

Gepaste zorg

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

Zoetermeer, 2004

Kern van het advies

Meer gepaste zorg: betere resultaten, minder kosten

Welk probleem lost dit advies op?

Hoewel Nederland qua gebruik van zorg relatief gunstig afsteekt tegen andere westerse landen, is er ook in Nederland sprake van over- en onderconsumptie. Zowel over- als onderconsumptie kunnen niet alleen tot gezondheidsschade bij de patiënt maar ook tot onnodige kosten leiden. Dit kan voorkomen, of in ieder geval verminderd worden door zorgaanbieders en zorgvragers tot gepast gebruik te stimuleren. Niet alleen deze twee partijen, maar ook overheid en zorgverzekeraars dienen hierbij hun verantwoordelijkheid te nemen.

Wat zijn de gevolgen voor de consument?

Gepaste zorg betekent voor de consument een beter gezondheidsresultaat, grotere tevredenheid, en voor de verzekerde uiteindelijk minder kosten.

Wat zijn de gevolgen voor de zorgverlener?

Gepaste zorg is een combinatie van handelen op basis van evidence based medicine and patient centered medicine. Uiteindelijk betekent dit dat de zorgverlener betere en doelmatiger zorg kan en zal leveren.

Wat kost het?

Gepaste zorg leidt tot betere zorg voor minder geld.

Wat is nieuw?

Wanneer de consument in het zorgcircuit is terecht gekomen, dan bepalen de zorgaanbieders in overwegende mate het zorggebruik. Maatregelen om tot meer gepaste zorg te komen, dienen dus primair gericht te zijn op de zorgaanbieders. Beter geïnformeerde patiënten willen veelal minder zorg dan niet of slecht geïnformeerde patiënten. Het idee dat de meeste patiënten van alles willen, omdat het 'niets kost', klopt niet. Om gepast gebruik bij patiënten te bevorderen zijn zorginhoudelijke prikkels belangrijker dan financiële prikkels

Inhoudsopgave

	Samenvatting	7
1	Adviesopdracht	11
1.1	Inleiding	11
1.2	Beleidsvragen	12
1.3	De functie van het advies	12
1.4	Definities en domein	12
1.5	Werkwijze	14
1.6	Leeswijzer	14
2	Is in Nederland sprake van gepast gebruik van zorg?	16
2.1	Inleiding	16
2.2	Nederland in vergelijking met andere westerse landen	16
2.3	Regionale verschillen	17
2.4	De praktijk van het medisch handelen	18
2.5	Communicatie tussen professionals	19
2.6	Overconsumptie door claimcultuur?	20
2.7	De arts-patiëntrelatie	20
2.8	De invloed van patiënten op het gebruik van zorg	21
2.9	Rol van de zorgverzekeraar	22
2.10	Prikkels voor gepast gebruik	23
3	Aangrijpingspunten voor gepast gebruik van zorg	27
3.1	Inleiding	27
3.2	Beslismomenten	28
4	Aanbevelingen	31
4.1	Inleiding	31
4.2	Gezondheidsbevordering	31
4.3	Beslissing van de burger om al dan niet een arts te raadplegen	32
4.4	Ondersteunen van de beslissing welke zorg geboden moet worden	33
4.5	Ondersteunen van het nakomen van afspraken	38
4.6	Epiloog	38

Bijlagen

1	Adviesaanvraag	45
2	Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	47
3	Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	49
4	Verantwoording van de procedure van voorbereiding van het advies	51
5	Verslag van de consultatieve bijeenkomst gehouden op 6 april 2004 te Utrecht	55
6	Literatuur	63
7	Lijst van afkortingen	69
8	Overzicht publicaties RVZ	71

Bij dit advies zijn twee aparte achtergrondstudies uitgebracht:

- Met het oog op gepaste zorg (04/07)
- De invloed van de consument op het gebruik van zorg (04/06)

Samenvatting

De gezondheidszorg staat volop in de belangstelling. De pers bericht over overschrijdingen van honderden miljoenen euro's in de zorg, over geld dat in de zorg gestopt wordt en niet traceerbaar is, over nog altijd bestaande wachtlijsten, en over de door het kabinet gevoelde noodzaak om in de zorg sterk te bezuinigen. Daarmee ontstaat het beeld dat er in Nederland veel te veel zorg geconsumeerd wordt.

Dit beeld is niet terecht. Wanneer het gebruik van zorg in Nederland vergeleken wordt met andere westerse landen dan blijkt Nederland er relatief gunstig uit te komen. De meerderheid van de burgers raadpleegt bij 'huis-, tuin- en keukenklachten' minder snel een arts dan de inwoners van onze buurlanden. En huisartsen in Nederland lijken zich in het algemeen beter aan richtlijnen te houden dan hun buitenlandse collega's. Het aantal medisch specialistische verrichtingen in Nederland per hoofd van de bevolking is, enkele uitzonderingen - zoals coronaire bypassoperaties - daargelaten, vrij laag in vergelijking met veel andere westerse landen. Terwijl het aantal ziekenhuisopnamen per hoofd van de bevolking in andere westerse landen stijgt, daalt dit aantal in Nederland en behoort het tot de laagste.

Nederland doet het nog niet zo slecht

Alhoewel het totaalbeeld voor Nederland gunstig is, bestaat er binnen Nederland zowel over- als onderconsumptie. Zo schrijven huisartsen bij ruim 65% van de patiënten ten onrecht benzodiazepines voor en schrijven zij veel minder aspirine bij hart- en vaatziekten voor dan volgens de richtlijnen wordt aanbevolen (tot circa 70% van de patiënten). Ook zijn er grote regionale verschillen in het gebruik van zorg. Zo verschilt de mate waarin in ziekenhuizen per adherente inwoner abdominaal de galblaas verwijderd wordt met een factor dertig. Deze verschillen kunnen niet zonder meer worden toegeschreven aan verschillen in de gezondheidstoestand van de daar woonachtige bevolking. Het ligt in de rede dat het beschikbare zorgaanbod en het handelen van dat aanbod bijdragen aan deze verschillen.

... toch bestaat er overconsumptie

Onderconsumptie doet zich onder meer voor op gebieden als diabetes en hartfalen. Op langere termijn kan de onderconsumptie die zich nu voordoet, tot kosten leiden die voorkomen kunnen worden wanneer deze onderconsumptie wordt weggenomen. De kosten van periodieke diabetescontroles zijn im-

... en onderconsumptie

mers lager dan de kosten als gevolg van voetamputatie, blindheid en nierfalen.

Tegelijkertijd kan vastgesteld worden dat het gebruik van zorg in absolute zin toeneemt. Dit komt onder meer door de demografische ontwikkelingen, met name de bevolkingsgroei, en de dubbele vergrijzing. Belangrijker echter is het toenemend zorggebruik door andere oorzaken, zoals de mogelijkheden die nieuwe medische technologieën bieden en, daarmee deels samenhangend, het hanteren van een lagere indicatiedrempel voor het uitvoeren van behandelingen.

Zorgvraag neemt toe

Er is dus reden om te bevorderen dat nog meer ‘passend’ gebruik van zorg wordt gemaakt dan nu al het geval is. Dit betekent patiëntgerichte zorg die noodzakelijk, effectief en doelmatig is. Dit vergt inspanningen van zorgaanbieders, burgers/patiënten, overheid en verzekeraars.

Wanneer de burger als patiënt of cliënt in het zorgcircuit is terechtgekomen dan heeft hij slechts beperkte invloed op het gebruik van zorg. De zorgaanbieders, veelal artsen, bepalen in overwegende mate het gebruik. In hun handelen blijken grote verschillen. Zo is de spreiding in het aanvragen van bepaalde laboratoriumbepalingen bij huisartsen erg groot en ditzelfde geldt voor een aantal medisch specialistische verrichtingen en ziekenhuisopnamen. Het ontwikkelen en toepassen van richtlijnen en een adequate informatiestructuur waarmee beroepsbeoefenaren op het juiste moment over de juiste informatie kunnen beschikken op de plaats waar de zorg verleend wordt, zijn essentiële elementen om passend gebruik van zorg te faciliteren.

Zorgaanbieders bepalen grotendeels het zorggebruik

Zorgaanbieders moeten de betrokkenheid van patiënten vergroten door zo veel mogelijk samen met de patiënt te bepalen welke zorg geboden gaat worden. Dit bevordert patiënttevredenheid, therapietrouw en een beter resultaat. Deze betrokkenheid moet ook vergroot worden door ‘patient empowerment’: de patiënt informatie geven over onder meer richtlijnen in lekentaal en over de performance van zorgaanbieders.

De patiënt moet achter de behandeling staan

Uiteraard moet ook de burger zijn verantwoordelijkheid nemen. In de eerste plaats kan hij, door er een gezonde levensstijl op na te houden, voor een deel voorkomen dat hij een beroep op zorg moet doen. In de tweede plaats moet hij bij een gezondheidsprobleem zorgvuldig afwegen of hij al dan niet een arts raadpleegt.

Niet voor ieder wissewasje naar de dokter

Voor de overheid betekent dit dat zij veel aandacht moet schenken aan educatie en voorlichting. Ook moet zij ervoor zorgen dat de burger hulpmiddelen krijgt bij het nemen van de beslissing om een arts te raadplegen, bijvoorbeeld door de inrichting van een call center (gezondheidsportal inclusief telefonische hulpdienst) te stimuleren.

Call center kan veel onnodig doktersbezoek voorkomen

Gelet op het feit dat de patiënt binnen het zorgcircuit relatief weinig invloed heeft op het zorggebruik, ligt het niet voor de hand om hem te straffen voor dit gebruik door het heffen van eigen bijdragen. Het is beter om niet-financiële incentives te geven om het gebruik meer passend te doen zijn. Dit kan bijvoorbeeld door zelfmanagement door chronisch zieken te stimuleren en (geautomatiseerde) hulpmiddelen aan te bieden die therapietrouw bevorderen. Wel zijn financiële prikkels zinvol wanneer het gaat om het stimuleren van doelmatige zorg, bijvoorbeeld via eigen bijdragen bij zelfverwijzing; immers voorkomen dient te worden dat onnodig gebruik gemaakt wordt van dure zorg. Ook de financiële houdbaarheid van het stelsel kan hierin een argument zijn.

Eigen bijdragen weinig effectief voor gepast gebruik

Ten slotte de zorgverzekeraar. Ook deze draagt verantwoordelijkheid. Enerzijds moet hij in zijn contractering en betaling zorgaanbieders stimuleren te handelen volgens evidence based richtlijnen. De zorgverzekeraar moet zorgaanbieders spiegelinformatie verstrekken en aanbieders die 'extreem' handelen hierop aanspreken. Anderzijds dient hij de zorgvrager via zijn aanvullende polissen geen zorg aan te bieden waarvan bewezen is dat deze niet effectief is. Er gaat immers een paradoxale boodschap uit van een samenstelling van het basispakket op basis van 'zinnig en zuinig' en het aanbieden van aanvullende polissen waarin allerlei vormen van bewezen niet effectieve zorg zijn opgenomen. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars het gebruik van doelmatige zorg stimuleren door eigen bijdragen te heffen voor het gebruik van niet door hen gecontracteerd (duurder) zorgaanbod.

Doelmatige en doeltreffende zorg verantwoordelijkheid van zorgverzekeraar

Om verzekerden een gefundeerde keuze voor een zorgverzekeraar te laten maken - en daarmee zorgverzekeraars te prikkelen aanbieders tot gepaste zorg te stimuleren - moet de overheid ervoor zorg dragen dat informatie over de performance van zorgaanbieders beschikbaar komt en openbaar wordt.

Overheid moet zorgen voor prestatiecijfers zorgaanbieders

Meer gepaste zorg zal tot betere resultaten en minder kosten leiden.

1 Adviesopdracht

1.1 Inleiding

Het werkprogramma dat de staatssecretaris van VWS bij brief van 25 februari 2003 voor de RVZ vaststelde, bevat het onderwerp: *Prikkels om overconsumptie tegen te gaan* (zie bijlage 1). De desbetreffende tekst luidt als volgt: “Er is in Nederland sprake van een cultuur van ‘ik-heb-er-met-mijn-verzekeringspremie-toch-voor-betaald?’. Dit nodigt uit tot overconsumptie van zorg, ogenschijnlijk overbodige consulten, doktersbezoek en diagnostiek. Ook bestaat het gevoel dat aan de aanbodzijde soms overbodige diagnostiek, interventies en consulten worden aangeboden vanuit een houding ‘je-kunt-nooit-weten; laten-we-elk-risico-uitsluiten’. Hoeveel dat is, is onduidelijk, evenals de vraag wat overbodig is. Een maat voor overbodigheid bestaat niet.

Het beeld: de Nederlander wil het onderste uit de kan

De eerste vraag is of Nederland wat betreft zorgconsumptie zich onderscheidt van andere, cultureel vergelijkbare landen. De tweede vraag is hoe in andere landen patiënten en zorgverleners worden uitgedaagd, geprikkeld en/of beloond om onnodige zorgconsumptie tegen te gaan. Wat werkt en wat werkt niet. De vervolgvraag is welke buitenlandse praktijken bruikbaar zijn in de Nederlandse zorgcontext.

De RVZ wordt gevraagd een dergelijke analyse te verrichten en daarover te adviseren in het licht van de veranderingen waaraan het Nederlandse zorgsysteem bloot staat.”

In een overleg tussen RVZ-raadsleden en de ambtelijke top van het ministerie van VWS, gehouden op 26 juni 2003, is ook ‘uitgavenmanagement’ als adviesthema opgevoerd. Hierbij gaat het om de vraag op welke wijze de kosten voor gezondheidszorg beheerst kunnen worden in een omgeving waarin sprake is van marktgerichte zorg en verzekering en kostenbeheersing niet meer identiek zijn aan budgettering en aanbodregulering. Overeengekomen is dit thema in deze advisering te betrekken.

1.2 Beleidsvragen

De minister van VWS heeft de RVZ de volgende vragen voorgelegd:

- a. Onderscheidt Nederland, wat betreft zorgconsumptie, zich van andere, cultureel vergelijkbare landen?
- b. Welke prikkels krijgen patiënten en zorgverleners in andere cultureel vergelijkbare landen om niet onnodig zorg te consumeren?
- c. Welke prikkels zijn bruikbaar in de Nederlandse situatie ofwel welke prikkels leiden tot gepaste zorg?

In aanvulling hierop heeft het ministerie van VWS gevraagd daarbij tevens in te gaan op de vraag:

- d. Op welke wijze kunnen de kosten voor gezondheidszorg beheerst worden in een omgeving waarin sprake is van marktgerichte zorg en verzekering en kostenbeheersing niet meer identiek is aan budgettering en aanbodregulering?

1.3 De functie van het advies

Dit advies heeft tot doel bij te dragen aan het bereiken van de door VWS geformuleerde beleidsdoelstellingen, en meer in het algemeen aan de realisatie van de voornemens die in het hoofdlijnenakkoord van 2003 zijn aangegeven.

Primair gaat het er daarbij om te bevorderen dat gepaste zorg geboden wordt en onnodige, mogelijk zelfs schadelijke zorg wordt voorkomen. Secundair speelt de kostenbeheersing een rol. Het advies moet een antwoord geven op de vraag hoe in een marktsituatie, waarbij sprake is van vraagsturing, de (collectieve) lasten beperkt kunnen worden tot hetgeen wenselijk en noodzakelijk is. Dit sluit aan bij de Beleidsagenda 2004 die in september 2003 door het ministerie van VWS is gepresenteerd, in het bijzonder waar het te maken keuzes betreft om een houdbare en beter presterende zorg te realiseren. En in dit kader sluit dit met name aan bij de opstelling van nieuwe wetgeving betreffende de zorgverzekering.

1.4 Definities en domein

Definities

Het begrip gepaste zorg(consumptie) kan vanuit twee invalshoeken worden gezien, namelijk vanuit het perspectief van de

(medische) wetenschap: evidence based medicine en vanuit het perspectief van de arts-patiëntrelatie: patient-centered medicine.

In het eerste perspectief wordt onder *gepaste zorgconsumptie* verstaan zorg die voor de gebruiker ervan noodzakelijk, effectief en doelmatig is. Noodzakelijk wordt bepaald door de relatieve hoeveelheid voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren die iemand verliest wanneer de zorg uitblijft. Effectief betekent dat de zorg een bepaald gewenst effect weet te bewerkstelligen. Doelmatig wil zeggen dat de kosten van zorg in verhouding staan tot de effectiviteit van die zorg. *Overconsumptie* betekent dan dat de gebruiker niet noodzakelijke en/of niet effectieve en/of niet doelmatige zorg consumeert. *Onderconsumptie* houdt in dat er noodzakelijke, effectieve en doelmatige zorg voorhanden is, maar dat deze zorg niet wordt geconsumeerd¹.

Gepaste zorg = noodzakelijke effectieve en doelmatige zorg

In de tweede benadering staat patient centered medicine centraal. Hierbij zijn de individuele voorkeuren van de patiënt leidend. Communicatie, partnerschap en gezondheidsbevordering staan hierbij centraal². Professionals dienen vaardigheden en ervaring te hebben om niet alleen de gezondheidstoestand van de patiënt in beeld te brengen, maar ook de individuele risico's en baten van mogelijke interventies, alsmede de persoonlijke voorkeuren en verwachtingen van de patiënt.

Idealiter versterken deze twee benaderingen elkaar. Gepaste zorg betekent dus patiëntgerichte zorg die noodzakelijk, effectief en doelmatig is.

Domein

Over- en onderconsumptie hebben niet alleen gevolgen voor de kosten van de zorg, maar ook voor de kwaliteit van zorg. Dit advies heeft hiermee betekenis voor het kwaliteitsbeleid.

In overleg met het ministerie van VWS beperkt het advies zich tot de cure sector. Derde compartimentszorg wordt hierbij niet meegenomen. Met het onderbrengen van zorg in het derde compartiment wordt de verantwoordelijkheid voor deze zorg bij de individuele burger gelegd. Wanneer deze hierbij een beroep doet op een professional, draagt deze laatste hierbij uiteraard verantwoordelijkheid voor zijn handelen. Hierbij past wel de kanttekening dat de politiek tot een adequaat evenwicht tussen eerste en tweede compartimentszorg enerzijds en derde compartimentszorg anderzijds moet komen.

Zo kan het onderbrengen van bepaalde zorgvormen in het derde compartiment tot onder- of overconsumptie leiden, hetgeen zowel op korte als op lange termijn een groter beroep op zorg in het eerste of tweede compartiment en/of een kostenverhogend effect tot gevolg kan hebben. Zo kunnen maatregelen, waarbij relatief goedkope geneesmiddelen uit het verzekerde pakket verwijderd worden, ertoe leiden dat het gebruik van deze middelen deels gesubstitueerd wordt door duurdere middelen die nog wel tot het verzekerde pakket behoren.

Derde compartiment kan tweede compartiment beïnvloeden

1.5 Werkwijze

Dit advies is voorbereid onder leiding van de raadsleden mevrouw M.J.M. Le Grand-van den Bogaard en mevrouw prof. dr. I.D. De Beaufort.

Voor de adviesvoorbereiding hebben externe deskundigen een aantal aspecten onder de loep genomen. Deze deskundigen zijn prof. dr. F.F.H. Rutten en dr. W.B.F. Brouwer die een bijdrage leverden onder de titel 'Over- en onderconsumptie vanuit economisch perspectief' en mevrouw drs. M. Harmsen, mevrouw dr. J. Braspenning en prof. dr. R.P.T.M. Grol van het Centre for Quality of Care Research (WOK). Zij verrichtten een studie naar Over- en onderconsumptie in de gezondheidszorg: het handelen volgens (evidence based) richtlijnen. Beide studies zijn, samen met andere door secretariaatsmedewerkers opgestelde studies, opgenomen in de publicatie 'Met het oog op gepaste zorg'.

Daarnaast heeft het secretariaat gesprekken met deskundigen en belanghebbenden gevoerd, literatuur bestudeerd en onderzoek laten verrichten. De resultaten hiervan zijn op 6 april 2004 besproken tijdens een consultatieve bijeenkomst met deskundigen en belanghebbenden uit het veld.

Bijlage 2 bevat de samenstelling van de RVZ; bijlage 3 geeft aan welke medewerkers van de Raad bij de voorbereiding van dit advies betrokken waren. Een gedetailleerde verantwoording van de adviesprocedure is opgenomen in bijlage 4.

1.6 Leeswijzer

Dit advies is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 schetst in het kort de huidige situatie met betrekking tot het gebruik van

zorg en de actoren die dit gebruik beïnvloeden. Het geeft daarmee antwoord op de eerste twee beleidsvragen en laat zien in hoeverre in Nederland sprake is van niet gepaste zorg.

Hoofdstuk 3 beschrijft de aangrijpingspunten om gepast gebruik van zorg te bevorderen. Hoofdstuk 4 bevat aanbevelingen. Hiermee worden de laatste twee beleidsvragen beantwoord.

Teneinde de tekst van dit advies beknopt te houden, wordt voor de onderbouwing van dit advies verwezen naar de publicaties *Met het oog op gepaste zorg* en *De invloed van de consument op het gebruik van zorg*.

2 Is in Nederland sprake van gepast gebruik van zorg?

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft in welke mate in Nederland van zorg gebruik gemaakt wordt. Allereerst wordt het zorggebruik in Nederland vergeleken met het zorggebruik in andere westerse landen. Ook verschillen binnen Nederland worden onder de loep genomen; het gaat hierbij om regionale verschillen.

Vervolgens komt het kader waarbinnen professionals zouden moeten handelen en in hoeverre dit overeenstemt met de praktijk aan de orde. Belangrijk hierbij is de relatie tussen arts en patiënt. Hoe verhoudt deze zich tot het gebruik van zorg en wat is de invloed van patiënten op het zorggebruik? Hierna komt de vraag aan bod of onnodig zorg geconsumeerd wordt als gevolg van een claimcultuur, zoals deze zich in de Verenigde Staten voordoet.

Na de beschrijving van de invloed van de zorgaanbieder en de zorgvrager op de zorgconsumptie, komt de rol van de zorgverzekeraar aan de orde. Immers de zorgverzekeraar heeft de mogelijkheid zowel zorgaanbieder als zorgvrager te stimuleren gepast gebruik van zorg te maken.

Dit hoofdstuk wordt afgesloten met prikkels die gepast gebruik van zorg stimuleren. Daarbij zijn de in het buitenland opgedane ervaringen verwerkt.

2.2 Nederland in vergelijking met andere westerse landen

Op grond van de gegevens van de OESO³ mag geconcludeerd worden dat het gebruik dat in Nederland van zorg gemaakt wordt, gemiddeld genomen zeker niet hoger is dan dat in cultureel vergelijkbare landen. Met de kanttekening dat de verzamelde gegevens slechts een grove indicatie geven, is het beeld dat Nederland een middenpositie inneemt: de consumptie in dit land 'springt er niet uit'. Uiteraard zijn er uitzonderingen. Zo is het aantal ziekenhuisopnamen in Nederland erg laag vergeleken met andere westerse landen waarvan deze gegevens bekend zijn, is het aantal blindedarmoperaties en het aantal

Het beeld: de Nederlander wil het onderste uit de kan, is onjuist

knievervangingen in Nederland relatief laag, maar kent Nederland daarentegen het hoogste aantal bypassoperaties per 100.000 inwoners, terwijl Nederland qua coronair dotteren aan de lage kant zit. Hoewel de vergelijkende gegevens over het uitvoeren van veel medisch specialistische verrichtingen beperkt zijn, geven deze wel een beeld van de zorgconsumptie in Nederland. De conclusie dat Nederland een middenpositie inneemt⁴, stemt overeen met eerdere studies, zoals die van het Sociaal Cultureel Planbureau⁵.

2.3 Regionale verschillen

Op verschillende terreinen bestaan tussen regio's in Nederland grote verschillen qua zorgconsumptie. De wijze van praktijkuitoefening van de zorgaanbieders bepaalt in hoge mate de mate van zorgconsumptie. Zowel qua aantallen ziekenhuisopnamen als qua medisch specialistische verrichtingen per inwoner bestaat een grote variatie tussen instellingen onderling. Afhankelijk van de gemeente waar men woont, is de kans groter of kleiner om in een ziekenhuis opgenomen te worden of om een medisch specialistische verrichting te ondergaan. Overigens verschilt deze kans per medische verrichting. Enkele voorbeelden:

- Het percentage ziekenhuisopnamen per inwoner van de gemeente met de meeste opnamen is ruim tweemaal zo groot als dat van de gemeente met het kleinste percentage (gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht). Bij lage rugpijn heeft een inwoner van Hoogeveen circa 100 keer meer kans hiervoor in het ziekenhuis terecht te komen dan een inwoner van Eindhoven. De mate waarin per adherente inwoner abdominale cholecystectomiën in ziekenhuizen worden uitgevoerd, verschilt met een factor dertig⁶.
- Bij sluiting van ziekenhuizen 'verdamp't een deel van de zorgconsumptie (gemeten in aantal opnamen en aantal verplegdagen)⁷.

In het ene ziekenhuis 30 x meer kans dat de galblaas wordt verwijderd dan in het andere

In de Verenigde Staten vond men gelijksoortige verschillen. Bij analyse van deze verschillen bleek dat regio's waarin meer zorg wordt verleend en waar hogere zorgkosten gegenereerd worden, geen hogere kwaliteit van zorg, geen betere gezondheidsresultaten en niet meer patiënttevredenheid bieden dan gebieden die een 'zuinige' benadering kiezen.

Meer zorg ≠ betere gezondheid

2.4 De praktijk van het medisch handelen

In Nederland bestaat met name onder huisartsen een cultuur die zich kenmerkt door terughoudendheid bij het handelen. Ook richtlijnen worden binnen deze cultuur ontwikkeld. Deze cultuur staat echter onder druk: de rol van de huisarts als poortwachter staat ter discussie, marktwerking onder huisartsen (en het daarmee gepaard gaande wisselen van huisarts) wordt gepropageerd en de ‘vaste’ arts-patiëntrelatie waarbij de arts op grond van zijn ervaring met de patiënt weet wat plus en niet plus is, is met name in grote steden aan het verwatere-
ren.

Hoe lang blijft de huisarts nog poortwachter?

Artsen dienen bij hun handelen uit te gaan van richtlijnen die door hun beroepsgroep zijn opgesteld. Basis voor deze evidence based richtlijnen is idealiter wetenschappelijk onderzoek. Echter lang niet in alle gevallen is dit beschikbaar. Daar komt bij dat ook andere factoren een rol spelen bij het formuleren van richtlijnen, zoals de (medische) cultuur in een land.

Voor een aantal indicaties heeft het Centre for Quality of Care Research (WOK) in opdracht van de RVZ nagegaan in hoeverre huisartsen evidence based handelen c.q. evidence based richtlijnen volgen⁸. Met name bij door huisartsen aangevraagde laboratoriumbepalingen blijkt dat sprake is van overconsumptie. De variatie kan binnen een specifieke bepaling zeer groot zijn. Bij beeldvormende diagnostiek wordt meer volgens de richtlijnen gehandeld en is de variatie kleiner.

Grote variatie in laboratoriumaanvragen

Ook geschiedt het voorschrijven van geneesmiddelen in veel gevallen niet volgens de richtlijnen. Onder andere geldt dit voor antibiotica, waar in bepaalde gevallen overconsumptie bestaat in de orde van 30-40% en voor middelen bij maagklachten met een overconsumptie van zo'n 20-25%. Bij andere indicaties, zoals lage rugpijn en migraine lijkt relatief weinig overconsumptie voor te komen.

Antibiotica en maagmiddelen worden teveel voorgeschreven

Op andere terreinen komt onderconsumptie van medicijnen voor. Zo wordt veel minder aspirine bij hart- en vaatziekten voorgeschreven dan volgens de richtlijnen wordt aanbevolen (tot circa 70% van de patiënten). Dit geldt in mindere mate ook voor ACE-remmers. Bij de zorg voor mensen met diabetes mellitus worden bepaalde periodieke bepalingen en controles onvoldoende uitgevoerd. Deze onderconsumptie kan in een later stadium tot zorgconsumptie met hogere kosten leiden die

Bloedverduunners worden te weinig voorgeschreven

deels voorkomen had kunnen worden wanneer er geen onderconsumptie zou zijn geweest.

Bij psychische aandoeningen bestaat zowel over- als onderconsumptie. Overconsumptie is met name het geval bij het voorschrijven van benzodiazepines: ruim 65% van de patiënten krijgen ten onrechte deze middelen.

Globaal gezien wordt voor de onderzochte onderwerpen gemiddeld 30%-40% niet volgens de richtlijnen gehandeld. Nederlandse zorgverleners lijken het beter te doen dan hun buitenlandse collega's. Overigens is vaak sprake van (grote) variatie tussen zorgverleners per onderwerp.

Nederlandse artsen volgen in 60 – 70% van de gevallen de richtlijnen

Het aantal onterechte verwijzingen hangt af van het ziektebeeld. Verwijzingen naar de tweede lijn lijken minder ten onrechte gedaan te worden dan verwijzingen binnen de eerste lijn (zoals naar fysiotherapeuten).

Volgens specialisten wordt 9% van de patiënten ten onrechte doorverwezen door de huisarts, omdat deze het probleem zelf had kunnen oplossen. Nog eens 9% van de patiënten wordt naar de verkeerde specialist doorverwezen⁹.

2.5 Communicatie tussen professionals

De communicatie tussen professionals in de zorgketen laat nog te wensen over. Patiëntgegevens zijn nog onvoldoende structureel op het juiste moment in de juiste vorm op de plaats waar de zorg verleend wordt beschikbaar. Dit leidt tot medische fouten, waaronder medicatiefouten. Onderzoek heeft uitgewezen dat jaarlijks waarschijnlijk ca. 90.000 ziekenhuisopnamen toe te schrijven zijn aan medicatiefouten¹⁰. Bij jaarlijks 18.000 opnamen in een gemiddeld ziekenhuis betekent dit dat in Nederland hiermee vijf ziekenhuizen worden 'beziggehouden'. Uit een meer recent onderzoek door TNS NIPO in opdracht van NPCF en NICTIZ blijkt dat zich jaarlijks ca. 1,3 miljoen medische overdrachtsfouten voordoen als gevolg van het niet goed bijhouden of het niet (kunnen) inkijken van het medisch dossier van de patiënt. De meeste fouten hebben betrekking op verkeerde medicatie, het niet behandeld worden door ontbrekende informatie en het verkeerd opereren of behandelen. De kosten hiervan bedragen naar schatting 1,4 miljard euro op jaarbasis, waarvan 300 miljoen directe zorgkosten¹¹.

Medische fouten kosten mensenlevens en 1,4 miljard euro per jaar

2.6 Overconsumptie door claimcultuur?

Een oorzaak van niet gepaste zorgconsumptie zou het praktiseren van defensieve geneeskunde als gevolg van een (zich ontwikkelende) claimcultuur kunnen zijn. Met name in de media wordt hieraan aandacht geschonken, waarbij met argusogen naar de situatie in de Verenigde Staten wordt gekeken. Onderzoek laat zien dat van een dergelijke cultuur in Nederland echter geen sprake is. Het aantal claims in de medische aansprakelijkheid is de afgelopen jaren niet gestegen. De hoogte van het totaal uit te betalen vergoedingen is een belangrijke oorzaak voor de Amerikaanse crisis met betrekking tot de premies voor een aansprakelijkheidsverzekering. In Nederland is geen sprake van een dergelijke crisis. Wanneer professionals defensieve geneeskunde uitoefenen dan is de oorzaak hiervan eerder te vinden in de perceptie dat een claimcultuur bestaat of zich snel aan het ontwikkelen is¹². Daarnaast zijn er andere oorzaken die tot defensieve geneeskunde leiden, zoals onervarenheid of onzekerheid van de zorgverlener die tot onnodige diagnostiek kunnen leiden.

Nederland kent geen claimcultuur

Het is niet uit te sluiten dat het aantal claims in de toekomst zal stijgen, bijvoorbeeld vanwege de afkalving van het sociale vangnet. Het percentage toegewezen claims zou kunnen stijgen vanwege de ontwikkelingen in het bewijsrecht en de toepassing van proportionele aansprakelijkheid. Het lijkt niet waarschijnlijk dat introductie van een 'no cure no pay' systeem met betrekking tot de inschakeling van juristen in Nederland, waarmee binnenkort een proef wordt genomen, het aantal claims substantieel zal doen toenemen.

2.7 De arts-patiëntrelatie

Patiënten hebben bepaalde verwachtingen en voorkeuren wanneer zij met een arts in contact treden. Deze verwachtingen en voorkeuren lopen zeer uiteen. Een deel van de patiënten uit deze expliciet; een ander deel doet dit niet. Dit is één van de factoren die het de arts niet eenvoudig maakt om goed in te spelen op de wensen van de patiënt. Dat de arts dit zo goed mogelijk probeert te doen, is erg belangrijk. Het bepaalt namelijk mede het resultaat van zijn handelen in de zin van gezondheidsbeleving en satisfactie bij de patiënt. Daarnaast heeft het invloed op de mate waarin zorg geconsumeerd wordt. Een goede interactie tussen arts en patiënt bevordert therapietrouw en kan inzet van zorg beperken. Een situatie

Een goede arts-patiëntrelatie is essentieel voor o.a. therapietrouw

waarbij sprake is van shared decision making - arts en patiënt bepalen samen welk onderzoek en behandeling ingezet wordt - biedt de beste perspectieven tot gepast gebruik van zorg¹³.

Consumenten worden mondiger en uiten in toenemende mate hun wensen. Hoewel hun aantal toeneemt, moet de omvang van deze groep niet overschat worden. Bovendien hoeft deze ontwikkeling niet te betekenen dat daardoor automatisch het beroep dat op zorgvoorzieningen gedaan wordt, toeneemt. Uit onderzoek blijkt ook dat goed geïnformeerde patiënten geneigd zijn minder te consumeren dan de richtlijnen aangeven¹⁴.

Een goed geïnformeerde patiënt consumeert minder

2.8 De invloed van patiënten op het gebruik van zorg

Uit de resultaten van onderzoeken, uitgevoerd door Trendbox, NTS NIPO en Flycatcher¹⁵, mag worden afgeleid dat tussen 10% en maximaal 20% van de patiënten expliciet eisen tot verwijzing, onderzoek of het voorschrijven van een geneesmiddel stelt. Een groot deel van die eisen zal naar verwachting niet afwijken van hetgeen de arts zelf ook geconcludeerd zou hebben om te doen. Een ander deel is strijdig met de visie van de arts. In veel gevallen zal de arts dan niet handelen conform de wens van de patiënt. Specialisten zijn hier strikter in dan huisartsen. Slechts in een klein deel van de gevallen is er sprake van een ongepast beroep op zorg dat onterecht gehonoreerd wordt.

In het algemeen blijken patiënten geen overdreven eisen te stellen. Zoals bij zorgaanbieders verbeteringen mogelijk zijn, geldt dit ook voor zorgvragers. De volgende voorbeelden illustreren dit.

De meeste patiënten stellen redelijke eisen

- 4% van de Nederlanders is er zich van bewust dat zij wel eens te snel (en daardoor vaker dan nodig) naar de huisarts gaan¹⁶. Als dit achteraf, na het bezoek aan de huisarts, wordt gezien, geven huisartsen aan dat een kwart van de patiënten met klachten op het spreekuur verschijnt die zijzelf hadden kunnen oplossen of die vanzelf overgaan. Voor iets meer dan de helft hiervan geldt dat het bezoek als onnodig aangemerkt kan worden: volgens huisartsen bezoekt 14% van de patiënten hen onnodig¹⁷.
- 50-70% van de chronische patiënten die 9 groepen geneesmiddelen voorgeschreven kregen, waren binnen één jaar ten onrechte gestopt met de medicatie. Hierdoor werd

- in 1998 een bedrag tussen 166 en 302 miljoen euro verspild¹⁸.
- 3% van de consumenten die in het afgelopen jaar een geneesmiddel voorgeschreven heeft gekregen, zegt dit middel niet te hebben afgehaald bij de apotheek¹⁹. In een ander onderzoek onder internetgebruikers is dit 4%²⁰.

De grote meerderheid van de patiënten die op het spreekuur van de arts verschijnt, komt niet direct zelf met eisen tot specifiek onderzoek of behandeling. Wel hebben veel patiënten er behoefte aan om goed geïnformeerd te worden. De arts voert nog altijd de regie in de spreekkamer en veel patiënten zouden dit ook niet anders willen. Huisartsen zijn doorgaans meer geneigd in te gaan op de wensen van patiënten dan specialisten.

2.9 Rol van de zorgverzekeraar

Tot op heden hebben zorgverzekeraars zich slechts in beperkte mate beziggehouden met het stimuleren van gepaste zorg. Zij werden daarbij in hun mogelijkheden beperkt doordat voor een belangrijk deel van het zorgaanbod een contracteerplicht bestond en voor zorgdiensten geen marktwerking bestond door het tekort aan zorgaanbod. Door het bieden van contracteervrijheid en het overlaten van een deel - in eerste instantie 10% - van de ziekenhuismarkt wordt het voor verzekeraars mogelijk om zorgaanbieders te prikkelen gepaste zorg aan te bieden. Dit houdt in dat verzekeraars hun inkooporganisatie kunnen professionaliseren en te contracteren zorgaanbieders zoveel mogelijk kunnen dwingen best practices toe te passen. Welke best practices dit zijn, zullen zij regionaal met te contracteren zorgaanbieders afspreken. Vooralsnog zal er de komende jaren nog sprake zijn van regionale dominantie van verzekeraars. Hoe dit op langere termijn is, is vooralsnog moeilijk te voorzien. Dit is mede afhankelijk van de in voorbereiding zijnde Wet op de zorgverzekering.

Verzekeraars moeten best practices gaan stimuleren

In die gevallen dat zich schaarste aan aanbod voordoet, zullen zij een ander zorgaanbod trachten te creëren, bijvoorbeeld door het eerste contact te laten verzorgen door verpleegkundigen.

In hun relatie met hun verzekerden zijn verzekeraars voorzichtiger. Verzekeraars bieden hun verzekerden in toenemende mate (preventie)programma's aan om te bewerkstelligen dat

hun verzekerden gezond blijven. Ze bieden faciliteiten in de vorm van (medische) call centers om hun verzekerden van advies te dienen. Verzekeraars zijn echter terughoudend wanneer het gaat om het 'bestrafen' van verzekerden voor ongezond gedrag, onvoldoende therapietrouw, en dergelijke. Enerzijds zijn zij hierin beperkt door wettelijke regels, anderzijds vrezen zij voor het 'weglopen' van hun verzekerden naar de concurrent. Om verzekerden aan zich te binden bieden verzekeraars zorgvormen aan waarvan bewezen is dat zij niet effectief zijn.

Verzekeraars bieden wat de markt vraagt, evidence based of niet

2.10 Prikkel voor gepast gebruik

Bij prikkels voor gepast gebruik kunnen drie doelgroepen onderscheiden worden: zorgaanbieders, zorgvragers en verzekeraars. Daarnaast kunnen de prikkels onderverdeeld worden in financiële en niet-financiële c.q. zorginhoudelijke prikkels.

De kosten van gezondheidszorg stijgen in vrijwel alle westerse landen sterk en overheden trachten deze kostenexplosie in te dammen. De daarbij gehanteerde prikkels zijn in verreweg de meeste gevallen van financiële aard en niet zozeer gericht op het bevorderen van gepast gebruik, maar op het verminderen van de zorgconsumptie en daarmee de kosten.

Overheidsbeleid is gericht op kostenbeheersing, niet op gepast gebruik

Prikkels voor zorgaanbieders

De wijze van honorering van zorgverleners en wijze van financiering van instellingen blijkt van invloed te zijn op de zorgconsumptie. Zo gaan van een verrichtingensysteem prikkels uit om meer te doen dan strikt noodzakelijk, terwijl bij een vast salaris of abonnementssysteem het omgekeerde het geval is. Een abonnementssysteem bevordert de patiëntgerichtheid, maar heeft als gevaar dat potentieel dure patiënten geweerd worden. Dit geldt ook voor DRG-systemen, waarbij er tevens een prikkel tot het vergroten van het volume kan bestaan. Omdat het Nederlandse DBC-systeem uniek is in de wereld, is er geen ervaring mee. Het lijkt op DRG-systemen, maar heeft ook kenmerken van een fee-for-servicesysteem. Het DBC-systeem zou dus kunnen prikkelen om meer te doen dan strikt noodzakelijk is.

Niet-financiële prikkels voor zorgaanbieders bestaan onder andere uit benchmarking en het stimuleren van best practices. Dit kan tot indrukwekkende resultaten leiden. Zo is de mortaliteit bij bypassoperaties in de staat New York in vier jaar tijd

Benchmarking zeer effectief

met 41% afgenomen, nadat de overheid performancegegevens over onder andere hartchirurgen en instellingen publiceerde op het internet²¹.

Prikkels voor zorgvragers

Financiële prikkels voor zorgvragers bestaan vooral uit eigen bijdragen in allerlei vormen, zoals vaste of procentuele bijdragen of no-claim kortingen. Dit instrument is in verschillende landen ingezet om de zorgconsumptie te verminderen. Ze blijken minder effectief dan verwacht²². Patiënten worden slechts in relatief geringe mate geprikkeld om minder zorg te consumeren. Hierbij wordt weliswaar overconsumptie tegengegaan, maar tegelijkertijd onderconsumptie gestimuleerd. Patiënten blijken niet goed in staat de gepastheid van hun zorgvraag te bepalen. Daar komt bij dat de zorgaanbieder de belangrijkste bepalende factor is voor de zorgconsumptie. De invloed van de patiënt is beperkt. De kostenbesparingen die met eigen bijdragen gericht op vermindering van de zorgconsumptie van noodzakelijke zorg, bereikt kunnen worden, moeten dan ook niet overschat worden, terwijl de negatieve effecten op gepast gebruik niet onderschat moeten worden. Wel kunnen eigen bijdragen een belangrijke rol spelen bij het bevorderen van doelmatige zorg. Verzekeraars kunnen en zullen dit instrument inzetten om patiënten te bewegen zorg van ‘preferred providers’ te betrekken. Hierdoor kunnen kostenbesparingen bereikt worden zonder de negatieve effecten op gepast gebruik.

Eigen bijdragen weinig effectief voor bevorderen gepast gebruik

Niet-financiële prikkels voor zorgvragers blijken daarentegen wel effectief te zijn. Zo blijkt dat call centers het aantal telefonische consulten door de arts met 68% kunnen verminderen, het aantal huisbezoeken met 38% en het aantal bezoeken aan de spoedeisende hulp met 25%.²³ Verder speelt de huisarts als poortwachter een belangrijke rol: de vertrouwensrelatie vormt een prikkel voor gepast gebruik.

Niet-financiële prikkels zijn effectiever

Voor bepaalde patiëntencategorieën kunnen specifieke prikkels effectief zijn. Zo blijkt ‘patiënt initiated care’ bij patiënten met reumatoïde artritis te leiden tot 30% minder consulten bij gelijkblijvende klinische uitkomsten.²⁴ Ook zelfmanagement blijkt bij verschillende patiëntengroepen gepast gebruik te stimuleren en kosten te besparen^{25,26,27}. Shared decision making, waarbij arts en patiënt samen tot het besluit komen al dan niet zorg en zo ja welke, te consumeren, blijkt de beste condities te geven voor gepast gebruik. Zo is het een prikkel voor therapietrouw²⁸.

Tot slot is het belangrijk om een gezonde levensstijl te bevorderen, aangezien het leidt tot gezondere individuen, die minder zorg nodig hebben.

Prikkels voor verzekeraars

De belangrijkste prikkel voor verzekeraars om gepast gebruik te bevorderen, is competitie. Voorbeelden uit de Verenigde Staten laten zien dat competitie tot prestaties prikkelt. Dit geldt zowel voor verzekeraars op de vrije markt, zoals bijvoorbeeld Kaiser Permanente in de VS laat zien, als centraal gestuurde systemen, zoals de US Veterans Health Administration.

Competitie belangrijke prikkel

In vele landen is en wordt geëxperimenteerd met marktwerking, zoals het Verenigd Koninkrijk, Zweden, Tsjechië en Nieuw Zeeland. Deze experimenten zijn helaas weinig succesvol gebleken. Het blijkt uitermate moeilijk om bestaande marktperfectionen voldoende op te heffen. Een bottleneck vormt het gebrek aan performance informatie van zorgaanbieders. Concurrentie van verzekeraars blijkt heel moeilijk te realiseren.

Experimenten met marktwerking veelal mislukt

Een bijkomend probleem is dat marktwerking hoge(re) transactiekosten met zich meebrengt. Als deze niet worden terugverdiend door doelmatigheidsverhoging, leidt dit tot hogere kosten van de zorg.

Als de markt wel goed werkt en verzekeraars adequaat concurreren, resteert het probleem van de zgn. death spiral²⁹. Deze negatieve kwaliteitspiraal, leidend tot onderconsumptie, ontstaat door zelfselectie van verzekerden. Doelmatige werkende verzekeraars die goede kwaliteit van zorg tegen een redelijke prijs bieden, trekken vooral verzekerden met een hoog ziekterisico alsmede chronische patiënten aan. Deze verzekerden kunnen op basis van de acceptatieplicht niet geweigerd worden. De uitgaven van de verzekeraar stijgen hierdoor en noodgedwongen ook de premie. Verzekerden met een laag gezondheidsrisico zijn gevoeliger voor prijs en zullen op een bepaald moment overstappen naar een andere goedkopere verzekeraar, die lagere kwaliteit levert. De premies van de 'kwaliteitsverzekeraars' zullen daardoor nog sterker stijgen. Uiteindelijk zullen zij zich uit de markt prijzen of de premies en daarmee noodgedwongen de kwaliteit moeten verlagen.

Death spiral: goede verzekeraars prijzen zich uit de markt

Het resultaat is dat uiteindelijk bij concurrentie op prijs tussen verzekeraars de kwaliteit zal dalen en vraagsturing en keuzevrijheid van de patiënt steeds meer afnemen. Aangezien kwaliteit van zorg een verantwoordelijkheid van de overheid is en blijft, zal zij voor een adequaat kwaliteitsborgingssysteem zorg moeten dragen, zoals de RVZ in eerdere adviezen reeds heeft aangegeven^{30,31,32}.

Overheid moet kwaliteit van zorg waarborgen

3 Aangrijpingspunten voor gepast gebruik van zorg

3.1 Inleiding

Hiervoor is al aangegeven dat wanneer de zorgconsumptie in Nederland vergeleken wordt met die in een aantal andere westerse landen Nederland qua zorgconsumptie een middenpositie inneemt. De Nederlandse burger consulteert bij 'huis-, tuin- en keukenklachten' minder snel een arts dan de inwoners van onze buurlanden³³. Beroepsbeoefenaren in Nederland lijken zich in het algemeen beter aan richtlijnen te houden dan hun buitenlandse collega's³⁴. Kortom Nederland steekt zeker niet slecht af in vergelijking met andere westerse landen.

Tegelijkertijd kan vastgesteld worden dat het gebruik van zorg in absolute zin toeneemt. Dit komt onder meer door de demografische ontwikkelingen, met name de bevolkingsgroei en de dubbele vergrijzing. Belangrijker echter is het toenemend zorggebruik door andere oorzaken, zoals de mogelijkheden die nieuwe medische technologieën bieden en epidemiologische ontwikkelingen, denk bijvoorbeeld aan de toename van het aantal mensen met diabetes³⁵. Ook het oprekken van het indicatiengebied en van leeftijdsgrenzen voor het uitvoeren van bepaalde verrichtingen bij ouderen doet het zorggebruik meer toenemen dan op grond van demografische ontwikkelingen verwacht mag worden³⁶. Nieuwe technologieën en nieuwe geneesmiddelen blijken overigens internationaal de belangrijkste kostenoprijvende factoren te zijn³⁷.

Ondanks het relatief 'gematigde' gebruik van zorg moet echter ook geconcludeerd worden dat (ook) in Nederland niet gepaste zorgconsumptie voorkomt. In het vorige hoofdstuk zijn hiervan voorbeelden gegeven. Het kan beter

De mate waarin niet gepast geconsumeerd wordt, is zeer divers:

- Een kleine groep zorgvragers doet snel een beroep op hun arts, ook bij 'gewone' klachten, zoals verkoudheid en hoofdpijn³⁸.
- De variatie kan binnen een specifieke door huisartsen aangevraagde laboratoriumbepaling zeer groot zijn³⁹.

- Specialismen als interne geneeskunde laten een veel grotere spreiding zien in zorgconsumptie per 1.000 inwoners dan heelkundige specialismen⁴⁰.

Er zijn dus terreinen waar overconsumptie bestaat. Op deze gebieden valt dus winst te behalen.

De andere kant van de medaille is onderconsumptie. Op bepaalde terreinen zal de huidige onderconsumptie op termijn tot kosten leiden die te voorkomen zijn door deze onderconsumptie weg te nemen. Een saillant voorbeeld hiervan is diabetes. De kosten van periodieke controles zijn lager dan de kosten als gevolg van voetamputatie, blindheid en nierfalen⁴¹.

De vraag is nu: “Hoe kan bereikt worden dat er nog meer gepast gebruik van zorg wordt gemaakt dan nu het geval is?”. Om deze vraag te beantwoorden moet duidelijk zijn op welke momenten een beslissing tot het gebruik van zorg wordt genomen.

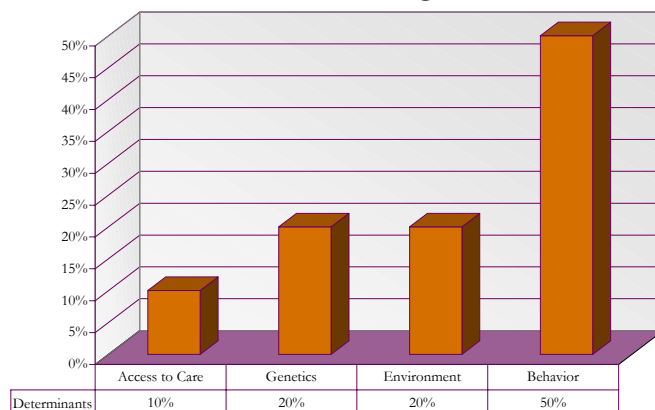
3.2 Beslismomenten

Het beschikbare materiaal maakt het volgende duidelijk:

- Belangrijk is te voorkómen dat de burger voor de vraag komt te staan of hij een professional moet raadplegen. Onderstaand schema laat zien dat gezondheid veel meer bepaald wordt door gedrag dan door de beschikbaarheid van gezondheidszorg.

Voorkomen is beter dan genezen

Schema 3.1 Determinanten van gezondheid



Bron: IFTF; Centers for Disease Control and Prevention

Preventie en het stimuleren van gezonde leefgewoonten zijn dus uiterst belangrijk⁴².

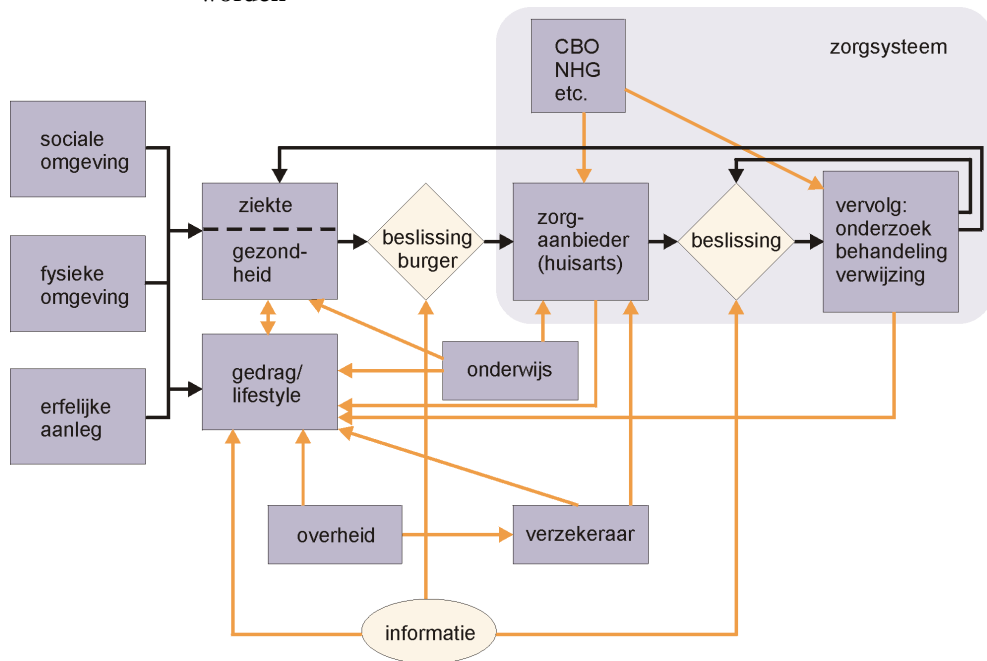
Door aanpassing van leefgewoonten kan 50%-75% van de mensen die als gevolg van een coronaire hartziekte in aanmerking komen voor bypassoperaties of coronair dotteren voorkomen dat zij een dergelijke ingreep moeten ondergaan⁴³.

- b. Doorgaans bepaalt de burger/verzekerde of hij of zij in het medische circuit terecht komt: 'Ga ik naar de dokter of niet?' Hoe beter de burger geïnformeerd is, des te beter kan hij in zo'n geval de juiste afweging maken.

Evaluatie van het zelfzorg-programma 'Healthwise', dat een Amerikaanse werkgever zijn werknemers ter beschikking stelde om hen te helpen gepast gebruik van zorg te maken, wees uit dat 86% van de werknemers meende dat het programma hielp onnodige bezoeken aan de dokter te vermijden; 90% zei beter voorbereid bij de dokter te komen en 88% vond dat het programma vertrouwen gaf om gezondheidsproblemen thuis op te lossen⁴⁴.

- c. In het geval de burger/verzekerde als zorgvrager in het zorgsysteem is gekomen (zie schema 3.2), bepaalt de zorgaanbieder voor 80 à 90% hoeveel zorg geconsumeerd wordt⁴⁵. Een belangrijke schakel daarbij is de huisarts die als poortwachter fungeert.

Schema 3.2 Het kader waarbinnen beslissingen over gezondheid genomen worden



De mate waarin de zorggebruiker de zorgconsumptie bepaalt, is dus relatief gering, alhoewel deze mate in komende jaren waarschijnlijk zal toenemen.

- d. De zorggebruiker heeft binnen het zorgcircuit wel invloed voor wat betreft de keuze van de zorgaanbieder en de keuze al dan niet compliant/therapietrouw te zijn.

Hoofdstuk 4 beschrijft voor de te onderscheiden beslispenpunten welke acties ondernomen moeten worden om tot nog meer gepast gebruik van zorg te komen dan nu het geval is.

4 Aanbevelingen

4.1 Inleiding

Om gepast gebruik te bevorderen dienen op de vier hiervoor genoemde aangrijpingspunten acties te worden ondernomen:

- voorkómen dat de burger moet overwegen een beroep op een zorgverlener te doen: gezondheidsbevordering;
- ondersteunen van de beslissing van de burger om bij een gezondheidsprobleem al dan niet een beroep op een zorgverlener (doorgaans is dit de huisarts) te doen;
- ondersteunen van de beslissing welke zorg geboden moet worden;
- ondersteunen van het nakomen van de afspraken die tussen zorgverlener en zorgvrager zijn gemaakt.

4.2 Gezondheidsbevordering

De burger moet zich bewust zijn van zijn eigen verantwoordelijkheid voor zijn gezondheid.

Gezond gedrag en gezonde leefgewoonten (niet roken, matig alcoholgebruik, veel bewegen, gezonde voeding, enz.) dienen bevorderd te worden, zowel via overheidsprogramma's als door zorgverleners en zorgverzekeraars. Financiële en sociaal-culturele incentives dienen een gezonde leefgewoonte te stimuleren. Ook werkgevers en het onderwijs hebben hierbij een taak⁴⁶.

Om burgers goed geïnformeerd te doen zijn, zijn de volgende maatregelen nodig:

- een goede educatie, zodat bij burgers zoveel mogelijk sprake is van 'health literacy'⁴⁷;
- continue voorlichting en betrouwbare informatieverschaffing over gezondheid en leefwijze; de door de overheid in voorbereiding zijnde portalorganisatie voor zorginformatie aan burgers is in dit verband een goed initiatief.

Educatie en informeren burger
taak van de overheid

Nieuwe communicatie/mediatechnologieën dienen te worden ingezet voor gezondheidsbevordering en -preventie van groepen in de bevolking met leefgewoonten met een hoog risico. Het reduceren van risico's leidt immers tot minder gebruik van zorg⁴⁸.

Op de media dient een beroep gedaan te worden om bij te dragen aan gepast gebruik van zorg. Met name televisie en internet zijn belangrijk voor educatie, voorlichting en het aanspreken van de individuele burger, verzekerde en/of patiënt. Het gaat hierbij om de burger 'health literacy' bij te brengen, gezonde leefgewoonten te bevorderen, zelfzorg en zelfmanagement te bevorderen, en dergelijke. Aan reclame die ongezond gedrag bevordert, dient de overheid beperkingen op te leggen.

Zorgverzekeraars moeten gezond gedrag van burgers stimuleren

4.3 Beslissing van de burger om al dan niet een arts te raadplegen

De burger moet adequate informatie hebben om de beslissing te nemen om al dan niet een beroep te doen op zorg. Uiteraard zijn hierbij educatie en health literacy belangrijk, zoals in de vorige paragraaf is aangeduid. Deze bevorderen adequate zelfzorg en zelfmanagement.

Burgers dienen daarnaast hulpmiddelen ter beschikking te hebben die hen helpen bij het beslissen om al dan niet een arts te raadplegen. Dit kunnen via internet te consulteren 'expert systemen' zijn, bijvoorbeeld aan te bieden via het in de vorige paragraaf genoemde gezondheidsportal. Het is belangrijk dat de burger die via internet informatie over gezondheid en zorg wil krijgen, ervan op de hoogte is dat hij via één website betrouwbare informatie krijgt. Via deze website dient vanuit het perspectief van de consument toegankelijk gemaakte informatie van verschillende bronnen toegankelijk te zijn⁴⁹.

Overheid en zorgverzekeraars moeten zorgen voor call center waar burger met vragen terecht kan

Ook call centers die potentiële zorgvragers informeren en helpen bij hun beslissing kunnen hierbij een belangrijke functie vervullen. Hiermee kan onnodig beroep op zorg door artsen worden verminderd.

Wanneer een burger heeft besloten dat hij een beroep op zorg moet doen, moet hij zich doorgaans tot de huisarts wenden. Om zelfverwijzing, dat wil zeggen het zonder verwijzing van een huisarts consulteren van een medisch specialist, af te remmen is het heffen van een eigen bijdrage, zoals bijvoorbeeld in Noorwegen het geval is, een optie. Voorwaarde daarbij is natuurlijk wel dat de burger 7 dagen per week 24 uur per dag toegang heeft tot huisartsenzorg. Integratie van huisartsenposten met spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen kan hierin voorzien⁵⁰.

Eigen bijdragen bij zelfverwijzen heffen

Zoals in paragraaf 3.1 al is opgemerkt, is er een relatief kleine groep zorgvragers, die ook bij onschuldige klachten snel een beroep op zorg doet. Wanneer de personen die tot deze groep behoren geïdentificeerd kunnen worden, is het zinvol hen aan te spreken c.q. te scholen in meer gepast gebruik van zorg.

4.4 Ondersteunen van de beslissing welke zorg geboden moet worden

Centraal hierbij staat de relatie tussen zorgaanbieder en zorgvrager. Alvorens hierover aanbevelingen te formuleren, komen eerst factoren aan bod die deze relatie beïnvloeden:

- verzekerde pakket;
- richtlijnen voor (medisch) handelen;
- infrastructuur;
- taakverdeling;
- honorering.

Verzekerde pakket

Uitgangspunt voor het verlenen van gepaste zorg is dat deze voor de gebruiker ervan noodzakelijk, effectief en doelmatig is. Niet noodzakelijke zorg dient niet uit collectieve middelen betaald te worden.

Wanneer bewezen is dat een bepaalde interventie bij een bepaalde indicatie niet effectief is, dient het toepassen van deze interventie ook niet uit collectieve middelen betaald te worden. Het ligt dan voor de hand dat de patiënt, indien hij de interventie toch wenst, de kosten ervan zelf draagt. Overigens dient de professional in bepaalde gevallen de interventie in het geheel niet uit te voeren, bijvoorbeeld wanneer dit schadelijk is voor de volksgezondheid (denk bijvoorbeeld aan het onnodig en ongewenst voorschrijven van antibiotica).

Bij gebrek aan bewijs van de effectiviteit van een interventie, hetgeen bij een aanmerkelijk deel van de interventies het geval is⁵¹, dient hiernaar onderzoek plaats te vinden. Indien hiervoor overheidsmiddelen ingezet worden, dient de prioriteitsstelling in beginsel gebaseerd te zijn naar rato van de kosten die betreffende interventies genereren.

Op de vraag welke bewezen effectieve zorg doelmatig is en wel uit de collectieve middelen betaald dient te worden, zal de Raad ingaan in zijn advies over het thema 'Kosten per gewon-

nen levensjaar', dat naar verwachting in 2005 zal worden gepubliceerd.

Richtlijnen voor (medisch) handelen

Zorgaanbieders moeten in beginsel evidence based handelen. Dit handelen is vastgelegd in richtlijnen voor (para)medisch handelen, waarin kosteneffectiviteit verdisconteerd is (evidence based medicine). Bij de opstelling van dergelijke richtlijnen dient de ervaringsdeskundigheid van cliënten/patiënten betrokken te worden. De opstelling van richtlijnen dient geprioriteerd te worden naar deelgebieden die hoge kosten met zich meebrengen. Organisaties als CBO, OMS, NHG, KNGF en CVZ spelen hierbij een belangrijke rol. Deze richtlijnen dienen ook in begrijpelijke taal voor zorgvragers toegankelijk te zijn.

CBO, OMS, NHG, KNGF en CVZ moeten zorgen voor richtlijnen

Het gebruik van richtlijnen dient gestimuleerd te worden. Dit dient onder meer te geschieden door richtlijnen meer in overeenstemming te brengen met de dagelijkse praktijkvoering en op een gebruiksvriendelijke manier toegang te hebben tot richtlijnen wanneer zorg verleend wordt. Dit laatste kan gerealiseerd worden door de inzet van informatie- en communicatietechnologie (ICT), teneinde snel en gebruiksvriendelijk state-of-the-art informatie te krijgen over diagnosestelling en behandeling. Idealiter wordt het medisch handelen ondersteund door de elektronisch vastgelegde patiëntinformatie te relateren aan deze richtlijnen door middel van informatie- en communicatietechnologie.

Richtlijnen integreren in elektronisch patiëntendossier

Gepaste zorg kan tevens gestimuleerd worden door een organisatie in te richten die tot taak heeft de doelmatigheid binnen de zorg te bevorderen. Doelmatigheid dient een geïntegreerd onderdeel van richtlijnen te vormen. Naar analogie van de werkzaamheden die het College voor Zorgverzekeringen verricht op het terrein van de kosteneffectiviteit van geneesmiddelen, verdient het aanbeveling dit te verbreden naar andere vormen van zorg dan alleen farmaceutische zorg.

CVZ moet waken over de doelmatigheid van zorg binnen richtlijnen

Het zorggebruik in Nederland is gematigd in vergelijking met andere westerse landen. Als één van de redenen wordt genoemd dat de functie van de huisarts als poortwachter in belangrijke mate voorkomt dat onnodig beroep gedaan wordt op medisch specialistische zorg. Het is dus verstandig de poortwachtersfunctie niet overboord te gooien en eerst onderzoek te doen naar de meerwaarde van deze functie. Overigens kan de poortwachtersfunctie nog versterkt worden wanneer zorgverzekeraars eisen stellen aan de verwijzing. Zo kan in proto-

Geen ondoordachte dingen doen

collen tussen zorgaanbieders in een regio en de verzekeraar vastgelegd worden dat huisartsen pas doorwijzen wanneer resultaten van gedefinieerde onderzoeken op basis van diagnostische richtlijnen indiceren voor een verwijzing.

Taakverdeling

Voor een effectieve en doelmatige zorgverlening is het belangrijk dat duidelijk is welke beroepsbeoefenaar welke taak uitoefent. Een deel van de werkzaamheden die artsen doen, kan door anderen worden uitgevoerd. Verpleegkundigen, nurse-practitioners, praktijkassistenten e.d. moeten een belangrijke functie vervullen bij een goede communicatie met en adequaat informeren van de patiënt. Vooral voor het geprotocolleerd ondersteunen van chronisch zieken kunnen zij taken van medici overnemen. Taakherschikking is een middel om dit te realiseren⁵².

Informatie-infrastructuur

Zorgaanbieders moeten goed geïnformeerd zijn over hun patiënten om gepaste zorg te kunnen verlenen. Hiervoor is het nodig dat er een informatie-infrastructuur en -architectuur voor patiëntendossiers is, waarmee beroepsbeoefenaren op het juiste moment over de juiste informatie kunnen beschikken op de plaats waar de zorg verleend wordt. Hiermee kan ondermeer voorzien worden in continuïteit van zorg en kan onnodig (dubbel) onderzoek en kunnen medicatie- en (andere) medische fouten worden voorkomen. Volgens het NICTIZ zal dit in 2006 voor het medicatiedossier gerealiseerd zijn.

Overheid en NICTIZ moeten zorgen voor informatie infrastructuur

Zorgvragers dienen de mogelijkheid te krijgen hun eigen dossier (online) te raadplegen. Dit vergroot hun betrokkenheid en neemt belemmeringen weg om elders te rade te gaan.

Het gesignaleerde toenemende consumentisme in de zorg kan positief gekanaliseerd worden door de zorgvrager in begrijpelijke taal informatie te geven over evidence based medisch handelen (richtlijnen) en de performance van zorgaanbieders.

Zorgvragers dienen dus ook adequate informatie te hebben over zorgaanbieders en hun performance. Dit helpt hen bij hun keuze; belangrijker nog is dat het zorgaanbieders stimuleert tot het leveren van betere zorg. Gegevens over de performance van zorgaanbieders en zorgverzekeraars dienen openbaar te worden⁵³.

Overheid moet zorgvragers informeren over de prestaties van zorgaanbieders

Zorgverzekeraars moeten de door hen gecontracteerde zorgaanbieders spiegelinformatie over hun (medisch) handelen geven. Aan de hand van deze informatie kunnen zorgverzekeraars in discussie treden met zorgaanbieders die in hun handelen sterk van het gemiddelde afwijken.

Zorgverzekeraars moeten zorgaanbieders spiegelinformatie verschaffen

Honorering

Zoals in paragraaf 2.10 is aangegeven is de wijze van honorering van professionals van invloed op het gebruik van zorg. Een adequate honorering van zorgaanbieders is één van de prikkels die gewicht in de schaal legt om tot gepaste zorg te komen. Een combinatie van ‘vaste’ bedragen (salaris, abonnementsysteem e.d) met een pay-for-performance element lijkt dit het meest te bevorderen. Pay-for-performance is zeker niet identiek aan pay-for-production; performance indicatoren kunnen ook procesindicatoren zijn. Eén van de methoden om performance vanuit de optiek van patient centered medicine te meten is Consumer Assessment of Health Plans (CAHPS), ontwikkeld in opdracht van het Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)⁵⁴.

Verzekeraars dienen gepaste zorg te bevorderen door zorg te contracteren en (deels) te betalen naar resultaat. Dit houdt onder meer in dat zorgaanbieders in hoge mate (80-85%) handelen op basis van evidence based richtlijnen (uiteraard voor zover deze beschikbaar zijn). Daarnaast kan de verzekeraar de zorgaanbieder belonen naar het bereikte resultaat in termen van gezondheidsresultaat.

Zorgverzekeraars moeten zorgaanbieders contracteren en honoreren naar resultaat

Zorgverzekeraar VGZ heeft onlangs met het Maasziekenhuis in Boxmeer een samenwerkingsovereenkomst getekend waarin een aantal prestatieindicatoren is opgenomen. De indicatoren gaan over de te leveren productie, de wachtlijsten en de kwaliteit van de geleverde zorg. Bij elke indicator kan het ziekenhuis punten verdienen. Presteert het ziekenhuis goed dan krijgt het een bonus die kan oplopen tot 65.000 euro. Presteert het echter onder de maat dan dreigt een malus van 50.000 euro. Het streven van VGZ is om met alle zestien ziekenhuizen in Zuid-Nederland een dergelijke overeenkomst af te sluiten⁵⁵.

Overigens dienen pay-for-performance elementen flexibel (materieel en immaterieel) te kunnen zijn in de zin dat zij optimaal handelen faciliteren.

Arts-patiëntrelatie

Het waar mogelijk praktiseren van evidence based medicine is één uitgangspunt voor het (para)medisch handelen. Het tweede is patient centered medicine ofwel patiëntgericht medisch handelen. Betrokkenheid van de zorgvrager in het zorgproces leidt tot grotere patiënttevredenheid, beter resultaat en betere therapietrouw. Deze betrokkenheid kan verbeterd worden wanneer:

- zorgverleners patiëntgericht handelen, onder meer door shared decision making; hiervoor is meer aandacht nodig in opleiding en nascholing van zorgverleners⁵⁶;
- de positie van de patiënt binnen de arts-patiëntrelatie versterkt wordt, door met name de patiënt adequate informatie te geven. Hierdoor worden het vertrouwen in de arts en de compliance vergroot, en het resultaat verbeterd. Dit kan ertoe leiden dat zorggebruik, zoals diagnostisch onderzoek en verwijzingen, verminderd wordt. Arts en patiënt kunnen bijvoorbeeld afspreken om nog enkele dagen aan te zien of een zich voordoend gezondheidsprobleem vanzelf overgaat en bijvoorbeeld bloedonderzoek uitstellen. Een en ander houdt ook in dat zorgverleners zorgvuldig dienen te checken of de patiënt de gemaakte afspraak begrepen heeft.

Zorgaanbieders moeten betrokkenheid patiënt vergroten door shared decision making

Overheid en patiëntenverenigingen moeten positie patiënt versterken

Artsen en patiënten moeten geprikkeld worden samen opties voor interventies te beoordelen op onder meer slagingskans en neveneffecten op grond van bestaand bewijsmateriaal voor desbetreffende interventie. Hiertoe dienen patiënten middelen ter beschikking te krijgen die hen helpen bij het nemen van beslissingen, bijvoorbeeld over verschillende opties voor onderzoek en behandeling, en eventuele verwijzing.

Zorgaanbieders moeten zorgvragers informeren over onderzoek en behandeling

Zorgvragers moeten bewust gemaakt worden van de kosten die de aan hen verleende zorg met zich meebrengt. Eén concrete mogelijkheid is het heffen van eigen bijdragen door verzekeraars met het oogmerk doelmatige zorg te stimuleren. Kostenbesparingen kunnen gerealiseerd worden zonder dat dit leidt tot negatieve effecten op gepast gebruik, wanneer zorgverzekeraars hun verzekerden bewegen zorg van ‘preferred providers’ te betrekken. Indien verzekerden voor andere (niet-gecontracteerde) zorgaanbieders kiezen, betalen zij een eigen bijdrage.

Zorgverzekeraars moeten doelmatige zorg stimuleren door heffen eigen bijdrage voor niet-gecontracteerd zorgaanbod

4.5 Ondersteunen van het nakomen van afspraken

Om het gewenste effect van behandeling te krijgen, is compliance/therapietrouw belangrijk. In veel gevallen ontbreekt het hieraan. De afspraken tussen professional en zorgvrager zijn in een aantal gevallen niet duidelijk voor de patiënt. Soms onbewust, in andere gevallen bewust, komt de patiënt de gemaakte afspraken niet na.

Zorgvragers moeten daarom informatie krijgen die hen duidelijk maakt op welke manier zij met hun zorgverlener gemaakte afspraken kunnen naleven en waarom dit zo belangrijk is. Wanneer deze afspraken voortvloeien uit shared decision making is de kans op terapietrouw groter.

Patiënten dienen geholpen te worden om terapietrouw te zijn.

Een verzekeraar kan zijn verzekerde faciliteiten bieden om terapietrouw te zijn, bijvoorbeeld door deze op afstand (via internet) te begeleiden⁵⁷.

Zorgverzekeraar kan patiënt helpen terapietrouw te zijn

Door individuele patiëntinformatie te koppelen aan algemene gegevens en zo gepersonaliseerde gegevens aan de patiënt ter beschikking te stellen in de door hem gewenste vorm (papier, e-mail, enz.) krijgt de patiënt op zijn persoonlijke situatie toegespitste informatie.

Meer dan 60% van de huisartsen gebruikt NHG-patiëntenbrieven met voedingsadviezen weinig. Dit kan verbeterd worden door integratie van deze brieven in het huisartsinformatiesysteem⁵⁸.

4.6 Epiloog

In het voorgaande heeft de Raad de vier beleidsvragen beantwoord, en dit vergezeld doen gaan van aanbevelingen om gepaste zorg te stimuleren. In deze paragraaf worden de antwoorden kort samengevat.

Onderscheidt Nederland, wat betreft zorgconsumptie, zich van andere, cultureel vergelijkbare landen?

Wanneer het gebruik van zorg tussen landen vergeleken wordt, blijkt dat Nederland redelijk gunstig afsteekt ten opzichte van een groot aantal andere westerse landen. Zorgvragers stellen in

het algemeen geen overspannen eisen en zorgaanbieders lijken zich beter aan richtlijnen te houden dan zorgaanbieders in andere landen.

Welke prikkels krijgen patiënten en zorgverleners in andere cultureel vergelijkbare landen om niet onnodig zorg te consumeren?

Er bestaat een groot scala aan prikkels. Veel prikkels zijn van financiële aard en zijn gericht op het beperken van de kosten van de zorg en niet zo zeer op gepast gebruik. Dit is niet verwonderlijk, want veel zorgsystemen kampen immers met exploderende zorguitgaven. Uit de analyse van de ingezette prikkels kan niet geconcludeerd worden dat er prikkels zijn die bewezen effectief zijn om gepast gebruik te bevorderen. Wel kan geconcludeerd worden dat om gepast gebruik door zorgvragers te stimuleren niet-financiële prikkels waarschijnlijk effectiever zijn dan financiële prikkels. Het gevaar van het gebruik van financiële prikkels kan zijn dat zij tot onderconsumptie leiden, hetgeen tot individueel leed en in een later stadium vaak tot hogere kosten kunnen leiden dan bij gepaste zorg het geval zou zijn geweest. Financiële prikkels kunnen in een aantal gevallen wel werken, bijvoorbeeld wanneer het gaat om bevordering van de doelmatigheid. Voorbeelden hiervan zijn het heffen van een eigen bijdrage voor toegang tot bepaalde zorgaanbieders, bijvoorbeeld toegang zonder verwijzing tot de medisch specialist (vast te stellen door de overheid) of toegang tot niet door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgverleners (vast te stellen door de zorgverzekeraar).

Welke prikkels zijn bruikbaar in de Nederlandse situatie ofwel welke prikkels leiden tot gepaste zorg?

Zoals hiervoor al aangeduid, zijn voor zorgvragers niet-financiële prikkels te verkiezen boven financiële prikkels om gepast gebruik van zorg te bevorderen. Belangrijke prikkels in dit verband zijn:

- adequate informatievoorziening voor alle actoren in de zorg: burger/verzekerde/patiënt, zorgaanbieder en zorgverzekeraar;
- aanbieden van hulpmiddelen bij de besluitvorming, bijvoorbeeld in de vorm van call centers;
- aanbieden van hulpmiddelen die patiënten voor zelfmanagement van zorg kunnen hanteren.

Financiële prikkels zijn mogelijk zinvol wanneer de zorgverzekeraar de zorgvrager 'stuurt', bijvoorbeeld door eigen bijdragen te heffen voor zorg die door anderen dan 'preferred pro-

viders' geleverd wordt. Het gaat hierbij dan met name om bevordering van de doelmatigheid.

Voor zorgaanbieders is een mix aan financiële en niet financiële prikkels aangewezen. Dit is in paragraaf 2.10 uiteengezet. Opgemerkt dient te worden dat prikkels voor aanbieders een veel grotere invloed op het gebruik van zorg zullen hebben dan prikkels aan de vraagzijde⁵⁹.

Op welke wijze kunnen de kosten voor gezondheidszorg beheerst worden in een omgeving waarin sprake is van marktgerichte zorg en verzekering en kostenbeheersing niet meer identiek is aan budgettering en aanbodregulering?

Ook hiervoor geldt dat het geven van adequate informatie een sleutelrol heeft. Zoals gezegd is informatie over gezonde leefgewoonte belangrijk om een beroep op zorg te voorkomen. Informatie en hulpmiddelen om deze informatie te gebruiken, helpen burgers om de juiste afweging te maken om al dan niet een arts te raadplegen. Eenmaal in het zorgcircuit zijn gegevens over de performance van zorgaanbieders (zowel qua proces als outcome) belangrijk bij de keuze van een zorgaanbieder. Houdt de zorgaanbieder zich aan richtlijnen en hoe groot is het slagingspercentage zijn bijvoorbeeld belangrijke gegevens. Hierbij kan tevens ingespeeld worden op trends in de samenleving. Zo kan de toename van consumentisme benut worden om zorgaanbieders te stimuleren tot een samengaan van evidence based en patient centered medicine. Goed geïnformeerde zorgvragers zullen kiezen voor zorgaanbieders met een goede performance en zij zullen van zorgaanbieders eisen dat zij conform the state-of-the-art (richtlijnen) handelen. Ook zorgverzekeraars kunnen hierbij een belangrijke rol spelen door zorgaanbieders te contracteren en te belonen mede op grond van hun performance, alsmede eigen bijdragen te introduceren voor zorgverlening door andere zorgverleners dan de door hen direct gecontracteerden.

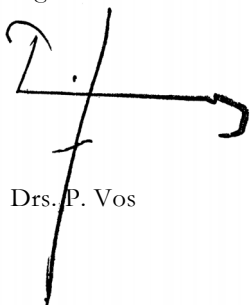
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,

Voorzitter,

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'R' followed by a horizontal line.

Drs. F.B.M. Sanders

Algemeen secretaris,

A handwritten signature in black ink, consisting of a vertical line with a horizontal crossbar and a small loop at the end.

Drs. P. Vos

Bijlagen

Bijlage 1

Adviesaanvraag

Uit: Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, drs. C. Ross-van Dorp d.d. 25 februari 2003.

Prikkels om overconsumptie van zorg tegen te gaan

Er is in Nederland sprake van een cultuur van 'ik-heb-er-met-mijn-verzekeringspremie-toch-voor-betaald?' Dit nodigt uit tot overconsumptie van zorg, ogenschijnlijk overbodige consulten, doktersbezoek en diagnostiek. Ook bestaat het gevoel dat aan de aanbodzijde soms overbodige diagnostiek, interventies en consulten worden aangeboden vanuit een houding 'je-kunt-nooit-weten; laten-we-elk-risico-uitsluiten?'. Hoeveel dat is, is onduidelijk, evenals de vraag wat overbodig is. Een maat voor overbodigheid bestaat ook niet.

De eerste vraag is of Nederland wat betreft zorgconsumptie zich onderscheidt van andere, cultureel vergelijkbare landen. De tweede vraag is hoe in andere landen patiënten en zorgverleners worden uitgedaagd, geprikkeld en/of beloond om onnodige zorgconsumptie tegen te gaan. Wat werkt en wat werkt niet. De vervolgvraag is welke buitenlandse praktijken bruikbaar zijn in de Nederlandse zorgcontext.

De RVZ wordt gevraagd een dergelijke analyse te verrichten en daarover te adviseren in het licht van de veranderingen waaraan het Nederlandse zorgsysteem bloot staat.

Bijlage 2

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Voorzitter:

Drs. F.B.M. Sanders

Leden:

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

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

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

Mw. prof. dr. J.P. Holm

Mw. J.M.G. Lanphen, huisarts

Mr. A.A. Westerlaken

Algemeen secretaris:

Drs. P. Vos

Bijlage 3

Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Vanuit de Raad

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

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

Samenstelling ambtelijke projectgroep

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

Mw. mr. J. Dijkman, projectmedewerker

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

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

L. Ottes, arts, projectmedewerker

Mw. A.J.J. Dees, projectsecretaresse

Bijlage 4

Verantwoording van de procedure van voorbereiding van het advies

Uitgangspunt voor het uitbrengen van dit advies is het door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vastgestelde adviesprogramma en het hiervan afgeleide werkprogramma van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg voor 2003-2004. Gebaseerd op het advies- en werkprogramma heeft het projectteam een plan van aanpak opgesteld. Op grond van dit plan zijn de volgende activiteiten ondernomen.

Het RVZ- projectteam is in augustus 2003 begonnen met het inventariseren van het over dit onderwerp beschikbare materiaal. Parallel aan deze activiteiten heeft het projectteam met deskundigen/belanghebbenden in het veld contact gehad in de vorm van bilaterale gesprekken teneinde inzicht te krijgen in de problemen en de visies over dit onderwerp. Overleg is gevoerd met:

- Mw. drs. I. van Bennekom-Stompedissel (Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie)
- Mw. drs. A. ter Brugge (Nederlandse Huisartsen Genootschap)
- Drs. C.W.J.M. van Ewijk (Achmea Zorgverzekeringen)
- P.K.H. van Gessel (Zorg en Zekerheid)
- L. Goudswaard, huisarts (Nederlands Huisartsen Genootschap)
- Prof. dr. R.P.T.M. Grol (Centre for Quality of Care Research WOK)
- Mr. W. Gruisen (CZ-groep)
- Mw. drs. R. Hamer (Rand Europe Corporation)
- J. Hendriks (AGIS Zorgverzekeringen)
- Mw. N. Huiskes, arts (CZ-groep)
- Dr. J. Kahan (Rand Europe Corporation)
- A.W. Kok (Zorg en Zekerheid)
- O. Marchesini (AGIS Zorgverzekeringen)
- J. van Niekerk, arts (Achmea Zorgverzekeringen)
- Prof. dr. M. Offringa (AMC, Dutch Cochrane Center)
- Mw. dr. W. Oortwijn (Rand Europe Corporation)
- Prof. dr. J. Wyatt (National Institute for Clinical Excellence)

Daarnaast is met vele personen in zowel binnen- als buitenland via e-mail gecorrespondeerd om informatie te krijgen en visies te vernemen. In het bijzonder is hierbij dank verschuldigd aan dr. J.J. Polder (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) en dr. E. Fisher (Dartmouth Medical School).

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommitteerd.

De volgende externe deskundigen hebben in opdracht van de Raad een bijdrage geleverd in de vorm van een document dat bouwstenen voor het advies opleverde:

- Prof. dr. F.F.H. Rutten en dr. W. Brouwer over 'Over- en onderconsumptie vanuit economisch perspectief'
- Mw. drs. M. Harmsen, mw. dr. J. Braspenning en prof. dr. R.P.T.M. Grol Centre for Quality of Care Research (WOK) over 'Over- en onderconsumptie in de gezondheidszorg: het handelen volgens (evidence based) richtlijnen'.

Beide studies zijn, samen met andere - door secretariaatsmedewerkers opgestelde - studies, opgenomen in de publicatie 'Met het oog op gepaste zorg'.

Andere bouwstenen voor het advies vormen de resultaten van onderzoeken onder consumenten en onder huisartsen en medisch specialisten. Het betreft hier de volgende onderzoeken:

- Zorgconsumptie en de rol van de zorgconsument door Trendbox B.V. (onderzoek onder 1655 consumenten)
- Zwangerschap en zorgconsumptie door TNS NIPO (onderzoek onder 254 zwangere vrouwen)
- Zorggebruik en vraagsturing: de invloed van consumenten via artsen door TNS NIPO (onderzoek onder 157 huisartsen en 350 medisch specialisten)
- Internetgebruiker en gebruik van zorg door Flycatcher (onderzoek onder 2065 Internetgebruikers).

De resultaten van deze onderzoeken zijn gebundeld in de publicatie 'De invloed van de consument op het gebruik van zorg'.

In vervolg op voornoemde activiteiten heeft het projectteam een notitie met discussiepunten opgesteld. Deze notitie is aan de orde gesteld tijdens een consultatieve bijeenkomst die op 6 april 2004 in Utrecht is gehouden. Bijlage 5 bevat een beknopt verslag van deze bijeenkomst en de lijst met deelnemers.

Tijdens de adviesprocedure is contact onderhouden met drs. C.M. Vos van het ministerie van VWS. In de eindfase van het adviestraject is de onderhavige materie besproken met drs. M.J. van Rijn, directeur-generaal gezondheidszorg van dit ministerie.

Op 15 april 2004 heeft de Raad dit advies vastgesteld.

Bijlage 5

Verlag van de consultatieve bijeenkomst gehouden op 6 april 2004 te Utrecht

Aanwezigen

Leden Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

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

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

RVZ-secretariaat

Mw. mr. J. Dijkman

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

Mw. mr. M. de Lint

Drs. L. Ottes, arts

Drs. A.J.G. van Rijen

Genodigden

Mw. prof. J.M. Bensing

NIVEL

Dr. A. Boer

College voor Zorgverzekering-
gen

M.J.W. Bontje

Zorgverzekeraars Nederland

Drs. R.J. van den Brink

Ministerie van Volksgezond-
heid, Welzijn en Sport

M. Favié, apotheker

Koninklijke Nederlandse Maat-
schappij ter bevordering der
Pharmacie

Prof. dr. R.P.T.M. Grol

Centre for Quality of Care
Research WOK

L. Goudswaard, huisarts

Nederlands Huisartsen Ge-
nootschap

P.C.H.M. Holland, arts

Koninklijke Nederlandsche Maat-
schappij tot bevordering der
Geneeskunst

Mw. H. Hillmann

Landelijk Expertisecentrum
Verpleging en Verzorging

Prof. dr. R.A.B. Oostendorp

Nederlands Paramedisch Insti-
tuut

Dr. J.J. Polder

Rijksinstituut voor Volksge-
zondheid en Milieu

Prof. dr. F.F.H. Rutten

Erasmus Universiteit Rotter-
dam

J.F. Santen, huisarts	Landelijke Huisartsen Vereniging
Mw. A. Schipaanboord	Nederlandse Patiënten/ Consumenten Federatie
R.J.P.M. Scholten MD, PhD Prof. dr. P.A.M. Vierhout, chirurg	AMC, Dutch Cochrane Center Orde van Medisch Specialisten

Verslag op hoofdlijnen

Algemene opmerkingen

Benadrukt wordt dat het van belang is niet alleen aandacht te hebben voor overconsumptie, maar ook voor onderconsumptie. Daarnaast wordt de suggestie gedaan om in het advies nadrukkelijk te onderscheiden naar zorg- en patiëntencategorieën.

Een volgende algemene opmerking betreft de rol van de overheid; deze blijft in de notitie (ten onrechte) buiten beschouwing. Tenslotte wordt opgemerkt dat in het discussiestuk niet wordt gesproken over ‘verkeerd gebruik’ van zorg. Daarmee wordt bedoeld op de rol die verpleegkundigen en verzorgenden hebben in het stimuleren van juist gebruik; zij komen in de notitie niet of nauwelijks aan bod.

Prikkels (voor gepast gebruik) voor de zorgaanbieder

De discussie spitst zich toe op het hanteren van richtlijnen door professionals. Opgemerkt wordt dat, ook al zijn er richtlijnen, veel ruimte bestaat om bepaalde handelingen wel of niet te doen. Overconsumptie komt vooral voort uit de behoefte van artsen om zich in te dekken, uit onervarenheid van artsen en uit wantrouwen van patiënten jegens artsen (second opinion). Bekend is ook dat minder goede artsen meer onderzoek genereren. Door opleidingen te verkorten, dreigt het gevaar van onnodig gebruik van zorg. Daarnaast vindt aanvullend onderzoek plaats om opname op een wachtlijst te voorkomen.

De noodzaak tot het volgen van evidence based richtlijnen wordt in algemene zin onderschreven. Het ligt voor de hand om eigen professionele standaarden als uitgangspunt te nemen. Het proces van richtlijnontwikkeling verdient daarbij nadrukkelijke aandacht. Daarbij gaat het erom dat alle aspecten worden meegenomen; niet alleen de kosteneffectiviteit, maar bijvoorbeeld ook rechtvaardigheid.

Op de vraag hoe professionals geprikkeld kunnen worden tot het goed volgen van richtlijnen wordt geantwoord dat spiegelinformatie heel belangrijk is. Daarmee wordt gefocust op afwijkend gedrag en dat spreekt aan. Het is daarbij overigens wel aan te raden de uitkomsten niet absoluut te nemen; ze vormen veeleer een indicatie en daarmee aanknopingspunt voor een gesprek tussen professional en verzekeraar. Dit geldt bijvoorbeeld voor de in de notitie naar voren gebrachte regionale verschillen in zorgconsumptie.

In dit verband wordt overigens opgemerkt dat zorgverzekeraars binnen het huidige contractenstelsel al veel kunnen doen om de nodige feedback te genereren. Een wijziging van het overeenkomstenstelsel (loslaten contracteerplicht) is in die zin niet strikt noodzakelijk.

Hoewel erkend wordt dat daar waar richtlijnen zijn de ‘interdoktervariatie’ afneemt, is een relativering op zijn plaats: er is meer dan evidence based richtlijnen. Vooral de cultuur speelt een grote rol. In de Nederlandse huisartsenzorg heerst een cultuur van terughoudendheid. Internationaal gezien doet Nederland het niet slecht; dat blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat in Nederland het minst antibiotica worden voorgeschreven. Het is dan ook van belang die cultuur te behouden. Deze staat echter onder druk: er is onzekerheid over het behoud van de poortwachtersfunctie van de huisarts.

Verder is het van belang dat richtlijnen toegankelijk zijn. Deelnemers geven aan dat veel richtlijnen inmiddels via internet goed toegankelijk zijn en dat patiënten daar in toenemende mate gebruik van maken. In algemene zin leidt internetgebruik, gebruik van call centers e.d. tot minder huisartsenbezoek.

Hier staat tegenover dat er ook een tendens is dat mensen als gevolg van internetgebruik veeleisender worden: ‘men wil alles uit de kast’. Dit past in het meer algemene beeld van de veranderende samenleving: mensen leven ongezond(er) en willen ‘snelle’ middelen om van hun klachten af te komen.

Een andere prikkel voor zorgaanbieders die in de discussienotitie wordt genoemd, is het principe van ‘pay-for-performance’. Hierover wordt opgemerkt dat dit soms wel, maar soms ook niet werkt. Zo heeft het voorbeeld van de griepvaccinaties aangetoond dat niet alleen de financiële beloning van belang is, maar vooral de invulling van randvoorwaarden: er moet een organisatie zijn waarin een dergelijk project kan worden inge-

bed. Het is dus van belang om eerst de benodigde randvoorwaarden te creëren. Dat kan met behulp van ICT, samenwerkingsverbanden etc.

Een tweede opmerking ten aanzien van het principe pay-for-performance is dat hierin het gevaar ligt dat uitsluitend het 'doen' wordt beloond. Dat zou ten koste kunnen gaan van communicatie, uitleg en begeleiding en daarmee een verkeerde ontwikkeling zijn.

Prikkels (voor gepast gebruik) voor de consument

Als het gaat om prikkels voor de consument is het van belang onderscheid te maken tussen diagnostiek en therapie: waar het diagnostiek betreft zullen mensen veeleer geneigd zijn van alles te willen, terwijl ze ten aanzien van therapie beduidend terughoudender zijn. Dat geldt vooral voor het gebruik van geneesmiddelen. Dit gegeven heeft ongetwijfeld invloed op de therapietrouw.

De rol van de huisarts als poortwachter is heel belangrijk voor gepast gebruik van zorg. Die functie staat echter onder druk; dat blijkt onder meer uit het toekennen van een verwijfsfunctie aan bedrijfsartsen, het mogelijk maken van rechtstreekse toegang tot fysiotherapie etc. Minstens zo belangrijk is de rol van praktijkassistenten en verpleegkundigen; zij zijn als geen ander in staat tot het geprotocolleerd ondersteunen van bijvoorbeeld chronisch zieken.

Op de vraag of het proces van de ontwikkeling van nieuwe zelfstandige beroepen en vrije toegang onomkeerbaar is, wordt opgemerkt dat dit weliswaar de realiteit is, maar dat het een gestuurde realiteit betreft. Het is daarom van belang aan te tonen dat de poortwachtersfunctie goed werkt en behouden moet blijven.

Het invoeren/verhogen van eigen bijdragen kan een prikkel vormen voor consumenten, mits juist toegepast. Zo heeft in Duitsland de introductie van een eigen bijdrage voor huisartsenzorg tot een drastische inperking van het huisartsenbezoek geleid. Die bijdrage moet dan wel meteen worden geïnd en niet een half jaar later, zoals thans wordt voorgesteld t.a.v. het huisartsenbezoek in Nederland. Het effect op het volume is dan waarschijnlijk nihil.

In de notitie wordt gemeld dat is vastgesteld dat een kwart van het huisartsenbezoek (achteraf gezien) onnodig was. Bij deze

constatering past de kanttekening dat ‘onnodig’ niet wil zeggen ‘zinloos’; veel mensen consulteren de huisarts omdat ze ongerust zijn; ook al moet achteraf worden vastgesteld dat er geen reden was tot ongerustheid (en het bezoek in die zin ‘onnodig’ was), dan nog is het wegnemen van die ongerustheid een zinvolle zaak.

Een tweede kanttekening is dat een dergelijke constatering niet goed te rijmen is met het uitgangspunt van vraaggestuurde zorg.

Een andere suggestie is een prikkel te zetten op het niet goed gebruik maken van zorg (non-compliance).

Ook wordt de suggestie gedaan het probleem van overconsumptie toe te spitsen op patiëntencategorieën, zodat gerichte prikkels kunnen worden gegeven.

Verder moet er in de opleiding van huisartsen meer aandacht zijn voor de communicatie tussen arts en patiënt. Artsen zouden ook afgerekend moeten worden op hun feitelijke performance. Een goed voorbeeld hiervan vormen de HMO's in de VS. Het introduceren van ‘kijk-en-luister-geld’ zou daarbij kunnen helpen (ofwel niet alleen productie moet beloond worden).

Steeds meer studies tonen aan dat zogenoemd ‘uitstelgedrag’ een gunstig effect heeft op gepast gebruik van zorg. Een voorbeeld hiervan is het voorschrijven van antibiotica onder de afspraak dat pas tot gebruik wordt overgegaan indien de klachten langer dan vijf dagen aanhouden. Het verdient aanbeveling dit een formele plaats te geven.

Tenslotte wordt gewezen op het belang van goede voorlichting. Zo is een veelvoorkomend probleem dat patiënten na het lezen van bijsluiters toch maar besluiten de inmiddels afgehaalde geneesmiddelen niet in te nemen. Door vooraf adequate voorlichting te geven, kan dit worden voorkomen.

Prikkels (voor gepast gebruik) voor de zorgverzekeraar

Naast patiënteninformatie vormt spiegelinformatie een prikkel voor verzekeraars. Privacywetgeving staat echter in de weg aan het verkrijgen van informatie van zorgaanbieders over hun handelen.

Een ander prikkel ligt besloten in de honoreringsstructuur. Een verrichtingentarief werkt productieverhogend, terwijl

lump sum financiering het tegenovergestelde effect heeft. Bij huisartsen wordt een evenwicht bereikt door de combinatie van abonnement plus een systeem van pay for performance. Er ligt nu een voorstel van het kabinet om in de huisartsenzorg (geheel) over te stappen op een soort verrichtingssysteem teneinde deze zorg onder de no-claim te kunnen brengen. De deelnemers spreken zich echter nadrukkelijk uit voor een gemengd systeem.

Overigens wordt benadrukt dat de beste bonus niet per definitie een financiële is. Door de hoge werklast hechten veel professionals meer aan bijvoorbeeld praktijkondersteuning.

Verzekeraars zouden meer moeten doen aan het inkopen van kwaliteit. Het honoreringssysteem moet dusdanig zijn dat kwaliteit wordt beloond, niet alleen productie.

Verzekeraars kunnen niet veel doen aan verzekerden die zich 'niet goed' gedragen. Declaraties geven daarover geen inzicht. Bekend is wel dat bepaalde groepen mensen bewust de huisarts omzeilen. Vraag is hoe je daar tegen kunt optreden. De wetgever zou dat moeten regelen.

Opgemerkt wordt dat de regierol van verzekeraars een regionale benadering veronderstelt en dat deze rol zich niet verdraagt met landelijke verzekeraars. Hierop wordt gereageerd met de stelling dat over de regierol veel misvattingen bestaan; verzekeraars zien zichzelf veeleer in een makelaarsrol, zeker niet als regisseur. Verder zou een regionale indeling van werkgebieden van verzekeraars funest zijn voor marktwerking.

In dit verband wordt gewezen op de plannen van de overheid. In de nieuwe zorgverzekeringswet wordt vrijwel alles overgelaten aan de verzekeraar; de overheid trekt zich nagenoeg geheel terug. Het wordt belangrijk geacht dat de verantwoordelijkheden van zorgverzekeraars en overheid worden afgebakend.

Ook is het belangrijk op welke manier het verzekerde pakket gedefinieerd wordt. Wanneer dit functiegericht gebeurt dan biedt dit geen aanknopingspunt om overconsumptie tegen te gaan. Het heeft risico's voor de regie op over- en onderconsumptie.

Zorgverzekeraars gaan er, bij vraaggerichte zorg en marktwerking vanuit dat als de zorgvrager overconsumptie wil, hij dat bij marktconforme zorg krijgt.

Er wordt voor gepleit het financieringssysteem af te stemmen op het ordeningssysteem van het verzekerde pakket. Ook wordt het van belang geacht dat zorgaanbieders en verzekeraars moeten samenwerken en verantwoordelijkheden moeten nemen om overconsumptie te voorkomen.

Tot slot worden nog enkele suggesties gedaan. Gepleit wordt voor een enkelvoudig patiëntendossier. Overdracht van patiëntgegevens is belangrijk. Ongewenste 'privacyblokkades' die het bewaken van de kwaliteit van de zorg in de weg staan, moeten worden opgeheven. De juiste professional moet voor de juiste klacht worden ingezet. Innovatie moet meer mogelijk gemaakt worden. Regelgeving en financiering belemmeren dit momenteel. En de overheid moet niet bezuinigen op onderzoek.

Bijlage 6

Literatuur

- ¹ Rutten, F.F.H. en W.B.F. Brouwer. Over-, onder- en gepaste consumptie in de zorg vanuit economisch perspectief. In: Met het oog op gepaste zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004.
- ² Little, P., et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *British Medical Journal*, 322, 2001, p. 468- 474.
en
Stewart, M. Towards a global definition of patient centred care; the patient should be the judge of patient centred care. *British Medical Journal*, 322, 2001, p. 444-445.
- ³ OECD Health Data 2003.
- ⁴ Nauta, J.A., L. Ottes en A.J.G. van Rijen. Zorgconsumptie vergeleken. In: Met het oog op gepaste zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004.
- ⁵ Sociaal en Cultureel Planbureau Sociaal en Cultureel Rapport 2000, Nederland in Europa. Den Haag: SCP, 2000.
- ⁶ Rijen, A.J.G. van en L. Ottes. Regionale verschillen in het gebruik van zorg. In: Met het oog op gepaste zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004.
- ⁷ Gegevens naar aanleiding van het sluiten van het Sint Antonius Ziekenhuis te Horst en het Stadsziekenhuis te Kampen. Zie onder meer: Post, D., et al.. Verandering van patiëntenstromen na sluiting ziekenhuis. *Medisch Contact*, 1997, no. 12, p. 383-385.
- ⁸ Harmsen, M., J. Braspenning en R.P.T.M. Grol. Het handelen volgens (evidence based) richtlijnen. In: Met het oog op gepaste zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004.
- ⁹ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Zorggebruik en vraagsturing: de invloed van consumenten via artsen, onderzoek TNS NIPO. In: De invloed van de consument op het gebruik van zorg. Zoetermeer: RVZ, 2004.
- ¹⁰ Beijer, H.J.M. en K.J. de Blaeij. Betere medicatiebegeleiding bespaart ziektelast én geld. *Pharmaceutisch weekblad*, jrg. 137, 2002, no. 17, p. 609-612.
- ¹¹ Foekema, H. en C. Hendrix. Fouten worden duur betaald. Amsterdam: TNS NIPO, 2004.

- ¹² Dijkman, J. Overconsumptie door claimcultuur?. In: Met het oog op gepaste zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004.
- ¹³ Rijen, A.J.G. van en W.G.M. van der Kraan. Arts, patiënt en gebruik van zorg. In: Met het oog op gepaste zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004.
- ¹⁴ Idem.
- ¹⁵ De resultaten van deze onderzoeken zijn opgenomen in: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De invloed van de consument op het gebruik van zorg. Zoetermeer: RVZ, 2004.
- ¹⁶ TNS NIPO. Nauwelijks draagvlak voor eigen bijdrage huisarts. Persbericht TNS NIPO, 1 maart 2004
- ¹⁷ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Zorggebruik en vraagsturing: de invloed van consumenten via artsen, onderzoek TNS NIPO. In: De invloed van de consument op het gebruik van zorg. Zoetermeer: RVZ, 2004.
- ¹⁸ Herings, R.M.C., et al. Chronische Farmacotherapie Voortgezet. Utrecht: PHARMO Instituut, 2002.
- ¹⁹ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Zorgconsumptie en de rol van de zorgconsument, onderzoek NFO Trendbox. In: De invloed van de consument op het gebruik van zorg. Zoetermeer: RVZ, 2004.
- ²⁰ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Internetgebruiker en gebruik van zorg, onderzoek Flycatcher BV. In: De invloed van de consument op het gebruik van zorg. Zoetermeer: RVZ, 2004.
- ²¹ Chassin, M.R., Achieving And Sustaining Improved Quality: Lessons From New York State And Cardiac Surgery, Health Affairs, 21, 2002; no. 4, p.. 40-51.
- ²² Ottes, L. Prikkel voor gepast gebruik. In: Met het oog op gepaste zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004.
- ²³ Leibowitz, R et al. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. Fam. Pract., 2003, no. 20, p. 311-317.
- ²⁴ Hewlett, S. et al. Six year RCT of patient-initiated review versus regular physician-initiated follow-up in RA. Arthritis Rheum, 2003. S232.
- ²⁵ Morrison, E.M. en H.S. Luft. Health maintenance organization environments in the 1980s and beyond. Health Care Financing Review, 12, 1990, no. 1, p. 81-90.

- ²⁶ Cronan, T.A., et al. M. Arthritis Care Research, 11, 1998, no. 5, p. 326-334.
- ²⁷ Lorig, K.R., et al. Chronic Disease Self Management Program: 2-year health status and health care utilization outcomes. Medical Care, 39, 2001, no. 11, p. 1217-1223.
- ²⁸ Rijen, A.J.G. van en W.G.M. van der Kraan. Arts, patiënt en gebruik van zorg. In: Met het oog op gepaste zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004.
- ²⁹ Ottes, L. 'Prikkelers voor gepast gebruik. In: Met het oog op gepaste zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004.
- ³⁰ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Van patiënt tot klant. Zoetermeer: RVZ, 2003, p. 52.
- ³¹ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Marktwerving in de medisch specialistische zorg. Zoetermeer: RVZ, 2003, p. 6.
- ³² Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Prikkelers tot doelmatigheid. Zoetermeer: RVZ, 1997 p. 40.
- ³³ Nauta, J.A., L. Ottes en A.J.G. van Rijen. Zorgconsumptie vergeleken. In: Met het oog op gepaste zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004.
- ³⁴ Harmsen, M., J. Braspenning J en R.T.M.P.Grol. Het handelen volgens (evidence based) richtlijnen. In: Met het oog op gepaste zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004.
- ³⁵ Polder, J.J., O.M. Jacobs en J.J. Barendregt. De prijs van grijs; de invloed van de vergrijzing op de kosten van de zorg. Medisch Contact, 58, 2003, no. 52.
- ³⁶ Polder JJ. Cost of illness in the Netherlands: decription, comparison and projection. Rotterdam, 2001.
- ³⁷ OECD. Health at a Glance 2003 - OECD Countries Struggle with Rising Demand for Health Spending. 16 October 2003 (zie ook: http://www.oecd.org/document/38/0,2340,en_2649_201185_16560422_119690_1_1_1,00.html)
- ³⁸ Nauta, J.A., L. Ottes en A.J.G. van Rijen. Zorgconsumptie vergeleken. In: Met het oog op gepaste zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004.
- ³⁹ Harmsen, M., J. Braspenning J en R.T.M.P.Grol. Het handelen volgens (evidence based) richtlijnen. In: Met het oog op gepaste zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004.

- 40 Rijen, A.J.G. van en L. Ottes. Regionale verschillen in gebruik van zorg. In: Met het oog op gepaste zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004.
- 41 Harmsen, M., J. Braspenning J en R.T.M.P. Grol. Het handelen volgens (evidence based) richtlijnen. In: Met het oog op gepaste zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004.
- 42 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Gezondheid en gedrag. Zoetermeer: RVZ, 2002.
- 43 Zie onder meer:
- Ornish, D. Avoiding revascularization with lifestyle changes: The Multicenter Lifestyle Demonstration Project. *American Journal of Cardiology*, 82, 1998, no. 10, p. 72T-76T.
 - Wallner, S., et al. Effects of intensified lifestyle modification on the need for further revascularization after coronary angioplasty. *European Journal of Clinical Investigation*, 29, 1999, no. 5, p. 372-379.
 - Ornish, D., et al. Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. *JAMA.*, 280, 1998, no. 23, p. 2001-2007.
- 44 http://www.healthwise.org/b_quality.html.
- 45 Rijen, A.J.G. van en W.G.M. van der Kraan. Arts, patiënt en gebruik van zorg. In: Met het oog op gepaste zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004.
- 46 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Gezondheid en gedrag. Zoetermeer: RVZ, 2002.
- 47 Health literacy is het beschikken over cognitieve en sociale vaardigheden die de motivatie en kunde van individuen bepalen om toegang te krijgen tot informatie en deze informatie te begrijpen en zodanig te gebruiken dat dit een goede gezondheid bevordert (World Health Organization, 1997).
- 48 Ottes L. Prikkelers voor gepast gebruik. In: Met het oog op gepaste zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004.
- 49 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Patiënt en Internet. Zoetermeer: RVZ, 2000.
- 50 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Acute Zorg. Zoetermeer: RVZ, 2003
- 51 Rijen, A.J.G. van en W.G.M. van der Kraan. Arts, patiënt en gebruik van zorg. In: Met het oog op gepaste zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004.

- ⁵² Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Taakherschikking in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2002.
- ⁵³ Zie bijvoorbeeld de activiteiten van de Pennsylvania Health Care Cost Containment Council (PHC4)
<http://www.phc4.org>.
- ⁵⁴ <http://www.ahrq.gov/qual/cahps/dept1.htm>.
- ⁵⁵ Gibbels, M. Straf en beloning door de verzekeraar. *Zorgvisie*, 2003, no. 8, p. 26-29.
- ⁵⁶ Improving medical education, Enhancing the behavioral and social science content of medical school curricula. Institute of Medicine. Washington DC: National Academies Press, 2004.
- ⁵⁷ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Inzicht in E-health. Zoetermeer: RVZ, 2002.
- ⁵⁸ Drenthen, T., J. van Binsbergen en R. Beijaert. Hoge rapportcijfers maar weinig succes; huisarts laat gewaardeerde patiëntenbrieven links liggen. *Medisch Contact*, 59, 2004, no. 5, p. 169-171.
- ⁵⁹ Kutzin, J. en H. Barnum. 'Institutional Features of Health Insurance and their Effects on Developing Country Health Systems'. *International Journal of Health Planning and Management*, 7, 1992, no. 1, p. 51-72.

Bijlage 7

Lijst van afkortingen

ACE-remmers	Angiotensin-converting enzyme
AHCPR	Agency for Health Care Policy and Research
CAHPS	Consumer Assessment of Health Plans
CBO	Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DBC	diagnose behandelcombinatie
DRG	diagnosis relates group
ICT	Informatie- en Communicatietechnologie
IFTF	Institute for the Future
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NICTIZ	Nationaal ICT Instituut in de Zorg
NIPO	Nederlands Instituut voor de Publieke Opiniepeiling
NPCF	Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
OMS	Orde van Medisch Specialisten
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
US	United States
VS	Verenigde Staten
VWS	Volksgesondheid, Welzijn en Sport (Ministerie)
WOK	Centre for Quality of Care Reseach (WOK), UMC St Radboud Nijmegen

Bijlage 8

Overzicht publicaties RVZ

De publicaties t/m 02/08 zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op bankrekeningnummer 19.23.24.322 t.n.v. VWS te Den Haag, o.v.v. RVZ en het desbetreffende publicatienummer (zolang de voorraad strekt). M.i.v. publicatienummer 02/09 zijn de publicaties te bestellen via de website van de RVZ (www.rvz.net) of telefonisch via de RVZ (079 3 68 73 11).

Adviezen en achtergrondstudies

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

03/05	Van patiënt tot klant	€	15,00
03/04	Marktwerking in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies	€	15,00
03/03	Anticiperen op marktwerking (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€	15,00
03/02	Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€	15,00
03/01	Marktwerking in de medisch specialistische zorg	€	15,00
02/19	Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€	15,00
02/18	Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€	15,00
02/17	Taakherschikking in de gezondheidszorg	€	15,00
02/15	Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies en debatverslagen bij het advies Gezondheid en gedrag)	€	15,00
02/14	Gezondheid en gedrag	€	15,00
02/13	De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)	€	15,00
02/12	Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid	€	15,00
02/11	Biowetenschap en beleid	€	15,00
02/10	Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)	€	15,00
02/09	Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)	€	15,00
02/07	Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)	€	15,00
02/06	Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)	€	15,00
02/05	E-health in zicht	€	15,00
02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€	15,00
02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€	15,00
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€	15,00
02/01	Winst en gezondheidszorg	€	15,00
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)	€	13,61

01/10	Volksgezondheid en zorg	€	13,61
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€	13,61
01/08	Verzekerbaarheid 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 (verkennde studie)	€	11,34
01/04E	Healthy without care	€	9,08
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)	€	19,29
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	€	13,61
00/03	De rollen verdeeld	€	13,61

Bijzondere publicaties

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

Signalementen

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

Publicaties Centrum Ethiek en Gezondheid

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

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 368 73 11
Fax 079 362 14 87
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: Quantas, Rijswijk
Uitgave: 2004
ISBN: 90-5732-136-x

U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net) of telefonisch via de RVZ (079 3 68 73 11) onder vermelding van publicatienummer 04/08

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg