 2000, no. 3, p. 45-62.

Haselbekke, B.J., E.N. Kertzman, en R.T.J.M. Janssen. *Contracteren op de markt van ziekenhuiszorg*. *Acta Hospitalia*, 2002, no. 4.

Janssen, R. en J. van der Made. Staat en gezondheidszorg: over de toepassing van de klassieke politieke economie, de nieuwe politieke economie en het neo-corporatisme. In: Plasmeijer, H. (red.). *De theoretische grondslagen van economisch beleid*. Groningen: Wolters Noordhof, 1988.

Janssen, R. *Schaarste in de gezondheidszorg, afwegen of afwentelen?* Tilburg: Tilburg University Press, 1997.

Kertzman, M.R., R. Janssen. E-business in health care. Does it contribute to strengthen consumer interest? *Health Policy*, in print.

Lapr e, R.M., en F. Rutten. *Algemene economie van de gezondheidszorg*. Maarsse: Elsevier, 2001.

Maarse, H., et al. *Marktwerking in de ziekenhuiszorg*. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2002.

Mierlo, J. van. Een politiek-economische analyse van externe adviseringen in de Nederlandse gezondheidszorg. In: Janssen, R., P. Kocken en J. van der Made. *Externe Adviesorganen in de Gezondheidszorg: het grijze circuit belicht*. Lochem: s.n., 1987.

M hlberger, U. *Economic approaches to organizations and their implications in relational contracts and dependent outsourcing*. Florence: European University Institute, 2000.

Niskanen, W.A. *Bureaucracy and Representative Government*. Chicago: Aldine Atherton, 1971.

Nyfer. *Geneesmiddelen: handel of zorg?* Den Haag: Sdu Uitgevers, 1997.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Vraag aan bod*. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2000-2001. No. 27855-1-2.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Zicht op zorg. Plan van aanpak Modernisering AWBZ*. Den Haag: Ministerie van VWS, 1999.

Williamson, O.E. *Markets and hierarchies: analysis and anti-trust implications*. New York: Free Press, 1975.

Williamson, O.E. Transaction cost economics: the governance of contractual relations. *Journal of Law and Economics*, 1979, no. 22, p. 233-261.

Williamson, O.E. The economics of organization: the transaction cost approach. *American Journal of Sociology*, 87, 1981, no. 3, p. 548-577.

Williamson, O.E. *The economic institutions of capitalism*. New York: Free Press, 1985.

Williamson, O.E. Markets, hierarchies, and the modern corporation; an unfolding perspective. *Journal of Economic Behavior and Organization*, 17, 1992, no. 3, p. 335-352.

Williamson, O.E. Public and private bureaucracies: a transaction cost economics perspective. *Journal of Law, Economics and Organization*, 15, 1999, no. 1, p. 306-342.

## Intermezzo: Casus Reinier de Graaf

Veel cure-instellingen proberen de cliënt meer centraal in het zorgproces te plaatsen en de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Als voorbeeld wordt genomen het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft, dat thans samen met het Diaconessenhuis in Voorburg en het Behandelcentrum Westland in Naaldwijk, onderdeel uitmaakt van de Reinier de Graaf Groep.

Sinds 1992 past het Reinier de Graaf Gasthuis integraal kwaliteitsmanagement toe. Er zijn reeds vele projecten geweest, die gericht waren op kwaliteitsmeting, planning en verbetering.

In 1996 is begonnen met het project 'Mammapoli'. Hierbij gaat het om het gehele zorgproces van patiënten met een knobbelte in de borst. In de 'oude' situatie moest de patiënt meerdere malen naar het ziekenhuis: voor een eerste consult met specialist, voor een röntgenonderzoek, voor een eventuele diagnostische punctie, voor een tweede consult met de specialist om de onderzoeksresultaten te bespreken en een eventuele operatie. Dit gehele traject kon vele weken in beslag nemen, waardoor de patiënt lange tijd in onzekerheid verkeerde.

Dit was geen klantvriendelijke situatie. Daarom werd het proces zodanig georganiseerd dat bij patiënten met verdenking op borstkanker de diagnose binnen een dag wordt gesteld. De patiënt hoeft nu nog maar één keer naar het ziekenhuis voor de diagnose. Deze wordt in 4 uur gesteld en indien nodig wordt de patiënt binnen 14 dagen geopereerd. De meeste vrouwen zijn zeer te spreken over de snelle werkwijze. Sommigen willen echter meer tijd hebben om te wennen aan het idee geopereerd te worden.

Na het Mammapoli-project is er nog een aantal projecten gerealiseerd, zoals het 'Zorgproces Vaatpatiënten', 'Varicesproject' en het 'Knieklachtenproject'.

Voor de start van het Zorgproces Vaatpatiënten bedroeg de doorlooptijd voor de diagnose van patiënten met claudicatio intermittensklachten (etalagebenen ten gevolge van vernauwing van de bloedvaten) 7 tot 18 weken. Deze doorlooptijd is teruggebracht naar 1 tot 3 weken.

Ook bij het Varicesproject (spataderen) is de doorlooptijd verkort. Met name interessant is dat men de nacontrole heeft

geschrap: de patiënt heeft na een operatie niet meer terug te komen. Overwogen wordt om foto's van het normale genezingsproces op het Internet te zetten, bijvoorbeeld de normale situatie één week na de operatie, twee weken na de operatie enzovoort. De patiënt kan dan met behulp van het Internet zelf de voortgang van de genezing van zijn been vergelijken met het normale verloop. Ingeval van afwijkingen kan hij of zij de specialist consulteren.

De bottleneck in het diagnostisch proces van patiënten met knieklachten was de beperkte MRI-capaciteit. Daardoor duurde het wel 100 dagen voordat er arthroscopie uitgevoerd kon worden. Besloten is om op een vast tijdstip in de week ruimte te reserveren voor vier MRI-scans van de knie. Zo kan de patiënt sneller onderzocht worden. Het gevolg hiervan zou kunnen zijn dat patiënten met andere klachten hierdoor langer moeten wachten. Het aaneengesloten onderzoek, eens per week van alle (maximaal vier) kniepatiënten, levert evenwel tijdsvoordeel op doordat de MRI-apparatuur in plaats van vier keer, bij een willekeurig patiëntenaanbod, maar één keer voor een knieonderzoek ingesteld hoeft te worden. De onderzoeksduur per patiënt kon hierdoor teruggebracht worden van 35 minuten naar 10 minuten.

Ook heeft de Reinier de Graaf Groep projecten om de patiënttevredenheid en de behandelresultaten te meten. Zo heeft men een patiëntenenquête onder patiënten die aan een liesbreuk geopereerd zijn gehouden. Aan de patiënten, meest mannen, werd gevraagd naar hun ervaringen in het ziekenhuis, bijvoorbeeld of ze tevreden waren over de informatie die ze kregen over de behandeling, de mate waarin door medewerkers aan hun vragen en wensen tegemoet werd gekomen, mogelijke verbeterpunten. Daarnaast krijgen ontslagen patiënten een maand na ontslag een formulier thuisgestuurd met vragen over hoe ze zich de afgelopen maand hebben gevoeld. Het is de bedoeling dat dit een jaar later wordt herhaald.

## 7 Patiëntenparticipatie als instrument

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

### 7.1 Introductie

In het streven naar een betere afstemming tussen de vraag en het aanbod in de Nederlandse gezondheidszorg worden verschillende strategieën toegepast. Een daarvan is versterking van de positie van de patiënt c.q. klant, zodat deze op verschillende niveaus gelijkwaardig kan participeren in de onderhandelingen met aanbieders en zorgverzekeraars.

Versterking van de positie van zowel de individuele als de collectieve patiënt is al lang een speerpunt van het gezondheidszorgbeleid. Reeds in 1974 gaf Hendriks aan dat de inspraak van de bevolking in de ontwikkeling van de gezondheidszorg en in het functioneren van de voorzieningen onvoldoende tot ontwikkeling was gekomen. In 1981 verschijnt voor het eerst een aparte nota omtrent het patiëntenbeleid. In deze nota wordt aangegeven dat het besef van de overheid, dat zij een stimulerende en voorwaardenscheppende rol heeft met betrekking tot de positie van de patiënt en tevens moet reageren op de signalen uit de maatschappij om de democratisering en de vermaatschappelijking te kunnen bevorderen, de leidraad moet vormen voor het patiëntenbeleid dat moet worden ontwikkeld.

Ook in de nota *Met zorg kiezen* (2001) geeft het toenmalige kabinet aan: “het doel van ons beleid is dan ook gericht op het toerusten en/of ondersteunen van zorggebruikers, zodat zij hun vragen en behoeften zo kunnen formuleren dat zorgaanbieders en –verzekeraars (nog) meer rekening houden met hun behoeften en vragen.” Anders gezegd, de zorgvrager zou zowel op individueel als op collectief niveau moeten kunnen participeren in de organisatie van het zorgverleningsproces. Op dit moment gebeurt dit, ondanks de reeds ondernomen activiteiten op het gebied van ‘patiëntempowerment’, nog onvoldoende.

In dit hoofdstuk zal nader worden ingegaan op de rol van patiëntenparticipatie bij de bewerkstelling van een omslag van aanbodregulering naar vraagsturing. Daarbij zal de volgende vraag als leidraad dienen:

Op welke wijze kan patiëntenparticipatie een instrument zijn om zorginstellingen en professionals te doen handelen naar de wensen en preferenties van de cliënt/patiënt?

Achterliggende vragen daarbij zijn:

- Wat is patiëntenparticipatie en hoe kan het vorm gegeven worden?
- Welke instrumenten zijn momenteel voorhanden, welke van deze instrumenten dragen ertoe bij dat zorginstellingen en professionals handelen naar de wensen en preferenties van de cliënt/patiënt en welke werken niet of onvoldoende?
- Aan welke instrumenten ontbreekt het c.q. welke zouden verder ontwikkeld moeten worden?
- Op welke wijze kan de zorgverzekeraar hierbij een rol spelen c.q. de zorgaanbieder prikkelen om te handelen naar de wensen en preferenties van de cliënt/patiënt?
- Hoe werkt patiëntenparticipatie uit in concrete situaties, zoals de bouw of verbouw van zorginstellingen?

De opbouw van dit hoofdstuk is als volgt. Allereerst zal het begrip patiëntenparticipatie worden toegelicht. Vervolgens komen de instrumenten die momenteel voorhanden zijn en de effectiviteit van deze instrumenten aan de orde. Daarna worden aanvullende mogelijkheden op het gebied van patiëntenparticipatie besproken. Tot slot wordt patiëntenparticipatie geïllustreerd aan de hand van een praktijkvoorbeeld: de nieuwbouw van een ziekenhuis.

## **7.2 Patiëntenparticipatie als instrument**

### **Participatie gedefinieerd**

Participatie is algemene zin betekent zoveel als dat 'men' deelneemt in of een aandeel heeft in activiteiten of processen. In de eerste nota omtrent het patiëntenbeleid wordt participatie als volgt beschreven: "niet alleen in de individuele situatie, maar ook in het groter verband moet 'de gebruiker' tot op zekere hoogte in staat worden gesteld actief betrokken te zijn bij de besluitvorming inzake structuren en voorzieningen in de gezondheidszorg". Bij participatie moet men ook de begrippen invloed en macht onderscheiden. Om de zorgaanbieder zich meer te laten richten op de wensen en behoeften van de zorgvrager, moet de participatie van de zorgvrager ook invloed hebben op de activiteiten of processen in de gezondheidszorg,



ofwel op het gedrag van de zorgaanbieders. Deze invloed kan op verschillende manieren tot stand komen. Wanneer de zorgvrager ten opzichte van de zorgaanbieder een bepaalde machtspositie heeft, kan hij op grond van deze positie invloed uitoefenen op het gedrag van de zorgaanbieder. Van Heffen en Kerkhoff omschrijven macht als volgt: “het vermogen tot beïnvloeding van het gedrag van een andere actor in overeenstemming met de eigen doelstellingen door verandering van de beschikbaarheid, eigenschappen of consequenties van gedragsalternatieven”. De zorgaanbieder is dus in zo’n situatie voor zijn mogelijkheden in meer of mindere mate afhankelijk van de zorgvrager.

### **Hulpbronnen als basis voor participatie**

Gedrag en activiteiten van personen worden bepaald door hun wil en hun kunnen. Volgens Van Heffen en Kerkhoff ligt het daarom voor de hand dat het beïnvloeden van een persoon of organisatie daarop gericht is. Het vermogen om een activiteit te ondernemen wordt bepaald door de beschikbaarheid van ‘hulpbronnen’ (Van Heffen en Kerkhoff, 1999). De ‘hulpbronnen’ die een actor nodig heeft om activiteiten te ondernemen kunnen worden onderverdeeld in individuele hulpbronnen en interactieve hulpbronnen. Individuele hulpbronnen kan men zonder tussenkomst van anderen benutten om activiteiten te ontplooiën. Hierbij moet gedacht worden aan:

- fysieke goederen (gebouwen, machines, grondstoffen);
- bekwaamheden (ervaringen noodzakelijk voor het verrichten van handelingen);
- menskracht;
- informatie (gegevens die iets toevoegen aan de kennis van de actor);
- tijd (de hoeveelheid tijd die beschikbaar is).

Interactieve hulpbronnen zijn in tegenstelling tot individuele hulpbronnen veel minder concreet en krijgen als hulpbron pas betekenis, wanneer andere actoren ze erkennen als (belangrijke) hulpbronnen. Hieronder worden de volgende bronnen verstaan:

- geld (of andere ruilmiddelen die ook voor andere actoren waardevol zijn);
- juridische regels (wettelijke rechten en bevoegdheden die een actor in staat stellen activiteiten te (laten) verrichten);
- vertrouwen (van andere actoren);
- reputatie;
- relatie (met actoren die beschikken over relevante hulpbronnen).

### **Participatie op verschillende manieren en niveaus**

Het gedrag van een actor kan op verschillende manieren worden beïnvloed:

- Door de actor (eenmaal of continu) te voorzien van hulpbronnen of juist te ontdoen van hulpbronnen. Bijvoorbeeld het geven van geld.
- Door een nieuwe actor te organiseren die het gewenste gedrag gaat ondernemen of de bestaande actor zo te reorganiseren dat bepaald gedrag wordt gestimuleerd. Gedrag kan ook worden voorkomen door actoren te deorganiseren!
- Door hulpbronnen in het vooruitzicht te stellen, of te dreigen hulpbronnen weg te nemen. Bijvoorbeeld dreigen iemands reputatie te beschadigen (Van Heffen en Kerkhoff, 1999).

De beïnvloeding van het gedrag van actoren kan op verschillende niveaus plaatsvinden. Patiënten kunnen invloed uitoefenen op het niveau van de landelijke overheid, op provinciaal of regionaal niveau, op instellingsniveau of op het niveau van de individuele zorgverleningsrelatie. Dit hoofdstuk zal zich met name richten op de laatste twee niveaus.

### **Mogelijkheden tot patiëntenparticipatie**

Om tot een meer vraaggerichte zorg te komen doet de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (1998) een drietal aanbevelingen:

1. versterking van de invloed van patiënten bij zorginstellingen en zorgverzekeraars;
2. versterking van de invloed van patiënten op regionaal niveau;
3. versterking van de invloed van patiënten op landelijk niveau.

De laatste aanbeveling zal gezien de afbakening van het advies buiten beschouwing blijven. Wat betreft de invloed op instellingsniveau wordt aandacht besteed aan de formele vormen van invloed op zorgaanbieders en zorgverzekeraars, via onder andere de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen. Deze vorm van invloed is met name van betekenis voor zorgvragers die een langere intensieve relatie met een zorginstelling onderhouden. Het stemmen met de voeten wordt gezien als een meer gepaste vorm van invloed voor zorgvragers die minder langdurig gebruik maken van de zorg.

In deze 'sector' van de gezondheidszorg kan de invloed van de zorgvrager veel meer via de markt gaan. Informatievoorziening en zo nodig gerichte publiciteitsacties zijn in zo'n situatie veelal effectiever dan wettelijk gereguleerde formele medezeggenschap. Op regionaal niveau kunnen regionale patiënten/consumentenorganisaties invloed uitoefenen op de zorgverzekeraars en aanbieders (RVZ, 1998).

Om de zorgvrager in staat te stellen zijn vragen en behoeften op een zodanige wijze duidelijk te maken dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars daar meer rekening mee houden, heeft het Ministerie van VWS in Met zorg kiezen (juni 2001) een vijftal toerustingsniveaus onderscheiden:

- een adequate rechtspositie van zorggebruikers;
- actuele, toegankelijke en betrouwbare informatie op basis waarvan zorggebruikers zicht krijgen op de kwaliteit van de dienstverlening in de zorg en bij zorgverzekeraars;
- onafhankelijke, betrouwbare en laagdrempelige vormen van advies en begeleiding;
- individuele en collectieve inkoopmacht;
- de aanwezigheid van collectieve onderhandelingsmacht die representatief is voor de zorggebruikers en transparant handelt.

De toerustingsniveaus die VWS onderscheidt, vormen een verdere uitwerking van de aanbevelingen van de RVZ. Veel van de eerder genoemde hulpbronnen komen hier weer terug. Er wordt gesproken over mogelijkheden om de individuele hulpbronnen van de zorgvragers te vergroten, met name door kennisvergroting. Kennis wordt echter ook gezien als interactieve hulpbron. Informatie wordt dan enerzijds gezien als een ruilmiddel, doordat informatie aan de zorgaanbieders gegeven wordt. Daarbij is het wel belangrijk dat de zorgaanbieder de informatie ook als belangrijk ruilmiddel beschouwt. Informatie kan ook worden gebruikt om hulpbronnen af te pakken of juist te geven. Door bijvoorbeeld de publieke opinie te beïnvloeden (gerichte publiciteitsacties) kunnen patiënten(organisaties) de reputatie van een zorgaanbieder of professional verbeteren of juist schaden. Zo kan ook het vertrouwen dat patiënten hebben in zorgproducten van aanbieders worden beïnvloed.

Patiëntenorganisaties kunnen hun machtspositie ten opzichte van de zorgaanbieders ook vergroten door relaties aan te gaan met actoren die over belangrijke hulpbronnen beschikken, zoals bijvoorbeeld de verzekeraar of de overheid. Wanneer

patiënten(organisaties) zelf over voldoende inkoopmacht beschikken wordt deze afhankelijkheid minder.

De mogelijkheden tot meer formele invloed komt onder andere voort uit de juridische regels als interactieve hulpbron, zoals bijvoorbeeld de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen.

### **Contextafhankelijkheid van participatie**

Bij de bespreking van patiëntenparticipatie is het belangrijk om de context waarin dit plaatsvindt mee te nemen. Jansen (in: Vraagsturing, 2002) geeft aan dat de reikwijdte van de participatie van de cliënt afhangt van het type organisatie, het gevoerde beleid en de stand van zaken wat betreft de wet- en regelgeving. Deze elementen zijn niet gelijk voor de gehele gezondheidszorg. Het feit dat termen als deelsectoren, deelmarkten, echelons en compartimenten worden gehanteerd in de bespreking van de Nederlandse gezondheidszorg, geeft aan dat de aanwezigheid van variatie wordt erkend.

Deze variatie komt ook terug in het overheidsbeleid met betrekking tot de 'Modernisering van de curatieve zorg' en de 'Modernisering van de AWBZ'. Beide trajecten verschillen in financieel en structureel opzicht en in beide trajecten wordt op andere wijze vormgegeven aan de omslag van aanbodregulering naar vraaggestuurde zorg. Dat brengt met zich mee dat zorgaanbieders in beide trajecten geconfronteerd worden met een andere context en dus ook op een andere manier op prikkels zullen reageren.

Naast het feit dat de zorgaanbieders zich in verschillende financiële en structurele contexten bevinden, is er ook sprake van variatie aan de vragerszijde. Werd er al eerder een onderscheid gemaakt tussen de individuele en de collectieve zorgvrager, het is ook belangrijk om te kijken naar de verschillende 'soorten' patiënten die er bestaan. Patiënten kunnen verschillende verwachtingen hebben ten aanzien van de medische zorg en ze beschikken in verschillende mate over hulpbronnen zoals kennis, informatie en assertiviteit (vaardigheden), die hen in staat stellen om te participeren c.q. invloed uit te oefenen op het zorgverleningsproces (Delnoij, et al., 2001). Daarnaast is het zo dat patiënten uit verschillende patiëntengroepen verschillende behoeften hebben. Mensen met een acute, kortstondige ziekte vragen om simpel, vlot herstel. Chronische zieken [...] willen existentiële erkenning op basis van de acceptatie van verschillen [...]. Bejaarden hebben vaak al genoeg aan

praktische ondersteuning, terwijl anderen juist liefdevolle verzorging en verzorging nodig hebben, aldus Mulder (2001).

De verschillen tussen zorgvragers en zorgsituaties zijn van invloed op de mogelijkheden en effectiviteit van patiëntenparticipatie als instrument om de vraaggerichtheid van instellingen en professionals te bevorderen. Dit betekent dat er geen sprake kan zijn van één vorm van patiëntenparticipatie in de gezondheidszorg.

### **7.3 Huidige vormen van patiëntenparticipatie**

#### **Inleiding**

In het voorgaande is het concept (patiënten)participatie uiteengezet en daarbij zijn verschillende manieren benoemd waarop patiënten invloed kunnen uitoefenen en kunnen participeren. Dit is op een redelijk abstracte wijze gedaan; in het hiernavolgende zal getracht worden om dat verder in te vullen door te beschrijven op welke wijze patiëntenparticipatie op dit moment in de Nederlandse gezondheidszorg vorm krijgt. Daarbij zal met name gekeken worden naar de wijze waarop de collectief georganiseerde patiënt invloed kan uitoefenen op het gedrag van de zorgaanbieder. De beschrijvingen zullen verband houden met de eerder genoemde hulpbronnen. Een belangrijk onderscheid daarbij is die tussen meer informele vormen van participatie en meer formele vormen van participatie die voortkomen uit (wettelijke) regels en formele afspraken.

#### **Informatie**

Informatie speelt een belangrijke rol bij de versterking van de positie van de zorgvrager. Jansen (in: Vraagsturing, 2002) geeft aan dat de eerste stap van de 'participatieladder' meeweten is ofwel op de hoogte blijven van ontwikkelingen en activiteiten.

De regionale patiënten/consumentenplatforms (RPCP's), die de algemene belangen van patiënten op regionaal niveau behartigen, hebben als één van hun centrale taken, het verzamelen en beschikbaar stellen van informatie over de ontwikkelingen in de gezondheidszorg aan patiënten en hun organisaties.

De categorale patiëntenorganisaties, die de belangen behartigen van specifieke patiëntengroepen en die veelal lid zijn van de regionale patiënten/consumentenplatforms, proberen hun leden met name te informeren en vertrouwd te maken met hun

ziekte of aandoening en de beschikbare behandelingsmogelijkheden. Daarnaast organiseren ze lotgenotencontact, zodat leden onderling hun ervaringen kunnen uitwisselen.

Internet speelt een steeds grotere rol bij de informatievoorziening. Er is allerlei informatie over ziekten, aandoeningen en behandelingen op het internet beschikbaar, patiënten kunnen op het internet wachtlijsten opzoeken en ook lotgenotencontact vindt in toenemende mate via het internet plaats (RVZ, 2000). Klachten vormen ook een belangrijke informatiebron. De klachtenregeling is wettelijk vastgelegd in de Wet Klachtrecht<sup>2</sup>. Deze wet geeft aan dat de zorginstelling een formele klachtenprocedure moet hebben, waar de patiënt gebruik van kan maken wanneer hij of zij een klacht heeft. Daarnaast hebben zorginstellingen vaak ook een klachtenfunctionaris. De klachtenopvang vormt volgens Oudenampsen een van de oudste en best ontwikkelde vormen van participatie van patiënten/consumentenorganisaties in de regio. Vanaf 1992 is een netwerk van Informatie en Klachtenbureaus Gezondheidszorg (IKG's) ontstaan, die bij de RPCP's zijn ondergebracht. De RPCP's kunnen door middel van de klachtenregistratie geaggregeerde informatie inbrengen in regionale overleggen. Daarnaast nemen de RPCP's ook de klachtenopvang over van zorgaanbieders, zoals bijvoorbeeld huisartsen (Oudenampsen, 1999).

Informatievoorziening, kan worden gezien als een hulpbron c.q. machtsbron. In de interactie tussen hulpverlener en patiënt kan informatie de individuele patiënt/cliënt in staat stellen zijn voice- en exit-optie te benutten. Dit betekent dat hij beter in staat is zijn stem te laten horen, maar dat hij ook beter in staat is om keuzes tussen zorgverleners te maken. Door een versterkte positie van de zorgvrager binnen de arts-patiëntrelatie, zal de hulpverlener (in theorie) geprikkeld worden om meer aandacht te besteden aan de wensen en behoeften van de vrager. Daarbij moet wel de kanttekening worden geplaatst dat niet alle patiënten in dezelfde mate in staat zijn om de aangeboden informatie op de juiste wijze te verwerken en vervolgens te gebruiken. Dit wordt geïllustreerd door het gebruik van internet in de gezondheidszorg. Internet als nieuw informatie- en communicatiemedium biedt veel voordelen waaronder:

- betere, makkelijkere en gelijkwaardigere communicatie tussen hulpverlener en zorgvrager;
- versterking van de positie van de patiënt;

- nieuwe mogelijkheden tot voorlichting en preventie (RVZ, 2000).

Daarnaast kunnen zich echter ook nadelige effecten voordoen zoals:

- onbetrouwbare informatie;
- verkeerde interpretatie van de informatie door patiënten;
- de patiënt wordt onrustig en verward door de grote hoeveelheid en door tegenstrijdige informatie.

Tot slot ontstaat ook het risico van tweedeling. Oudere mensen maken veel minder gebruik van het internet, waardoor de informatie ze niet bereikt. En vooral chronische patiënten zijn veelal minder financieel draagkrachtig, hetgeen hun mogelijk belemmert om een PC aan te schaffen (RVZ, 2000).

Naast het gebruik van informatie om zelf kennis te verwerven, kan informatie ook worden verstrekt aan de zorgverleners en zorginstellingen. Zo kunnen patiëntenorganisaties zorgaanbieders informeren over de wensen en behoeften van hun leden. Dit kan door middel van patiëntenonderzoeken, maar ook door rapportages van de ontvangen klachten door het IKG. Daarbij moet wel worden nagegaan in hoeverre deze informatie door de aanbieders als relevant wordt beschouwd ofwel kan informatie als machtsbron (lees relevant ruilmiddel) worden gebruikt.

### **Onderhandelingsmacht**

Op regionaal niveau, het niveau waarop veldpartijen met elkaar overleggen, kan de zorgvrager invloed uitoefenen door participatie in het regionale gezondheidszorgbeleid (Oudenampsen, 1999). De patiënten- en cliëntenorganisaties worden de laatste jaren steeds vaker gevraagd om de cliënt te vertegenwoordigen (Huijsman en Van Wijngaarden, 2001). De overheid heeft hierbij in het begin sturend opgetreden, om met name de positie van de RPCP's te versterken, maar in de loop van het proces zijn steeds meer interacties ontstaan tussen de patiënten/consumentenorganisaties en de andere partijen. De RPCP's hebben voor het vervullen van hun taak als belangenbehartiger ook vaak overleg met koepels van aanbieders of individuele beroepsbeoefenaren. Oudenampsen (1999) noemt als voorbeeld de wachtlijstproblematiek. Naast deze activiteiten heeft de RPCP op regionaal niveau ook een rol bij zorgvernieuwingactiviteiten (Oudenampsen, 1999).

In 1994 is de financiering van de RPCP's overgedragen aan de provincies om er voor te zorgen dat deze een krachtig platform zouden gaan vormen. Dit vond plaats in het kader van de

decentralisering (ZON, 1999). De financiering via de provincies heeft er echter toe geleid dat de provincies zich meer met de RPCP's zijn gaan bemoeien, waardoor de herkenbaarheid en de autonomie van de RPCP's zijn aangetast (ZON, 1999). Daarnaast concludeert Zorg Onderzoek Nederland (1999) op basis van een verkenning dat de RPCP's nog onvoldoende professioneel handelen, omdat het groeiende takenpakket (belangenbehartiging, invoering wetgeving, indicatiestelling, participatie in zorgkantoren etc.) te breed is voor het beschikbare budget. Huijsman en Van Wijngaarden (2001) wijzen ook op het gevaar dat de RPCP's overvraagd worden. Ze worden bij steeds meer besluitvormingsprocessen betrokken, maar de RPCP's zijn nog voor een belangrijk deel afhankelijk van de betrokkenheid van vrijwilligers. Tot slot geeft ZON aan dat er te weinig voeling met de achterban is. Volgens het onderzoek is er te weinig geïnvesteerd in de contacten met de lidorganisaties en is de samenwerking met andere patiënten/consumentenorganisaties en sectorale patiëntenorganisaties niet optimaal (ZON, 1999).

Huijsman en Van Wijngaarden (2001) geven echter aan dat in verschillende regio's RPCP's achterbanraadpleging gebruiken om verder invulling te geven aan hun rol als vertegenwoordiger en ter legitimering van hun standpunten. De bovenstaande situatie leidt ertoe dat de positie van de patiëntenorganisaties en dan in het bijzonder die van RPCP's op regionaal niveau als onderhandelingspartner, ten opzichte van de zorginstellingen en de professionals nog onvoldoende sterk is.

In plaats van het aangaan van overleggen met de andere veldpartijen, kunnen patiënten- en consumentenorganisaties ook invloed uitoefenen als 'luis in de pels'. In deze functie brengen patiënten/consumentenorganisaties knel- of discussiepunten in de zorgverlening aan het licht door acties en door gebruik te maken van de media. Een voorbeeld is de vergelijking van ziekenhuizen door de Consumentenbond, die met deze activiteiten streeft naar transparantie en keuzevrijheid voor de patiënt/consument (Van Delft, 2002).

### **Inkoopmacht**

Naast het (collectief) aangaan van overleg met bestaande zorgaanbieders en professionals worden ook steeds meer initiatieven ondernomen door (ouders van) patiënten/cliënten om zelf zorgvormen te organiseren. Met de komst van het persoonsgebonden budget (PGB) in de AWBZ-sector hebben de patiënten/cliënten zelf de middelen in handen en kunnen



daarmee zelf hun zorg inkopen en organiseren. Daarbij worden initiatieven ondernomen door bijvoorbeeld ouders van verstandelijk gehandicapten om de krachten te bundelen en samen woonzorgvoorzieningen te creëren. Ze gaan dan gezamenlijk de onderhandelingen aan met zorgaanbieders.<sup>3</sup>

Categorale patiëntenorganisaties gebruiken ook financiële middelen om zorgaanbieders te prikkelen. Dit doen ze door zorgvernieuwingprojecten of zorgonderzoek te (mede)financieren. Dit is echter geen structurele bijdrage aan de financiering van de zorg. De zorgverzekeraar zorgt wel voor structurele financiering. In de besprekingen over de stelselwijzigingen en zorgvernieuwingen die in de Nederlandse gezondheidszorg moeten gaan plaatsvinden, wordt de zorgverzekeraar centraal gesteld als de 'nieuwe' regisseur. De zorgverzekeraar moet daarmee de coördinerende rol van de overheid overnemen. Daarnaast moeten zij ook meer gaan concurreren voor de gunsten van de verzekerden. In de nagestreefde situatie zal de zorgverzekeraar met name in de curatieve sector als zaakwaarnemer optreden voor de patiënt c.q. verzekerde. Er is dan sprake van 'sturing op vraag'. Het zorgaanbod wordt namens de patiënt door de zorgverzekeraar aangestuurd.

Om te waarborgen dat de verzekeraar ook daadwerkelijk de behoeften van de zorgvrager vertegenwoordigt geeft de nota Consumenten/patiëntenbeleid uit 1992 een aantal manieren aan waarop de verzekerden invloed (zouden) kunnen uitoefenen op de verzekeraar: keuzevrijheid, invloed uitoefenen op de samenstelling van het pakket, consumenteninformatie, participatie bij de verzekeraar (verzekerdenraden) en tot slot klachtrecht (Van Veen, 1993).

De individuele patiënt kan als verzekerde invloed uitoefenen op de zorgverzekeraar door middel van de exit-optie. Als het zorgaanbod dat de zorgverzekeraar heeft gecontracteerd de verzekerde niet aanstaat, dan kan deze in principe van verzekeraar wisselen. De vraag is of het opstappen van individuele verzekerden voldoende prikkels voor de zorgverzekeraar met zich mee zal brengen om zijn zorgpakket aan te passen. In het bedrijfsleven worden echter in toenemende mate collectieve verzekeringen afgesloten. Wanneer een werkgever gebruik maakt van de exit-optie zal dat wellicht meer prikkels met zich meebrengen (Van der Plank, 2000).

### **Formele participatie**

Op formele wijze kan de zorgvrager de interactie met de zorginstelling aangaan door zitting te nemen in een cliëntenraad of als vertegenwoordiger van een patiënten/consumentenorganisatie. Vraagsturing op instellingsniveau richt zich volgens Oudenampsen (1999) op de voorwaarden waaronder de relatie cliënthulpverlener vorm krijgt. Bij de intramurale, met name de (semi-)residentiele voorzieningen, spelen verblijfsaspecten een grote rol. Bij de extramurale zorg staat de instelling verder van de cliënt af en is de relatie hulpverlener-client dominant. Vraagsturing is volgens Oudenampsen (1999) vooral van belang bij uit de AWBZ gefinancierde instellingen, waar patiënten min of meer langdurig verblijven zoals in de ouderenzorg, de psychiatrie en de gehandicaptenzorg.

De participatie van zorgvragers is formeel geregeld door de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen, die zorginstellingen verplicht een cliëntenraad in te stellen die bij beleidsvoornemens adviseert. Wat betreft de WMCZ kan worden gesteld dat aan de verplichtingen die door deze wet aan de zorginstellingen worden gesteld, in bijna alle instellingen voor verpleging en verzorging is voldaan. Ook een ruime meerderheid van de thuiszorginstellingen heeft een cliëntenraad (Van Veen, 2001). Bij de ziekenhuizen heeft bijna de helft van de instellingen een cliëntenraad ingesteld, waarbij in een aantal gevallen sprake is van een patiëntenadviesraad, die minder bevoegdheden heeft dan de WMCZ voorschrijft. De academische ziekenhuizen hebben een gezamenlijke cliëntenraad, de CRAZ (Meerhof, 2002). Ippen echter achter. Ruim dertig procent van de ziekenhuizen heeft geen cliëntenraad. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen geeft aan dat het doel van medezeggenschap gehandhaafd moet blijven, maar dat de cliëntenraad voor de ziekenhuizen geen goede vormgeving van die medezeggenschap is (Van Veen, 2001). Daar waar cliëntenraden wel aanwezig zijn worden deze vaak gezien als een sluitstuk van het besluitvormingsproces. De cliëntenraden kunnen dan nog weinig invloed uitoefenen en het proces slechts vertragen. De landelijke Organisatie Cliëntenraden wil dan ook dat de WMCZ wordt aangepast (Van Veen, 2001).

Een bijkomend probleem is dat de instellingen geen sancties krijgen opgelegd wanneer ze zich onvoldoende inspannen om aan de eisen van de WMCZ te voldoen (Degenaar, 2002). Een evaluatie uitgevoerd in opdracht van het NIVEL (2000) geeft aan dat er onbedoelde neveneffecten zijn opgetreden, zoals de inperking van de medezeggenschap van cliënten door

het afschaffen van bevoegdheden die niet in de WMCZ worden genoemd, maar waarover vóór de invoering van de WMCZ wel beschikt werd. De evaluatie maakt ook duidelijk dat de deelname van allochtonen aan cliëntenraden nog nihil is (NIVEL, 2000). Dit betekent dat in sommige gevallen het instellen van een juridische regel de machtspositie van de zorgvrager heeft verminderd. De Boer (2001) spreekt over een scheiding der geesten wanneer gekeken wordt naar de rol van de cliëntenraden. De cliëntenraden proberen serieus genomen te worden als vertegenwoordigers van de vraagzijde, terwijl zorgaanbieders naar andere mogelijkheden, zoals marktonderzoek, kijken om de vraag in beeld te krijgen. Ondanks de juridische regel is de machtspositie of in ieder geval de onderhandelingspositie dus onvoldoende tot ontwikkeling gekomen. Zowel de veldpartijen als de overheid ondernemen echter initiatieven om de werking van de WMCZ in de praktijk te verbeteren.

Patiënten kunnen ook interacties met zorgaanbieders aangaan als vertegenwoordiger van patiëntenverenigingen bij de totstandkoming van de regiovisie. Zo verplicht de Kwaliteitswet zorginstellingen de zorgaanbieders om verantwoorde zorg te organiseren in overleg met onder andere patiënten/consumentenorganisaties. Door provincies wordt de betrokkenheid van patiëntenvertegenwoordiging ook verplicht gesteld. Binnen een regiovisie wordt door de betrokken partijen een visie ontwikkeld op de gewenste samenstelling, samenhang en kwaliteit van de regionale infrastructuur van de zorg. Het begrip regiovisie wordt door de betrokken overheden (provincies en grote steden) verschillend gehanteerd, aldus Oudenampsen (1999). Sommige regiovisies beperken zich tot de inventarisatie van vraag, aanbod, knelpunten en oplossingen, terwijl anderen ook een of meer gebieden van maatschappelijke dienstverlening omvatten. Een derde variant is de regiovisie die alle sectoren van de gezondheidszorg omvat (Oudenampsen, 1999). Bij de ontwikkeling van een regiovisie is de RPCP het eerste aanspreekpunt met betrekking tot het patiëntenperspectief (Oudenampsen, 1999). De problemen die de RPCP bij het vervullen van deze rol heeft is reeds in de vorige paragraaf besproken.

Voor invloed op collectief niveau, kan de verzekerde ook zitting nemen in de verzekerdenraad of wederom als vertegenwoordiger van een patiënten/consumentenorganisatie het gesprek aangaan met de zorgverzekeraar. Volgens artikel 34 van de Ziekenfondswet is één van de voorwaarden waaraan een ziekenfonds bij zijn toelating moet voldoen dat de statuten

van ziekenfondsen waarborgen bevatten voor een redelijke mate van invloed van verzekerden op het bestuur (CVZ, 2002). Volgens Van Veen zal de consument echter weinig of geen invloed hebben op de relatie tussen de verzekeraar en de zorgaanbieder aangezien de consument geen juridische partner is bij het tot stand komen van de contractuele verhoudingen tussen zorgaanbieder en verzekeraar. Dit wordt bevestigd door een onderzoek dat het NIVEL in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen heeft uitgevoerd naar de mate van invloed van verzekerden op ziekenfondsen. Het NIVEL constateert op basis van de resultaten van dit onderzoek dat invloed van de verzekerden formeel goed geregeld is, omdat vrijwel alle ziekenfondsen ledenraden hebben die 'statutair bevoegdheden hebben bij de benoeming, schorsing en ontslag en bij de vaststelling van de jaarstukken' (CVZ, 2002). De feitelijke invloed van verzekerden op het beleid van ziekenfondsen is echter beperkt. Dit is bijvoorbeeld het geval bij het contracteerbeleid, de hoogte van de nominale premie en de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg (CVZ, 2002).

Tot slot is de eerder genoemde Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector ook een voorbeeld van juridische regels als interactieve hulpbron. Een evaluatie van de WKCZ geeft echter aan dat de meeste klachten op een meer informele wijze, door middel van klachtenbemiddeling worden behandeld, in plaats van door een formele behandeling zoals bedoeld in de WKCZ. De onderzoekers gaven aan dat geen slechte zaak te vinden omdat een informele afhandeling volgens hen sneller gaat en minder tot escalatie leidt. Wel blijkt dat de klachten nog te weinig worden gebruikt om tot kwaliteitsverbeteringen te komen (VWS, 1999). Redenerend vanuit deze laatste bevinding is het de vraag of het een wenselijke situatie is om klachten informeel af te handelen. Het kan er namelijk toe leiden dat de drempel naar een formele klachtenafhandeling groter wordt en tevens zorgt een informele afhandeling ervoor dat de daadwerkelijk geuite klachten minder transparant worden en daardoor sneller door de instelling naast zich neer gelegd kunnen worden. De kracht van de juridische regel als interactieve hulpbron neemt dan af. De gevolgen voor de individuele professional zijn bij een informele afhandeling ook veel minder ingrijpend dan bij een formele afhandeling van een klacht, aangezien de gevolgen voor de reputatie van de professional veel minder zijn. Wellicht dat de prikkel, om op basis van een klacht het handelen aan te passen, dan ook minder is.

### **Conclusie**

Wanneer wordt gekeken naar de ‘grove’ inventarisatie van de wijze waarop op dit moment de patiëntenbeweging probeert de aanbodzijde te prikkelen tot meer vraaggerichte zorgverlening, dan kan geconcludeerd worden dat er redelijk veel wordt ondernomen. Zowel op collectief als op individueel niveau probeert men de invloed van de vrager te vergroten. Op individueel niveau is dat door de zorgvrager beter toe te rusten met informatie en met geld, zodat deze zich als consument kan gaan gedragen. De vraag is of deze initiatieven op individueel niveau wel tot een voldoende sterke prikkel voor zorginstellingen en professionals leiden. Reeds op kleine schaal bundelen patiënten zich en proberen ze op die manier een grotere invloed uit te oefenen. Op collectief niveau probeert de patiëntenbeweging met name een plaats als gesprekspartner in te nemen tegenover de zorgaanbieders. Echter door allerlei factoren heeft de collectieve vrager nog onvoldoende identiteit.

Wetgeving in de vorm van de Wet Klachtrecht en de Wet Medezeggenschap geeft de vragerszijde juridische regels in handen om voor de zorginstellingen en professionals een partij te vormen waar rekening mee moet worden gehouden. In ieder geval dat zou zo moeten zijn. Evaluaties van beide wettelijke regelingen laten echter zien dat zorginstellingen nog onvoldoende invulling geven aan de wettelijke eisen en weinig prikkels ondervinden om er in hun handelen rekening mee te houden. Dit maakt duidelijk dat juridische regels een interactieve hulpbron zijn. Ze krijgen pas waarde op het moment dat de andere actoren er ook waarde aan hechten.

## **7.4 De verdere mogelijkheden van patiëntenparticipatie**

### **Inleiding**

De huidige situatie in de gezondheidszorg biedt mogelijkheden voor patiëntenparticipatie, als manier om zorgaanbieders aan te zetten tot meer vraaggerichte en vraaggestuurde zorgverlening. Er is echter nog ruimte voor verbetering. In het hiernavolgende wordt een aantal opties voorgesteld. Veel van deze opties vormen een voortzetting, uitbouw of aanpassing van reeds ontwikkelde initiatieven.

### **Inkoopmacht**

Naast de huidige vormen van individuele inkoopmacht (zoals het persoonsgebonden budget) kan er ook sprake zijn van

collectieve inkoopmacht. Dit gebeurt reeds op kleine schaal waar bijvoorbeeld ouders van verstandelijk gehandicapte kinderen de PGB's bij elkaar leggen en samen zorg inkopen voor hun kinderen. Van Mil en Van Twist (2001) werken het idee van collectieve onderhandelingsmacht verder uit. Zij beschrijven het verschijnsel PIG's (empowered public interest groups). Dit zijn groepen gebruikers van aangeboden diensten. Het idee is dat deze groepen opkomen voor hun belangen en een positie verwerven waarin zij de keuze krijgen tussen de diensten van verschillende dienstenaanbieders, in plaats van dat zij gedwongen worden diensten af te nemen van slechts één aanbieder. Volgens Van Mil en Van Twist (2001) kunnen deze PIG's in de zorgsector de vorm krijgen van een inkooporganisatie, die als intermediair optreedt tussen de vraag en het aanbod. Doordat de inkooporganisatie inzicht heeft in welke zorg waar verkrijgbaar is, kan deze de onderhandeling aangaan met aanbieders en hoogst waarschijnlijk goedkopere prijzen bedingen dan individuele zorgvragers.

Hier wordt de strategie van het bundelen van hulpbronnen toegepast. Door het geld te bundelen, neemt de invloed toe. Geld wordt namelijk door de zorgaanbieder als relevant ruilmiddel gezien en wanneer tien zorgvragers met hun PGB weglopen voelt een zorgaanbieder dat veel meer dan wanneer één zorgvrager naar een andere zorgaanbieder gaat. Deze mogelijkheid van beïnvloeding zal overigens met name in de AWBZ van toepassing zijn, omdat in deze sector het PGB beschikbaar is.

De financiële prikkel tot vraaggerichtheid kan ook gericht worden op de zorgverzekeraar. Eerder is al besproken dat in het bedrijfsleven in toenemende mate collectieve verzekeringen worden afgesloten door werkgevers. Van der Plank (2000) geeft aan dat de kracht hiervan is dat de collectiviteiten een natuurlijke mix vertegenwoordigen van gezonde en zieke mensen, gebaseerd op (vrijwillige) onderlinge solidariteit. Dat waarborgt een evenwichtige en genuanceerde invulling van het meest passende zorg- en verzekeringsarrangement, aldus Van der Plank (2001). Wanneer zo'n collectiviteit 'stemt met de voeten' en naar een andere zorgverzekeraar gaat, verliest de verzekeraar dus niet alleen slechte maar ook goede risico's.

Bij een collectieve verzekering via de werkgevers is er sprake van een verbondenheid tussen de mogelijkheid van een betaalbare ziektekostenverzekering en het hebben van een baan. De vraag is of dit wenselijk is. Bij de overweging om collectivitei-

ten buiten de werksfeer te organiseren is het wel belangrijk om die mix van goede en slechte risico's in de gaten te houden. Wanneer bijvoorbeeld collectiviteiten door categorale patiëntenorganisaties worden gevormd, dan zullen deze voor de verzekeraar hoofdzakelijk slechte risico's vertegenwoordigen. Verzekeraars ervaren in dit geval geen prikkel om te proberen deze groep patiënten als klant te behouden, en daarom aanbieders te motiveren goede zorg te bieden. Wellicht dat de regionale patiënten/consumentenplatforms, die in principe de meer algemene patiënt/consument vertegenwoordigen, een PIG kunnen vormen. De risico's van een dergelijke regionale groep zullen meer gemiddeld zijn, waardoor verzekeraars geprikkeld worden om de aanbieders aan te zetten die zorg te leveren die hun verzekerden willen. Deze vorm van collectieve inkoopmacht zal ook in de meer kortdurende zorgverlening tot ontwikkeling kunnen komen.

### **Inspraak**

Naast het organiseren van afzonderlijke inkooporganisaties die direct inkopen bij aanbieders of zorgverzekeraars, zou ook een meer indirecte vorm van inkoopmacht mogelijk zijn. In het eerste geval stemt men met de voeten en wordt het geld weggenomen bij de zorgaanbieder en zorgverzekeraar als hun aanbod niet voldoet aan de wensen van de zorgvrager of verzekerde. In het tweede geval probeert men meer de interactie aan te gaan. Hierbij kan gedacht worden aan het beïnvloeden van het contracteerbeleid van de verzekeraar door verzekerdenraden. De patiënten/consumenten gaan dan een relatie aan met de zorgverzekeraar, die de inkomsten van de zorgaanbieders en professionals bepaalt. Daardoor krijgen de patiënten een belangrijkere positie. Eerder werd aangegeven dat de verzekerdenraden op dit moment nog beperkt invloed hebben op het contracteerbeleid van verzekeraars. Het CVZ geeft in haar aanbevelingen - die mede op grond van het onderzoek van het NIVEL geformuleerd zijn - in het rapport Invloed verzekerden op het bestuur van ziekenfondsen, aan dat de manco's van de huidige ledenraden aangeven dat een wettelijke of anderszins institutionele basis voor een ledenraad geen garantie voor succes is (CVZ, 2002). Het CVZ is met name een voorstander voor het creëren van volledige transparantie, omdat zij het stemmen met de voeten het belangrijkste middel van verzekerden acht om zorgverzekeraars te beoordelen op de geleverde prestaties. Zolang er echter nog geen sprake is van volledige transparantie, zal de invloed van de verzekerden op het beleid van de zorgverzekeraars wel vorm moeten krijgen via formele medezeggenschap. Dit vereist dan naar de mening van de CVZ

dat de overheid daaromtrent regels stelt (CVZ, 2002). Een andere optie is dat de inspraak van de verzekerden c.q. de patiënten op het beleid van de verzekeraar verder wordt ontwikkeld via de overleggen die de RPCP's reeds voeren met de verzekeraars. De RPCP's moeten dan wel, onder andere financieel, de mogelijkheden worden geboden om deze overleggen aan te gaan. De verzekerdenraden kunnen zich dan meer richten op de 'interne zaken van de verzekeraar en minder op het inkoopbeleid.

### **Luis in de pels functie**

Naast de rol van overlegpartner kan de zorgvrager ook op andere manieren de interactie aangaan met de zorgaanbieders en -verzekeraars. Zo kan ook de positie van 'luis in de pels' worden ingenomen door zaken aan de kaak te stellen die niet voldoen aan de wensen en behoeften van de zorgvrager. De toptienlijsten van ziekenhuizen die de Consumentenbond publiceert vormen daarvan een voorbeeld. Welke rol de zorgvrager inneemt hangt af van mogelijkheden die de zorgvrager heeft om invloed uit te oefenen op de zorgaanbieder, en op welke wijze men invloed wil uitoefenen op de zorgaanbieders.

Patiëntenorganisaties beschikken door het IKG en de contacten met hun achterban over veel informatie met betrekking tot de ervaringen van patiënten/consumenten met de producten van de zorgaanbieders. Deze informatie kunnen de patiëntenorganisaties doorspelen aan de zorgaanbieders, zodat deze het kunnen gebruiken om hun zorgverlening te verbeteren. De evaluatie van de Wet Klachtrecht laat echter zien dat informatie die voortkomt uit klachten nog onvoldoende wordt gebruikt om tot kwaliteitsverbetering te komen. Blijkbaar ervaren de zorgaanbieders onvoldoende prikkels om die informatie te gebruiken. Wanneer patiëntenorganisaties meer de rol van 'luis in de pels' vormen en de informatie waarover ze beschikken meer gebruiken om de publieke opinie te beïnvloeden en patiënten te informeren zodat het zorgaanbod transparanter wordt, dan kunnen reputaties en het vertrouwen wat klanten hebben in zorgproducten worden beïnvloed. Op dat moment wordt de prikkel voor zorgaanbieders veel groter om te reageren op klachten en meningen van zorgvragers en het te gebruiken om tot kwaliteitsverbetering van hun product te komen.

### **Informatievoorziening**

Voor veel van de hierboven genoemde opties om patiëntenparticipatie verder te ontwikkelen is de beschikbaarheid van informatie over de wensen, behoeften en belevingen van pati-



enten/cliënten een noodzakelijke voorwaarde. Zo kan berekend worden dat de eventuele ontwikkeling van collectieve koopkracht onder zorgvragers vanuit de aanbodzijde zal leiden tot een vraag naar klanteninformatie. Reeds eerder is informatievoorziening richting aanbieders en zorgverzekeraars aan de orde geweest. Activiteiten die daarbij werden genoemd waren patiëntenonderzoeken en de klachtenregistratie door het IKG genoemd als activiteiten op dat gebied. Zorgaanbieders verzamelen zelf informatie door het uitvoeren van patiënt(tevredenheids)enquêtes en klachtenregistratie, maar patiëntenorganisaties en/of zorgverzekeraars kunnen dat ook doen. Door regelmatig enquêtes uit te voeren kunnen patiëntenorganisaties over informatie beschikken omtrent de wensen en behoeften van de zorgvragers. RPCP's zouden deze informatie meer op het regionale niveau kunnen verzamelen, cliëntenraden op instellingsniveau en categorale patiëntenorganisaties zouden de informatie op het niveau van de professionals kunnen aanbieden. Zorgverzekeraars kunnen bij verzekeren en patiënten/cliënten informatie verzamelen om zich een beeld te vormen van de geboden zorg. Zo heeft het NIVEL recent een onderzoek uitgevoerd in opdracht van CZ 'actief in gezondheid', naar de wensen van klanten omtrent de diensten van apothekers, fysiotherapeuten, huisartsen en poliklinieken (NIVEL, 2002). Informatie kan op verschillende manieren worden gebruikt om zorgaanbieders te prikkelen tot meer vraaggerichtheid. Enerzijds kan het in het kader van de 'luis in de pels' functie gebruikt worden om tekortkomingen aan de aanbodzijde aan de kaak te stellen. Klachten zouden hierbij bijvoorbeeld een informatiebron kunnen vormen. Dit kan echter leiden tot een defensieve houding van zorgaanbieders. Anderzijds kan informatie ook worden aangeboden als hulpmiddel om tot vraaggerichte zorg te komen. Zo kunnen zorgverzekeraars de informatie gebruiken om te contracteren zorgaanbieders te beoordelen.

### **Conclusie**

Uit de bovenstaande uiteenzetting wordt duidelijk dat op dit moment de mogelijkheden van patiëntenparticipatie nog niet volledig worden benut. Met name door bundeling van hulpbronnen in de vorm van financiële middelen en informatie kunnen de prikkels richting zorgaanbieders sterker en effectiever worden. Met name informatie lijkt nog een grotendeels onbenutte hulpbron te zijn. Naast dat het de kennis van de zorgvrager zelf kan vergroten, kan het ook worden omgezet in een belangrijke interactieve hulpbron in de vorm van een ruilmiddel. Daarbij is het wel belangrijk dat de zorgaanbieder het

ook als een belangrijk ruilmiddel ziet. Dit kan worden bewerkstelligd door als zorgvragers de rol van 'luis in de pels' in te nemen.

## **7.5 Praktijkvoorbeeld**

### **Inleiding**

Als afsluiting van dit hoofdstuk zal patiëntenparticipatie als instrument voor vraaggerichte zorg worden toegelicht met een praktijkvoorbeeld<sup>4</sup>. Op dit moment is het Provinciaal Patiënten Consumenten Platform Utrecht (PP/CP Utrecht) betrokken bij de nieuwbouw van Medisch Centrum MESOS en bij de verbouwing van het Diaconessenhuis.

### **Het programma van eisen**

Om de wensen van patiënten omtrent ziekenhuiszorg in kaart te brengen is het project 'patiënt bouwt ziekenhuis' uitgevoerd, dat gefinancierd werd met een projectsubsidie vanuit de meerjarenafspraken curatieve zorg. Het resultaat is een 'programma van eisen' waarmee bij de nieuwbouw van ziekenhuizen rekening gehouden kan worden.

Het PP/CP Utrecht heeft in groepsgesprekken wensen van patiënten verzameld over het ziekenhuis(gebouw). Voor de groepsgesprekken waren drie patiëntengroepen onderscheiden: ouderen, werkenden en mensen met een chronische ziekte. De allochtonen en de kinderen zijn ook als patiëntengroepen onderscheiden maar verder niet meegenomen. Deze indeling is gebaseerd op het feit dat men geen groepen wilde formuleren op basis van ziekteachtergrond, omdat het PP/CP Utrecht de algemene patiëntenbelangen vertegenwoordigt. Het PP/CP adviseert de ziekenhuizen om met categorale patiëntenorganisaties te praten om inzicht te krijgen in de wensen van specifieke groepen. Zo heeft de vereniging Kind en Ziekenhuis een programma van eisen opgesteld vanuit het perspectief van kinderen en hun ouders. In een bijeenkomst met patiëntenorganisaties zijn de uit de groepsgesprekken naar voren gekomen wensen aangevuld en aangescherpt.

De wensen zijn divers. Zo geven patiënten aan dat ze graag meer mogelijkheden willen hebben om zelf de dagindeling te bepalen als ze zijn opgenomen en ook willen ze meer mogelijkheden om buiten de zaal op de afdeling te verblijven, zoals afgesloten ruimtes voor privé-gesprekken en kleine nissen op de afdeling. De uitgesproken wensen hebben ook betrekking

op de interne organisatie, de werkwijze en de houding van zorgverleners. Het gaat dan over het beter plannen en op elkaar afstemmen van verschillende afspraken, maar ook over het verbeteren van de toegankelijkheid van informatie. Tot slot zijn ook aandachtspunten over de samenhang tussen ziekenhuiszorg en andere vormen van zorg (zoals de huisartsenzorg, verpleeghuiszorg) in het programma van eisen opgenomen.

De ervaringen die naar voren zijn gekomen stemmen niet altijd met elkaar overeen en spreken elkaar soms zelfs tegen. In het programma van eisen komt dit tot uiting in elkaar beconcurrerende wensen en verwachtingen. Het proces geeft in deze zin goed aan wat wordt bedoeld met diversiteit en zorg op maat.

### **Het Medisch Centrum MESOS**

Bij het nieuwbouwproject van het Medisch Centrum MESOS is het PP/CP betrokken geraakt via 'AKTA'. Dit is een bureau dat in opdracht van STAGG (een samenwerkingsverband van architecten) pilots uitvoert ter toetsing van een instrument dat door AKTA ontwikkeld is in opdracht van STAGG om het patiëntenperspectief in te brengen bij het ontwerpen van ziekenhuizen.

Het PP/CP heeft MESOS gevraagd of ze wilde meewerken aan een pilot. MESOS heeft hiermee ingestemd en zorggedragen voor de financiën. Er zijn workshops gehouden met ziekenhuismedewerkers en met patiënten, waarbij het PP/CP de patiëntenvertegenwoordigers ondersteunde.

Naast deze pilot heeft het PP/CP ook op basis van het eerder besproken programma van eisen, en de workshops reacties gegeven op het functioneel programma van eisen en het ruimtelijk programma van eisen, zoals dat door het ziekenhuis is opgesteld. In 2003 zal het PP/CP Utrecht als een van de gebruikersgroepen het ziekenhuis adviseren over het schetsontwerp van het nieuwe ziekenhuisgebouw. Het PP/CP Utrecht werkt hierbij nauw samen met de Stichting BouwAdvies Toegankelijkheid (BAT). Deze stichting richt zich met name op de technische aspecten van bouwen en redeneert daarbij vanuit de patiënt. Ze geven bouwadviezen op basis van toegankelijkheid voor de patiënt.

### **Diaconessenhuis**

Bij het Diaconessenhuis gaat het om een renovatie en verbouwing, wat minder grootschalig is dan nieuwbouw. Lopende het proces is het PP/CP benaderd om een bijdrage te leveren; ze zijn daarvoor betaald door het Diaconessenhuis. Naast het PP/CP en één vertegenwoordiger van BAT, draaien twee patiëntenvertegenwoordigers mee. Het PP/CP Utrecht coördineert de werkzaamheden, ondersteunt de patiëntenvertegenwoordigers en is aanwezig bij de gesprekken om de continuïteit van de patiënteninbreng te waarborgen (de patiëntenvertegenwoordigers kunnen immers vanwege ziekte uitvallen). De bijdrage bestond uit het geven van commentaar op plannen en tekeningen, maar ook ter plekke tijdens rondleidingen door het ziekenhuis.

### **Resultaten van de patiëntenparticipatie**

Het programma van eisen is eind 2002 uitgebracht. De ziekenhuizen in de provincie Utrecht hebben erg positief gereageerd op de publicatie. Zo heeft een van de ziekenhuizen in het Lange Termijn Huisvestings Plan het programma van eisen als uitgangspunt benoemd. Ook van de patiëntenorganisaties, cliëntenraden en ziekenhuizen buiten de provincie Utrecht zijn enthousiaste reacties ontvangen.

Wat duidelijk wordt, is dat de ziekenhuizen open staan voor de wensen van patiënten en bij het PP/CP actief betrekken bij de planvorming. Daarnaast wordt ook de inbreng gedurende het bouwproces vormgegeven, bijvoorbeeld door patiënten als gebruikersgroep te definiëren. Het gaat hierbij om het monitoren van de verschillende fasen in het hele bouwtraject en op cruciale momenten toetsing vanuit patiëntenperspectief.

Omdat het bouwtraject vele jaren duurt, kiest het PP/CP Utrecht voor een projectmatige aanpak en splitst het traject op in kortere trajecten waarbij op verschillende wijzen patiënten(vertegenwoordigers) betrokken kunnen worden. Dit betekent dat patiëntenvertegenwoordigers zich niet aan het hele traject hoeven te committeren, maar op onderdelen kunnen meedoen.

Daarnaast is ook de betrokkenheid en inzet van bureaumedewerkers van het PP/CP belangrijk om de continuïteit te waarborgen. Het PP/CP Utrecht wordt echter niet structureel gesubsidieerd voor het vormgeven van patiëntenparticipatie bij (nieuw)bouw van ziekenhuizen. Projectsubsidies kunnen voor onderdelen worden ingezet, maar om het PP/CP Utrecht ge-

durende het hele traject te betrekken, zijn additionele middelen noodzakelijk van bijvoorbeeld de zorgaanbieders of zorgverzekeraar.

### **Conclusie**

Het praktijkvoorbeeld laat zien dat de PP/CP Utrecht er voor kiest om de ziekenhuizen via informatie over de wensen en behoeften van de patiënten te beïnvloeden om patiëntgericht te handelen. Ze worden ook betrokken bij overleg, waarbij ze met name een adviserende rol hebben. Daarnaast hebben ze ook via allerlei architecten- en bouw bureaus indirecte invloed op de nieuwbouwplannen. De ziekenhuizen zijn ook bereid te betalen voor de participatie van de zorgvragers; blijkbaar hechten ze hieraan belang. Naast de gevoeligheid van de zorgaanbieders voor de prikkels van zorgvragers is het echter ook van belang dat de zorgvragers het vermogen hebben om die prikkels (continue) uit te dragen.

In het begin van dit paper werd gesproken over individuele hulpbronnen, die het een actor mogelijk maken om activiteiten te ondernemen. In de praktijk blijkt het voor het PP/CP heel moeilijk om deze individuele hulpbronnen te mobiliseren. Het PP/CP mist de mankracht om mensen continu bij een traject betrokken te laten zijn en het PP/CP heeft onvoldoende geld om de tijd vrij te maken van bureaumedewerkers. Hieruit blijkt dat continuïteit van de inbreng van het patiëntenperspectief belangrijk is, maar ook dat het PP/CP daarvoor op dit moment onvoldoende middelen heeft. Dit is een belangrijk aspect dat bij patiëntenparticipatie in het oog moet worden gehouden, wil het een effectief instrument zijn om zorgaanbieders en professionals te prikkelen tot vraaggerichte en vraaggestuurde zorg.

## **7.6 Slotbeschouwing**

### **Inleiding**

De volgende probleemstelling heeft als leidraad gediend voor dit hoofdstuk:

*Op welke wijze kan patiëntenparticipatie een instrument zijn om zorginstellingen en professionals te doen handelen naar de wensen en preferenties van de cliënt/patiënt?*

Daarbij werd een aantal achterliggende vragen geformuleerd om de beantwoording van de probleemstelling te begeleiden. Deze zullen kort besproken worden voordat zal worden over-

gegaan naar de beantwoording van de centrale probleemstelling.

### **Huidige instrumenten**

Er zijn reeds veel initiatieven ondernomen om de positie van de patiënt te versterken en om de mogelijkheden van patiëntenparticipatie te vergroten. De patiëntenorganisaties dragen daar zelf ook voor een groot deel aan bij. Kennisvermeerdering door informatieoverdracht en het aangaan van overleg in formele en informele zin vormen daarbij belangrijke aangrijpingspunten. De huidige wettelijke regelingen bieden echter nog onvoldoende dwingende randvoorwaarden om daadwerkelijk van invloed te zijn. Collectieve inkoopmacht, tot slot, krijgt slechts op kleine schaal vorm, doordat ouders met PGB's hun krachten bundelen.

### **Verdere opties**

De huidige activiteiten op het gebied van patiëntenparticipatie benutten nog onvoldoende het hele scala aan mogelijkheden. Met name door bundeling van financiële middelen en informatie op grotere schaal kunnen de prikkels richting zorgaanbieders sterker en effectiever worden.

### **De rol van de verzekeraar**

De rol van de verzekeraar in het bevorderen en versterken van de patiëntenparticipatie wordt met name door de overheid als belangrijk gezien. In het contracteren van de zorgaanbieder zal de zorgverzekeraar zijn verzekerden moeten vertegenwoordigen. De verzekerden kunnen zelf ook de zorgverzekeraar strategisch inzetten om invloed uit te oefenen op de zorgaanbieder. De zorgverzekeraar heeft immers grote invloed op de inkomsten van de zorgaanbieder. Door de relatie met de zorgverzekeraar te versterken, wordt de patiënt ook interessanter voor de zorgaanbieder. Deze relatie kan in formele zin worden uitgebouwd door versterking van de positie van de verzekerdenraden. De CVZ geeft aan dat de huidige invloed van de verzekerdenraden op het contracteerbeleid van de verzekeraar beperkt is. Regelingen vanuit overheid zijn noodzakelijk om daar verandering in te brengen.

### **Een concrete situatie**

De bespreking van de casus 'patiënt bouwt ziekenhuis' laat zien dat patiëntenorganisaties - in dit geval het PP/CP - op gestructureerde wijze invulling geven aan patiëntenparticipatie en dat het patiëntenperspectief daardoor ook een plaats krijgt bij de vormgeving van een nieuw ziekenhuis. De casus wijst er

echter ook op dat het creëren van randvoorwaarden voor patiëntenparticipatie niet voldoende is. Het is niet alleen belangrijk om een plaats aan de onderhandelingstafel te creëren, maar ook om deze plaats adequaat in te vullen en te benutten. In de praktijk blijkt dat de patiëntenorganisaties wel de wil hebben om te participeren in allerlei processen, maar dat zij daartoe onvoldoende hulpbronnen hebben. Met name mankracht en financiële middelen schieten tekort. Daarnaast laat de casus een voorbeeld zien van informatievoorziening vanuit de vragerszijde richting de aanbodzijde door middel van een programma van eisen.

### **Slotconclusie**

Patiëntenparticipatie kan zeker als instrument worden ingezet om zorginstellingen en professionals te doen handelen naar de wensen en preferenties van de cliënt/patiënt. Om de potentie van dit instrument te versterken, verdienen de volgende maatregelen overweging:

- vergroting van de financiële middelen die ter beschikking staan voor de patiëntenorganisaties;
- betere benutting van de strategische positie die de collectieve patiënt heeft als generator van gebruikersinformatie;
- versterking van de (collectieve) financiële inkoopmacht aan de vragerszijde;
- versterking van de formele invloed van de verzekerden op het verzekeraarsbeleid.

### **Noten**

- 1 Bij het creëren van een nieuwe actor kan men bijvoorbeeld denken aan het introduceren van concurrentie. Het zal duidelijk zijn dat er sprake moet zijn van een aanzienlijke machtsafhankelijkheidsverhouding om een actor te organiseren, reorganiseren of deorganiseren. Deze strategie zal verder buiten beschouwing blijven.
- 2 Op deze wettelijke regeling wordt later dieper ingegaan.
- 3 Op [www.izw.nl](http://www.izw.nl) kan een overzicht worden gevonden van zulke ouderinitiatieven.
- 4 Deze beschrijving tot stand is gekomen met medewerking van Petra van Wezel PP/CP Utrecht.

## Literatuur

Boer, C. de. Cliëntenraden brengen de vraag niet aan het stuur. Tijdschrift voor de sociale sector, 2001, no. 9. p. 38-41.

College voor Zorgverzekeringen. Invloed van verzekerden op het bestuur van ziekenfondsen. Amstelveen: CVZ, 2002.

Degenaar, M. Het woord aan de patiënt. Zorgvisie, 32, 2002, no. 1, p. 36-37.

Delft, S. van. Consument staat sterk in zorg. Zorgvisie, 32, 2002, no. 3, p. 14-15.

Delnoij, D.M.J., I.K. Glasgow en N.S. Klazinga. Naar een nieuwe architectuur van het Nederlandse zorgsysteem: discussienotitie. Amsterdam: AMC/Universiteit van Amsterdam, afdeling sociale geneeskunde, 2001.

Heffen, O. van en A.H.M. Kerkhoff. Beïnvloedingsstrategieën voor patiëntenorganisaties. In: Consumentenboek gezondheidszorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 1999, p.A4.2-1-A4.2-14.

Huijsman, R. en J.D.H. van Wijngaarden. Regiovisie als instrument voor regionale vraagsturing. In: Handboek Structuur en Financiering gezondheidszorg. I3.1-1 t/m I3.1-22. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2001.

Jansen, L. De klant is koning, nu de burger nog. In: Bosselaar, H., et al. Vraagsturing. p. 131-145. Utrecht: Jan van Arkel, 2002.

Mil, B. van en M.J.W. van Twist. Over vraagversterking in de gezondheidszorg. Bestuurskunde, 10, 2001, no. 5, p. 219-227.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Evaluatie Klachtwet: bemiddeling belangrijker dan klachtenbehandeling. Den Haag: VWS, s.a.

Mulder, J.H. Stille revolutie onder patiënten. Medisch Contact, 56, 2001, no. 42, p. 1545-1547.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Invloed van patiënten. Zoetermeer: NRV, 1995.



Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg.  
Evaluatie Wet op geneeskundige behandelingsovereenkomst.  
Utrecht: NIVEL, 2000.

Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg.  
Klantenwensen in de zorg. Utrecht: NIVEL, 2002.

Oudenampsen, D.G. De patiënt als burger, de burger als patiënt. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 1999.

Plank, R.N. van der. Consumentensoevereiniteit in de zorg.  
Zorg en Verzekering, 8, 2000, no. 5, p. 471-478.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Over e-health en  
cybermedicijn. Zoetermeer: RVZ, 2000.

Veen, E.B. van. Het beleid van de rijksoverheid. In: Consumentenboek gezondheidszorg. Maarssen: De Tijdstroom/Elsevier gezondheidszorg, 1993.

Veen, W. van. WMCZ en echte invloed. Vraag in beeld, 2001, no. 2, p. 4-5.

Wolk, J. van der en K. Zwart. Cliëntenorganisaties moeten moderne beleidsvorming afdwingen. In: Bosselaar, H., et al. Vraagsturing. Utrecht: Jan van Arkel, 2002.

Zorg Onderzoek Nederland. Verbinden en Vernieuwen. Den Haag: ZON, 1999.

### **Intermezzo: PGB in de cure**

Lieve Ina,

Alicante, 8 oktober 2007

Ik vond het fantastisch dat je na al die jaren van etherstilte weer contact met me zocht. Mijn hart maakte een sprongetje. Nog steeds dezelfde: rank en levendig, alsof de jaren niet hun tol geëist hebben! Dat hebben ze dus wel, als ik het goed begrijp.

Sta mij toe op de oude ambachtelijke wijze te werk te gaan. Ik schrijf je een – oké, een elektronische - brief. Zo heb ik meer tijd om zorgvuldig met je vraag om te gaan dan met de beeldtelefoon. Ook jij moet nu een heupoperatie ondergaan en nu zoek je je heil bij mij om te weten te komen hoe je dat met een PGB aan moet pakken? Jij behoort tot de gelukkige, in mijn ogen wat wereldvreemde categorie mensen die nooit in aanraking gekomen zijn met de wereld van de ZORG en dus (?) van toeten noch blazen weet!

Bedenk wel dat mijn geval – reuma, een huidaandoening, tweemaal een herniaoperatie en een derde hernia waaraan ik een verlamde voet overhield - gecompliceerder is dan het jouwe. Maar jij hebt het voordeel van de tijd. Toen ik in 2004 die total-hip-operatie onderging, was het nog een rotzootje, ook al had het 2<sup>e</sup> kabinet Balkenende ervoor gezorgd dat de AWBZ de wettelijke grondslag vormde voor het PGB voor chronisch zieken en gehandicapten. Maar er was toen nog geen openbaar toegankelijke informatie van ziekenhuizen over operatietechnieken en -werkwijzen, te gebruiken protheses, prijzen, de kwaliteit van te leveren diensten, over de prestaties van orthopedisch chirurgen. Je moest vrijwel overal zelf achteraan, ook na ontslag uit het ziekenhuis. Ketenzorg? Forget it. Maar goed, zo ben ik wel in Alicante terechtgekomen, zoals je intussen weet. Nu ligt dat allemaal een stuk eenvoudiger, ook de administratieve kant. Ik koop met mijn budget mijn medicijnen via Internet, ik controleer mijn bloed- en urinewaarden zelf met hele handige thuiszorgapparatuur, mijn bloedbezinking is tamelijk laag en ik hoef alleen maar contact op te nemen met mijn reumatoloog als de uitslagen bepaalde waarden te buiten gaan. Dat is de afgelopen jaren maar één keer gebeurd toen ik wat eiwit in mijn urine had. Alle uitslagen stop ik in mijn IP&GED, mijn persoonlijk Internet Patiënten & Gehandicapten Ervaringen Dossier, dat ik mijn reumatoloog in Nederland ook ter inzage geef. Ook mijn psoriasis is tamelijk rustig.

Kortom, het gaat mij goed en ik heb er geen spijt van dat ik hier na mijn heupoperatie ben blijven hangen.

Dan nu over jou. Vergeleken met mij heb jij het, als je kiest voor een PGB, een stuk eenvoudiger. Ik raad je dat zeker aan, want je kunt alles volstrekt op maat voor jezelf regelen. Op [www. gezondzoeken.nl](http://www.gezondzoeken.nl), de meest betrouwbare site in Nederland – TNO zit daarachter - kan je alle informatie vinden die je nodig hebt. Alle medisch specialisten c.q. hun maatschappen zetten daar alle informatie op die ze hebben over hun werk. De ziekenhuizen doen hetzelfde. Maar ik raad je aan van je budget een cliëntondersteuner in te huren die je helpt je keuze te maken en die alles voor je regelt wat je maar wilt, ook voor na de operatie. In Bilthoven zit een zekere mevrouw Van Bergen , opgeleid in Amsterdam als gezondheidsvoorlichter-ondernemer, die bij ons hier een hele goede reputatie heeft. Behalve met je pinpas kun je je tegenwoordig ook met je zorgpas, gekoppeld zo je wilt aan je Patiënten Ervarings Dossier en je telefoon of laptop, over de hele wereld redden en waar je ook bent communiceren met je behandelaars. Nu je in je gangen niet meer gehinderd wordt door werk ligt de wereld voor je open, ook als het gaat om een medische behandeling. Misschien is Alicante een optie? Wees ervan overtuigd dat je verzekerd bent van mantelzorg, die je in een villa in een prachtige streek en aan een prachtige kust in liefde wordt verleend in aanvulling op de ook thuis geleverde noodzakelijke (para)medische hulp na je operatie. En dat alles van je PGB. Laat mij weten of de ziekenboeg moet worden klaargemaakt!

Gijs.

## 8 Wet- en regelgeving als instrument

*Mw. mr. M. de Lint*

*De onderhandelings- en rechtspositie van de cliënt in de gezondheidszorg*

### 8.1 Inleiding

Leidraad voor het huidige overheidsbeleid ten aanzien van de gezondheidszorg is dat de (individuele) vragen en behoeften van de zorggebruiker zoveel mogelijk richtinggevend moeten zijn voor het aanbod van zorg. In dit kader heeft de minister van VWS de RVZ gevraagd op welke wijze zorgaanbieders gestimuleerd kunnen worden om hun aanbod meer af te stemmen op de reële behoeften van de cliënt.

De opdracht voor de onderhavige bijdrage was aan te geven op welke wijze wet- en regelgeving een instrument kan zijn om de vraag van cliënten meer sturend te laten zijn voor het zorgaanbod. Omdat de gezondheidszorg doordrenkt is van wet- en regelgeving leidt een dergelijke vraagstelling evenwel onvermijdelijk tot overlap met andere bijdragen aan deze achtergrondstudie. Wanneer bijvoorbeeld geconcludeerd wordt dat een bepaalde financieringswijze aangewezen is om het cliëntenperspectief meer centraal te stellen dan heeft dit ook consequenties voor bestaande wet- en regelgeving.

Om deze overlap zoveel mogelijk te voorkomen is besloten de opdracht in te perken door een specifiek thema uit te lichten. Als aangrijpingspunt daarvoor is gekozen voor de onderhandelings- en rechtspositie van de cliënt/patiënt in de onderlinge rechtsverhoudingen tussen partijen in de gezondheidszorg. Deze positie bepaalt immers in hoge mate in hoeverre de cliënt in staat is andere partijen te bewegen te handelen in overeenstemming met zijn (geëxpliciteerde) wensen en behoeften. Uit dit onderzoek zal blijken in hoeverre de bestaande rechtsverhoudingen de patiënt instrumenten voor vraaggerichte zorg verschaft dan wel juist onthoudt. Op grond van deze bevindingen worden vervolgens suggesties gedaan voor een (verdere) versterking van de positie van de cliënt.

De opbouw van deze notitie is als volgt: allereerst wordt geschetst welke positie een vragende partij bij een overeenkomst

inneemt in een ideaaltypische situatie. Deze schets dient als referentiekader voor een analyse van de positie van cliënten in de contractuele relaties die worden aangegaan in de gezondheidszorg. Hiertoe worden eerst de verschillende contractuele relaties afzonderlijk onderzocht; dat wil zeggen de rechtsverhouding tussen verzekerde en zorgverzekeraar (verzekeringsovereenkomst), tussen zorgverzekeraar en hulpverlener (medewerkersovereenkomst) en tussen patiënt en hulpverlener (geneeskundige behandelingsovereenkomst). Vervolgens worden deze relaties in onderlinge samenhang gezien en wordt geanalyseerd welke consequenties uit de zogenoemde 'driehoeksverhouding' voortvloeien voor de positie van de cliënt/patiënt. Tenslotte worden suggesties gedaan voor een versterking van die positie.

## **8.2 Positie van partijen bij een (wederkerige) overeenkomst**

### **Wederkerigheid als drijvende kracht voor vraagsturing**

In het gebruikelijke economische verkeer gaan (rechts)personen een overeenkomst met elkaar aan, omdat de ene persoon iets heeft dat de ander wil hebben. De drijvende kracht achter deze verbintenissen wordt gevormd door ruil. Dit element, de wederkerigheid, maakt dat 'vraagsturing' als vanzelfsprekend is. Partijen onderhandelen met elkaar over de inhoud van een product of dienst, de voorwaarden waaronder geleverd wordt en over de prijs die daarvoor betaald wordt. In deze (ideaaltypische) situatie is de aanbieder van een product of dienst geneigd de vragende partij in beginsel in al haar wensen tegemoet te komen, mits de vragende partij bereid is daar een gelijkwaardige economische tegenprestatie tegenover te stellen.

### **Positie van de vragende partij**

In deze situatie heeft de vragende partij een stevige positie: zo heeft hij in de eerste plaats *onderhandelingsmacht*; omdat hij beschikt over een (equivalente) tegenprestatie, kan hij zelf bepalen tot welke aanbieder hij zich wendt, kan hij eisen stellen aan het product of de dienst en aan de wijze waarop geleverd wordt. Hij kan ook zelf bepalen of hij de bedongen prijs over heeft voor het aangeboden product.

Wanneer partijen het met elkaar eens zijn geworden over de wederzijdse prestaties en zij aldus een overeenkomst hebben gesloten, beschikt de vragende partij bovendien over de nodige *rechtsmiddelen* om ervoor te zorgen dat de aanbieder precies

datgene levert wat is overeengekomen. De wet legt immers zowel rechten als verplichtingen op aan partijen die een overeenkomst hebben gesloten. De belangrijkste verplichting voor partijen is zonder meer de verplichting om de prestatie waartoe zij zich jegens elkaar hebben verbonden te leveren (artikel 6:261 BW). Daar tegenover staat het recht om de tegenprestatie op te eisen. De wettelijke regeling voorziet ook in de situatie dat één van de contractspartijen haar verplichtingen uit de overeenkomst niet of onbehoorlijk nakomt.

Zo is in het Burgerlijk Wetboek vastgelegd dat wanneer één der partijen haar verbintenis niet nakomt, de wederpartij bevoegd is de nakoming van haar daartegenover staande verplichting(en) op te schorten (artikel 6:262 eerste lid BW). Verder geeft iedere tekortkoming van een partij in de nakoming van één van haar verbintenissen aan de wederpartij de bevoegdheid om de overeenkomst te ontbinden (artikel 6:265 BW); de partij die tekort is geschoten is dan verplicht haar wederpartij de schade te vergoeden die deze lijdt doordat geen wederzijdse nakoming maar ontbinding plaatsvindt (artikel 6:277 BW). Meer in het algemeen verplicht iedere tekortkoming in de nakoming van een verbintenis de schuldenaar de schade die de schuldeiser daardoor lijdt te vergoeden, tenzij de tekortkoming de schuldenaar niet kan worden toegerekend (artikel 6:74 BW, wanprestatie).

De wet regelt met andere woorden de rechtspositie van partijen die met elkaar een (wederkerige) overeenkomst zijn aangegaan. Overigens kunnen partijen met elkaar overeenkomen dat bepaalde wettelijke rechten worden uitgesloten van de overeenkomst. Dat volgt uit het uitgangspunt dat aan het algemene overeenkomstenrecht ten grondslag ligt, namelijk de contracteervrijheid van partijen. In beginsel zijn partijen vrij overeen te komen wat zij willen.

### **Bescherming zwakkere contractspartij**

Uit het voorgaande blijkt dat het overeenkomstenrecht in beginsel uitgaat van de gelijkwaardigheid van partijen. Desondanks is erkend dat hierop uitzonderingen bestaan. Daarom zijn op verschillende plaatsen in de wet bepalingen opgenomen die ertoe strekken de zwakkere partij bij een overeenkomst te beschermen. Een voorbeeld hiervan zijn de bepalingen die betrekking hebben op consumentenkoop. Hiervan is sprake wanneer een koopovereenkomst wordt gesloten door een beroeps- of bedrijfsmatig handelende verkoper en een koper die niet handelt in de uitoefening van een beroep of bedrijf

(art 7:5 BW). In het Burgerlijk Wetboek is vastgelegd dat bij een consumentenkoop niet ten nadele van de koper kan worden afgeweken van de wettelijke bepalingen terzake en dat rechten en vorderingen, die de wet aan de koper terzake van een tekortkoming in de nakoming van de verplichtingen van de verkoper toekent, niet kunnen worden beperkt of uitgesloten (artikel 7:6 BW). Bedingen in algemene voorwaarden waarbij ten nadele van de koper wordt afgeweken van wettelijke bepalingen worden als onredelijk bezwarend (en dus nietig) aangemerkt.

Ook de bepalingen die in het Burgerlijk Wetboek zijn opgenomen over de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) strekken er toe de zwakkere partij, de patiënt, te beschermen (zie verder onder ‘verhouding patiënt – hulpverlener: geneeskundige behandelingsovereenkomst’).

### **8.3 Overeenkomsten in de gezondheidszorg**

#### **Inleiding**

In de hiervoor beschreven (ideaaltypische) situatie is de juridische relatie relatief simpel en eenduidig: er zijn twee partijen die zich jegens elkaar verbonden hebben tot het leveren van een prestatie. Partijen beschikken over een gelijkwaardige onderhandelingspositie, terwijl ze bovendien beide de nodige rechtsmiddelen kunnen inzetten om de wederpartij te prikkelen een eenmaal gesloten overeenkomst behoorlijk na te komen.

De (juridische) relaties in de gezondheidszorg zijn beduidend gecompliceerder. Dat is in essentie het gevolg van het feit dat gezondheidszorg niet een product of dienst is, waarover een burger in vrijheid kan beslissen of hij het wel of niet zal afnemen. Wanneer de medische noodzaak tot behandeling gegeven is, staat vast dat hij het zal afnemen. Omdat niet op voorhand vaststaat of een burger op enig moment gezondheidszorg nodig heeft en zo ja in welke omvang, is er behoefte dit risico te delen door zich te verzekeren voor ziektekosten. Gezondheidszorg is daarmee een verzekeringsproduct. Omdat bovendien in onze samenleving de opvatting diep geworteld is dat iedere burger, ongeacht zijn gezondheidstoestand, leeftijd of sociaal-economische positie, gebruik moet kunnen maken van gezondheidszorg, wordt de zorg in belangrijke mate door het publiekrecht beheerst. De overheid heeft de taak ervoor te zorgen dat gezondheidszorg, van goede kwaliteit, voor een

ieder toegankelijk en beschikbaar is. Om die reden is er ook een stevige overheidsbemoediging met de ziektekostenverzekeringen.

Een en ander heeft tot gevolg dat bij het leveren van gezondheidszorg tenminste drie partijen betrokken zijn: de patiënt/verzekerde, de aanbieder en de verzekeraar (en indirect de overheid). Vraag is hoe de rechtsverhouding tussen deze drie partijen is en wat de consequenties hiervan zijn voor de onderhandelings- en rechtspositie van de cliënt. Alvorens deze vraag te kunnen beantwoorden is het evenwel noodzakelijk eerst in het kort een schets te geven van het stelsel van ziektekostenverzekeringen.

### **Het stelsel van ziektekostenverzekeringen**

Zoals gezegd, heeft de overheid de (grond)wettelijke taak ervoor te zorgen dat iedere Nederlandse ingezetene toegang heeft tot noodzakelijke gezondheidszorg van goede kwaliteit. Om deze reden is een stelsel van wettelijke ziektekostenverzekeringen ingevoerd. Zo is er in de eerste plaats de AWBZ op grond waarvan alle Nederlandse ingezetenen van rechtswege verzekerd zijn voor de zogenoemde onverzekerbare ziekterisico's. Daarnaast is er de Ziekenfondswet. Ingevolge deze wet zijn werknemers en daarmee gelijkgestelden, waarvan het inkomen beneden een jaarlijks vast te stellen loongrens ligt, verplicht verzekerd voor de 'normaal' verzekerbare risico's. Personen met een inkomen boven de loongrens zijn aangewezen op particuliere ziektekostenverzekeringen. Omdat een mogelijk nadeel van particuliere verzekeringen is dat bepaalde burgers, die net buiten de loongrens vallen en/of hoge gezondheidsrisico's hebben zich moeilijk kunnen verzekeren, is ook voor deze categorieën personen voorzien in een wettelijke regeling. Ingevolge de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen 1998 (WTZ) zijn particuliere verzekeraars verplicht personen behorend tot één van deze categorieën te accepteren en een standaard pakket aan te bieden waarvoor een maximumpremie geldt.

Kenmerkend voor een particuliere ziektekostenverzekering (zonder nadere wettelijke regeling) is dat het een ieder vrij staat al dan niet een verzekeringsovereenkomst met een ziektekostenverzekeraar te sluiten, terwijl de verzekeraar vrij is personen al dan niet als verzekerden te accepteren. Voorts is kenmerkend dat de aspirant-verzekerde vrij is een ziektekostenverzekeraar te kiezen, en dat partijen vrijelijk het te verzekeren pakket en de daarvoor te bepalen premie kunnen over-



eenkomen. In beginsel heeft de patiënt voorts vrije keuze van hulpverlener.

Ingevolge de overeenkomst tussen verzekeraar en verzekerde staat tegenover de verplichting tot premiebetaling een recht op vergoeding van schade. Het kan daarbij zowel gaan om schadevergoeding in geld (vergoeding van gemaakte ziektekosten) als om vergoeding in natura. In het eerste geval spreekt men van een restitutiestelsel, in het tweede geval van een naturastelsel. Het is dus niet zo dat een particuliere ziektekostenverzekering per definitie een restitutiestelsel kent. Ook particuliere verzekeringen kunnen voorzien in prestaties in natura; het meest sprekende voorbeeld daarvan is de uitvaartverzekering. De particuliere ziektekostenverzekeringen kennen evenwel vrijwel uitsluitend het restitutiestelsel. Een variant hierop is dat de ziektekostenverzekeraar de gemaakte ziektekosten rechtstreeks aan de hulpverlener voldoet, zoals bij de kosten van ziekenhuisopname algemeen gebruikelijk is. Ook dan is de patiënt aansprakelijk voor betaling van de kosten (artikel 7:461 BW), maar hij wordt gekwetend doordat de verzekeraar de schuld aan de hulpverlener voldoet (artikel 6:30 eerste lid BW).

Kenmerkend voor een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering is dat de burger van rechtswege verzekerd is en wettelijk omschreven aanspraken heeft. Ook de premie die moet worden betaald is (in beginsel) wettelijk voorgeschreven. De Ziekenfondswet en AWBZ kennen het naturastelsel als hoofdregel. In het kort gezegd houdt dit in dat de verzekerde jegens de ziektekostenverzekeraar wettelijk aanspraak heeft op bij wet omschreven vormen van hulp.

Ziekenfondsen mogen op grond van ZFW en AWBZ (resp. artikel 42, eerste lid en 41 eerste lid) niet zelf diensten of zaken leveren, tenzij daarvoor een ontheffing is verkregen (zoals thans voor huisartsenzorg). Daarom moeten zij overeenkomsten sluiten met hulpverleners, teneinde te kunnen voorzien in de aanspraken van hun verzekerden. Verzekerden die hun aanspraak tot gelding willen brengen dienen zich (in beginsel) te wenden tot de hulpverleners waarmee het ziekenfonds een overeenkomst heeft gesloten. Ziekenfondsen zijn verplicht met 'toegelaten' instellingen te contracteren; ten aanzien van vrije beroepsbeoefenaren is de contracteerplicht inmiddels vervallen.

Het naturastelsel in de publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen brengt met andere woorden met zich mee dat er sprake

is van een driehoeksverhouding tussen zorgverzekeraar, zorgaanbieder en verzekerde. Bij particuliere verzekeringen zijn er in beginsel twee contractuele relaties: enerzijds tussen verzekerde en verzekeraar, anderzijds tussen verzekerde/patiënt en hulpverlener. Tussen verzekeraar en hulpverlener komt in deze situatie in beginsel geen overeenkomst tot stand.

Het accent ligt in dit onderzoek op de publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen, omdat de relaties tussen partijen daarin het meest complex zijn en de meest verstrekende gevolgen hebben voor de positie van de patiënt/verzekerde.

### **Verhouding verzekerde – ziektekostenverzekeraar: verzekeringsovereenkomst**

In het stelsel van de Ziekenfondswet en AWBZ is de burger vrij te kiezen met welke zorgverzekeraar hij een verzekeringsovereenkomst sluit. Aard en inhoud van de verzekerde prestaties zijn echter bij wet voorgeschreven. Ook de premie (prijs) die de verzekerde betaalt is grotendeels bij wet geregeld, met uitzondering van de nominale premie die per verzekeraar kan verschillen. Binnen de kring van door de verzekeraar gecontracteerde hulpverleners is de verzekerde vrij zich te wenden tot de hulpverlener van zijn keuze.

Op grond van de verzekeringsovereenkomst heeft de verzekerde jegens de zorgverzekeraar aanspraak op de wettelijk omschreven hulp, wanneer de verzekerde voldoet aan de wettelijke voorwaarden. De belangrijkste daarvan is dat er een indicatie bestaat. De zorgverzekeraar is verplicht deze aanspraak tot gelding te brengen. Er is sprake van een verbintenis van de zorgverzekeraar, waarvan de verzekerde nakoming kan vorderen.

Over het karakter van de natura-aanspraak heeft niet altijd duidelijkheid bestaan. Lange tijd werd aangenomen dat hier sprake was van een inspanningsverbintenis. Een ziekenfonds zou alleen iets te verwijten zijn als het in zijn taak – zorgen voor overeenkomsten met voldoende medewerkers – is tekortgeschoten. Artikel 9 vijfde lid ZFW bepaalt immers dat ziekenfondsen er ‘zorg voor dragen’ dat de bij hen ingeschreven verzekerden hun aanspraken tot gelding kunnen brengen. In de zogenoemde dotterzaak (waarin het ging om een patiënt die een noodzakelijke dotterbehandeling niet tijdig kon krijgen omdat het budget van het ziekenhuis uitgeput was) verwierp de rechter deze opvatting. De rechter oordeelde dat het ziekenfonds jegens zijn verzekerden ook dient toe te zien op

nakoming van de met instellingen en beroepsbeoefenaren gesloten overeenkomsten (Hof 's-Hertogenbosch 2 juli 1990, RZA 1990, 127). In latere rechtspraak is onomwonden komen vast te staan dat de verzekerde jegens het ziekenfonds een afdwingbare aanspraak heeft op de verstrekkingen waarvoor hij in aanmerking komt. Er is met andere woorden aan de zijde van het ziekenfonds sprake van een resultaatsverbintenis.

Hoewel de relatie tussen zorgverzekeraar en verzekerde in hoge mate door het publiekrecht wordt beheerst, zijn daarnaast op de verbintenis van de zorgverzekeraar jegens de verzekerde de 'gewone' (privaatrechtelijke) bepalingen van het verbintenissenrecht van toepassing. Dit impliceert dat de verzekerde die niet (tijdig) de verstrekking heeft gekregen waarop hij wettelijk aanspraak heeft verschillende rechtsmiddelen kan inzetten.

Zo kan de verzekerde in beginsel gebruik maken van het opschortingsrecht, dat wil zeggen, dat hij betaling van de premie opschort totdat de verzekeraar zijn verplichtingen uit de verzekeringsovereenkomst (behoorlijk) is nagekomen. Doorgaans is in polisvoorwaarden echter de bepaling opgenomen dat de verzekering uitsluitend dekking biedt wanneer de verzekerde aan zijn betalingsverplichtingen heeft voldaan. Met andere woorden, als de verzekerde verzuimt zijn premie te betalen kan hij geen aanspraken ontlenen aan de verzekering. Mede om die reden dient de verzekerde, die gebruik wil maken van zijn opschortingsrecht, de verzekeraar vooraf schriftelijk in gebreke te stellen. Een wezenlijker beperking is echter gelegen in het feit dat deze mogelijkheid de facto beperkt is tot opschorting van de betaling van het nominale premiegedeelte. Het inkomensafhankelijke premiedeel wordt immers ingehouden op het loon (c.q. de uitkering) en door de werkgever (inclusief werkgeversbijdrage) afgedragen.

Een andere mogelijkheid is dat de verzekerde gebruik maakt van zijn recht om de overeenkomst te ontbinden en/of schadevergoeding te eisen, mits er geen sprake is van overmacht aan de zijde van het ziekenfonds/uitvoeringsorgaan. Uit de jurisprudentie blijkt overigens dat overmacht van het ziekenfonds niet snel wordt aangenomen. Het ging in deze zaken steeds over het *niet tijdig* nakomen van verplichtingen door het ziekenfonds. Zo oordeelde de rechter dat een ziekenfonds geen beroep kan doen op overmacht wanneer een door haar gecontracteerde instelling niet of niet tijdig zorg verleent doordat het budget ontoereikend was. De verzekeraar kan

daarop immers invloed uitoefenen door in overleg met de instelling tariefvoorstellen te doen aan het CTG, terwijl hij bovendien beroep kan instellen tegen besluiten van het CTG als het budget en/of de tarieven ontoereikend zouden zijn. Alleen wanneer de (totale) capaciteit van instellingen tekort schiet kan er sprake zijn van overmacht, omdat de capaciteit in belangrijke mate door de overheid gereguleerd wordt en in zoverre aan de directe invloed van het ziekenfonds onttrokken is.

Er zijn tot dusverre niet veel zaken bekend waarin de verzekerde het ziekenfonds (en niet de hulpverlener!) verwijt dat de verstrekking waarop hij aanspraak heeft *niet behoorlijk* is geleverd. De kwestie kwam wel aan de orde in een (administratief-rechtelijk) geschil tussen een verzekerde en het uitvoeringsorgaan AWBZ over de rechtmatigheid van het heffen van een eigen bijdrage. (PM: en in een zaak betreffende een disfunctionerende tandarts; daarin sprak de verzekerde – behalve de tandarts – ook het ziekenfonds aan wegens wanprestatie; Van der Most).

Wat was het geval? In verband met een opname in een psychiatrisch ziekenhuis heeft een verzekeraar de betreffende verzekerde een eigen bijdrage opgelegd, conform artikel 6 derde lid AWBZ. De ouders van de verzekerde in kwestie konden zich hiermee niet verenigen omdat zij van mening waren dat de in het betreffende ziekenhuis verleende zorg verregaand onder de maat is gebleven. Zij stelden zich op het standpunt dat de geleverde kwaliteit van de zorg slechts een halve eigen bijdrage had kunnen rechtvaardigen. Daarnaast zijn zij van mening dat de (administratieve) behandeling van de zaak door de verzekeraar zo onzorgvuldig is geweest dat de daardoor bij hen veroorzaakte materiële en immateriële schade dient te worden vergoed. Overigens hadden de ouders los van de onderhavige procedure met succes een schadevergoedingsprocedure tegen de instelling gevolgd bij de burgerlijk rechter over de kwaliteit van de geleverde zorg. De verzekeraar stelt zich op het standpunt dat hetgeen bij en krachtens de AWBZ is bepaald met betrekking tot het opleggen van een eigen bijdrage geen ruimte biedt om rekening te houden met de kwaliteit van de geboden zorg en/of van de gevalsbehandeling door zijn administratie.

De Centrale Raad van Beroep (CRvB) overweegt dat het uitvoeringsorgaan gehouden is van de verzekerde een eigen bijdrage te heffen, overeenkomstig hetgeen dwingendrechtelijk is voorgeschreven in het Bijdragebesluit Zorg, indien de verleen-

de zorg is aan te merken als zorg waarop de verzekerde overeenkomstig het bepaalde bij en krachtens de AWBZ recht heeft. Verder stelt de CRvB vast dat de verzekeraar geen onderzoek heeft gedaan naar de gegrondheid van de klachten die door de ouders waren ingediend omtrent de verleende zorg, althans niet vanuit de vraag of de verleende zorg aangemerkt kon worden als zorg waarop hun zoon op grond van de AWBZ recht heeft en wat de mogelijke consequenties hiervan zijn voor het heffen van een eigen bijdrage. De verzekeraar heeft zich steeds op het volgens de CRvB onjuiste standpunt gesteld dat de kwaliteit van de geboden zorg nimmer consequenties kan hebben voor deze heffing. De CRvB vindt dan ook dat de verzekeraar ten onrechte voorbij is gegaan aan dit aspect van zijn verantwoordelijkheid bij de uitvoering van de van toepassing zijnde wetgeving. Daaruit vloeit immers de opdracht voort ervoor zorg te dragen dat de betrokken verzekerden hun aanspraak op zorg tot gelding kunnen brengen.

De CRvB vindt steun voor zijn oordeel in hoofdstuk VI van de AWBZ, dat betrekking heeft op de inhoud en de totstandkoming van de medewerkersovereenkomsten. Artikel 42 vierde lid AWBZ bepaalt immers dat deze overeenkomsten in ieder geval ook bepalingen omtrent de kwaliteit van de zorg en de doelmatigheid van de zorgverlening dienen te bevatten. Bovendien bepaalde de toen vigerende modelovereenkomst onder meer dat:

- de instelling zorg van kwalitatief verantwoord niveau zal verlenen en dat voor het begrip verantwoorde zorg wordt uitgegaan van de omschrijving in de Kwaliteitswet zorginstellingen; d.w.z. 'zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt' (artikel 9);
- het uitvoeringsorgaan gerechtigd is controle uit te oefenen op de verleende zorg, overeenkomstig het bij of krachtens het Besluit controletaak uitvoeringsorganen AWBZ bepaalde en dat de instelling verplicht is aan het uitvoeringsorgaan desgevraagd de inlichtingen te verschaffen die redelijkerwijs nodig zijn voor een inzicht in de nakoming door de instelling van haar in de overeenkomst aangegeven verplichtingen (artikel 15). In artikel 3 van het desbetreffende besluit is bepaald dat de uitvoeringsorganen controle uitoefenen op (onder meer) een, zowel naar prestatie als naar kosten, verantwoorde uitvoering van de eerder bedoelde overeenkomsten.

De CRvB concludeert op grond hiervan dat het uitvoeringsorgaan een controlerende taak heeft jegens zorgaanbieders met betrekking tot de kwaliteit van de door die aanbieders verstrekte zorg. Hij vindt het beroep tegen het besluit dan ook gegrond, maar onthoudt zich voor het overige van een oordeel over de gevorderde schadevergoeding. Hij oordeelt dat het uitvoeringsorgaan een nieuw besluit moet nemen met inachtneming van deze uitspraak. In dat besluit dient de verzekeraar zich tevens uit te spreken over de gevorderde schadevergoeding.

Resumerend kan gesteld worden dat het in de praktijk gebruikelijk is dat een verzekerde zijn verzekeraar op grond van de verzekeringsovereenkomst aanspreekt wanneer niet tijdig of in het geheel geen zorg wordt geleverd, maar dat hoogst zelden voorkomt dat een verzekerde de verzekeraar op grond van deze overeenkomst aanspreekt wegens onbehoorlijke zorgverlening. Een dergelijke vordering zou, gezien de aard van de onderliggende overeenkomst, juist voor de hand (moeten) liggen. Uit de schaarse jurisprudentie die hierover bekend is blijkt overigens dat een dergelijke vordering geenszins kansloos is.

#### **Verhouding ziektekostenverzekeraar – hulpverlener: medewerkersovereenkomst**

De juridische constructie van de eigen prestatieplicht van de zorgverzekeraar is merkwaardig. Er ontstaat aanspraak op een prestatie jegens een wederpartij, van wie op voorhand vaststaat dat hij die prestatie in de regel niet zelf kan en mag verlenen. Een ziekenfonds mag immers op grond van de ZFW en de AWBZ niet zelf de hulp verlenen (artikel 42 eerste lid ZFW, artikel 41, eerste lid AWBZ), behoudens ontheffing (noot: onlangs is ontheffing verleend voor huisartsenzorg). Om aan zijn verplichting(en) jegens de verzekerde(n) te kunnen voldoen moet het ziekenfonds derhalve overeenkomsten sluiten met hulpverleners (artikel 44 eerste lid ZFW).

De inhoud van medewerkersovereenkomsten wordt in belangrijke mate ‘vanboven af’ voorgeschreven. De wet schrijft immers voor dat individuele medewerkersovereenkomsten moeten overeenstemmen met de goedgekeurde landelijke. Uitkomst van Overleg of, indien geen overeenstemming is bereikt, met de door het CVZ vastgestelde modelovereenkomst.

De Uitkomsten van Overleg of modelovereenkomsten bevatten vooral algemene voorwaarden, zoals die in andere bran-

ches van het economisch verkeer gebruikelijk zijn, zoals bepalingen over:

- aanvang en duur van de overeenkomst;
- aard en omvang van de wederzijdse rechten en verplichtingen;
- de te verlenen verstrekkingen;
- voorwaarden van administratieve aard;
- de controle op de naleving van de overeenkomst;
- beëindiging van de overeenkomst.

De UvO (zie ter illustratie o.a. de modelovereenkomst) gaan niet over de tarieven voor de dienstverlening; die worden voor de instellingen door het CTG bepaald en voorzover het beroepsbeoefenaren betreft worden deze, tot het niveau van de geldende maximumtarieven, in individuele overeenkomsten vastgesteld.

De wet schrijft verder voor dat de medewerkersovereenkomsten bepalingen moeten bevatten omtrent de kwaliteit en de doelmatigheid van de hulpverlening (artikel 44 lid 3 ZFW), evenals de mogelijkheden voor verzekeraars zonodig maatregelen te treffen in situaties waarin zij menen dat de inhoud van de zorg door ziekenhuis en/of de daar werkzame specialisten onvoldoende wordt gewaarborgd. De UvO's/modelovereenkomsten bevatten doorgaans evenwel 'slechts' algemeen geformuleerde kwaliteitseisen en inspanningsverplichtingen (illustratie, o.a. modelovereenkomst ziekenfondsziekenhuis, vastgesteld door het CVZ bij besluit van 25 november 1999). Deze op centraal niveau vastgestelde contractuele bepalingen bieden daarom maar in beperkte mate een handvat om de naleving van de overeenkomst te controleren en waar nodig af te dwingen. Partijen kunnen op lokaal niveau overigens wel nadere inhoudelijke kwaliteitseisen opnemen in de overeenkomst. Uit een onderzoek van het CTU blijkt evenwel dat afspraken over kwaliteit die verder gaan dan de bepalingen in de UvO niet vaak worden gemaakt (bron: Kahn).

Welbeschouwd schuiven de ziekenfondsen als het ware hun prestatieplicht integraal door naar de instelling/beroepsbeoefenaar. Deze is, enkele uitzonderingen daargelaten, verplicht zijn diensten in volle omvang te verlenen aan alle verzekerden van het betreffende ziekenfonds. Hier tegenover staat de verplichting van de ziektekostenverzekeraar jegens de hulpverlener (instelling of beroepsbeoefenaar) om de kosten van hulpverlening aan hem te voldoen.

### *Mogelijkheden tot ingrijpen*

Zoals gesteld komt een zorgverzekeraar zijn verplichtingen jegens verzekerden na door het sluiten van overeenkomsten met hulpverleners (c.q. medewerkers), die de verstrekkingen waarop aanspraak bestaat daadwerkelijk verlenen. Het feit dat derden (medewerkers) de zorg feitelijk verlenen doet niet af aan het feit dat er juridisch gezien sprake is van nakoming van de zorgplicht door het ziekenfonds. Consequentie hiervan is dat het ziekenfonds voor het handelen van de medewerker dient in te staan: wanprestatie van een medewerker tegenover een verzekerde impliceert in beginsel tevens wanprestatie van die medewerker jegens het ziekenfonds. Dit betekent ook dat wanneer de instelling of de individuele hulpverlener zijn verplichtingen uit de medewerkersovereenkomst niet of onbehoorlijk nakomt het ziekenfonds de gebruikelijke rechtsmiddelen moet kunnen aanwenden: opschorten van de betaling, ontbinding van de overeenkomst en/of het eisen van schadevergoeding.

In de praktijk komt het vrijwel niet voor dat een ziekenfonds gebruik maakt van zijn opschortingsrecht. Een verklaring hiervoor is dat het ziekenfonds niet structureel onderzoekt, dan wel kennis neemt van de wijze waarop in individuele gevallen de zorgverlening plaatsvindt. Het ziekenfonds raakt doorgaans pas op de hoogte van problemen wanneer er sprake is van ernstig disfunctioneren van een specialist of instelling. Dan staat in wezen alleen nog de mogelijkheid van ontbinding van de medewerkersovereenkomst open, maar dit is een zeer drastisch besluit. Het beëindigen dan wel niet opnieuw aangaan van medewerkersovereenkomsten is in de praktijk een moeilijke weg. Op grond van de ZFW/AWBZ zijn ziekenfondsen immers verplicht om desgevraagd medewerkersovereenkomsten te sluiten met aanbieders van zorg. Dit was alleen anders als hiertegen 'ernstige bedenkingen' bestonden (artikel 47 lid 1 ZFW). De mogelijkheden om de contractuele relatie te beëindigen waren dan ook zeer beperkt.

De wetgever heeft getracht met invoering van de *Wet Beperking Contracteerplicht* (1992) hierin verandering te brengen. Met deze wet werd de contracteerplicht van ziekenfondsen ten aanzien van individuele beroepsbeoefenaren afgeschaft. Bovendien moesten ingevolge deze wet medewerkersovereenkomsten met personen voortaan voor bepaalde tijd worden aangegaan (in plaats van voor onbepaalde tijd). De wet is (vooralsnog) niet van toepassing op instellingen, vanwege het bestaande stelsel van planning en erkenning.



Met deze wet is dit onderdeel van het overeenkomstenrecht tussen ziekenfonds en individuele beroepsbeoefenaar uit de publieke sfeer gehaald en in het privaatrecht terechtgekomen: de beslissing van een ziekenfonds om geen medewerkersovereenkomst aan te gaan met een individuele beroepsbeoefenaar is niet langer een administratiefrechtelijke beslissing, maar een civielrechtelijke, welke is onderworpen aan het oordeel van de burgerlijk rechter. Dit betekent in beginsel dat beslissingen van ziekenfondsen om geen overeenkomst aan te gaan dan wel een bestaande overeenkomst te beëindigen niet langer getoetst hoeven te worden aan de algemene beginselen van behoorlijk bestuur.

Desondanks is de civiele rechter hierin tot nog toe terughoudend. Zo toetst de rechter een weigering van het ziekenfonds om opnieuw te contracteren met een individuele beroepsbeoefenaar aan de redelijkheid en billijkheid, hetgeen erop neerkomt dat het ziekenfonds ook rekening moet houden met de gerechtvaardigde belangen van de aanbieder. In een aantal van deze gevallen oordeelde de rechter dat na de beëindiging tussen partijen een precontractuele fase ontstaat. Dit verhoudt zich niet goed met het (privaatrechtelijke) beginsel dat een ontbindende tijdsbepaling in een overeenkomst partijen juridisch definitief van elkaar scheidt (tenzij het contract zelf uitzicht op hernieuwing biedt of die indruk anderszins is gewekt). Anderzijds oordeelde de rechter ook een aantal malen dat in redelijkheid van het ziekenfonds niet kon worden verlangd dat zij een nieuwe overeenkomst aan zou gaan, gelet op eerder gebleken wanprestaties. In gevallen waarin het ging om het voor de eerste keer contracteren met een individuele beroepsbeoefenaar stelt de rechter het beginsel van contractvrijheid meer voorop. Desondanks toetst de rechter ook in die gevallen of het ziekenfonds in redelijkheid tot een bepaald besluit heeft kunnen komen en of dit besluit het resultaat is van een zorgvuldige belangenafweging.

Overigens komt het in de praktijk niet vaak voor dat ziekenfondsen een welbewuste afweging c.q. selectie maken alvorens overeenkomsten opnieuw aan te gaan. Aflopende contracten worden vaak zonder meer en soms zelfs stilzwijgend voortgezet. Hierdoor wordt een belangrijk instrument voor ziekenfondsen, om het verstrekken van goede kwaliteit van zorg aan verzekerden te waarborgen, onvoldoende benut.

Er is nog een reden waarom het effect van de Wet Beperking Contracteerplicht beperkt is: de inwerkingtreding van de zogenoemde *Integratiewet*. De medewerkersovereenkomst is voor het ziekenfonds het enige juridische instrument om zijn contractpartner te verplichten tot en aan te spreken op een goede zorgverlening. Voor de Integratiewet had het ziekenfonds zowel een medewerkersovereenkomst met het ziekenhuis als afzonderlijk met de daarin werkzame vrijgevestigde medisch specialisten.

Ten gevolge van de zogenoemde Integratiewet is de juridische relatie tussen ziekenfonds en (vrijgevestigd) medisch specialist komen te vervallen. Deze wet hield in dat de voorheen apart geregelde aanspraken van ziekenfondsverzekerden op medisch specialistische hulp enerzijds en ziekenhuishulp anderzijds zijn geïntegreerd tot één aanspraak op medisch specialistische zorg verstrekt door of vanwege het ziekenhuis. Het ziekenfonds kent sindsdien slechts één contractueel aanspreekpunt: het ziekenhuis (noot: hoewel het wetsvoorstel met uitzondering van de WtZ geen betrekking heeft op particuliere ziektekostenverzekeringen hebben partijen op vrijwillige basis besloten om ook met betrekking tot deze categorie eenzelfde geïntegreerde nota te hanteren. Overigens behoudt de medisch specialist ten aanzien van de particulier verzekerden een zelfstandig declaratierecht).

De medewerkersovereenkomst tussen ziekenfonds en ziekenhuis heeft hierdoor een geheel andere inhoud gekregen, omdat deze nu ook de medisch specialistische hulp omvat. Het ziekenhuis heeft de contractuele verplichting jegens het ziekenfonds om deze hulp hetzij zelf te verlenen (door specialisten in dienstverband), dan wel middels vrijgevestigde medisch specialisten (medisch specialistische zorg *vanwege* het ziekenhuis). Hiermee heeft de toelatingsovereenkomst voor vrijgevestigde specialisten een nieuw element gekregen: het moet de expliciete verplichting van de medisch specialist jegens het ziekenhuis bevatten patiënten/verzekerden die zich tot het ziekenhuis wenden te behandelen.

Daar waar voor de Integratiewet ziekenhuis en vrijgevestigd medisch specialist ieder voor zijn eigen zorgverlening jegens het ziekenfonds contractueel aansprakelijk was, is het ziekenhuis nu (als enige zorgaanbieder) jegens het ziekenfonds contractueel aansprakelijk geworden voor de kwaliteit van de geïntegreerde zorg, waaronder de zorg geleverd door vrijgevestigde specialisten. Consequentie hiervan is dat ontbinding van de

medewerkersovereenkomst bij wanprestatie van één bepaalde specialist in feite geen reële mogelijkheid meer is.

### **Verhouding patiënt – hulpverlener: geneeskundige behandelingsovereenkomst**

In beginsel is er in een systeem van publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen dat verstrekkingen in natura kent geen contractuele relatie tussen hulpverlener en patiënt. Juist de relatie tussen hulpverlener en patiënt wordt echter in het maatschappelijk verkeer gezien als een zeer wezenlijke. Om die reden is de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) tot stand gekomen. De WGBO regelt de contractuele relatie tussen patiënt en hulpverlener en is nadrukkelijk bedoeld om de rechtspositie van de patiënt te versterken. Om die reden zijn in de WGBO hoofdzakelijk rechten van de patiënt opgenomen, die veelal geformuleerd zijn als verplichtingen voor de hulpverlener. De meest belangrijke zijn de plicht tot het verstrekken van informatie, het verkrijgen van toestemming, het beschermen van de privacy van de patiënt en de plicht tot dossiervoering.

De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) is ondergebracht in het Burgerlijk Wetboek (afdeling 5, titel 7 van boek 7 BW) in de vorm van een bijzondere overeenkomst. Het BW kent een gelaagde structuur: eerst komen algemene bepalingen en dan volgen uitwerkingen, verbijzonderingen en eventuele uitzonderingen. Deze gelaagdheid brengt met zich mee dat, ook bij expliciet in de wet geregelde overeenkomsten, soms moet worden teruggegrepen naar de algemene bepalingen over overeenkomsten. Wat in de algemene bepalingen is opgenomen wordt namelijk in de regeling van de bijzondere overeenkomsten in beginsel niet herhaald. Zo is de geneeskundige behandelingsovereenkomst door de patiënt te allen tijde op te zeggen. Die regel treft men niet aan in de WGBO, maar wel in artikel 7:408 eerste lid BW.

Het civielrechtelijke karakter van de WGBO brengt verder met zich mee dat naleving van de bepalingen van de WGBO primair in handen van partijen zelf is. Overigens zijn de regels van de WGBO dwingend recht, in die zin dat niet ten nadele van de patiënt mag worden afgeweken van de bepalingen van de WGBO. Dit is het gebruikelijke patroon bij regelingen die een zwakkere contractpartij beogen te beschermen.

Wat kan een patiënt in concreto doen wanneer een hulpverlener zijn verplichtingen uit de WGBO niet of onbehoorlijk

nakomt? In tegenstelling tot het gebruikelijke patroon bij overeenkomsten heeft de patiënt niet de mogelijkheid om de betaling op te schorten. In een naturastelsel is het immers niet de patiënt, maar de zorgverzekeraar die de hulpverlener betaalt. Mogelijkheden om de behandelingsovereenkomst te ontbinden zijn er wel, maar deze zijn beperkt tot die situaties waarin de relatie tussen de hulpverlener en de patiënt niet eenmalig was, maar een meer continu karakter heeft. De patiënt heeft wel de mogelijkheid om schadevergoeding te eisen, maar heeft daarvoor een lange adem nodig: hij dient een civielrechtelijke procedure te starten.

#### **8.4 Consequenties van de bestaande driehoeksverhouding voor de positie van de patiënt/verzekerde**

##### **Inleiding**

Eerder is naar voren gebracht dat de positie van de vragende partij bij een wederkerige overeenkomst in een ideaaltypische situatie gelijkwaardig is aan die van de aanbieder. De afnemer beschikt over onderhandelingsmacht: hij kan zelf bepalen met welke aanbieder hij een overeenkomst sluit en wat de inhoud van die overeenkomst is (zie hierboven). Bovendien staan hem verschillende rechtsmiddelen ten dienste wanneer de aanbieder de overeenkomst onbehoorlijk nakomt. In het vorige hoofdstuk is voorts uiteengezet dat de onderlinge verhoudingen tussen partijen in het stelsel van ziektekostenverzekeringen gecompliceerder zijn, doordat er tenminste drie partijen bij betrokken zijn. Consequentie van dit stelsel is dat de instrumenten, die een afnemer normaal gesproken heeft om een aanbieder te prikkelen, het aanbod af te stemmen op zijn wensen en behoeften, namelijk onderhandelingsmacht en rechtsmiddelen, vrijwel geheel in handen zijn van de zorgverzekeraar.

##### **Onderhandelingsmacht**

Zo berust in de eerste plaats de onderhandelingsmacht bij de verzekeraar. Hij koopt immers namens zijn verzekerden diensten in en onderhandelt met de zorgaanbieder over de (nadere) voorwaarden waaronder de diensten worden geleverd. De patiënt/verzekerde heeft geen directe invloed op het contractbeleid van de verzekeraar. Indirect kan de verzekerde daarop in beginsel wel invloed uitoefenen door 'met de voeten te stemmen', maar bij de beperkte mogelijkheden die er op dit moment zijn om selectief te contracteren speelt het contrac-

teerbeleid geen rol bij de keuze van verzekerden voor een bepaalde zorgverzekeraar.

Voor zorgverzekeraars zijn de mogelijkheden om selectief te contracteren beperkt; de wet gaat nog altijd uit van een contracteerplicht jegens instellingen, voor alle diensten die zij aanbieden. Door de inwerkingtreding van de Integratiewet is de ruimte, die beoogd was in dit kader te scheppen met de Wet Beperking Contracteerplicht, weer in belangrijke mate weggevallen.

Er is thans een voornemen om de contracteerplicht jegens instellingen op te heffen. De vraag is evenwel in hoeverre dit perspectief op korte termijn soelaas biedt om selectief te contracteren, gezien de bestaande schaarste en de terughoudendheid van de rechter ten aanzien van besluiten van ziekenfondsen om al dan niet opnieuw een overeenkomst met een bepaalde hulpverlener aan te gaan dan wel een bestaande overeenkomst te beëindigen.

Onderhandelingsmacht heeft niet alleen betrekking op de vraag met welke aanbieders een overeenkomst wordt gesloten. Daarnaast heeft dit betrekking op de vraag wat precies wordt overeengekomen. Hoewel er – zeker op lokaal niveau – ruimte is om nadere voorwaarden te stellen aan de wijze waarop diensten geleverd moeten worden, blijkt in de praktijk dat deze ruimte door verzekeraars nauwelijks wordt benut. Bovendien hebben verzekerden hierin geen rechtstreekse inbreng.

### **Rechtsmiddelen**

Behalve de onderhandelingsmacht berusten ook de rechtsmiddelen die kunnen worden aangewend bij onbehoorlijke nakoming/wanprestatie door de zorgverlener voornamelijk bij de zorgverzekeraar.

Een patiënt kan op grond van de geneeskundige behandelingsovereenkomst weliswaar ageren tegen niet of onbehoorlijke nakoming door de hulpverlener, maar heeft de facto niet veel in handen om naleving van de verplichtingen uit deze overeenkomst door de hulpverlener af te dwingen. Omdat de patiënt geen wederprestatie in handen heeft, kan hij geen gebruik maken van het recht de betaling op te schorten, terwijl dit doorgaans een krachtig middel is om aanbieders te prikkelen te leveren conform hetgeen is overeengekomen. Daarnaast is de mogelijkheid de overeenkomst te ontbinden beperkt tot die situaties waarin de behandeling nog niet is afgerond. De pati-

ent kan wel een schadevergoedingsactie instellen, maar hij heeft daarvoor een lange adem nodig; het is een moeizame lange weg, die veel tijd en energie vergt. In de praktijk wordt deze weg dan ook vrijwel uitsluitend bewandeld wanneer er in de behandeling iets grondig is misgegaan. Dit middel fungeert derhalve (louder) als een ultimum remedium.

Op dit punt wreekt zich dat er geen nadrukkelijke koppeling is tussen de contractuele relaties die voortvloeien uit de geneeskundige behandelingsovereenkomst enerzijds en die welke voortvloeien uit de verzekeringsovereenkomst en de medewerkersovereenkomsten anderzijds. In wezen gaat er van de WG-BO in deze een onbedoeld averechts neveneffect uit. De WG-BO wordt veelal gezien als de regeling bij uitstek om de patiëntenrechten te waarborgen. Door de nadruk die gelegd wordt op de contractuele relatie tussen patiënt en hulpverlener, wordt aldus voorbijgegaan aan de mogelijkheden die de andere contractuele relaties bieden om de rechten van de patiënt/verzekerde te waarborgen.

De patiënt/verzekerde kan immers op grond van de verzekeringsovereenkomst ook het ziekenfonds aanspreken op niet of onbehoorlijke nakoming van de zorgverlening. Die mogelijkheid is temeer van belang, omdat de verzekeraar in zijn verhouding met de hulpverlener (medewerkersovereenkomst) wel de nodige rechtsmiddelen kan aanwenden. Vooral van de mogelijkheid om de betaling op te schorten wanneer niet of onbehoorlijk is geleverd zal een sterke prikkel uitgaan voor de aanbieder om conform het overeengekomene te handelen. Onbehoorlijke nakoming door de hulpverlener heeft aldus rechtstreeks repercussies voor diens honorering; dit in tegenstelling tot acties van de patiënt op grond van de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Probleem is evenwel dat de verzekeraar in beginsel geen kennis neemt van de wijze waarop de zorg wordt verleend, althans niet structureel.

## 8.5 Oplossingsrichtingen

### **Uitbreiding PGB's en/of meer ruimte voor restitutie**

De meest effectieve manier om de positie van de patiënt ten opzichte van de zorgverlener te versterken is hem inkoopmacht te verschaffen. Dat kan zowel door de mogelijkheden van PGB's uit te breiden (bijvoorbeeld naar de curatieve zorg) als door meer ruimte te bieden voor een vorm van restitutie.

Een PGB stelt de patiënt in staat zelf zorg in te kopen bij de aanbieder van zijn keuze. Hij kan in beginsel een zodanig pakket aan zorg samenstellen dat maximaal tegemoet wordt gekomen aan zijn specifieke wensen/behoefte (uiteraard voor zover de omschrijving van de wettelijke verzekeringsaanspraken dat toelaat). Een andere manier is binnen de publiekrechtelijke verzekeringen meer mogelijkheden te bieden voor restitutie. Bijvoorbeeld door de patiënt die een indicatie heeft voor bepaalde typen zorg de vrijheid te geven zelf een andere vorm van zorg in te kopen, waarvan de kosten tot op zekere hoogte worden vergoed. De verzekerde heeft dan aanspraak op hulp, te verlenen door de gecontracteerde hulpverlener voor wiens hulp een indicatie bestaat, of, indien de verzekerde hieraan de voorkeur geeft, op vergoeding van gemaakte kosten tot het maximum van de kosten die ten laste van de ziektekostenverzekeraar zouden zijn gekomen als hulp overeenkomstig de wettelijke aanspraken zou zijn verleend. Een dergelijke optie geeft de verzekerde meer vrijheid, versterkt de concurrentie tussen hulpverleners op kwaliteit en kan de ziektekostenverzekeraars stimuleren bij hun contracteerbeleid rekening te houden met de preferenties van de verzekerden. Anderzijds gaat de waarborg dat de patiënt altijd kan terugvallen op gecontracteerde hulpverleners niet verloren.

Bijkomend voordeel van deze bekostigingsvormen is dat de patiënt ook de beschikking krijgt over rechtsmiddelen die minder ingrijpend zijn dan het instellen van een schadevergoedingsactie: het opschortings- en ontbindingsrecht. De patiënt is in dit geval niet afhankelijk van de 'actiebereidheid' van de verzekeraar.

### **Verankering positie cliëntenorganisaties in kwaliteitswetten**

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. Op zijn minst opmerkelijk is het daarom dat de positie van cliëntenorganisaties niet is verankerd in wetgeving die beoogt de kwaliteit van zorgverlening aan cliënten te waarborgen en structureel te verbeteren (zoals de Kwaliteitswet Zorginstellingen, WGBO, WKCZ en WMCZ). Een manier om hieraan tegemoet te komen is cliëntenorganisaties een formele rol toe te kennen in deze wetten, door bijvoorbeeld in de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen als vereiste op te ne-

men dat de regionale of landelijke cliëntenorganisatie is vertegenwoordigd in de cliëntenraad.

### **Versterken invloed verzekerden op contracteerbeleid**

Wanneer een PGB of een vorm van restitutie niet goed mogelijk is, lijkt het een aantrekkelijke optie om de onderhandelingspositie van de verzekerde te versterken door hem invloed te geven op het contracteerbeleid van de verzekeraar. De zorginkoper is bij uitstek in de positie om zorgaanbieders te doen handelen conform zijn wensen: hij heeft immers het ruilmiddel (betaling) in handen. Deze positie zal in kracht toenemen wanneer de contracteerplicht jegens instellingen vervalt (en er voldoende aanbieders zijn!).

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 (noot: een equivalente bepaling in de AWBZ ontbreekt overigens). Op grond van deze verplichting hebben veel ziekenfondsen zogenoemde verzekerdenraden ingesteld, maar deze hebben geen inspraak in of bemoeienis met de zorginkoop. 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 gaan uitmaken. Bovendien hebben zij geen zicht op de activiteiten van andere verzekeraars. Een patiëntenorganisatie lijkt beter toegerust om deze rol te kunnen vervullen.

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 regels gesteld kunnen worden omtrent de mate van invloed die verzekerden tenminste op het bestuur van een ziekenfonds dienen te hebben.

In praktische zin kan deze invloed worden vormgegeven door cliëntenorganisaties een formele rol toe te kennen bij het opstellen van de voorwaarden waaraan te verlenen diensten moeten voldoen. Inkoop door middel van aanbesteding biedt daarvoor een handvat. Zolang ziekenfondsen en zorgkantoren een contracteerplicht jegens instellingen hebben kunnen zij ontkomen aan de verplichting om (Europees) aan te besteden. Wanneer de contracteerplicht vervalt zal dit veranderen aangezien zij op grond van de Europese aanbestedingsrichtlijnen immers aanbestedingsplichtig zijn. De methode van aanbesteding



den biedt perspectieven voor het versterken van de invloed van cliëntenorganisaties: er dient immers van tevoren een bestek te worden opgesteld, waarin de eisen waaraan het product of de dienst moet voldoen gedetailleerd worden vastgelegd. Dat biedt de mogelijkheid cliëntenorganisaties te betrekken bij het opstellen van die eisen c.q. het bestek. Door vervolgens de opdracht aan te besteden kan worden bereikt dat die aanbieders worden gecontracteerd wier product/dienst het beste beantwoordt aan het bestek.

Als nadeel van aanbesteding wordt wel naar voren gebracht dat dit ertoe kan leiden dat de gunning van een opdracht wordt verleend aan buitenlandse aanbieders, die wellicht goedkoper kunnen inschrijven. Een gevolg hiervan zou kunnen zijn dat (bepaalde) zorginfrastructuur in Nederland niet meer in stand is te houden. Dit risico lijkt evenwel niet heel groot te zijn (met uitzondering wellicht van de grensstreken); in het bestek kunnen immers eisen worden geformuleerd die betrekking hebben op de bereikbaarheid van bepaalde voorzieningen.

Uiteraard zullen cliëntenorganisaties hun achterban informeren over de wijze waarop de zorgverzekeraar met hun besteisen omgaat. Hiermee wordt bereikt dat verzekerden dit gegeven kunnen laten meewegen in de keuze voor een zorgverzekeraar (stemmen met de voeten).

Zoals eerder reeds is aangegeven is een randvoorwaarde hierbij dat de contracteerplicht van zorgverzekeraars jegens instellingen wordt afgeschafte en dat wordt voorzien in de mogelijkheid om deelcontracten te sluiten met instellingen (noot: het afschaffen van de Integratiewet biedt hiervoor geen afdoende oplossing, aangezien in sommige instellingen alle artsen in dienstverband werkzaam zijn.)

### **Structureren controle naleving behandelingsovereenkomst en belonen naar geleverde prestatie**

Cliënten kunnen op grond van de verzekeringsovereenkomst óók de zorgverzekeraar aanspreken op ondermaatse zorgverlening. Ziekenfondsen moeten duidelijk maken aan verzekerden dat (ook) zij aanspreekbaar zijn op onbehoorlijke nakoming door de hulpverlener. Het aantal en de aard van de klachten over een bepaalde zorgverlener kunnen aldus voor de verzekeraar een gegeven zijn die hij bij overwegingen rond de zorginkoop kan betrekken. Verzekeraars dienen hun verzekerden te informeren over het aantal en de aard van de bij hen ingediende klachten over gecontracteerde zorgaanbieders en de mate

waarin deze al dan niet gegrond zijn verklaard. Een bepaling terzake dient in de gedragscode goed verzekeraarschap te worden opgenomen.

Vraag is echter of dit voldoende is om een adequaat inzicht te verkrijgen in de wijze waarop de zorgverlening in individuele gevallen plaatsvindt. Het is ook mogelijk meer structuur te brengen in de controle op de nakoming. Daartoe kan overwogen worden de patiënt de declaratie van de zorgaanbieder betreffende verleende zorg te laten accorderen alvorens tot betaling over te gaan. Wanneer de declaratie niet geaccordeerd wordt kan de verzekeraar de betaling opschorten totdat een bevredigende oplossing is gevonden. Aldus verkrijgt de verzekeraar beter inzicht in eventuele structurele tekortkomingen in de nakoming; hij kan hiermee rekening houden in zijn contractbeleid.

Om de verzekeraar te prikkelen inderdaad actie te ondernemen bij onbehoorlijke nakoming in het individuele geval heeft de verzekerde de mogelijkheid het nominale deel van de premiebetaling op te schorten zonder dat hij de door de verzekering geboden dekking verliest. Daartoe moet de verzekerde wel voorafgaande aan de opschorting de verzekeraar in gebreke hebben gesteld. Daarnaast heeft de verzekerde de mogelijkheid de verzekeringsovereenkomst te ontbinden (en eventueel schadevergoeding te eisen).

Als randvoorwaarde voor deze oplossingsrichting geldt dat ook de patiënt/verzekerde er belang bij moet hebben declaraties te accorderen.

## Literatuur

Groot, G.R.J. de. Driehoeksverhoudingen in de nieuwe basisverzekering: een terreinverkenning. *Zorg & Verzekering*, 2000, no. 7/8, p. 690-702.

Hamilton, G.J.A. Zorgplicht en hulpverleningsplichten binnen het kader van de wettelijke ziektekostenverzekeringen. In: *RZA Rechtspraak Zorgverzekering: 10 jaar 1987-1997*. Deventer; Amstelveen: Kluwer; Ziekenfondsraad, 1997.

Janssen, M.M. Het stelsel van overeenkomsten in de steigers. *Zorg & Verzekering*, 1997, p. 418-426.

Kahn, Ph.S. De juridische relatie ziekenhuis-medisch specialist en kwaliteit van zorg. Lelystad: Koninklijke Vermande, 2001.

Kastelein, W.R. Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector op 1 augustus van kracht. *Medisch Contact*, 1995, no. 28, p. 931-932.

Leenen, H.J.J. Relatie ziekenfondsverzekerde, medewerker en ziekenfonds. *Medisch Contact*, 1982, no. 22, p. 661-665.

Plank, R.N. van der. Consumentensoevereiniteit in de zorg. *Zorg & Verzekering*, 2000, no. 5, p. 471-478.

Roscam Abbing, H.D.C. De civielrechtelijke hulpverleningsplicht van arts en ziekenhuis in een publiekrechtelijk jasje. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 1995, no. 6, p. 346-347.

Roscam Abbing, H.D.C. Goed verzekeraarschap. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 2000, no. 3, p. 139-148.

Sijmons, J.G. De civielrechtelijke hulpverleningsplicht van arts en ziekenhuis. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 1995, no. 6, p. 332-345.

Venrooij, H.N.J.M. van en A.L.J.E. Martens. Disfunctionerende zorgverleners. *Medisch Contact*, 1999, no. 5, p. 168-171.

Ziekenfondsraad. Verandering verzekerd. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1989.

## 9 Samenvatting en conclusies

*Drs. L. Ottes, arts*

In deze achtergrondstudie is het cliëntenperspectief door een aantal auteurs vanuit verschillende invalshoeken belicht.

De huidige zorgvoorziening in Nederland is onvoldoende in staat om aan de wensen en behoeften van zorggebruikers te voldoen. Niet alleen wachtlijsten vormen een probleem; als de cliënt uiteindelijk ‘aan de beurt is’, krijgt deze vaak niet die zorg die hij of zij wenst.

Men is het er over eens dat de oorzaak van de problemen voor een belangrijk deel ligt in de wijze waarop de zorgsector bestuurd wordt: aanbodsturing waarbij de overheid de omvang en aard van diensten, die aan de cliënt worden aangeboden, bepaalt. Als een mogelijke oplossing wordt dan ook de tegenhanger van aanbodsturing, namelijk vraagsturing, als oplossing gezien. De vrije, concurrerende markt heeft in vele sectoren bewezen dat het tot doelmatigheid en klantgerichtheid leidt: de klant is koning. Het streven is dat ook in de zorg cliënten centraal komen te staan en hun vragen c.q. behoeften leidend zijn.

De vrees bestaat dat vraagsturing tot kostenstijging leidt. De reden in het verleden om voor aanbodsturing te kiezen was met name ingegeven om de kosten van de zorg te beteugelen. Deze aanpak heeft echter tot dusdanige problemen in de zorg geleid, zoals wachtlijsten en het niet aansluiten van het aanbod bij de vraag, dat thans toch de oplossing wordt gezocht in vraagsturing. De vraag is evenwel of het in de zorg niet tot kostenstijging leidt.

Brouwer en Rutten komen in hun analyse tot de conclusie dat het inderdaad aannemelijk is dat vraagsturing, zeker initieel, tot kostenstijgingen leidt. Bij vraagsturing ontbreekt het instrument van budgettering. De overheid heeft nog wel onder meer als instrument de breedte van het basispakket.

Wil marktwerking mogelijk zijn, dan zal de cliënt een afweging moeten maken tussen opbrengsten en kosten. In een systeem waarbij men volledig verzekerd is, ontbreekt deze afweging. Een zekere mate van financiële verantwoordelijkheid van de patiënt is dan ook noodzakelijk.

Om goed te kunnen functioneren moet een vrije concurrerende markt aan een aantal eisen voldoen, zoals voldoende aanbieders, de cliënten moeten beschikken over informatie over de producten etc.

Janssen onderkent een aantal imperfecties van de zorgmarkt: onzekerheid, onvolledige informatie, de dominante rol van non-profit organisaties, beperkingen van concurrentie en competitie, de specifieke positie van aanbieders, de heterogeniteit van het product en de maatschappelijke doelen in relatie tot de gezondheidszorg.

Een aantal van deze imperfecties kan wellicht opgelost worden, een aantal echter niet, zoals het (gedeeltelijk) uitgeschakeld zijn van het prijsmechanisme door ziektekostenverzekeringen. Het opheffen van het verzekeringsprincipe is geen optie.

Gegeven de marktperfectionen schetst Janssen de haalbare perspectieven voor verbetering. Voor de door de AWBZ gefinancierde zorg ziet hij twee oplossingsrichtingen: versterken van de inkoopfunctie door de zorgkantoren of de inkoopfunctie overdragen aan de zorgvrager.

Bij het eerste kan gedacht worden aan aanbesteding. Om het zorgkantoor te prikkelen goede zorg in te kopen is benchmarking nodig. Als het zorgkantoor onder de maat presteert, verliest het zijn concessie. Een probleem van dit concurrentiemodel is wel dat het samenwerking en daarmee de ontwikkeling van regionale zorgvisies belemmert.

Met de tweede oplossing, het persoonsgebonden budget, zijn inmiddels positieve ervaringen opgedaan. Dit systeem is mogelijk geworden door het systeem van onafhankelijke indicatiestelling in de AWBZ.

Bij tweede compartimentszorg moet een onderscheid gemaakt worden tussen planbare en niet-planbare c.q. acute zorg. Daarnaast kan nog de eerstelijnszorg onderscheiden worden.

Beschikbaarheid en tijdigheid is het belangrijkste kenmerk van acute zorg. Het gaat hierbij dus om het instandhouden van capaciteit en het waarborgen van hoge kwaliteit. Hierbij past een financiering op basis van input in de vorm van budgetten. Door middel van meetlatconcurrentie en benchmarking kun-

nen de kwaliteit, prijs en beschikbaarheid in beeld gebracht worden.

Een belangrijke ontwikkeling bij de planbare zorg in het tweede compartiment vormen de gestandaardiseerde omschrijvingen van de dienstverlening in de vorm van diagnose behandel combinaties. Door het loslaten van planningswetgeving kunnen nieuwe toetreders tot de markt verschijnen. Bij voldoende aanbod kunnen de verzekeraars hun inkoopfunctie verder ontwikkelen en kan een concurrerende markt ontstaan. Om de cliënt meer te betrekken bij het inkoop- en uitvoeringsproces kan gedacht worden aan een cliëntgericht ordersysteem (orderbon). Na verleende zorg krijgt de cliënt een afschrift van verleende diensten en tekent hij of zij voor ontvangst. De cliënt krijgt zo zicht op de onderdelen van de geprotocolleerde zorg. Hij of zij is ook veelal de enige die kan beoordelen of de zorg ook daadwerkelijk geleverd is.

De kosten van eerstelijnszorg zijn zodanig dat verzekeren hiervan niet vanzelfsprekend is. De cliënt kiest in een dergelijke situatie zelf de aanbieder van zorg en kan als hij of zij niet tevreden is met de voeten stemmen. Voorwaarde voor een goede werking van dit systeem is dat er voldoende capaciteit is en de aanbieders geen onderlinge afspraken hebben over het weigeren van een cliënt van een collega. Daarnaast moet het eigendom van het medisch dossier bij de cliënt zelf liggen, wat voor de hand ligt omdat het informatie is waar hij of zij voor heeft betaald. De betekenis van dit laatste is volgens Janssen minstens zo groot als de ontkoppelde indicatiestelling zoals we die bij de AWBZ-zorg kennen.

Het derde compartiment betreft optioneel te verzekeren zorg. Dit kan aan de vrije markt overgelaten worden.

Om een afweging tussen opbrengsten en kosten te kunnen maken moet de cliënt weten wat de opbrengsten zijn. Als de cliënt over adequate informatie beschikt kan deze een gefundeerde keuze maken is de vooronderstelling.

Berg gaat nader in op informatie als instrument. Wetenschappelijk onderzoek over hoe cliënten keuzen maken levert ont-nuchterende resultaten op. Internationale studies geven aan dat patiënten zich nauwelijks iets aantrekken van bijvoorbeeld wachtlijst-informatie, informatie over medisch inhoudelijke vakbekwaamheid of ranglijsten van zorginstellingen. Alledaag-

se zaken als ‘nabijheid’, ‘advies van de huisarts’ en ‘bekendheid’ blijken van veel groter belang te zijn.

De vraag is ook of de patiënt wel alles moet krijgen wat hij of zij wil, bijvoorbeeld een bepaalde risicovolle en dure medische interventie die medisch gezien niet geïndiceerd is, maar die de patiënt wel wil. Hoe gaat evidence-based medicine samen met vraagsturing?

Volgens Berg is marktonderzoek, waarmee wensen en preferenties van cliënten in kaart worden gebracht, slechts in specifieke situaties in de zorg nuttig, bijvoorbeeld bij het creëren van nieuwe zorgvormen. In het overgrote deel kan het evenwel nauwelijks een rol spelen, omdat daar de eerste stap naar verbetering ligt in de aanpak van gefragmenteerde, ongestructureerde of beneden de maat liggende zorg.

Indicatoren zijn een beter instrument. Hierbij moet onderscheid gemaakt worden tussen interne en externe indicatoren, dus indicatoren die gericht zijn op zelfsturing, respectievelijk die gericht zijn op vergelijking met andere, voor verantwoording etc. Een belangrijke conclusie van Berg is dat omdat de doelen verschillen, er niet één systeem van indicatoren kan zijn.

Bij met name externe indicatoren, die voor beoordelingen worden gebruikt, is het van groot belang de validiteit van de indicatoren in het oog te houden. Zo zegt een indicator ‘klachten worden snel afgehandeld’ niets over of ze ook goed worden afgehandeld.

Volgens Berg moet de prioriteit liggen bij het ontwikkelen van interne kwaliteitssystemen, gebaseerd op interne indicatoren. Bij externe indicatoren moet het doel van het indicatorsysteem helder zijn: wat wil men waarom weten. Vanuit kosten oogpunt moet het aantal indicatoren beperkt blijven.

Alhoewel men van de effecten van instellingsvergelijkende informatie geen te hoge verwachtingen mag hebben, is het toch belangrijk dat deze verder ontwikkeld worden. Dit moet niet door de overheid of aanbieders gebeuren maar door patiënten/consumentenorganisaties, die wel door overheid en aanbieders daartoe (financieel) gesteund worden.

Cliëntenperspectief omvat ook het aspect van goed patiëntschap. Van Wijmen onderscheidt in zijn model een drietal

fasen: de fase voorafgaand aan de zorg, de zorgfase en de daaropvolgende fase.

In de fase voorafgaand aan de zorg is de burger nog geen patiënt. 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. Nauw verbonden met de verantwoordelijkheid die men voelt voor de eigen gezondheid is het openstaan voor preventie: het willen ondergaan van periodieke keuringen, deelnemen aan bevolkingsonderzoek e.d. en dat men zich hieraan iets gelegen laat liggen.

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, voorzover daartoe in staat, actief participeren in het beslissingsproces rond zijn of haar behandeling en meewerken aan onderzoek en/of behandeling, bijvoorbeeld therapietrouw.

In de fase volgend op de zorg is het belangrijk dat de patiënt de verkregen zorg als een leerproces hanteert. De goede patiënt werkt mee 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, dus dat deze aangeeft hoe het zorgproces is verlopen en welke effecten het naar zijn of haar observatie of gevoel heeft op herstel en genezing. Tot slot moet de patiënt bereid zijn om de hulpverlener feedback te geven. Uiteraard moet de hulpverlener hiervoor open staan.

In de zorgsectormarkt worden een drietal deelmarkten onderscheiden: de zorgmarkt, de verzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt. Binnen de zorgmarkt wordt veelal een indeling gemaakt vanuit het zorgaanbod, bijvoorbeeld preventie, cure of care. Van Rijen gaat nader in op de vraag wat de meest geëigende indeling in sectoren is, gezien vanuit de vraagzijde, het cliëntenperspectief. Hij maakt hierbij een onderscheid tussen macro- en microniveau.



Van Hoorn belicht de fricties in de praktijk, het gebrek aan vraagsturing, en tracht langs emancipatoire lijnen een verbinding te leggen tussen biografie (en het alledaagse bestaan van mensen) en beleid.

Problemen die hij signaleert zijn: het ontbreken van een corrigerend mechanisme in de zorg; slechte kwaliteit wordt niet of zeer traag afgestraft en de consument heeft weinig te kiezen. Bij ziekenfondsverzekerden keert de verzekering in natura uit, waarbij de bestedingsbeslissing bij de aanbieder van de dienst ligt. Verder is de AWBZ-zorg verkokerd. Als in een frietsnijder wordt de cliënt, die zijn leven ervaart als één samenhangend geheel van wonen, werken, mobiel zijn, liefhebben, ontspannen, zorgen, in de AWBZ in losse stukken verdeeld en moet de cliënt zelf maar proberen dit tot één geheel te smeden.

Vraagsturing vereist dat de cliënt over een aantal instrumenten beschikt: koopkracht, keuze uit vergelijkbare diensten van verschillende aanbieders, informatie over de kwaliteit van het gebodene en inzicht in eigen behoeftes en ambities c.q. vraagverheldering. Bij vraagsturing is de kernvraag: ‘wat wil ik met mijn leven en welke zorg en diensten heb ik nodig om mijn ziekte of functiebeperking zo goed mogelijk te hanteren?’

Van Hoorn doet een aantal suggesties voor meer zelfbeschikking van de cliënt, zoals het uitbouwen van het PGB tot een participatiebudget en dit uitbreiden tot de cure sector. De ervaringskennis van cliënten moet veel meer benut worden en methodieken, om via self-assessment, peer-group counseling e.d. meer zicht te krijgen op het eigen bestaansproject, moeten beter ontwikkeld worden. Daarnaast moet er een integrale indicatiestelling komen voor de care. Verder moet de mythe van de oneindige zorgvraag de wereld uit. Volgens Van Hoorn zou vraagsturing juist de zorgconsumptie kunnen doen dalen doordat de cliënt een betere greep heeft op de situatie, zeker als hier ervaringsdeskundigheid, bijvoorbeeld in de vorm van een lotgenotenspreekuur, bijkomt. Ervaren lotgenoten weten wat wel ‘werkt’ en wat niet.

In het ‘klassieke’ marktmechanisme zijn keuzen en ‘stemmen met de voeten’, de twee belangrijkste instrumenten van de zorgvrager: deze maakt een keuze uit verschillende aanbieders en als een product of een dienst onvoldoende aan de wensen tegemoetkomt, dan kan hij of zij de relatie met de aanbieder verbreken en een andere aanbieder kiezen. In de regel is dit laatste niet altijd even gemakkelijk. Niet alleen door de

schaarste van het aanbod, maar ook omdat de zorgverlening vaak een langdurige relatie inhoudt, waarin veel tijd en energie is geïnvesteerd.

Een ander instrument is het participeren door de zorgvrager, op individueel of collectief niveau, in de organisatie van het zorgverleningsproces. Van der Kraan heeft dit instrument nader geïnventariseerd en onder andere gekeken naar de huidige vormen van patiëntenparticipatie en verdere mogelijkheden hiervoor.

Bij de huidige vormen van patiëntenparticipatie kan informatieverstrekking door zowel regionale patiënten/consumentenplatforms (RPCP's) als categorale patiëntenorganisaties die de belangen behartigen van specifieke patiëntengroepen, genoemd worden. Informatie speelt een belangrijke rol bij de versterking van de positie van de zorgvrager. Deze wordt beter in staat gesteld zijn stem te laten horen en is beter in staat om keuzes tussen zorgverleners te maken.

Een andere vorm is onderhandelingsmacht. Op regionaal niveau, het niveau waarop veldpartijen met elkaar overleggen, kan de zorgvrager invloed uitoefenen door participatie van het RPCP in het regionale gezondheidszorgbeleid. Een probleem hierbij vormt de overdracht van de financiering in 1994 van de RPCP's van het rijk naar de provincie in het kader van decentralisering. Volgens een studie van ZonMw is hierdoor de herkenbaarheid en autonomie van de RPCP's aangetast.

Een andere vorm van invloed is de 'luis in de pels'. Als voorbeeld wordt de vergelijking van ziekenhuizen door de Consumentenbond genoemd, die met deze actie streeft naar transparantie en keuzevrijheid voor de cliënt.

Met de komst van het persoonsgebonden budget (PGB) in de AWBZ-sector hebben cliënten de mogelijkheid van inkoopmacht gekregen.

Naast de hiervoor genoemde (informele) vormen van participatie is er ook formele participatie, zoals bijvoorbeeld op basis van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen. Een ander voorbeeld is de Kwaliteitswet zorginstellingen die zorgaanbieders verplicht verantwoorde zorg te organiseren in overleg met onder andere patiënten- en consumentenorganisaties. Verder is er de Ziekenfondswet die eist dat verzekerden

een redelijke mate van invloed op het bestuur van een ziekenfonds hebben en de Wet Klachtrecht cliënten zorgsector.

Uit evaluaties van de Wet Klachtrecht cliënten zorgsector en de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstelling blijkt dat zorginstellingen nog onvoldoende invulling geven aan de wettelijke eisen en weinig prikkels ondervinden om er in hun handelen rekening mee te houden.

Er is nog ruimte voor verbetering en een aantal mogelijkheden wordt gegeven, zoals collectieve inkoopmarkt, waarbij bijvoorbeeld een aantal ouders van verstandelijk gehandicapte kinderen de PGB's bij elkaar leggen en samen zorg inkopen. Een andere mogelijkheid is (meer) inspraak. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het beïnvloeden van het contracteerbeleid van de verzekeraar door verzekerdenraden. Bij de 'luis in de pels'-optie wordt invloed uitgeoefend door zaken aan de kaak te stellen die niet voldoen aan de wensen en behoeften van de zorgvragers. De toptienlijsten van ziekenhuizen die de Consumentenbond publiceert zijn hiervan een voorbeeld.

Tot slot stelt Van der Kraan een aantal maatregelen voor om de patiëntenparticipatie te versterken, zoals vergroting van de financiële middelen voor patiëntenorganisaties, betere benutting van de strategische positie die de collectieve patiënt heeft als bron van gebruikersinformatie, versterking van de (collectieve) inkoopmacht aan de vraagzijde en versterking van de formele invloed van de verzekerde op het verzekeraarsbeleid.

De Lint gaat nader in op wet- en regelgeving als instrument om de vraag van cliënten meer sturend te laten zijn voor het zorgaanbod. Aangrijpingspunt vormt de onderhandelings- en rechtspositie van de cliënt/patiënt in de onderlinge rechtsverhoudingen tussen partijen in de gezondheidszorg. In het gebruikelijke economische verkeer gaan partijen overeenkomsten met elkaar aan, waarbij de drijvende kracht wordt gevormd door ruil, bijvoorbeeld de leverancier ontvangt voor de levering van een product als tegenprestatie een betaling. De vragende partij beschikt daardoor over onderhandelingsmacht. Wettelijke regelingen voorzien in de situatie dat één van de contractpartijen de verplichtingen uit de overeenkomst niet of onbehoorlijk nakomt.

De juridische relaties in de gezondheidszorg zijn beduidend gecompliceerder. Met name doordat men veelal voor ziektekosten verzekerd is, zijn er drie partijen in het spel: cliënt/patiënt, zorgaanbieder en verzekeraar. Daarnaast is er de overheid die allerlei spelregels vaststelt, die de onderhandelingsruimte voor partijen beperkt.

Hierdoor is er niet één overeenkomst, maar zijn er drie: de verzekeringsovereenkomst tussen verzekerde/cliënt/patiënt en verzekeraar, de medewerkersovereenkomst tussen verzekeraar en zorgaanbieder en tussen cliënt/patiënt en hulpverlener.

De Lint gaat nader op de drie overeenkomsten in. Bij de verzekeringsovereenkomst bestaat het onderscheid tussen naturaanspraken op basis van de Ziekenfondswet en het restitutie-systeem dat in de regel door particuliere ziektekostenverzekeraars wordt gehanteerd. Bij het naturastelsel gaat de verzekeraar overeenkomsten aan met de zorgverleners, de medewerkersovereenkomsten. De inhoud van deze overeenkomsten wordt grotendeels wettelijk voorgeschreven. Omdat er in een naturastelsel in beginsel geen contractuele relatie is tussen hulpverlener en patiënt is de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) tot stand gekomen om de rechtspositie van de patiënt te versterken.

Ondanks de WGBO blijft de positie van de patiënt in het naturastelsel achter bij die van de andere twee partijen. Zo berust de onderhandelingsmacht in de eerste plaats bij de verzekeraar. De patiënt/verzekerde heeft geen directe invloed op het contracteerbeleid van de verzekeraar. Indirect kan de verzekerde invloed uitoefenen door ‘met de voeten te stemmen’.

Geconcludeerd wordt dat het verschaffen van inkoopmacht aan de patiënt de meest effectieve manier is om de positie van de patiënt ten opzichte van de zorgverzekeraar te versterken. Dit kan door de mogelijkheden van PGB's uit te breiden tot bijvoorbeeld de curatieve zorg en/of meer ruimte te bieden voor een vorm van restitutie. De patiënt krijgt hierdoor onderhandelingsmacht. Bijkomend voordeel is dat de cliënt/patiënt ook de beschikking krijgt over rechtsmiddelen die minder ingrijpend zijn dan het instellen van een schadevergoedingactie in het naturastelsel, namelijk het opschortings- en ontbindingsrecht. De patiënt is dan niet afhankelijk van de ‘actiebereidheid’ van de verzekeraar.

Daarnaast wordt het wenselijk geacht dat de positie van cliëntenorganisaties verankerd wordt in kwaliteitswetten en dat de invloed van verzekeren op het contracteerbeleid in het natuurstelsel wordt versterkt. Voorgesteld wordt de controle op naleving van de behandelingsovereenkomst te structureren en te belonen naar geleverde prestatie. Zo zouden verzekeraars hun verzekeren moeten informeren over aantal en aard van bij hen ingediende klachten en zouden cliënten/patiënten de declaratie van de zorgaanbieder moeten accorderen alvorens de verzekeraar tot betaling aan de hulpverlener overgaat.

### **Conclusie**

Alhoewel de zorgsector marktimperfecties bevat, die slechts zeer ten dele opgeheven kunnen worden, zijn er toch allerlei mogelijkheden voor vraagsturing waardoor de patiënt meer centraal komt. Hiervoor is een gedifferentieerd instrumentarium nodig. Zo kan door middel van procentuele eigen bijdragen voor behandelingen het prijsmechanisme, dat door het verzekeringsprincipe is uitgeschakeld, weer gedeeltelijk worden hersteld. Randvoorwaarde is dat er voldoende aanbod is, anders valt er voor de cliënt niets te kiezen.

Voor sommige gedeelten van de zorg is markwerking niet mogelijk, zoals bij acute zorg. Beschikbaarheid en tijdigheid is hierbij essentieel, hetgeen het instandhouden van capaciteit en kwaliteitsborging inhoudt. Markwerking kan dit niet garanderen, zodat inputfinanciering noodzakelijk is.

De positieve ervaring met het PGB in de care geeft aan dat het beschikken over inkoopmacht een belangrijk, zo niet het meest effectieve instrument is voor versterking van de positie van de cliënt. Ook in delen van de cure zou het de positie van de cliënt c.q. patiënt kunnen versterken. Dit kan in belang toenemen als verzekeraars in de toekomst contracteervrijheid ten aanzien van aanbieders krijgen voor het leveren van zorg in natura. De keerzijde hiervan is immers afnemende keuzevrijheid voor de cliënt met betrekking tot een zorgverlener. Een PGB in de cure kan dit compenseren.

Vraagsturing werkt alleen in die situaties waarin de cliënt kan en wil kiezen. Dit kan voor verschillende cliënten verschillen per situatie en ook per cliënt in de tijd. Het hangt ook nauw samen met de mogelijkheid om de situatie te kunnen beoordelen. Dit geldt bijvoorbeeld in belangrijke mate voor de medisch-inhoudelijke kwaliteit van het medisch handelen. Men mag er niet vanuit gaan dat de cliënt deze goed kan beoorde-

len. Dit betekent dat de cliënt ervan uit moet kunnen gaan dat de kwaliteit in orde is. Dit is de verantwoordelijkheid van de overheid c.q. vereist strenge controle door de Inspectie voor de gezondheidszorg. Dit betekent niet dat de cliënt c.q. de samenleving geen informatie over de kwaliteit van zorg behoeft te ontvangen. Integendeel, op basis van valide externe indicatoren moeten zorgaanbieders verantwoording over de geleverde (kwaliteit van) zorg afleggen.

Voor die situaties waarin de cliënt niet kan of wil kiezen moet op andere wijze het cliëntenperspectief gewaarborgd worden. Cliëntenparticipatie is hierbij een belangrijk instrument. Om dit instrument te versterken is vergroting van de financiële middelen voor patiënten/cliëntenorganisaties nodig alsmede het verankeren van de positie van deze organisaties door wetgeving. Genoemd kan worden de versterking van de invloed van verzekerden op het contracteerbeleid van de verzekeraar in het naturastelsel. Ook moet de waardevolle bron van gebruikersinformatie waarover cliënten beschikken, beter benut worden.

Tot slot de vraag: "Wat gaat vraagsturing ons kosten?" Het antwoord is niet eenvoudig. Een markconform systeem leidt enerzijds tot hogere kosten door toename van de transactiekosten, maar anderzijds staan daar besparingen tegenover, doordat concurrentie de doelmatigheid bevordert. Dit laatste zal pas op de langere termijn gebeuren, zodat initieel de kosten zullen stijgen. Of de kosten uiteindelijk zullen afnemen is niet zeker. Wat wel zeker is, is dat meer vraagsturing - met als randvoorwaarde voldoende zorgaanbod! - er toe leidt dat de cliënt meer dan nu het geval is, die zorg krijgt waar hij of zij om vraagt.

# Bijlagen





## Bijlage 1

### Lijst van afkortingen

AH	Albert Heijn
a.w.	aangehaalde werk
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BAT	BouwAdvies Toegankelijkheid
BIG	Beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet)
BOPZ	Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Wet)
BW	Burgerlijk wetboek
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg
CDA	Christelijk Democratisch Appèl
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CPB	Centraal Plan Bureau
CRAZ	Clëntenraad academische ziekenhuizen
CRvB	Centrale Raad van Beroep
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CTU	Commissie Toezicht Uitvoeringsorganisatie
CVA	Cerebraal Vasculair Accident
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DRG	Diagnosis Related Group
EHRM	Europese Hof voor de Rechten van de Mens
EVRM	Europees Verdrag van de Rechten van de Mens
Fonds PGO	Fonds voor patiënten, gehandicaptenorganisaties en ouderenbonden
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
ggz	geestelijke gezondheidszorg
iBMG	Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
ICT	Informatie- en Communicatietechnologie
IGPB	Instituut voor GebruikersParticipatie en Beleid
IKG	Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg
IPO	Interprovinciaal Overleg
JAC	Jongeren Advies Centrum
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst
KNO	Keel, neus, oor

KWZ	Kwaliteitswet Zorginstellingen
LOC	Landelijke Organisaties Cliëntenraden Ouderenzorg
LPF	Lijst Pim Fortuyn
LPR	Stichting Landelijke Patiënten- en Bewonersraden in de GGZ
MRI	Magnetic resonance imaging
NHA	National Health Service
NIVEL	Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
PC	personal computer
PIG	public interest group
PGB	persoonsgebonden budget
PP/CP	Provinciaal Patiënten/Consumenten Platform
PvdA	Partij van de Arbeid
PVP	Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon geestelijke gezondheidszorg
RAV	Regionale ambulancevoorziening
RIO	Regionaal Indicatie Orgaan
RPCP	Regionale Patiënten/Consumenten Platform
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
RZA	Rechtspraak ziekenfondswet en AWBZ
SES	Sociaal Economische Status
STAGG	Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg
SVB	Sociale Verzekeringsbank
TK	Tweede Kamer
TNO	(organisatie voor) Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
TSG	Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde
UK	United Kingdom
UVO	Uitkomst van Overleg
VS	Verenigde Staten
VVD	Volkspartij voor Vrijheid en Democratie
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WA	Wettelijke Aansprakelijkheid
WAO	Wet Arbeidsongeschiktheid
WBP	Wet Bescherming Persoonsgegevens
WEZ	Wet Exploitatie Zorginstellingen

WGBO	Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WHO	World Health Organisation
WKCZ	Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector
WMCZ	Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WTZ	Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen
WVC	Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
WVG	Wet Voorzieningen Gezondheidszorg
ZFW	Ziekenfondswet
ZON	ZorgOnderzoek Nederland



## Bijlage 2

### 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 (resultaten onderzoek 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: Quantas, Rijswijk  
Uitgave: 2003  
ISBN: 90-5732-116-5

*U kunt deze publicatie onder vermelding van publicatienummer 03/06 bestellen via de website van de RVZ ([www.rvz.net](http://www.rvz.net)) of telefonisch via de RVZ (079 3 68 73 11). De prijs van de publicatie is € 15,00.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg