

# Met het oog op gepaste zorg

Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de  
Volksgezondheid en Zorg bij het advies Gepaste zorg

Zoetermeer, 2004



## Inhoudsopgave

	<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>Deel I</b>	<b>Over- onder- en gepaste consumptie in de zorg vanuit economisch perspectief</b>	<b>7</b>
	<i>Dr. W.B.F. Brouwer en prof. dr. F.F.H. Rutten</i>	
<b>Deel II</b>	<b>Zorgconsumptie vergeleken</b>	<b>55</b>
	<i>Drs. J.A. Nauta, drs. A.J.G. van Rijen en L. Ottes, arts</i>	
<b>Deel III</b>	<b>Regionale verschillen in het gebruik van zorg</b>	<b>91</b>
	<i>Drs. A.J.G. van Rijen en L. Ottes, arts</i>	
<b>Deel IV</b>	<b>Het handelen volgens (evidence based) richtlijnen</b>	<b>119</b>
	<i>Drs. M. Harmsen, dr. J. Braspenning en prof. dr. R.P.T.M. Grol</i>	
<b>Deel V</b>	<b>Overconsumptie door claimcultuur?</b>	<b>163</b>
	<i>Mr. J. Dijkman</i>	
<b>Deel VI</b>	<b>Arts, patiënt en gebruik van zorg</b>	<b>213</b>
	<i>Drs. A.J.G. van Rijen en drs. W.G.M. van der Kraan</i>	
<b>Deel VII</b>	<b>Prikkels voor gepast gebruik</b>	<b>263</b>
	<i>L. Ottes, arts</i>	
	Bijlagen	
1	Lijst van afkortingen	315
2	Overzicht publicaties RVZ	317



## Voorwoord

Deze publicatie bevat een aantal bijdragen over het thema gepaste zorg. Deze bijdragen zijn bouwstenen voor het advies Gepaste zorg dat medio 2004 is uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Een algemene beschouwing met betrekking tot over-, onder en gepaste consumptie vanuit economisch perspectief geven Rutten en Brouwer (iMTA/Erasmus Universiteit). Zij geven een definitie van gepaste zorg en operationaliseren deze.

Hoe het staat met het gebruik van zorg in Nederland in vergelijking met andere westerse landen beschrijven Nauta, Ottes en Van Rijen. Op basis van OECD-gegevens vergelijken zij het zorggebruik in Australië, België, Canada, Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Noorwegen, het Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten en Zweden met het zorggebruik in Nederland.

Niet alleen tussen landen, maar ook binnen één land zijn er verschillen in het gebruik van zorg. Van Rijen en Ottes gingen na in hoeverre er verschillen zijn binnen eenzelfde zorgsysteem, namelijk het Nederlandse. Zij laten een aantal regionale verschillen in zorggebruik in Nederland zien.

Harmsen, Braspenning en Grol van het Centre for Quality of Care Research (WOK) onderzochten op verzoek van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in hoeverre huisartsen handelen volgens (evidence based) richtlijnen. Dit is, zoals Rutten en Brouwer in hun bijdrage duidelijk maken, een maat die aangeeft in hoeverre in Nederland gepaste zorg verleend wordt.

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. Dijkman gaat in haar bijdrage na in hoeverre dit het geval is.

Met name het samenspel tussen arts en patiënt bepaalt welk (vervolg)gebruik gemaakt wordt van zorg. Van Rijen en Van der Kraan richten zich op de situatie in de spreekkamer: welk kader hanteert de arts bij zijn handelen, wat is het verband

tussen de arts-patiëntrelatie en het gebruik van zorg, en wat is de invloed van de patiënt binnen deze relatie op het handelen van de arts.

Tot slot bespreekt Ottes prikkels die in andere landen gehanteerd zijn of worden om tot gepaste zorg te komen, of beter gezegd, om de zorgconsumptie te beperken. Vele landen kampen immers met sterk oplopende zorgkosten en nemen maatregelen om deze ontwikkeling te beteugelen. Ottes gaat daarbij in op prikkels die gericht zijn op zorgaanbieders, zorgvragers en verzekeraars. En onderscheidt daarbij financiële en niet-financiële c.q. zorginhoudelijke prikkels.

De bevindingen uit de hiervoor genoemde studies en onderzoeken die zijn opgedaan, zijn kort samengevat weergegeven in hoofdstuk 2 van het advies Gepaste zorg.

**Deel I**

**Over-, onder- en gepaste  
consumptie in de zorg  
vanuit economisch  
perspectief**

dr. W.B.F. Brouwer  
prof. dr. F.F.H. Rutten





# Inhoudsopgave deel I

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>Begrippen in relatie tot overconsumptie</b>	<b>13</b>
2.1	Gepaste zorg: multidimensionaal	13
2.2	Marktordering zorg	16
2.3	Het begrip ‘gepaste zorg’	18
<b>3</b>	<b>Wat is gepaste zorg?</b>	<b>19</b>
3.1	Gepaste zorgconsumptie vaststellen op interventieniveau	19
3.2	Gepaste verdeling van zorgconsumptie	27
3.3	Gepast gebruik en gepaste verdeling	28
<b>4</b>	<b>Afwijkingen van gepaste zorg</b>	<b>29</b>
4.1	Effectiviteit, doelmatigheid en noodzakelijkheid	29
4.2	Stelselinrichting	33
<b>5</b>	<b>Maatregelen ter bevordering van gepast gebruik</b>	<b>37</b>
5.1	Vraagzijde	37
5.2	Aanbodzijde	39
5.3	Overheid	45
5.4	Conclusie	47
<b>6</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>48</b>
	Literatuur	50



## 1 Inleiding

Overconsumptie van zorg staat in toenemende mate in de belangstelling. Uit termen als ‘medicalisering’, ‘ongepast gebruik’ en ‘diagnoseverbreding’ spreekt het vermoeden dat meer zorg wordt geconsumeerd dan gepast zou zijn. Medicijnen worden langer gebruikt dan strikt noodzakelijk of zelfs met afnemende effectiviteit, er wordt te snel gegrepen naar medicijnen voor klachten die ook met enige aanpassing van de levensstijl zouden kunnen worden verholpen, medicijnen worden ingezet buiten het indicatiegebied waar zij in eerste instantie voor waren bedoeld (en op basis waarvan ze voor vergoeding in aanmerking zijn gekomen), enzovoorts.

Ook andere vormen van zorg staan ter discussie, zoals langdurige psychotherapie en vormen van fysiotherapie voor bepaalde indicaties. In tijden waarin de doelmatigheid (en betaalbaarheid) van ons zorgstelsel hoog op de agenda staat, is het uiteraard van belang om dergelijk ongepast gebruik van zorg tegen te gaan. De vraag is dan echter wanneer er precies sprake is van ‘ongepast gebruik’ en hoe een gepast gebruik van zorg kan worden bevorderd.

En juist over die moeilijke vragen bestaat veel onduidelijkheid en verschil van mening. Gepast gebruik is zeker niet een zo laag mogelijk gebruik. Immers, afwijkingen van gepast gebruik kunnen zowel overconsumptie als ook onderconsumptie betreffen. Onderconsumptie, een te laag gebruik van bepaalde zorg, kan in sommige situaties misschien zelfs onwenselijker zijn dan overconsumptie. Gepast gebruik is ook niet dat gebruik waarbij nog enige effectiviteit optreedt, aangezien dat volledig voorbij gaat aan de doelmatigheid van zorg en dus de vraag waar de meeste gezondheid kan worden gewonnen met de beschikbare middelen. Er zal moeten worden gezocht naar een andere invulling van dit begrip.

In deze achtergrondstudie zullen wij, vanuit een economische invalshoek, dieper op deze materie ingaan. We geven aan wanneer zorgconsumptie als gepast kan worden gedefinieerd en hoe dit gepaste gebruik te bevorderen valt binnen het Nederlandse zorgstelsel. Daarbij zullen we ons met name richten op de beoordeling van gepaste zorg op interventieniveau maar tevens stilstaan bij stelselkenmerken die een gepast gebruik van zorg kunnen bevorderen dan wel in de weg kunnen staan. Het is goed om aan te geven dat geen volledigheid wordt nage-

streeft in termen van besproken aspecten van gepaste zorg alsmede de uitdieping daarvan.

Verder is het van belang op te merken dat wij in deze achtergrondstudie uitsluitend uitgaan van zorgconsumptie die (gedeeltelijk) collectief is gefinancierd. Dat houdt in dat zorg, gefinancierd uit aanvullende verzekeringen of eigen betalingen, die buiten het collectieve domein vallen, hierbij buiten beschouwing blijft. Bijvoorbeeld bepaalde vormen van cosmetische chirurgie (borstvergroting, facelifts, etc.) of bijvoorbeeld allerlei vitaminepreparaten die privaat worden gefinancierd. Alhoewel wellicht juist bij deze typen van zorg de term ‘overconsumptie’ van toepassing kan worden geacht, zullen wij ons richten op de collectieve gezondheidszorg (eerste en tweede compartiment). De andere vormen van zorg achten wij privaat domein en zijn discussies over overconsumptie ons inziens niet relevant (althans niet veel anders dan discussies over de overconsumptie van auto’s, mobiele telefoons, etc.). Het derde compartiment (en allerlei andere vormen van ‘zorg’) wordt immers gekenmerkt door eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van betaling en consumptie van zorg. Overigens dient wel te worden opgemerkt dat juist in dit segment wellicht in de toekomst meer en meer sprake zal zijn van een toename in consumptie.

De opbouw van deze studie is als volgt. In hoofdstuk 2 bespreken we de verschillende begrippen met betrekking tot overconsumptie. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de vraag wat gepaste zorg is, terwijl we ons in hoofdstuk 4 afvragen waarom gepast gebruik van zorg niet altijd tot stand komt. In hoofdstuk 5 wordt verder ingegaan op hoe gepast gebruik van zorg in de Nederlandse context valt te stimuleren. Hoofdstuk 6 sluit deze achtergrondstudie af.

## 2 Begrippen in relatie tot overconsumptie

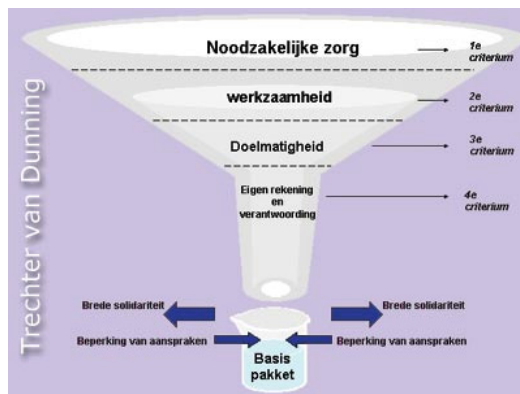
### *Inleiding*

Overconsumptie betekent een teveel aan consumptie ten opzichte van een bepaalde norm. Onderconsumptie is juist een tekort aan zorg ten opzichte van die norm. De vraag is echter wat die norm precies moet inhouden en wellicht ook wie de norm op de verschillende niveaus zou moeten vaststellen. Om de begrippen over- en onderconsumptie enige inhoud te geven is het van cruciaal belang dat de norm objectief kan worden vastgesteld. Immers, zonder duidelijke norm is nooit helder wanneer de norm niet wordt gehaald of wordt overschreden. De norm wordt in dit rapport aangeduid als gepaste zorg.

### 2.1 Gepaste zorg: multidimensionaal

Er wordt vanuit gegaan dat gepaste zorg niet middels één criterium kan worden vastgesteld. Het gaat bijvoorbeeld niet alleen om effectiviteit. Ook effectieve zorg kan ongepast zijn, wanneer deze bijvoorbeeld te lang wordt verstrekt of wanneer de effecten niet opwegen tegen de kosten. Doelmatige zorg kan ook niet het enige criterium van gepastheid zijn, bijvoorbeeld omdat we bepaalde vormen van weinig doelmatige zorg toch willen verstrekken aangezien deze zeer noodzakelijke zorg betreffen. Deze begrippen zijn ons inziens zeer belangrijk in de context van gepaste zorg. Zij refereren aan de (eerste drie) criteria van de zogenoemde Trechter van Dunning (Commissie Keuzen in de zorg, 1991), zoals in onderstaand figuur afgebeeld.

**Figuur 2.1 Trechter van Dunning**



De Trechter van Dunning, zoals afgebeeld in figuur 2.1, is ontworpen ten behoeve van het maken van keuzen in de zorg. De trechter gaat met name in op de vraag welke zorg in het basispakket zou moeten komen. Wanneer zorg noodzakelijk, effectief en doelmatig is en niet voor eigen rekening en verantwoording kan worden gelaten, dient deze in het basispakket te worden opgenomen. De Trechter van Dunning gaat grotendeels over de wenselijkheid van het gebruik van deze zorg (eerste drie zeven) en daarnaast over de betalingswijze – collectief of individueel – van de zorg (vierde zeef). Voor de vaststelling of zorg gepast is, zijn met name de eerste drie zeven van belang. Echter, om gepast gebruik van zorg te borgen, moet ook worden gekeken naar de invloed van de wijze van betaling. Alle vier de aspecten zijn dan ook voor het begrip gepast zorggebruik van belang (en daarmee dus ook voor afwijkingen daarvan, dus voor over- of onderconsumptie). Hieronder gaan we op deze vier aspecten in, waarna vervolgens nog breder wordt ingegaan op de marktordening in de zorg.

#### *Effectieve zorg*

De effectiviteit van zorg betreft de mate waarin de zorg een bepaald gewenst effect weet te bewerkstelligen. Het gaat erom dat het middel daadwerkelijk werkzaam is in de behandeling van een bepaalde aandoening. Daarbij zijn ook de risico's en bijwerkingen van belang. Niet effectieve zorg of zorg waarvan de negatieve effecten de positieve overschaduwden dienen niet te worden ingezet. Tevens dient effectieve zorg alleen te worden geleverd aan die personen waar het (voldoende) effectief is. Het gaat dus niet om de zorg zelf, maar om het gebruik van zorg in een bepaalde situatie.

#### *Doelmatige zorg*

Met doelmatige zorg wordt bedoeld dat kosten van zorg in verhouding staan tot de effectiviteit. Zeer dure zorg met een zeer geringe effectiviteit is niet de meest voor de hand liggende investering. Gebruik van ondoelmatige zorg kan dan ook als ongepast worden aangemerkt. Ook hier geldt dat het niet (enkel) om een algemene classificatie gaat, maar om doelmatigheid van zorg in een bepaalde context. De consumptie van een bepaalde hoeveelheid zuurpompremmers kan in de beginfase van de behandeling van maagzuurklachten een doelmatige aanwending van middelen zijn, maar tijdens de onderhoudsbehandeling ondoelmatig. Het gaat dus weer om de aanwending van een middel in een bepaalde context, waarbij steeds wordt

bezien of de kosten en de effecten in een juiste verhouding staan.

#### *Noodzakelijke zorg*

Het criterium van noodzakelijkheid is van de eerste drie zeven het lastigst te operationaliseren. Immers wat is noodzakelijkheid precies? Hier wordt er van uitgegaan dat noodzakelijkheid samenhangt met de relatieve hoeveelheid voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren die iemand verliest wanneer behandeling uitblijft. Het gaat er dus om welke ziektelast een aandoening teweegbrengt wanneer deze onbehandeld zou blijven. Des te meer ziektelast, des te noodzakelijker behandeling. Ook hier is de context weer van belang. Behandeling van kalknagels kan bijvoorbeeld gemiddeld genomen als niet noodzakelijk worden aangemerkt (Stolk, et al., 2002). Voor een persoon met het HIV-virus is dit echter anders, aangezien de schimmelinfectie daar tot grote ziektelast kan leiden. Ook daar geldt dus weer contextspecifiteit.

Soms wordt als onderdeel van de noodzakelijkheiddiscussie ook life style als argument ingebracht. Sommige consumptie van medicatie en behandelingen zijn een uiting van een levensstijl, meer dan een uiting van daadwerkelijke zorgbehoefte (bijvoorbeeld gebruik van Viagra op feesten). Aangezien bij dit gebruik eigenlijk geen ziektelast ten grondslag ligt aan het gebruik, kan dit gebruik als niet noodzakelijk en daarmee als ongepast worden bestempeld.

#### *Intermezor*

Als zorg voor de gebruiker van zorg noodzakelijk, effectief en doelmatig is, dan zullen we dit gepaste zorgconsumptie noemen. Overconsumptie betekent dat men niet noodzakelijke, 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 geconsumeerd.

#### *Financiering van zorg*

Door de zorg financieel aan de verantwoordelijkheid van een individu over te laten kan gepast zorggebruik worden gestimuleerd of juist worden ontmoedigd. Wanneer gepaste zorg volledig is verzekerd en het zorgsysteem prikkels heeft om toe te zien op de levering van gepaste zorg, zal een patiënt in principe de juiste zorg ontvangen. De patiënt kan in dat geval echter wel 'overvragen' – meer vragen dan gepaste zorg.

Wanneer er financiële drempels worden ingebouwd voor het individu (algemeen of voor specifieke vormen van zorg) dan kan dat enerzijds helpen om ongepaste zorgvraag te reduceren, maar anderzijds kan het ook leiden tot een reductie van gepaste zorgvraag (aangezien juist in de gezondheidszorg het individu zijn eigen zorgvraag niet goed kan beoordelen). Er zal dus moeten worden beoordeeld in welke gevallen (soorten zorg, maar ook verschillende groepen individuen) een financiële drempel juist meewerkt aan gepast zorggebruik en in welke gevallen het juist gepast gebruik in de weg staat.

## 2.2 Marktordening zorg

Daarnaast is voor de zorg ook de specifieke marktordening van belang. Immers, in een gewone markt is er sprake van gepast gebruik als vraag en aanbod in overeenstemming zijn, gegeven een bepaalde marktprijs. Overconsumptie is in die context eigenlijk een weinig zeggend begrip. In de zorg is dat echter anders omdat het marktmechanisme in zijn pure vorm is uitgeschakeld. Immers, de meeste gebruikers van zorg zijn verzekerd tegen ziektekosten en ervaren daardoor niet de normale prijsprikkels. Ook zijn zij slechter geïnformeerd dan de aanbieders van zorg, waardoor deze de vraag mede kunnen bepalen. De zorg wordt bij voorkeur ook niet verdeeld op basis van betalingsbereidheid, maar veeleer op basis van behoefte. De Nederlandse zorg is wat dat betreft op Marxistische leest geschoeid: betaling voor zorg staat los van het gebruik van zorg en het adagium is: *‘take from each according to ability to pay and give to each according to need’* (Van Doorslaer, 1998). Daarin is Nederland overigens niet uniek. De meeste West-Europese landen volgen eenzelfde benadering. Uit beleidsdocumenten uit het Verenigd Koninkrijk komt bijvoorbeeld het volgende citaat:

“The government ... wants to ensure that in the future every man, woman and child can rely on getting ... the best medical and other facilities available; that their getting them shall not depend on whether they can pay for them or any other factor irrelevant to real need”.

In die afwijkende omgeving is het spel van vraag en aanbod anders dan op een normale markt en daardoor kan overconsumptie of onderconsumptie optreden. Overconsumptie kan bijvoorbeeld ontstaan doordat mensen geen prijzen ervaren en



daardoor meer zorg consumeren dan wanneer zij zelf de kosten van zorg zouden moeten dragen. Het verzekerd zijn leidt op die wijze tot vraag naar meer en duurdere zorg, hetgeen veelal wordt aangeduid met de term ‘*moral hazard*’ (Lapré, et al., 2001). Een te ruimhartige verzekering kan dus ook tot een overconsumptie van zorg leiden, zeker wanneer ook de aanbieders van zorg de vraag niet (voldoende) remmen. Dit laatste kan als zij bijvoorbeeld per verstrekking (of recept) worden betaald en daardoor een prikkel hebben om (te) veel te doen. Naast de vraag welke verstrekkingen moeten worden geleverd in het zorgstelsel om te komen tot gepaste zorgconsumptie gaat het dus ook over de vraag welke prikkels er in het zorgstelsel zijn ingebouwd om gepaste zorg te bewerkstelligen. Daarbij zijn alle actoren van belang.

#### *Rechtvaardig stelsel*

Bij het inrichten van het stelsel teneinde een gepast gebruik van zorg te realiseren dient ook de balans tussen rechtvaardigheid en doelmatigheid te worden gezien. De spanning tussen beide doelen is in dat opzicht ook bij de inrichting van het zorgstelsel voelbaar. Een verdeling kan Pareto-efficiënt zijn (dat wil zeggen dat vanuit zo’n verdeling geen andere verdeling bereikt kan worden waarbij iemand erop vooruit gaat zonder dat iemand anders verlies lijdt), maar deze kan vanuit maatschappelijk oogpunt ongewenst zijn. Een reden hiervoor kan bijvoorbeeld zijn dat we vinden dat ondanks dat een verdeling efficiënt is bepaalde individuen onvoldoende middelen krijgen. Nobelprijswinnaar Sen (1987) schrijft bijvoorbeeld:

‘A state can be Pareto-optimal with some people in extreme misery and others rolling in luxury, so long as the miserable cannot be made better off without cutting into the luxury of the rich. Pareto can, like ‘Caesar’s spirit’, “come hot from hell”.

In de economie wordt het begrip ‘equity’ gehanteerd om de rechtvaardigheid of gelijkheid van een verdeling te karakteriseren. Equity in de gezondheidszorg kan bijvoorbeeld betrekking hebben op de vraag hoe individuen dienen bij te dragen aan de financiering van de zorg (ieder gelijk of naar inkomen) of op de vraag hoe de gezondheidszorg wordt toegedeeld aan individuen en op grond van welke criteria (Van Doorslaer, et al., 1993). Daarbij is het van belang op te merken dat equity (evenals noodzakelijkheid) anders dan efficiëntie niet eenduidig is gedefinieerd, maar dat de invulling van dit begrip afhankelijk is van de keuze van een normatieve basis (bijv. een egali-

taire of libertaire filosofie of Rawls' *'theory of justice'*). Ook op het macroniveau bestaat er een duidelijke spanning tussen efficiëntie en equity (de 'efficiency-equity trade-off'). Eigen bijdragen in de zorg kunnen bijvoorbeeld bijdragen aan een efficiënte middelenallocatie door vermindering van 'moral hazard' als gevolg van verzekering en daarmee bijdragen aan een gepaste consumptie van zorg. Anderzijds kunnen eigen bijdragen vanuit rechtvaardigheidsoverwegingen minder gewenst zijn wanneer de lagere inkomensgroepen zich meer laten remmen dan de hogere inkomensgroepen, hetgeen tot onrechtvaardige en onwenselijke verdelingen van zorg kan leiden. Voor de inrichting van het stelsel en voor de bevordering van gepast gebruik van zorg, is deze trade-off van groot belang en het geeft ook aan dat er spanning bestaat tussen de criteria die uiteindelijk samen het concept gepaste zorg vormen. Tevens is het van belang om aan te geven dat het mogelijk is ook in bredere zin vast te stellen of de zorg en de lasten van zorg eerlijk worden verdeeld. Daartoe is door economen ook instrumentarium ontwikkeld, hetwelk in hoofdstuk 3 verder zal worden toegelicht.

### **2.3 Het begrip 'gepaste zorg'**

Gepaste zorg is dus een lastig begrip. Het gaat om zorg die voor de gebruiker effectief, doelmatig en noodzakelijk is. Om deze gepaste consumptie te borgen is een adequate inrichting van het zorgstelsel ook geboden. Immers, het uitgangspunt in de zorg is dat mensen die een 'gepaste zorgvraag' hebben, de gepaste zorg ook geleverd moeten krijgen. Het gaat dus om de vraag *wat* gepaste zorg is in een bepaalde context en *hoe* de levering van gepaste zorg kan worden gewaarborgd. In de volgende paragraaf zullen we allereerst dieper ingaan op de vraag wat gepaste zorg precies is en hoe dit kan worden vastgesteld.

### 3 Wat is gepaste zorg?

Zoals in de vorige paragraaf reeds aangegeven is het lastig om gepaste zorg simpel te definiëren. Dit heeft te maken met twee verschillende zaken. Ten eerste met verschillende niveaus waarop gepaste zorg kan worden gebruikt als begrip. Gepast gebruik van zorg betreft niet alleen de uiteindelijke beslissing van een arts om al dan niet voor te schrijven, maar betreft ook de inrichting van het zorgstelsel (bijvoorbeeld of er geen drempels zijn, financieel of anderszins, die gepast gebruik belemmeren) en de samenstelling van ons basispakket. Ten tweede gaat het bij gepast gebruik van zorg om een samengesteld begrip: gepastheid van zorg dient te worden vastgesteld aan de hand van meerdere criteria, zoals ook in het vorige hoofdstuk betoogd. In dit hoofdstuk zullen we verder ingaan op de objectieve vaststelling van de gepastheid van zorg, allereerst op het niveau van een interventie (paragraaf 3.1) en vervolgens op geaggregeerd niveau door te kijken naar de verdeling van zorgbehoefte en -consumptie over de verschillende inkomensgroepen (paragraaf 3.2).

#### 3.1 Gepaste zorgconsumptie vaststellen op interventieniveau

##### *Effectiviteit*

Niet-effectieve zorg is per definitie ongepaste zorg. Wanneer een bepaald zorgprogramma geen effecten oplevert, dus geen gezondheid wint, dan dient het niet te worden vergoed of voorgeschreven. In veel situaties wordt dit via *Randomised Controlled Trials* (RCT's) onderzocht (Rutten-Van Mólken, et al., 2000). Op die wijze wordt vastgesteld in hoeverre een ingreep een effect heeft op de gezondheidstoestand van patiënten (ten opzichte van een bepaald alternatief). Enkel wanneer een middel effectief is, dus het gewenste effect behaalt, is het gebruik ervan aan te bevelen. Er zijn verschillende zaken die hierbij van belang zijn:

- *Verskil tussen efficacy en effectiveness.* Er bestaan normaliter verschillen tussen de 'efficacy' van een middel zoals die in de RCT wordt vastgesteld en de 'effectiveness' in de praktijk. Dit kan te maken hebben met verschillen tussen de patiëntgroep die het middel in de RCT krijgt en die het in de praktijk krijgt (bijvoorbeeld ouder, meer comorbiditeit, en minder therapietrouw).

- *Neveneffecten*. Het is van belang bij het voorschrijven van middelen een goed zicht te hebben op de ongewenste neveneffecten die gebruik van een zorgtechnologie met zich mee kan brengen. De afweging moet worden gemaakt in welke gevallen de voordelen van behandeling opwegen tegen de nadelen ervan en wat een optimale inzet van een middel is. De recente ophef over hormoonpreparaten voor vrouwen in de overgang is hierbij een illustratief voorbeeld (Lagro-Janssen, et al., 2003).
- *Veranderende effectiviteit*. Een middel dat in eerste aanleg effectief is, hoeft niet gedurende langere tijd of bij herhaald gebruik, ook effectief te blijven. Bijvoorbeeld sommige slaapmiddelen kunnen werkzaamheid verliezen door gewenning en bepaalde antibiotica kunnen tot resistentie leiden. Ook kan het simpelweg zijn dat de onderliggende kwaal reeds verdwenen is, maar de behandeling wordt doorgezet (bijvoorbeeld in sommige gevallen bij fysiotherapie of maagzuurremmers). Het is dus ook van belang te bezien wanneer en hoe lang een middel (voldoende) effectief is.

Ineffectieve zorg kan zowel betrekking hebben op zorg die nooit effectief is (vergelijk vele vormen van alternatieve geneeswijzen) of op zorg die effectief is voor een bepaalde indicatiegroep, maar wordt ingezet buiten die indicatiegroep. Zelfs kan er sprake zijn van zorg die per saldo schadelijk is, zoals de spectaculaire lobotomie die in het verleden werd toegepast als behandeling voor psychische stoornissen.

Als een bepaalde zorgvorm wel bewezen effectief is, en wordt ingezet voor de juiste indicatie, dan nog moeten we andere criteria beschouwen voordat we kunnen besluiten dat er sprake is van gepaste zorg. Deze andere criteria hebben betrekking op doelmatigheid en noodzakelijkheid.

#### *Doelmatigheid*

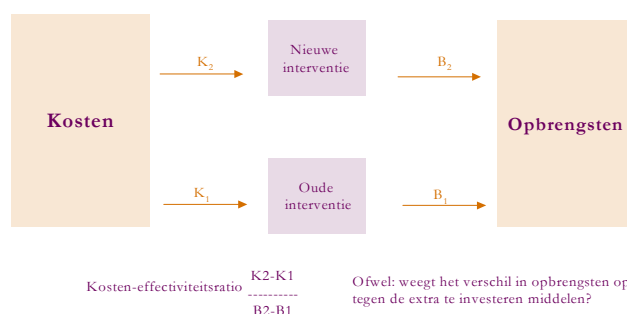
Het begrip doelmatigheid of efficiëntie (synoniemen) heeft betrekking op de relatie tussen doel (effect) en middelen. Wanneer een gegeven *doel* met een zo *matig* mogelijke inzet van middelen wordt bereikt is er sprake van een doelmatige besteding van middelen. Bij de bepaling of zorg passend is behoort een afweging tussen de behaalde gezondheidswinst en de daartoe ingezette middelen. In de gebruikelijke kosteneffectiviteitsanalyse wordt de gezondheidswinst vaak geoperationaaliseerd als een effectmaat in termen van verbetering van ge-

zondheidstoestand, zoals het gewonnen levensjaar of de 'quality adjusted life year (QALY)'.

Daarbij wordt ervan uitgegaan dat het nut van een behandeling voor de patiënt er vooral uit bestaat dat deze er in gezondheid op vooruit gaat. Voor de welzijnstheoretische puristen is dit niet juist: het gaat hen uitsluitend om de satisfactie van de patiënt, wat niet hetzelfde hoeft te zijn als de met behulp van bevolkingspanels gewaardeerde verbetering van gezondheidstoestand zoals de QALY. Denk er daarbij ook aan dat mensen zich aanpassen aan hun gezondheidstoestand, waardoor subjectieve perceptie van een verbetering vaak lager is dan de corresponderende QALY-winst. De doelmatigheid van een interventie of programma kan worden gemeten door middel van een economische evaluatie of kosteneffectiviteitsanalyse (zie bijvoorbeeld Rutten-Van Mólken, et al., 2000).

Bij een economische evaluatie worden enerzijds de investeringen, die verband houden met de inzet van een medische technologie (minus de eventuele besparingen die daarvan het gevolg zijn) en anderzijds de gezondheidseffecten, die de interventie teweeg brengen, in kaart gebracht. Onder medische technologie kan een veelheid van interventies worden verstaan: van de inzet van een enkel geneesmiddel tot en met de organisatie van een nationaal screeningsprogramma. Economische evaluatie is een vorm van beleidsondersteunend onderzoek, die informatie moet bieden bij keuzes tussen verschillende beleidsopties. Dat betekent dat in een economische evaluatie per definitie twee of meer alternatieve interventies worden beschouwd. Dit wordt geïllustreerd in figuur 3.1, waarin het principe van economische evaluatie eenvoudig wordt weergegeven. In het figuur is sprake van een vergelijking tussen twee interventies, een oude en een nieuwe interventie. Voor beide interventies dient te worden berekend welke investeringen ( $K_1$  en  $K_2$ ) nodig zijn om de interventie te doen plaatsvinden en welke gezondheidseffecten ( $B_1$  en  $B_2$ ) beide interventies teweeg brengen.

**Figuur 3.1** Het principe van economische evaluatie



Wanneer de nieuwe interventie zowel minder kosten met zich meebrengt als effectiever is in termen van gezondheidsverbetering, is de nieuwe interventie dominant ten opzichte van de oude interventie. In dat geval kan de nieuwe interventie als gepaste zorg worden beschouwd. Andersom is het zo dat als de oude interventie zowel goedkoper als effectiever is dan de nieuwe, dan is de oude interventie dominant ten opzichte van de nieuwe interventie en dus gepast. Wanneer de nieuwe interventie zowel duurder als effectiever is, wordt de vraag relevant of de additionele kosten, die nodig zijn voor de nieuwe interventie, opwegen tegen de gezondheidswinst, die de nieuwe interventie genereert in vergelijking met de oude interventie. In dit geval kan een kosteneffectiviteitsratio worden berekend, waarbij het verschil in kosten wordt gedeeld door de verbetering in gezondheidstoestand, uitgedrukt in een of andere maatstaf. De kosteneffectiviteitsratio is dus een ratio van verschillen tussen kosten en gezondheidseffecten

Stel nu dat van een interventie of programma een toepasselijke kosteneffectiviteitsratio is berekend (t.o.v. de tot dan toe gebruikelijke zorg) dan is de vraag vervolgens welke kosteneffectiviteitsratio nog aanvaardbaar is om te kunnen spreken over gepaste zorg. Om kosteneffectiviteitsratio's in een breder kader te kunnen plaatsen worden wel zogenaamde 'league tables' opgesteld, die het mogelijk maken om de gerapporteerde kosteneffectiviteit te relateren aan die van andere interventies of programma's. Dergelijke 'league tables' vinden we bijvoorbeeld in Drummond, et al. (1997) en in Rutten-van Mólken, et al. (2000) voor het Nederlandse evaluatieonderzoek. Williams (1985) was waarschijnlijk de eerste, die een dergelijke 'league table' publiceerde. In zo'n tabel worden de verschillende interventies gerangschikt naar hun relatieve efficiëntie. Wanneer vanuit een gezondheidszorgbudget middelen moeten worden

toegewezen naar voorzieningen kan zo'n tabel dus houvast bieden bij het vaststellen van de prioriteiten. In een dergelijke benadering krijgen relatief efficiënte voorzieningen meer middelen toegewezen dan relatief inefficiënte voorzieningen. De 'league table' geeft dus de relatieve positie van een interventie in termen van doelmatigheid. Een voorbeeld volgt hieronder.

**Tabel 3.1 Voorbeeld van een QALY league table**

Intervention	\$/QALY
GM-CSF elderly with leukemia	\$ 235.958
EPO in dialysis patients	\$ 139.623
Lung transplantation	\$ 100.957
End stage renal disease	\$ 53.513
Heart transplantation	\$ 46.775
Didronel in osteoporosis	\$ 32.047
Statins in high cholesterol	\$ 18.151
PTA with Stent	\$ 17.889
Terbinafine in onychomycosis	\$ 16.843
Breast cancer screening	\$ 5.147
Viagra	\$ 5.097
Congenital anorectal malformation	\$ 2.778

Uit deze 'league table' wordt meteen een aantal zaken duidelijk. Ten eerste vergoeden we bepaalde zaken die eigenlijk relatief kostenineffectief zijn. Ten tweede krijgt men al gauw het gevoel dat er een belangrijk aspect ontbreekt in de 'league table' waardoor de gepresenteerde volgorde niet zonder meer bruikbaar is voor besluitvorming. Immers, longtransplantaties zijn weliswaar duur per QALY, maar zonder die interventie sterven de betrokken patiënten. Viagra wint QALY's vrij goedkoop, maar het is de vraag of we daar onze zorggeuro's aan willen besteden (Stolk, et al., 2000). Dit wijst naar het begrip noodzakelijk waar we hieronder verder op in gaan.

Wat betreft de verschillen in kosten per QALY van de reeds vergoede zorg, moet worden opgemerkt dat absolute kosteneffectiviteitsdrempels niet bestaan. In de praktijk van de richtlijnontwikkeling in Nederland is wel een drempel van € 18.000 per gewonnen levensjaar gehanteerd voor preventieve programma's (praktijkrichtlijn cholesterolverlaging uit 1998) en in

Engeland wordt officieus gesproken over een drempel van £ 30.000 per QALY, welke zou worden gehanteerd door het *National Institute for Clinical Excellence* (NICE). Beide drempels zijn echter al (veelvuldig) geschonden. Deze getallen geven dus wel enige richting maar bieden evenmin een absoluut houvast. Waar de doelmatigheidsgrens ligt voor gepast zorggebruik dient nader te worden bepaald en bij voorkeur in combinatie met het criterium van noodzakelijkheid, waarop we hieronder nader ingaan.

#### *Noodzakelijkheid*

Het vaststellen van noodzakelijkheid van zorg is (nog) lastiger dan het vaststellen van de effectiviteit en doelmatigheid van zorg. Dit heeft er vooral mee te maken dat noodzakelijkheid op verschillende manieren kan worden gedefinieerd en dat veel discussies over noodzakelijkheid de definitie impliciet laten. Soms wordt een behandeling als noodzakelijk aangemerkt als de aandoening anders een normaal functioneren in de maatschappij belemmert. Maar dat brengt de vraag met zich mee wat normaal functioneren dan is. Is het bijvoorbeeld normaal dat iemand van 70 jaar erectiestoornissen heeft? En is normaal daarmee een leeftijdsgebonden begrip (Brouwer, et al., 2004)?

Zorg wordt in andere gevallen omschreven als noodzakelijk wanneer de patiënt zonder die zorg sterft. Levensreddende behandelingen worden dan als noodzakelijk aangemerkt, in tegenstelling tot niet levensreddende behandelingen. Maar toch is sterftevermindering niet het enige waar de zorg zich op richt. Ook verbetering van kwaliteit van leven is een belangrijke doelstelling. En als patiënten al zeer oud zijn wordt levensreddend handelen wellicht niet altijd noodzakelijk gezien.

In de literatuur zijn verschillende operationalisaties van noodzakelijkheid terug te vinden. Een eerste belangrijke concept van noodzakelijkheid is bekend als het 'fair innings' principe: een behandeling is noodzakelijker naarmate de patiënt zonder behandeling verder af komt te zitten van een 'eerlijke portie' gezondheid, over zijn hele leven gezien. Alan Williams is hiervan voor de zorg de geestelijk vader (zie bijvoorbeeld Williams, 1997). Daarnaast is er het concept van de 'prospectieve gezondheid': Een behandeling is noodzakelijker naarmate de vooruitzichten qua gezondheid voor die persoon zonder behandeling slechter is (zonder hierbij rekening te houden met reeds genoten gezondheid). Eric Nord is hiervan de voorname voorvechter (zie bijvoorbeeld Nord, 1999).



Recent is echter een intermediaire positie tussen beide andere begrippen ontworpen. Het iMTA heeft in opdracht van CVZ het concept 'proportioneel gezondheidsverlies' ontwikkeld als nieuwe maat voor noodzakelijkheid (Toenders, 2002). Met het begrip 'proportioneel gezondheidsverlies' wordt een benadering van het concept noodzakelijkheid bedoeld waarin er van wordt uitgegaan dat een behandeling noodzakelijker is naarmate zonder die behandeling een groter relatief gezondheidsverlies (ziektelast) optreedt. Ziektelast wordt dan gemeten als de relatieve hoeveelheid gezondheid die een persoon verliest gedurende zijn normaal verwachte levensduur als gevolg van de aandoening, wanneer deze onbehandeld blijft. Het betreft dus het aantal verloren QALY's als gevolg van een onbehandelde ziekte relatief ten opzichte van het aantal normaal verwachte QALY's voor een persoon. Als iemand bijvoorbeeld naar verwachting nog 40 QALY's voor de boeg heeft, maar er door een aandoening 30 dreigt te verliezen is de ziektelast van die aandoening  $30/40 = 0,75$ .

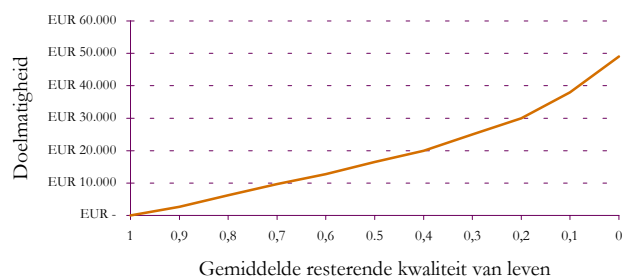
De ziektelast kan dus maximaal 1 zijn (wanneer alle normaal resterende QALY's verloren gaan) en minimaal 0 (wanneer geen QALY's verloren gaan). Vertaald naar noodzakelijkheid betekent een ziektelast van 1 dat behandeling zeer noodzakelijk is en een ziektelast van 0 dat behandeling niet noodzakelijk is; of anders gezegd: ziektelast wordt berekend als 1 minus de gemiddeld resterende kwaliteit van leven gedurende de normale resterende levensverwachting waarbij door ziekte verloren jaren een gewicht van 0 krijgen. Het voordeel van een benadering als deze is dat noodzakelijkheid meetbaar en dus objectieverbaar wordt. De noodzakelijkheid van een interventie wordt gerelateerd aan de gezondheidstoestand van de patiënt. Als noodzakelijkheid een criterium is bij het maken van keuzen in de zorg, wordt van relatief gezonde personen solidariteit verlangd met ongezonde personen. De beschikbare middelen worden allereerst besteed aan de behandeling van de 'zwaarste' gevallen. Het valt te verwachten dat deze nieuwe operationalisering de inzetbaarheid van het noodzakelijkheids criterium verhoogt en aansluit bij de maatschappelijke voorkeuren (Poley, et al., 2002).

Doordat er wordt gekeken binnen het gezondheidsdomein en er instrumenten bestaan om gezondheidstoestanden te beschrijven en te waarderen, is het mogelijk om zonder veel aanvullende berekeningen ten opzichte van een standaard economische evaluatie een indicatie te geven van de noodzake-

lijkheid van behandeling. Uiteraard zijn er nog wel de nodige methodologische hobbels te nemen (Stolk, et al., 2004).

De implicaties van het meer of minder noodzakelijk zijn kunnen verschillend zijn. Zo is het in België en Frankrijk geaccepteerd dat medicijnen voor aandoeningen met een lage ziektelast niet of niet volledig worden vergoed. Een dergelijke differentiatie maakt het niet halen van gepast gebruik als gevolg van financiële drempels wellicht acceptabeler dan het ongedifferentieerd inzetten van eigen bijdragen, zoals op dit moment in de Nederlandse zorg wordt voorgesteld. Een andere implicatie is dat behandeling van nauwelijks noodzakelijke aandoeningen niet meer voor vergoeding in aanmerking komt. Door het iMTA zijn in een eerste proeftoets van dit model reeds vijf aandoeningen geselecteerd die voor verwijdering uit het pakket in aanmerking komen (voor enkele patiëntgroepen uitgezonderd wellicht, Poley, et al., 2002). Daarnaast is geopperd om de kosteneffectiviteitsdrempel zoals deze ook hierboven is besproken niet vast te maken (zoals de € 18.000 per gewonnen levensjaar) maar flexibel en afhankelijk van de noodzakelijkheid. In het figuur hieronder wordt dit afgebeeld.

**Figuur 3.2** Een hypothetische afbeelding van een toenemende betalingsbereidheid voor het winnen van QALY's bij toenemende ziektelast (afnemende kwaliteit van leven)



Bron: Stolk, et al. (2002)

#### *Conclusie over gepaste zorg op interventieniveau*

Uit het voorgaande komt naar voren dat van gepaste zorg sprake is als die aantoonbaar effectief, doelmatig en noodzakelijk is voor de zorgconsument. Het blijkt ook dat het in principe vast te stellen is welke zorg meer of minder effectief, doelmatig en noodzakelijk is.

### 3.2 Gepaste verdeling van zorgconsumptie

Ook op geaggregeerd niveau kan worden bezien of de zorgconsumptie gepast is. Hierbij denken wij met name aan de gepaste verdeling van zorg, met andere woorden of de zorg werkelijk wordt verdeeld op basis van zorgbehoefte. Zeker in de huidige tijd, waarin meer en meer zal worden gewerkt met vraagsturing en derhalve ook met vraagremming (via eigen bijdragen en via pakketverkleining) om de zorgkosten te beheersen, is het van belang om te bezien of de verdeling van zorg niet scheef gaat trekken. Met name moet worden bezien of ook lagere inkomensgroepen de zorg krijgen waar zij op basis van hun zorgbehoefte aanspraak op kunnen maken. Dat kan immers, indien de zorg effectief, doelmatig en noodzakelijk is (hetgeen bij een bepaalde behoefte in principe gelijk is voor lagere en hogere inkomensgroepen), duiden op een gepast gebruik van zorg.

Een belangrijk instrument hierbij is het inschalen van zorgbehoefte en zorggebruik voor zowel lagere als hogere inkomensgroepen. Normaal gesproken wordt dit gedaan met behulp van concentratie-indices, die weergeven welke relatieve hoeveelheid zorgbehoefte en zorggebruik er in de verschillende inkomensgroepen aanwezig is (Lapré, et al., 2002).

Overigens wil een evenredige verdeling van zorggebruik en zorgconsumptie nog niet zeggen dat ook op een interventieniveau sprake is van gepast gebruik van zorg. Immers, wanneer bijvoorbeeld ondoelmatige zorg wordt geleverd op basis van behoefte dan wordt de verdeling van zorg in dit kader wellicht als rechtvaardig en gepast bestempeld, maar is er nog steeds sprake van ongepast zorggebruik. Anderzijds, de levering van effectieve, doelmatige en noodzakelijke zorg binnen het zorgstelsel impliceert niet noodzakelijkerwijs dat de zorg ook ‘gepast verdeeld’ wordt. Beide aspecten dienen derhalve te worden onderzocht, en zoals gezegd, is dit juist in de huidige context van de Nederlandse zorg ook van groot belang.

Om de lezer enige indruk te geven van resultaten van onderzoek naar de gepaste verdeling van zorg, kan worden aangegeven dat er internationaal maar weinig aanwijzingen zijn voor een ongepaste verdeling van zorg. Alleen in België lijkt er een significant scheve verdeling van zorggebruik te worden gevonden (t.o.v. zorgbehoefte), en wel in het voordeel van de lagere inkomensgroepen. In landen als Nederland, Zweden, Denemarken, Engeland en Finland werd een niet significante onge-

lijkheid gevonden, ten faveure van de lagere inkomensgroepen. In Zwitserland en Amerika werd eveneens een niet-significant verschil waargenomen, maar hier ten faveure van de hogere inkomensgroepen (Wagstaff en Van Doorslaer, 2000). Wel werden overigens verschillen waargenomen in de patronen van zorggebruik tussen de verschillende inkomensgroepen. Zo gebruiken lagere inkomensgroepen relatief veel ziekenhuiszorg, terwijl hogere inkomensgroepen vaker specialisten bezoeken (Wagstaff en Van Doorslaer, 2000).

### **3.3 Gepast gebruik en gepaste verdeling**

In het volgende hoofdstuk gaan we verder in op afwijkingen van gepaste zorgconsumptie en de redenen daarvoor. Uit het voorgaande blijkt dat er zowel in termen van zorggebruik op interventieniveau als bij het vaststellen van een rechtvaardige verdeling van zorg instrumenten voorhanden zijn om de gepastheid van zorg te bepalen en daarmee dus ook (relatieve) over- of onderconsumptie. Desondanks is er ook in de Nederlandse context lang niet altijd sprake van gepast zorggebruik. Op de redenen voor afwijkingen van gepaste zorgconsumptie gaan we in het volgende hoofdstuk nader in.

## 4 Afwijkingen van gepaste zorg

Afwijkingen van gepaste zorg kunnen in grote lijnen via twee wegen ontstaan:

1. door onvoldoende toetsing van de aangeboden vormen van zorg op de criteria effectiviteit, doelmatigheid en noodzakelijkheid;
2. als gevolg van de specifieke inrichting van het zorgstelsel en de daarmee samenhangende gedragingen van de verschillende relevante actoren.

Hieronder gaan we hier dieper op in. In paragraaf 4.1 gaan we eerst in op de toetsing van de criteria noodzakelijkheid, effectiviteit en doelmatigheid. In paragraaf 4.2 beschrijven we hoe de verschillende actoren invloed hebben op de totstandkoming van gepaste zorgconsumptie. Daarbij beschouwen we achtereenvolgens de patiënt/consument, de aanbieder van zorg, de financier/verzekeraar en de overheid.

### 4.1 Effectiviteit, doelmatigheden noodzakelijkheid

#### *Effectiviteit*

Het is belangrijk op te merken dat zelfs in termen van effectiviteit veel vormen van zorg zich nog niet adequaat hebben bewezen. Voor lang niet alle vormen van zorg is onomstotelijk aangetoond dat de effectiviteit ervan voldoende is. ‘Evidence based’ medicine is derhalve nog geen realiteit in de Nederlandse zorg. Dat betekent dus dat puur in termen van effectieve zorg wellicht niet altijd gepaste zorg zal worden geleverd in Nederland. Dit geldt des te meer als we daarbij bedenken dat hiervoor ook nodig is om strikt te kijken naar de doelgroep (bij wie is deze behandeling voldoende effectief), tijdstip van inzetten (wat is het optimale punt om behandeling te beginnen), duur (wanneer dient de behandeling te worden beëindigd), enzovoorts. Kernwoord hierbij is de ‘evidence based’ praktijkrichtlijn, waardoor de effectieve inzet van middelen wordt bevorderd.

Ook moet worden opgemerkt dat het soms niet eenvoudig is de effectiviteit van bepaalde vormen van zorg vast te stellen. Zo geven De Wit en Brouwer (2003) recent aan dat het vaststellen van de effectiviteit van bepaalde gezondheidsvoorlichtings- en opvoedings-(gvo) programma’s moeilijk is, terwijl

juist dit type interventie in de toekomst waarschijnlijk aan belang zal winnen, gegeven bijvoorbeeld de toename van obesitas en de daaraan gekoppelde gezondheidsschade.

Wij zullen ons hieronder echter met name (gegeven de economische invalshoek) richten op afwijkingen van gepast zorggebruik ten opzichte van de criteria doelmatigheid en noodzakelijkheid.

#### *Doelmatigheid*

Alhoewel de doelmatigheid van zorg volop in de belangstelling staat, moet worden geconstateerd dat er op dit moment te weinig systematische aandacht is voor de werkelijke doelmatige inzet van middelen in de zorg. Met enige regelmaat blijkt dat met soms eenvoudige ingrepen veel geld bespaard kan worden in de zorg. Dit kan bijvoorbeeld door goed te volgen hoe medicijnen in de praktijk worden gebruikt en voorgeschreven, omdat eenvoudige substitutie van het ene middel voor het andere middel soms miljoenen euro's kan besparen. Het bespaarde geld kan elders in de zorg worden ingezet en zo wordt de druk op het budget verkleind. Het bevorderen van doelmatigheid is derhalve een belangrijke taak binnen het huidige zorgstelsel en zal dat in de toekomst zeker blijven. Doelmatigheidsbevordering is immers een centraal doel achter de stelselherziening.

Rutten en Brouwer (2002) gaven recent aan dat bij financieringsbesluiten over nieuwe medische technologieën, bij periodieke toetsing of de praktijkgegevens het financieringsbesluit rechtvaardigen en bij het bevorderen van een doelmatige inzet van medische technologieën (via richtlijnen over wijze van inzet, optimale behandeltrajecten en indicatiegebieden) informatie over kosteneffectiviteit van groot belang is. Zij geven echter ook aan dat deze informatie op dit moment niet stelselmatig wordt verzameld, zeker niet wat betreft toetsing van doelmatige inzet van technologieën in de praktijk. Ook verschilt de mate van informatie sterk tussen verschillende typen medische technologieën, waarbij over medicijnen op dit moment het meest systematisch informatie wordt verzameld (met name voor het initiële vergoedingsbesluit), maar bijvoorbeeld voor hulpmiddelen of andere medische technologieën gebeurt dit veel minder en, zo lijkt het, meer op een ad hoc basis.

Door het ontbreken van een systematische aandacht voor doelmatigheid wordt op dit moment in Nederland nog steeds veel geld verkeerd ingezet in de zorg. Het is daarom vreemd

om te moeten constateren dat er in Nederland geen institutie bestaat die doelmatigheidsbevordering binnen de zorg als centrale taak heeft. Recent is daar wel voor gepleit, door zowel onderzoekers als ook de Gezondheidsraad (2003). Juist door het actief bijeenbrengen van doelmatigheidsinformatie in één instantie, die deze informatie vervolgens ook interpreteert en verspreidt, lijkt een betere borging van de doelmatigheid van het zorgstelsel gestalte te kunnen krijgen.

In Engeland zijn in dat opzicht veelbelovende resultaten geboekt met het 'National Institute for Clinical Excellence', kortweg NICE genoemd (Smith, 2000). Ook in andere landen kijkt men naar een dergelijke constructie. Zo is in Duitsland discussie gaande over een soortgelijk 'Institut für Qualität in der Medizin'. Nederland dreigt deze internationale boot te missen, hetgeen direct invloed heeft op de doelmatigheid van de Nederlandse zorg en de borging van gepast zorggebruik.

Er is tevens een duidelijk gebrek aan praktijkrichtlijnen waarin ook doelmatigheid van zorg is meegenomen. Zonder dergelijke richtlijnen wordt het aan de individuele behandelaars overgelaten om de meest doelmatige vormen van zorg te selecteren. Uiteraard is het aanleveren (bijvoorbeeld via het Elektronisch Voorschrift Systeem) en standaardiseren van dergelijke informatie van groot belang, en als zodanig ook doelmatig. Het is echter jammer dat zowel op het niveau van de overheid als op niveau van de verzekeraars hier nog te weinig aandacht aan wordt besteed.

Een veelzeggende illustratie is de stopzetting van het (overigens succesvolle) richtlijnenproject dat door VWS werd gefinancierd en door het iMTA en het kwaliteitsinstituut CBO werd uitgevoerd. Na de ontwikkeling van 17 richtlijnen werd de geldkraan dichtgedraaid en daarmee een belangrijk project dat kan bijdragen aan een gepaste zorgconsumptie stopgezet en werd de daarin opgebouwde infrastructuur onbenut gelaten (iMTA, 2003). Juist in richtlijnen kan worden neergelegd wanneer bij wie welk type zorg zou moeten worden ingezet, waarbij de criteria van effectiviteit, doelmatigheid en noodzakelijkheid gezamenlijk kunnen worden gezien.

#### *Noodzakelijkheid*

Op dit moment wordt het noodzakelijkheids criterium bij vergoedingsbesluiten in de zorg soms *ad hoc* gebruikt en op uiteenlopende manieren gedefinieerd. Noodzakelijkheid kan een gelegenheidsargument bieden om geen relevante informatie te

verzamenen of om objectieve informatie over een bepaalde interventie uiteindelijk te ‘overrulen’. Zo kan het worden betoogd dat het zeer noodzakelijk is om aan legionellapreventie te doen na een catastrofale gebeurtenis. De politiek lijkt gevoelig voor een dergelijke casuïstische aanpak en is na een reportage over de gevolgen van legionella dan ook al gauw bereid drastische maatregelen m.b.t. de waterleiding in publieke gebouwen te treffen. Dat de kosten die hieraan verbonden zijn relatief zeer hoog zijn en dus de doelmatigheid van een dergelijke interventie (meer dan een miljoen euro per gewonnen levensjaar, Sturmans en de Zwart, 2000) buitengewoon ongunstig is, ‘mag dan geen overweging meer zijn’. Uiteraard zouden de miljoenen voor legionellapreventie elders veel meer gezondheid opleveren. Het is dan ook belangrijk ook de rechtvaardigheidsargumenten in dit type discussies op waarde te schatten. Stolk en collega’s (2004) schrijven recent:

In a review of three case studies, Sassi, et al. showed that health care policies do not always reflect the social values elicited by empirical studies into the equity-efficiency trade-off. Moreover, the equity principles that seem to have guided different policies varied significantly (Sassi, et al., 2001). We should be concerned about these findings, because Sassi’s work suggests that usually great significance is attributed to moral arguments and this may even be true when there has been no reflection on the appropriateness of these moral arguments.

Alhoewel noodzakelijkheid wellicht lastig te vangen is, is het desalniettemin van groot belang te trachten verder toe te werken naar een objectieve operationalisatie ervan (zij het wellicht ook multidimensionaal). In dat opzicht lijkt het iMTA-model, dat is overgenomen door het College voor Zorgverzekeringen, hiertoe een belangrijke eerste aanzet (Stolk, et al., 2002). Een betere grip op wat we precies verstaan onder noodzakelijkheid maakt het gebruik ervan in het beleid controleerbaar en aanvaardbaar. In een omgeving waarin *evidence based policy making* meer en meer opgeld doet en ook steeds vaker (vergoedings)beslissingen zullen worden aangevochten en door een rechter (zullen) worden getoetst, is dat van groot belang.

Op dit moment is nog maar bijzonder weinig werk verricht op dit terrein. Ook is maar van weinig interventies getracht een inschatting te maken van noodzakelijkheid, bijvoorbeeld aan de hand van het iMTA-model. Het verdient aanbeveling hier in de toekomst meer, beter en liefst integraal (dus in combinatie



met doelmatigheid) naar te kijken. Zowel op een landelijk niveau (bij de samenstelling van het basispakket), op regionaal niveau (bij afspraken tussen verzekeraars en aanbieders van zorg) als op microniveau (in richtlijnen die individuele behandelaren kunnen gebruiken) zou een dergelijke integrale afweging gepaste zorgconsumptie kunnen bevorderen. Bij de aanbevelingen komen we hier nader op terug.

## 4.2 Stelselinrichting

### *Patiënt/consument*

De patiënt beïnvloedt de aan hem of haar verleende zorg op verschillende manieren. In de eerste plaats is er het initiatief tot contact met de zorg. Daarbij maakt de patiënt een afweging tussen de transactiekosten (inclusief de eventueel te betalen prijs) en de verwachte baten van het contact. Indien de transactiekosten laag zijn zal er meer contact zijn dan wanneer deze hoger zijn. Wanneer de verzekering (een deel van) de kosten vergoedt neemt de zorgvraag dus toe, hetgeen ook wel wordt aangeduid met 'moral hazard'. Ook kan dit leiden tot gedrag van de patiënt, dat minder gericht is op het voorkomen van gezondheidsproblemen. Daardoor kan hogere consumptie dan 'passend' is, ofwel overconsumptie, ontstaan. Dit kan worden voorkomen door de verzekeringsgraad te verlagen of eigen betalingen (remgeld) te heffen.

De inzet van persoonsgebonden budgetten (pgb's) in het Nederlandse stelsel zijn een manier om de zorgconsument meer invloed te geven bij de inkoop van zorg en daarmee beter de zorg te kunnen sturen. Het is daarbij echter van groot belang te beseffen dat pgb's alleen in een bepaalde context kunnen worden ingezet (iBMG, 2002). Tevens kunnen pgb's leiden tot ongewenste neveneffecten (zie bijvoorbeeld Van den Berg en Schut, 2003, Rutten en Brouwer, 2003).

Het tweede belangrijke moment waarop de invloed van de patiënt op de inzet van middelen in de zorg en het effect daarvan telt is wanneer de patiënt zelf meewerkt aan de behandeling ('compliance'). Slechte 'compliance' kan leiden tot ongepaste zorg. Zo werd door Herings, et al. (2002) van negen groepen geneesmiddelen voor chronische patiënten nagegaan of deze middelen volgens voorschrift werden gebruikt. Gemiddeld 50-70 % van de patiënten waren binnen een jaar ten onrechte gestopt met de medicatie, waardoor in 1998 een bedrag van € 234 miljoen werd verspild. Dit komt overeen met

24% van de totale kosten van geneesmiddelen in die negen groepen. Men mag immers verwachten dat tegenover de kosten van het gebruik van minder dan een jaar geen opbrengsten staan daar de positieve effecten van een kort gebruik van deze geneesmiddelen nihil zijn.

#### *De aanbieder van zorg*

Aanbieders van zorg zijn samen met de patiënt de spil waar de zorg om draait. Het gaat in de zorg uiteindelijk immers om dit 'primaire proces' van zorgverlening, waardoor gezondheidszorg wordt geconsumeerd en gezondheid wordt gewonnen (direct of indirect). De aanbieders van zorg hebben derhalve ook een belangrijke taak bij het leveren van adequate zorg. Daartoe zal eerst duidelijk moeten zijn welke zorg wanneer gepast kan worden geacht en zullen aanbieders van zorg ook prikkels moeten krijgen deze gepaste zorg daadwerkelijk te leveren.

Wat prikkels betreft mag duidelijk zijn dat aanbieders van zorg, net als andere actoren, reageren op de (financiële) prikkels die het systeem ze geeft. Dat wil zeggen dat bijvoorbeeld de wijze van financiering van aanbieders invloed heeft op de (hoeveelheid en kwaliteit) geleverde zorg. 'Supplier induced demand' is in deze context een belangrijk begrip. Gegeven het feit dat zorgconsumenten vaak onvoldoende kennis en informatie hebben om hun zorgvraag adequaat te formuleren kan een zorgaanbieder deze gedeeltelijk sturen. Zo is het voor een arts die per uitgeschreven recept wordt betaald heel eenvoudig om meer recepten uit te schrijven dan strikt noodzakelijk. Daarmee wordt uiteraard al snel afbreuk gedaan aan gepaste zorgconsumptie. Anderzijds, het betalen van een vast bedrag aan artsen kan juist leiden tot een prikkel om minder zorg te leveren dan gewenst. Hetzelfde geldt overigens voor bijvoorbeeld ziekenhuizen.

Een vast budget leidt al gauw tot onderproductie (aangezien men zich met een overschrijding van de kosten vooral zelf in de vingers snijdt) en wellicht wachtlijsten, terwijl een volkomen op productie gebaseerde beloning snel kan leiden tot overproductie. Ook zal men reageren op de specifieke invulling van een beloningssysteem. Wanneer beloning bijvoorbeeld gebaseerd is op het aantal ligdagen kan het aantrekkelijk zijn mensen onnodig lang in het ziekenhuis te houden of bijvoorbeeld reeds voor het weekend op te nemen voor een operatie op maandag, zoals bij het destijds vigerende tariefstelsel in Nederland wel gebeurde.

Ook reageren aanbieders op andere prikkels, bijvoorbeeld van commerciële producenten van hulpmiddelen, apparatuur en geneesmiddelen, die soms gericht zullen zijn op omzetverhoging hetgeen met gepaste zorg kan conflicteren. In Lapré, et al. (2001, pag. 79) wordt een overzicht van de literatuur m.b.t. ‘supplier induced demand’ gegeven, waaruit blijkt dat de honorerings- en financieringsstructuur van wezenlijk belang is voor het optreden van dit fenomeen.

Het is dan ook van groot belang aanbieders prikkels te geven zich juist te richten op het verstrekken van gepaste zorg. Naast het verstrekken van informatie over wat gepaste zorg inhoudt, bijvoorbeeld via richtlijnen, zouden aanbieders van zorg bij voorkeur ook dienen te worden gestimuleerd voor het leveren van gepaste zorg en zouden financiële incentives dit tenminste niet moeten belemmeren. Hierop gaan we verder in bij hoofdstuk 5.

#### *Financier/verzekeraar*

De verzekeraars lijken nog maar beperkt betrokken bij een kosteneffectieve inzet van middelen in de zorg. Weliswaar is het percentage van de zorgkosten in de ziekenfondssector waarvoor de verzekeraar zelf risico draagt in de laatste jaren sterk toegenomen, maar dit heeft nog niet geleid tot grote investeringen in maatregelen ter bevordering van doelmatigheid van de (inkoop van) zorg. Gegeven de sleutelrol die verzekeraars dienen te gaan vervullen binnen het zorgstelsel zouden een verdere opbouw van expertise en ook een beloningsstructuur en omgeving die de verzekering en levering van gepaste zorg bevorderen zeer aanbevelenswaardig zijn.

De onlangs uitgevoerde evaluatie van de KZI bracht ook aan het licht dat de taken en verantwoordelijkheden van zorgverzekeraars (alsmede van patiëntenorganisaties) nog onvoldoende uit de verf komen. Blijkens de evaluatie geven deze partijen nog niet op duidelijke en eenduidige wijze invulling aan hun toetsende rol met betrekking tot het kwaliteitsbeleid van de zorgaanbieders. Wat betreft de zorgverzekeraars werd tevens opgemerkt dat hun verantwoordelijkheden voor de kwaliteit van de zorg nog niet duidelijk genoeg in de wetgeving zijn verankerd. Het is van belang deze problemen te signaleren en te verhelpen, aangezien de invoering van het nieuwe zorgstelsel in een rap tempo naderbij lijkt te komen. Ook is het van belang dat verzekeraars zich gericht gaan bezighouden met de doelmatigheid en kwaliteit van zorg en niet eenzijdig sturen op kosten van zorg.

### *Overheid*

De overheid voert de regie over het stelsel ook wanneer volgens de plannen van het huidige kabinet de laatste stap ter realisering van het Dekker-model in 2006 wordt gezet. Dit impliceert enerzijds een zodanige inrichting van het gereguleerde marktsysteem dat actoren daarbinnen streven naar een gepaste zorgconsumptie. Anderzijds blijven er belangrijke overheidstaken ter bevordering van gepaste zorg, zoals hieronder in hoofdstuk 5 zal worden betoogd. Tevens zal de overheid heldere doelstellingen dienen te formuleren ten aanzien van de zorg (bijvoorbeeld ten aanzien van gepaste verdeling van zorg, zoals in het voorgaande hoofdstuk besproken) en de uitkomsten in de zorg daaraan te toetsen. In dat kader geldt dat een sterke markt ook een sterke overheid heeft.

## **5 Maatregelen ter bevordering van gepast gebruik**

In dit hoofdstuk wordt een aantal maatregelen besproken die kunnen worden ingezet ter bevordering van gepast gebruik. De argumentatie daarvoor vinden we enerzijds in de literatuur en anderzijds wordt getracht te leren van ervaringen in het buitenland. Het is niet de bedoeling een afgewogen pakket van beleidsmaatregelen te presenteren. Het gaat eerder om een opsomming van mogelijke strategieën waaruit geselecteerd zou kunnen worden na een nadere analyse van hun toepasbaarheid in de Nederlandse context. Bij de beschouwing van de verschillende maatregelen maken we onderscheid tussen maatregelen aan de vraagzijde, dat wil zeggen gericht op de consument (paragraaf 5.1), en maatregelen gericht op de aanbods- en verzekeringszijde in de zorg (paragraaf 5.2). Tenslotte gaan we in op de rol van de overheid in paragraaf 5.3, waarna paragraaf 5.4 dit hoofdstuk besluit.

### **5.1 Vraagzijde**

Zoals hierboven werd aangegeven liggen oorzaken van ongepast gebruik zowel aan de vraag- als aan de aanbodzijde. Hoewel wij denken dat mede vanwege de informatieasymmetrie in de relatie tussen gebruiker en aanbieder van zorg maatregelen aan de aanbodzijde het meeste gewicht moeten krijgen, achten we het waarschijnlijk dat complementaire maatregelen aan de vraagzijde een nuttige bijdrage kunnen leveren aan de afremming van ongepaste vraag en aan een verbetering van de compliance van zorggebruikers.

Zo zal een verstandig ingezet beleid m.b.t. eigen bijdragen tot vermindering van ondoelmatig gebruik van zorg kunnen leiden. Dit laatste kan in de vorm van een eigen bijdrage (vast bedrag per eenheid), een eigen risico aan de voet of een procentuele bijbetaling. Ook kan dit gedifferentieerd naar rato van de door de overheid gepercipieerde noodzakelijkheid van de voorziening.

Zo zijn er verschillende hoogtes voor de eigen bijdragen voor geneesmiddelen in België, afhankelijk van het belang van het geneesmiddel voor de patiënt. Daarbij worden er drie categorieën van geneesmiddelen onderscheiden: vitale geneesmidde-

len (100% terugbetaling), belangrijke geneesmiddelen waarvan de pathologie geen onmiddellijk levensgevaar inhoudt (75-85% terugbetaling) en geneesmiddelen die meer de richting van het welzijn uitgaan (20-50% terugbetaling). Noodzakelijkheid heeft hier dus ook een relatie met ziektelast.

De economisch verantwoorde keuze van de vorm van de eigen bijdrage hangt af van de mate waarin de patiënt in staat is zijn consumptie te beïnvloeden, de incentives tot zuinig gebruik die uitgaan van de gekozen vorm en het gevaar dat substitutie van goedkope door dure zorg plaatsvindt. Bij het manipuleren van de vraag dient men ook altijd alert te zijn op compenserende reacties vanuit het aanbod.

Onderzoek laat zien dat de Nederlandse zorg prijsgevoelig is, maar dat de hoogte van de eigen bijdragen in het verleden beperkt bleven waardoor grote effecten niet konden worden gesignaleerd. (Lapre, et al., 2001) Binnen Europa lijkt Nederland een uitzonderingspositie in te nemen in de zin dat aan de vraagkant nauwelijks drempels tot consumptie bestaan. Dit zal naar alle waarschijnlijkheid, gegeven de stelselherziening en de invoering van vraagsturing, in een rap tempo gaan veranderen. Het is dan echter van groot belang de drempels op een juiste wijze in te zetten.

De huidige plannen van het kabinet in dit opzicht lijken nog wat ondoordacht in de zin dat bovengenoemde overwegingen voor een verantwoorde inzet daaraan niet ten grondslag liggen (Schut, 2003) en dat ook over de praktische invoering ervan (hoe een eigen risico vorm te geven in een naturastelsel?) nog de nodige onduidelijkheid bestaat. Het moet worden bedacht dat financiële drempels verschillend kunnen werken bij verschillende inkomensgroepen. Controle op gepaste verdeling van zorg blijft dan ook geboden. Daartoe zou systematisch onderzoek naar de relatie tussen zorgbehoefte en zorggebruik dienen plaats te vinden.

Maar ook wanneer de consument de stap naar de zorg heeft gezet dienen maatregelen te worden overwogen om hem of haar te bewegen zodanig mee te werken aan de behandeling dat deze in de praktijk ook kosteneffectief wordt gegeven. Hierboven wezen we in dit verband op de slechte compliance van medicatie door chronisch zieken. Ter verbetering van de compliance is wel gepleit (Herings, 2002) voor een 'behandelingscontract', waarbij ook de plichten van de patiënt worden gespecificeerd en eventuele sancties worden opgelegd bij het

niet nakomen van die verplichtingen. Zo zou bijvoorbeeld periodiek nagegaan kunnen worden of medicijnen, die continu moeten worden ingenomen, ook daadwerkelijk worden gebruikt.

Bij onvoldoende compliance zouden de kosten van de medicatie gedeeltelijk moeten worden teruggevorderd. Ook kunnen eigen bijdragen stimuleren om afgehaalde medicijnen ook werkelijk te consumeren. Ook kan men in dat verband denken aan voorwaarden voor de opvolging van belangrijke adviezen voor de levenswijze na de behandeling, bijvoorbeeld op het punt van het rookgedrag. In het algemeen gaat het om het bevorderen van het besef dat een behandeling, die gefinancierd wordt vanuit de collectiviteit, de plicht meebrengt tot volledige medewerking. De in de publiciteit gekomen plannen voor sancties bij het niet komen opdagen voor operaties zijn hiervan ook een uitdrukking.

## 5.2 Aanbodzijde

Aan de aanbodzijde dient veel meer te worden gestuurd langs de lijnen van noodzakelijkheid, effectiviteit en doelmatigheid. Daarbij zijn zowel de aanbieders van zorg als de zorgverzekeraars (zeker in het nieuwe stelsel) centrale spelers. Op dit moment blijkt dat de verzekering en levering van (alleen) noodzakelijke, effectieve en doelmatige zorg onvoldoende wordt geborgd. Recent is derhalve gepleit voor een betere coördinatie van de inspanningen om systematisch kosteneffectiviteit te betrekken bij het vergoedingsbeleid, bij praktijktoetsing en bij het formuleren van praktijkrichtlijnen (Rutten en Brouwer, 2002; Gezondheidsraad, 2003, iMTA, 2003). Eventueel zou dat kunnen in een (nieuw) instituut, dat waardevolle adviezen en sturingsinformatie geeft aan zowel de aanbieders als de verzekeraars van zorg. Alvorens derhalve specifiek in te gaan op aanbieders en verzekeraars wordt hieronder eerst aangegeven welke rol een dergelijk instituut zou kunnen spelen.

### *Advies over kosteneffectiviteit aan verzekeraars en aanbieders van zorg*

De Gezondheidsraad schrijft in zijn recente advies over de 'contouren van het basispakket' dat er een nationaal beoordelingskader dient te worden gecreëerd waarbinnen de overheid van 'zwaarwegende adviezen' wordt voorzien (Gezondheidsraad, 2003). Hij sluit daarmee aan bij het recente advies van Rutten en Brouwer (2002), die ook reeds de instelling van zo'n

instituut bepleiten met het Engelse NICE als belangrijke inspiratiebron. Zij pleiten ervoor om taken als de selectie van onderwerpen ter nadere bestudering, het creëren van draagvlak door inspraakmogelijkheden en transparantie, het opstellen van ‘evidence based’ aanbevelingen en de professionele verspreiding ervan, samen te brengen in één instantie aangezien de huidige, ambtelijke en versnipperde aandacht voor doelmatigheid niet het gewenste effect sorteert.

In dat opzicht wordt als het ware een Nederlandse tegenhanger van het Engelse NICE gecreëerd. NICE vervult op dit moment in het Verenigd Koninkrijk al een belangrijke, centrale functie door aan hulpverleners en beleidsmakers in de zorg relevante informatie op een heldere wijze aan te bieden. De rol van een dergelijk instituut in de Nederlandse context, kan zijn om zwaarwegende adviezen te geven betreffende de samenstelling van het basispakket. Daarnaast lijkt een belangrijke taak weggelegd op het gebied van praktijktoetsing, afspraken met de industrie (bijvoorbeeld met betrekking tot risicodeling in termen van de prijs en de omzet van nieuwe medicijnen, of over de maximale kosten van een interventie per QALY) en het opstellen van praktijkrichtlijnen. Brouwer, Buijsen en Rutten (2003) spreken in dit verband van een Nationaal Instituut voor Effectiviteit en Doelmatigheid (NIED), benoemen taken van zo'n instituut en geven een schets van een mogelijke structuur.

#### *Verzekeraars*

De verzekeraars krijgen een centrale rol in een nieuw stelsel. Voor die rol lijken zij momenteel nog onvoldoende toegerust, hetgeen de adequate uitoefening van hun taak (hetgeen samen te vatten zou kunnen zijn als: toezien op de levering en verzekering van gepaste zorg) bemoeilijkt. Meerdere oorzaken zijn hiervoor aan te wijzen. We zullen niet trachten hier een volledig beeld van de problemen te schetsen maar wel enkele belangrijke de revue te laten passeren.

Allereerst kampen ook de zorgverzekeraars met een tekort aan informatie betreffende doelmatigheid en effectiviteit van zorg. Rutten en Brouwer (2002) wijzen er in dat opzicht op dat het juist de overheid is die hierin een ondersteunende rol zou moeten hebben, aangezien van individuele verzekeraars niet verwacht kan worden dat zij in staat en bereid zijn vraagstukken van doelmatigheid zelfstandig op te lossen.



Het oprichten van een NIED zou derhalve belangrijke ondersteuning kunnen bieden voor de zorgverzekeraars in het bevorderen van gepast zorggebruik. De ontwikkeling van richtlijnen voor de praktische aanwending van zorg speelt daarbij een belangrijk rol.

Alhoewel een onafhankelijk instituut dergelijke richtlijnen kan ontwikkelen, kan het afdwingen van het volgen van dergelijke richtlijnen door zorgaanbieders uiteraard niet tot de taken van zo'n instituut behoren. Daar lijkt een belangrijke taak weggelegd voor verzekeraars. Die kunnen in onderhandelingen met instellingen en hulpverleners afspraken maken over het volgen van richtlijnen. In de contractvoorwaarden kan het volgen van richtlijnen financieel worden beloond of (bij voldoende aanbod) verplicht worden gesteld. Uiteraard dient er altijd voldoende vrijheid te zijn voor hulpverleners om gemotiveerd van de richtlijnen af te wijken, zoals dat ook nu het geval is. Een instituut als het bepleite NIED biedt voor zorgverzekeraars wel een uitgelezen kans om hun verantwoordelijkheden te nemen in het kwaliteitsbeleid, daar waar de verzekeraars nu nog moeite hebben dit gestalte te geven (Brouwer, et al., 2003).

Gerichte zorginkoop, waarbij op individueel niveau dient te worden gecontracteerd en aandacht dient te zijn voor de verschillende aspecten van het zorgaanbod, is ook voor zorgverzekeraars nieuw en de benodigde expertise en ervaring dient nog grotendeels te worden opgebouwd. Bovendien is dit slechts haalbaar voor die verzekeraars die zich op een bepaalde regio kunnen richten. Met name van de landelijk werkende verzekeraars kan geen actief contracteringsbeleid worden verwacht in die gebieden waar slechts weinig verzekerden zijn gevestigd. Vaak heeft men ook niet eens overeenkomsten gesloten met aanbieders van zorg in zulke gebieden.

Zorgverzekeraars zullen moeten samenwerken in inkoopcombinaties om deze rol te kunnen waarmaken. Daarbij komt dat de aanbodzijde van de zorgsector nog altijd wordt gekenmerkt door schaarste. Dit belemmert een selectieve contractering uiteraard, temeer omdat aanbieders in de zorg vaak meer marktmacht hebben dan voor een goede marktwerking wenselijk is. Dit werd bijvoorbeeld nog eens duidelijk bij de recente perikelen rond de apothekers, die verzekeraars niet toestonden voorwaarden over de af te leveren producten in de contracten op te nemen. Tevens hebben de specialisten recent de onderhandelingen over en ontwikkeling van DBC een tijd lang gefrustreerd door niet langer hun medewerking te verlenen. In

een dergelijke markt is een selectieve contractering en het maken van gerichte afspraken uiteraard moeilijk. Hoe schaars- te in het huidige tijdsgewricht moet worden bestreden is niet duidelijk.

Daarnaast laat ook de rol die verzekeraars zelf spelen te wensen over. Veel initiatieven zijn mogelijk in de zorg, maar slechts weinig verzekeraars zijn actieve regisseurs te noemen. Zaken als het ontwikkelen van formularia, het stimuleren van het gebruik van het EVS, het gericht informatie geven aan verzekerden over preventie, een beter toezicht op het naleven van richtlijnen en juist gebruik van zorg enzovoorts, zijn allemaal voorbeelden van zaken die de effectiviteit en de doelmatigheid van zorg sterk kunnen verbeteren. Het recente onderzoek van Agis onder 3500 chronische gebruikers van maagtabletten naar het gebruik van deze middelen, waaruit blijkt dat één op de vijf maagpatiënten onnodig medicijnen slikt en daarmee kan ophouden, is in dat opzicht veelzeggend (Trouw, 14-11-2003). Het genereren van dergelijke informatie en er vervolgens adequaat op inspelen is een voorbeeld van goed verzekeraarschap.

Een probleem daarbij is dat op dit moment consumenten maar weinig gericht verzekeraars selecteren. Dat heeft waarschijnlijk naast onervarenheid en gemak veel te maken met het feit dat er maar weinig bekend is bij consumenten over de relatieve prestaties van de zorgverzekeraars. Meer informatie dient dan ook beschikbaar te komen over zorgverzekeraars, waarbij inzicht over de kwaliteit en de prijs van verzekeringen alsmede het daaraan gekoppelde aanbod cruciaal is.

Bij de introductie van marktwerking in de kraamzorg is bijvoorbeeld ook door verzekeraars in veel gevallen te veel alleen op kosten gestuurd en niet op zorginhoud of continuïteit van zorg (KPMG, 2002). Alhoewel dit tot veel problemen heeft geleid op deze specifieke deelmarkt, waarbij veel consumenten nauwelijks kraamzorg konden krijgen, lijken consumenten zich in eerste instantie bij een dergelijk tekort aan gecontracteerde aanbieders van zorg niet tot de verzekeraar te wenden.

Een actieve en kritische houding van consumenten is onontbeerlijk om verzekeraars scherp te krijgen en te houden. Dat betekent dat over de volle linie moet worden gestreefd naar een verbetering van de randvoorwaarden waarbinnen zorgverzekeraars hun werk moeten uitvoeren, maar ook naar een verdere stimulans voor verzekeraars hun rol actief en door-

dacht op zich te nemen. Het verzekeren en leveren van gepaste zorg is in het nieuwe stelsel immers niet alleen afhankelijk van het voldoen aan de randvoorwaarden voor gereguleerde concurrentie, maar ook van een adequate uitvoering van de taken die de verschillende actoren krijgen toebedeeld.

Daarbij moeten de mogelijkheden van elke verzekeraar afzonderlijk niet worden overschat vanwege de algehele schaarste aan expertise en ervaring met betrekking tot de bevordering van gepaste zorg en vanwege het feit dat de baten van initiatieven op dit terrein niet exclusief aan die verzekeraar toevallen ('free rider' probleem). De overheid houdt hier dus een belangrijke taak, bijvoorbeeld bij het bevorderen van de toepassing van het doelmatigheids criterium als hierboven genoemd.

#### *Aanbieders*

Ook aanbieders zullen zich meer moeten gaan opstellen als ondernemers in de zorg. Behalve dat zij als zodanig op een markt functioneren dienen zij ook een maatschappelijk ondernemerschap verder te ontwikkelen, waarin altijd een bewustzijn aanwezig blijft van de specifieke context van de zorg en de bijzondere kenmerken die het 'product zorg' kent. Zij zullen zich meer moeten richten op het leveren van effectieve en doelmatige zorg (ook gedefinieerd vanuit maatschappelijk perspectief). Wat hier als gepaste zorg wordt aangemerkt wordt in dat opzicht in de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZi) onder het begrip 'verantwoorde zorg' begrepen. Onder verantwoorde zorg wordt daarin verstaan 'zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, *doelmatig* en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt' (Brouwer, et al., 2003).

Het lijkt erop dat de doelmatigheid van zorg momenteel nog niet zo zeer wordt benadrukt door de zorgaanbieders, die zich in hun normering met name lijken te richten op de effectiviteit, terwijl ook de zorgverzekeraars te weinig toezien op doelmatigheid. Zorgaanbieders dienen zich beter te realiseren dat in de huidige kwaliteitswetgeving doelmatigheid ook nadrukkelijk wordt gezien als een aspect van kwaliteit. Dat besef, tezamen met een adequaat toezicht van verzekeraars, is nodig ten einde de levering van gepaste zorg in Nederland verder te bevorderen.

Daartoe zal onder andere ook de financiering en de organisatie van zorg dienen te veranderen. Voor de financiering dient te worden gestreefd naar die betalingswijzen die de doelmatigheid

binnen instellingen het meest stimuleren. De huidige financieringssystematiek kent onvoldoende prikkels tot doelmatigheid. In het nieuwe stelsel wordt toegewerkt naar vrije onderhandelingen met betrekking tot de hoeveelheid, kwaliteit en prijs van zorg. Aanbieders van zorg dienen zich te onderscheiden door het leveren van kwalitatief goede zorg tegen een redelijke prijs. Dat vereist allereerst het transparant maken van de prestaties van aanbieders, in zogenoemde prestatie-indicatoren. Deze faciliteren ook het keuzeproces bij de verzekeraar. Er kan daarmee worden bezien of effectieve en doelmatige, kortom gepaste zorg, wordt geleverd door de verschillende aanbieders.

Het is overigens niet eenvoudig om een adequate beloningsstructuur en monitoringsysteem te ontwerpen. In feite heeft elke financieringswijze zijn positieve en negatieve kanten (zie bijvoorbeeld Donaldson en Gerard, 1993). Wel lijkt de invoering van DBC's een belangrijke stap voor de bevordering van doelmatigheid (direct en indirect) van ziekenhuiszorg. Toch moet worden gewaakt voor een al te complex en administratief 'zwaar' systeem en dient goed te worden beseft welke mogelijke nadelen er aan DBC's kunnen kleven. Twee belangrijke zijn bijvoorbeeld dat ziekenhuizen geprikkeld kunnen worden om patiënten (te) vroeg te ontslaan teneinde kosten te verplaatsen naar andere actoren. Voorts moeten er controles worden uitgevoerd op de wijze waarop de diagnose-behandel combinaties worden ingeschaald door instellingen. Ervaringen in Amerika leren dat instellingen geprikkeld kunnen worden om 'duurdere' DBC-categorieën op te geven dan in werkelijkheid zijn ingestroomd, teneinde de vergoeding hoger te maken (de zogenoemde 'DRG-creep', Donaldson en Gerard, 1993). Deze controle dient door verzekeraars te worden uitgevoerd.

Wat betreft de organisatie van zorg is het belangrijk dat doelmatige werkvormen worden nagestreefd. Lange tijd zijn er financiële en organisatorische schotten geweest tussen verschillende zorgaanbieders en zorgsegmenten. Toch blijkt dat in sommige gevallen juist nieuwe samenwerkingsverbanden kunnen leiden tot meer effectiviteit en meer doelmatigheid van zorg. De ketenzorg rond CVA-patiënten is daarvan een goed voorbeeld (Huijsman, et al., 2002). Aanbieders moeten dus ook worden gestimuleerd om (potentieel) doelmatigheidsverbeterende samenwerkingsverbanden te ontplooien.

Tevens geldt dat ook de interne organisatie van sommige zorgaanbieders verbetering behoeft. Niet alleen geldt dit qua logistiek proces, maar met name ook wanneer de beloning van

bepaalde beroepsgroepen andere prikkels afgeeft dan het meewerken aan het belang van de instelling. Zo kan het goed zijn om na te denken over constructies waarin bijvoorbeeld artsen delen in het resultaat van een totale instelling, zodat zij een direct belang hebben bij het doelmatig functioneren van een dergelijke instelling.

Meer in het algemeen zouden succesvolle ervaringen elders met 'managed care', waaronder financiële risicodeling en 'utilization review' moeten worden bestudeerd en zo mogelijk geïmplementeerd. Het toenemende markt karakter van de zorg in de Verenigde Staten heeft de ontwikkeling van 'managed care' gestimuleerd en het is zaak de goede aspecten daarvan in de Nederlandse zorg te introduceren wanneer ook hier de condities daarvoor gunstig zijn. Hoewel 'managed care' onder meer is gericht op een lager, meer gepast, gebruik gaat het wel gepaard met hogere administratieve kosten. Daarbij kan worden aangetekend dat de nieuwe gegevensbestanden, welke worden opgebouwd in het kader van de DBC-systematiek, goede mogelijkheden bieden voor 'managed care'-activiteiten en verhoging van de transparantie van de kostenstructuur van het aanbod van zorg.

Al met al zullen de aanbieders van zorg zich bewust dienen te zijn dat zij niet langer in de luwte opereren van een overheids-gestuurde omgeving, maar meer terecht komen in de 'markt-wind' die verfrissend kan zijn, maar die ook de functie heeft om 'schoon te blazen'. Om nog eens aan te sluiten bij de ervaringen in de kraamzorg, dan leren die dat meer markt sommige aanbieders van de markt verdrijft, maar andere juist sterker maakt en nieuwe vormen van zorg stimuleert (KPMG, 2002).

### **5.3 Overheid**

De overheid zal weliswaar verder naar de achtergrond bewegen naarmate de stelselherziening dichterbij komt, maar zij blijft uiteraard wel verantwoordelijk voor de zorg. Zij dient dan ook met kracht te streven naar de realisatie van de voorwaarden voor gereguleerde concurrentie, waarbij het vergroten van het aanbod door het wegnemen van daartoe belemmerende wetgeving en het faciliteren van het keuzeproces voor consumenten van groot belang zijn. Ook dient zij duidelijk te zijn over de gemaakte keuze voor gereguleerde concurrentie. Op dit moment blijft de overheid schipperen tussen markt en staat met betrekking tot de sturing van de zorg. Zij lijkt de oude

vertrouwde overheidsregulering niet te durven loslaten, ook al belijdt zij officieel het geloof in gereguleerde concurrentie (Brouwer, 2003). Een dergelijke tweeslachtigheid is uiteraard ongewenst en contraproductief, omdat de actoren in de zorg zich daardoor niet volledig durven te richten op de omschakeling naar de nieuwe marktordening en daarin te investeren.

Ook in het nieuwe stelsel houdt de overheid haar ondersteunende, controlerende en voorwaardenscheppende rol. Controle dient zich niet alleen toe te spitsen op de kwaliteit van zorg, maar ook op het aspect van de gepaste verdeling van zorg. Zo zal de overheid een goede monitoring van de invoering van gereguleerde concurrentie moeten realiseren waarin zowel de doelmatigheid resp. gepastheid van de collectief gefinancierde zorg wordt gemeten als ook de mate waarin zorg naar behoefte wordt gegeven over de verschillende groepen in de Nederlandse samenleving. Bij dat laatste dient er met name op te worden gelet dat de sociaal zwakkere groepen niet tekort komen in de zorgmarkt.

Ten einde de levering en verzekering van noodzakelijke, effectieve en doelmatige zorg te stimuleren, dient de overheid, naast het inzetten op de stelselherziening ook de juiste besluitvormings- en informatiecontext te creëren. In dat opzicht verdient het aanbeveling om een onafhankelijk, slagvaardig instituut ter bevordering van de effectiviteit en doelmatigheid in de Nederlandse zorg op te richten. De oprichting en financiering van een dergelijk instituut is bij uitstek een overheidstaak. In termen van pakketstelselherziening kan een dergelijk instituut de overheid van waarwegende adviezen dienen. Dat is zeker nu van belang, want de snelheid waarmee nieuwe, dure zorgtechnologieën op de markt komen, lijkt alleen maar toe te nemen.

In een nieuw stelsel waarin de overheid in het kader van kostenbeheersing maar twee directe instrumenten over heeft, te weten de samenstelling van het verzekerde pakket en de hoogte van de eigen bijdragen, is een meer objectieve, gedepoliteerde samenstelling van het pakket van groot belang. Een dergelijk instituut kan hierin voorzien. Tevens kan een dergelijk instituut het argument van noodzakelijkheid in de advisering integraal meenemen, en het verder ontwikkelen en meetbaar maken.

Op die wijze wordt voorkomen dat elk beroep op het noodzakelijkheids criterium altijd leidt tot inclusie in het basispakket, zoals tot dusver vaak het geval. Tevens kan een dergelijk insti-

tuut het proces van besluitvorming transparanter maken en meer doen in termen van hoor en wederhoor van de verschillende betrokken partijen. In relatie tot het Britse NICE wordt dan ook wel eens gesproken over ‘accountability for reasonableness’ (Daniels, 2000). Dit concept is naar voren gebracht door Norman Daniels en tracht weer te geven dat juist in de zorg, waar besluitvorming complex is, en het moeilijk is om het eens te worden over de onderliggende principes van besluitvorming, een eerlijk proces van besluitvorming de legitimiteit van het besluit kan vergroten.

#### **5.4 Conclusie**

De levering en verzekering van gepaste zorg is in de Nederlandse situatie nog niet geborgd. Om deze situatie in te toekomst te verbeteren zijn zowel maatregelen nodig die de verschillende actoren in de Nederlandse zorg prikkelen tot het vragen, leveren en verzekeren van gepaste zorg. Daartoe moet nog veel gebeuren. Belangrijk aan de vraagzijde is de invoering van meer financiële prikkels om een doelmatiger gebruik van zorg te bewerkstelligen. In een stelsel dat uitgaat van vraagsturing is het immers ook noodzakelijk om die vraag zelf in te perken. Dit moet echter wel verantwoord gebeuren, opdat de gepaste verdeling van zorg niet in gevaar komt. Aan de kant van de aanbieders kan veel worden gedaan op het gebied van meer aan resultaat gekoppelde beloning en het werken met richtlijnen. Verzekeraars dienen hieraan ook bij te dragen en toe te zien op het goed presteren van verschillende aanbieders. Een nationaal instituut ter bevordering van de effectiviteit en doelmatigheid in de zorg zou hierbij een belangrijke rol kunnen spelen.

## 6 Conclusies en aanbevelingen

In deze achtergrondstudie zijn wij ingegaan op overconsumptie in de zorg. Overconsumptie is in deze achtergrondstudie gedefinieerd als die zorgconsumptie die het gepast gebruik van zorg overschrijdt. Gepast gebruik van zorg is gedefinieerd als die zorg die voor de gebruiker op het moment van gebruik noodzakelijk, effectief en doelmatig is. In de Nederlandse context komt gepast zorggebruik niet altijd tot stand, ook al zijn er instrumenten om gepast gebruik van zorg vast te stellen en te bevorderen. De huidige marktordening stimuleert gepast gebruik van zorg onvoldoende (en verhindert deze soms zelfs) en er is te weinig informatie over de noodzakelijkheid en (kosten)effectiviteit van de geleverde zorg. Dit kan resulteren in overconsumptie en tevens in onderconsumptie van zorg.

De belangrijkste aanbevelingen die voortvloeien uit deze achtergrondstudie zijn de volgende drie:

1. Zet de hervorming van het Nederlandse zorgstelsel ondubbelzinnig door en werk met kracht aan de realisering van de noodzakelijke randvoorwaarden. Dat draagt bij aan de verstrekking van gepaste zorg omdat een adequate werking van het marktordeningsprincipe van gereguleerde concurrentie de actoren prikkelt tot doelmatige, op de wensen van de patiënt gerichte, zorgverlening en zo gepaste zorgconsumptie 'automatisch' bevordert. De crux zit hem in 'adequate marktwerking', welke niet tot stand zal komen zonder een strakke regie door de overheid.
2. Zorg in het licht van de naderende stelselherziening voor een adequate monitoring van gepaste verdeling van zorg en stel meetbare doelen ten aanzien van de verdeling van (noodzakelijke) zorg. Juist in de zorg is een eerlijke verdeling van middelen van groot belang en gegeven de invoering van onder andere de eigen risico's is het van belang om te bezien of bepaalde groepen niet te veel of te weinig zorg consumeren.
3. Introduceer een instituut ter bevordering van effectiviteit en doelmatigheid in de Nederlandse zorg, dat een belangrijke rol kan spelen bij vergoedingsbesluiten, praktijktoetsing van technologieën (m.b.t. noodzakelijkheid, effectiviteit en doelmatigheid) en het ontwikkelen van praktijkrichtlijnen, alsmede de verschillende actoren in de zorg van advies kan dienen inzake deze materie



Tenslotte, het bevorderen van een gepast gebruik van zorg past in het bredere streven van een vraaggericht en rationeel zorgsysteem. Gegeven het beschikbare budget dient die zorg te worden verstrekt die voor de gebruiker noodzakelijk, effectief en doelmatig is. Voor de levering van noodzakelijke zorg zouden het inkomen of andere persoonlijke kenmerken bij voorkeur geen rol moeten spelen bij de verlening van zorg. Op die wijze wordt gepaste zorg gepast verdeeld. Dat verdient onze zorg.

## Literatuur

Berg, B. van den en F.T. Schut. Het einde van gratis mantelzorg? ESB, 2003, no. 4413, p. 420-422.

Brouwer, W.B.F. and M.A. Koopmanschap. On the economic foundations of CEA. Ladies and gentlemen, take your positions. Journal of Health Economics, 2000, no. 19, p. 439-460.

Brouwer, W.B.F., M.A.J.M. Buijsen en F.F.H. Rutten. Op naar een Nationaal instituut voor effectiviteit en doelmatigheid in de zorg! Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 2003, no. 81, p. 294-297.

Brouwer, W.B.F. Regeren is vooruitzien, niet achteromkijken! TSG, Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, no. 81, 2003, p. 307-308.

Brouwer, W.B.F., N.J.A. van Exel en E.A. Stolk. Acceptability of less than perfect health states. Social Science & Medicine, Accepted for publication.

Casparie, A.F., et al. Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen. Den Haag: ZonMw, 2001 (reeks evaluatie regelgeving: deel 8).

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

Daniels, N. Accountability for reasonableness. British Medical Journal, 2000, no. 321, p. 1300-1.

Donaldson, C. and K. Gerard. Economics of health care financing: the visible hand. London: The McMillan Press Ltd, 1993.

Doorslaer, E.K.A. van, A. Wagstaff and F.F.H. Rutten. Equity in the finance and delivery of health care. An international perspective. Oxford: Oxford University Press, 1993.

Doorslaer, E.K.A. van. Gezondheidszorg tussen Marx en Markt. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1998, oratie.

Drummond, M., et al. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford: Oxford University Press, 1997.

Gezondheidsraad. *Contouren van het basispakket*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2003.

Herings, R.M.C., et al. *Chronische Farmacotherapie Voortgezet*. Utrecht: PHARMO instituut, 2002.

Herings, R.M.C. *Onderhoudscontracten voor langdurige aandoeningen*. Conceptuur, 2002, no. 33, p. 3.

Huijsman, R., et al. *Beroerte, beroering en borging in de keten. Resultaten van de Edisse-studie van drie regionale experimenten met stroke service*. Rotterdam: iBMG/iMTA Erasmus Universiteit, 2001.

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

Instituut voor Medische Technologie Assessment. *Zorg voor effectiviteit en doelmatigheid in de Nederlandse zorg. Vijf stellingen over onze gezondheidszorg*. Rotterdam: iMTA Erasmus Universiteit, 2003.

KPMG-BEA/KPMG Gezondheidszorg. *De markt voor kraamzorg - deelmarktanalyse*. Hoofddorp: KPMG-BEA/KPMG Gezondheidszorg, 2002.

Lagro-Janssen T., W.W. Rosser, C. van Weel. *Breast cancer and hormone-replacement therapy: the Million Women Study*. *Lancet*, 2003, no. 362, p. 1332.

Lapr e, R., F.F.H. Rutten, E. Schut (eds). *Algemene Economie van de Gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2001 (2<sup>e</sup> herziene druk).

Nord, E. *Cost-value analysis in health care: making sense out of QALYs*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

Poley, M.J., et al. *Noodzakelijkheid als criterium*. *Medisch Contact*, 2002, no. 57, p. 1697-1700.

Poley, M.J., et al. Ziektebelasting als uitwerking van het criterium 'noodzakelijkheid' bij het maken van keuzen in de zorg. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 2002, no. 146, p. 2312-2315.

Rawls, J. *A theory of justice*. Cambridge: Harvard University Press, 1971.

Rutten-Van Molken, M.P.M.H., J.J. van Busschbach en F.F.H. Rutten (red.). *Van kosten tot effecten. Een handleiding voor evaluatiestudies in de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2000.

Rutten, F.F.H. en W.B.F. Brouwer. Meer zorg bij beperkt budget; een pleidooi voor een betere inzet van het doelmatigheidscriterium. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 2002, no. 146, p. 2254-2258.

Rutten, F.F.H. en W.B.F. Brouwer. De prijs van vraagsturing. In: *Zorgaanbod en cliëntenperspectief*. Zoetermeer: RVZ, 2003.

Sassi, F., L. Archard, J. Le Grand. Equity and the economic evaluation of health care. *Health Technology Assessment*, 5, 2001, no. 3.

Schut, F.T. *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen markt-falen en overheidsfalen in de gezondheidszorg*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 2003, oratie.

Sen, A. *On ethics and economics*. Oxford: Blackwell Publishers, 1987.

Smith, R. The failings of NICE. *BMJ*, 2000, no. 321, p. 1363-1364.

Stolk, E.A., W.B.F. Brouwer en J.J. van Busschbach. Vergoeding van Viagra stuit op waarden en normen. *Medisch Contact*, 2000, no. 55, p. 626-629.

Stolk, E.A., et al. Proeftoetsing iMTA model. In *Toenders WGM. Vervolgonderzoek breedte geneesmiddelenpakket*. Amstelveen: College voor Zorgverzekeringen, 2002.

Stolk, E.A., et al. Defining equity in the equity-efficiency trade-off: an exploration of the concept of proportional short-fall. Submitted paper.

Sturmans, F. en O. de Zwart. Realistische benadering van legionella nodig, NRC Handelsblad, 31 oktober 2000.

Toenders, W.G.M. Vervolgonderzoek breedte geneesmiddelenpakket. Amstelveen: College voor Zorgverzekeringen, 2002.

Wagstaff, A. and E.K.A. van Doorslaer. Equity in health care finance and delivery. In: A.J. Culyer and J. Newhouse (eds). Handbook of Health economics. Amsterdam: Elsevier Science, 2000.

Williams, A. Economics of coronary artery bypass grafting. British Medical Journal, 1985, no. 291, p. 326-329.

Williams, A. Intergenerational equity: an exploration of the 'fair innings' argument. Health Econ, 1997, no. 6, p. 117-132.

Wit, A. de en W.B.F. Brouwer. Gezond gedrag als stiefkindje van economisch evaluatie onderzoek. In: W. Groot, W.B.F. Brouwer en H.W. van Lienden (eds). Gezondheid, een kapitaal goed. Op naar een economie van de public health. *In press*.



# Deel II

## Zorgconsumptie vergeleken

drs. J.A. Nauta  
L. Ottes, arts  
drs. A.J.G. van Rijen





## Inhoudsopgave deel II

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>59</b>
<b>2</b>	<b>Landen vergeleken</b>	<b>60</b>
2.1	Demografische en sociaal-economische kenmerken	60
2.2	Het opleidingsniveau	64
2.3	De levensverwachting bij de geboorte	65
2.4	De subjectieve gezondheidsbeleving	66
2.5	Het aanbod van zorg	68
2.6	Conclusie	71
<b>3</b>	<b>Gebruik van zorg</b>	<b>73</b>
3.1	Contacten en opnames	73
3.2	Medisch-specialistische verrichtingen	75
3.3	Kosten van zorg	83
<b>4</b>	<b>Beschouwing en conclusie</b>	<b>86</b>
	Literatuur	89



## 1 Inleiding

Om de zorgconsumptie in Nederland in een breder perspectief te plaatsen, is op basis van beschikbaar cijfermateriaal van de OESO (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling) een vergelijking gemaakt tussen relevante kengetallen betreffende de zorgconsumptie in een aantal westerse landen. Omdat het cijfermateriaal verzameld is van een groot aantal verschillende nationale statistische instanties, is de vergelijkbaarheid van het cijfermateriaal beperkt. Definitiever- schillen en verschillende methoden van gegevensregistratie zijn van invloed op de kengetallen<sup>1</sup>. Uiteraard speelt ook de invul- ling die aan de verschillende zorgsystemen gegeven is een rol, denk bijvoorbeeld aan het feit dat in bepaalde landen de huis- arts als poortwachter fungeert, terwijl dit in andere landen niet het geval. De hier geschetste vergelijkingen dienen derhalve als grove indicatie.

Een selectie is gemaakt van landen die vergelijkbaar lijken te zijn met Nederland, het betreft dan voornamelijk buurlanden, Scandinavische landen en Engelstalige landen. In concreto: Australië, België, Canada, Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Noorwegen, Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten en Zweden.

Per variabele wordt een vergelijking gepresenteerd, waarbij alleen die landen weergegeven staan waarvoor desbetreffende kengetallen beschikbaar zijn. Alleen in het geval dat de gepre- senteerde gegevens van een andere bron dan de OESO (OECD Health Data 2003) afkomstig zijn, wordt dit vermeld.

Allereerst wordt aangegeven in hoeverre de geselecteerde lan- den vergelijkbaar zijn. Vervolgens wordt de zorgconsumptie in deze landen in beeld gebracht. Wellicht ten overvloede zij opgemerkt dat deze vergelijking niet beoogt de performance van de verschillende zorgsystemen te meten. Aspecten als toegankelijkheid en wachttijden komen dan ook niet aan de orde.

## 2 Landen vergeleken

Op de volgende criteria zijn de geselecteerde landen vergeleken:

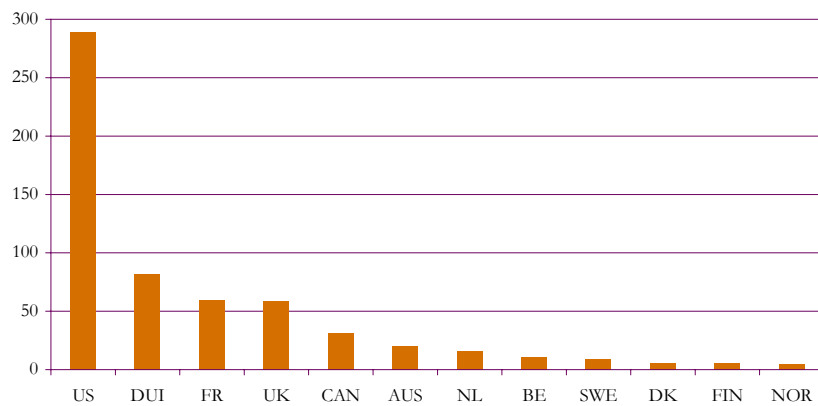
- demografische en sociaal-economische kenmerken
- het opleidingsniveau
- de levensverwachting bij de geboorte
- de subjectieve gezondheidsbeleving
- het aanbod van zorg

Uiteraard kunnen alleen die gegevens weergegeven worden die voor de geselecteerde landen beschikbaar zijn.

### 2.1 Demografische en sociaal-economische kenmerken

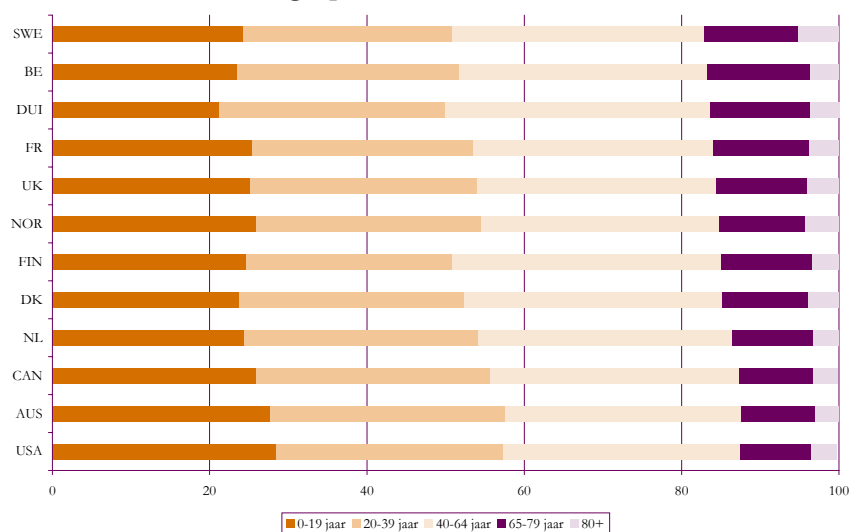
Zoals bekend zijn er grote verschillen tussen de aantallen inwoners in de geselecteerde landen.

**Grafiek 2.1** Aantal inwoners per land (2002)



De Verenigde Staten, Australië en Canada hebben relatief de jongste inwoners. Van de West-Europese landen is Nederland het 'jongst', zoals grafiek 2.2 laat zien.

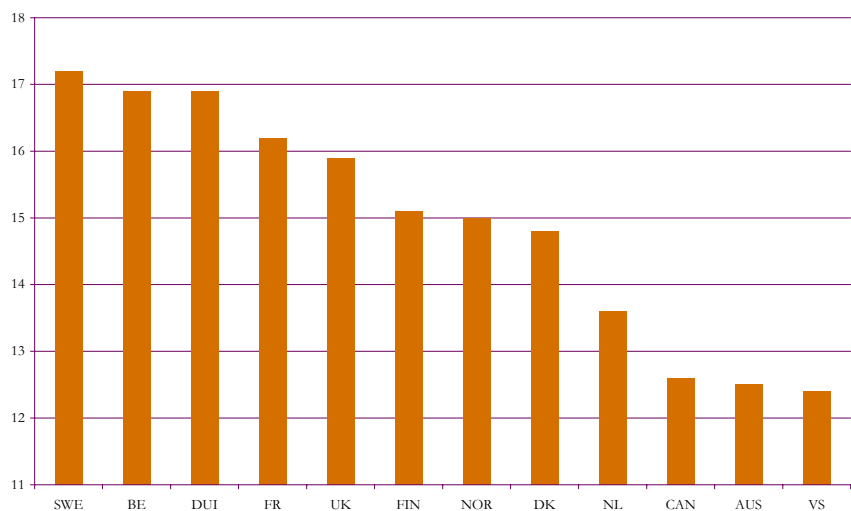
**Grafiek 2.2 Bevolkingsopbouw in %**



Bron: US Census Bureau, International Database, versie juli 2003 (gegevens over jaar 2000)

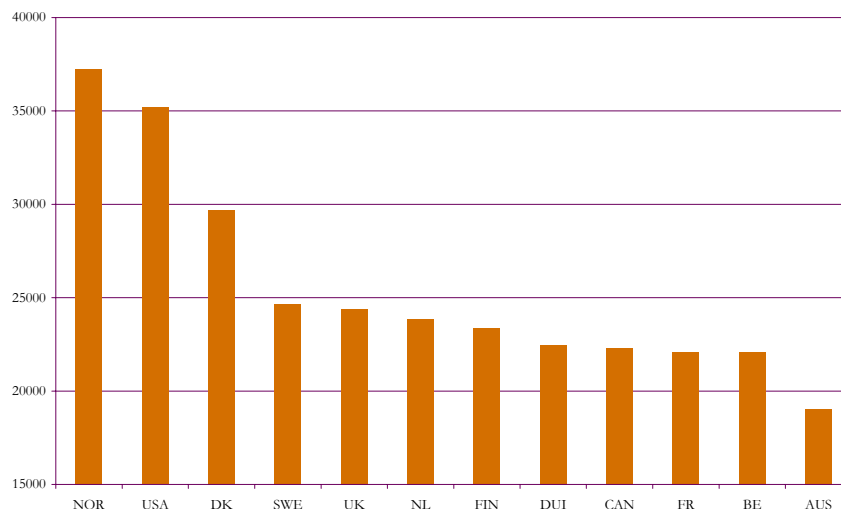
Wanneer we het percentage ouder dan 65 jaar bezien, worden deze verschillen nog duidelijker.

**Grafiek 2.3 Percentage ouderen (65+) van het totaal aantal inwoners (2001)**

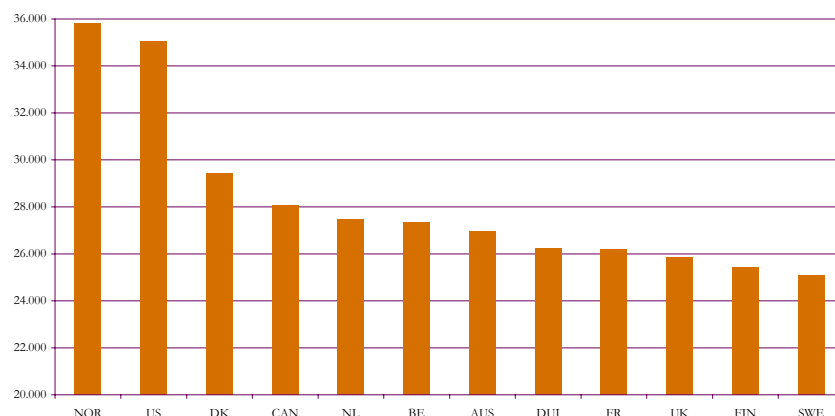


Uit grafiek 2.4, die een vergelijking laat zien tussen het bruto binnenlands product per inwoner, blijkt dat Nederland zich wat betreft inkomen in het centrum bevindt van de geselecteerde groep landen.

**Grafiek 2.4 Bruto Binnenlands Product per inwoner in US Dollar**



**Grafiek 2.5 Koopkracht (Purchasing Power Parity in US Dollar)**

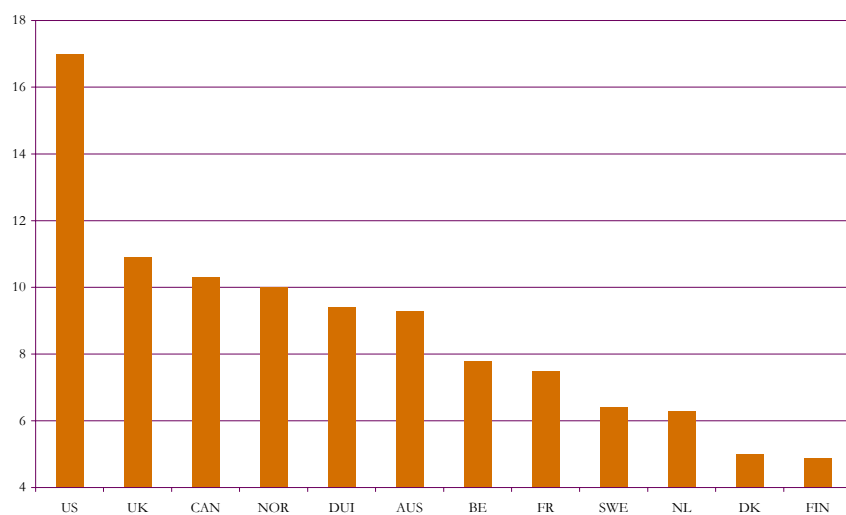


Bron: World Bank: World Development Indicators Database, July 2003

Uit de gegevens van de Wereldbank blijkt dat Nederland ook in de middenmoot zit waar het de koopkracht betreft.

Wanneer een andere invalshoek gekozen wordt, namelijk een rangschikking naar het deel van de inwoners dat een laag inkomen heeft, krijgt men een ander beeld. Hierbij moet wel aangetekend worden dat deze cijfers op medio de jaren negentig betrekking hebben.

**Grafiek 2.6**      **Percentage van de bevolking met een laag inkomen**

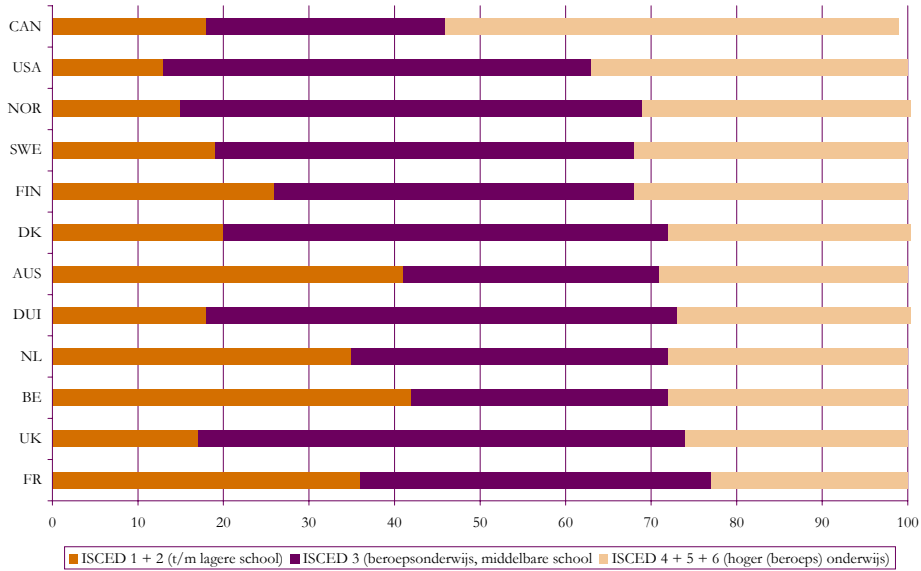


Bron:    OECD, Forster, 2000

## 2.2 Het opleidingsniveau

Met België, Australië en Frankrijk heeft Nederland een relatief hoog percentage laag opgeleiden in de bevolking.

Grafiek 2.7 Verhouding laag-, middelbaar en hoogopgeleiden in %

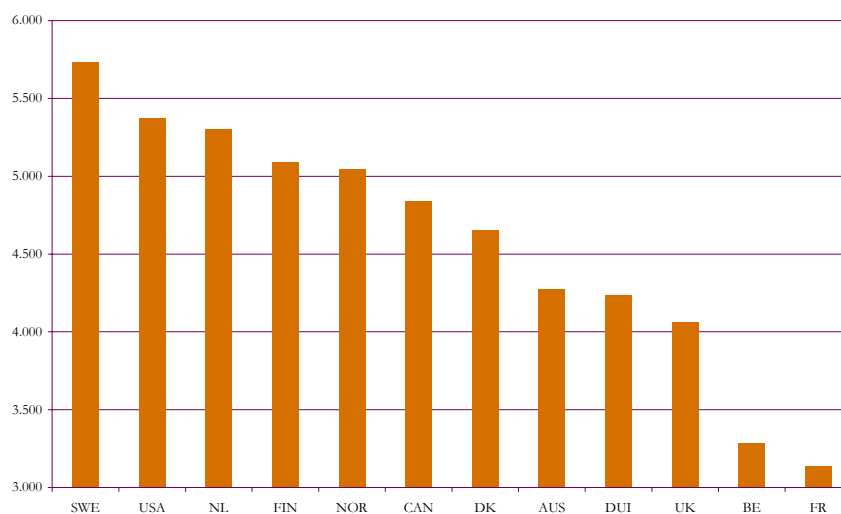


Bron: OECD, 2000

Een specifiek vergelijkingscriterium van geheel andere aard is het gebruik van internet. Dit medium wordt, wanneer men over toegang hiertoe beschikt, veel gebruikt door burgers om informatie over gezondheid en zorg te krijgen. Nederland heeft met Zweden en de Verenigde Staten het hoogste percentage internetgebruikers.



**Grafiek 2.8 Aantal internetgebruikers per 10.000 inwoners**

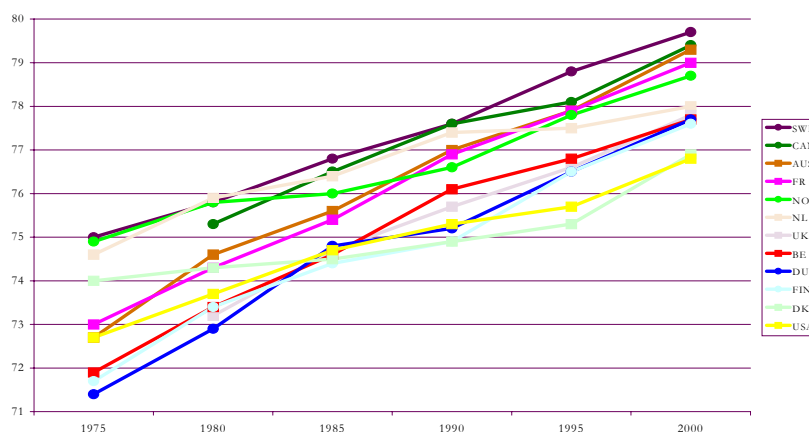


Bron: International Telecommunication Union, data 2002 (<http://www.itu.int/ITU-D/ict/statistics/>)

### 2.3 De levensverwachting bij de geboorte

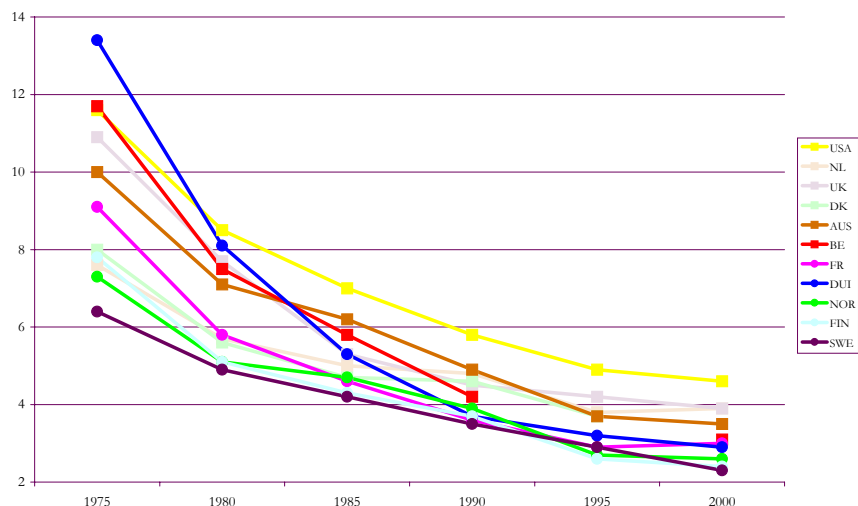
Wanneer de gezondheidstatus in ogenschouw genomen wordt, valt het volgende op. Wat betreft de levensverwachting bij geboorte bestaan er geen grote verschillen tussen de landen. Nederland positioneert zich in het midden, maar kent een relatief kleinere toename in levensverwachting gezien over de afgelopen 25 jaar.

**Grafiek 2.9 Levensverwachting bij geboorte, in jaren**



Als gekeken wordt naar de neonatale sterfte, blijkt dat Nederland een relatief hoge, en dus ongunstige positie bezet. De neonatale sterfte is afgenomen, maar minder dan in andere landen.

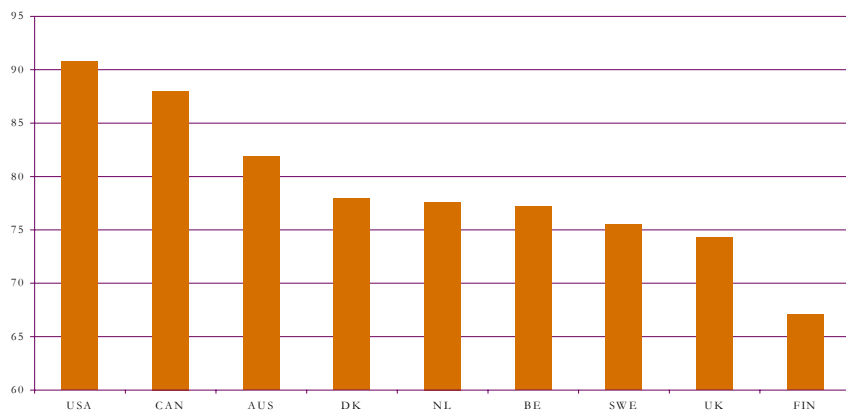
**Grafiek 2.10 Neonatale sterfte, aantal per 1000 levend geboren**



## 2.4 De subjectieve gezondheidsbeleving

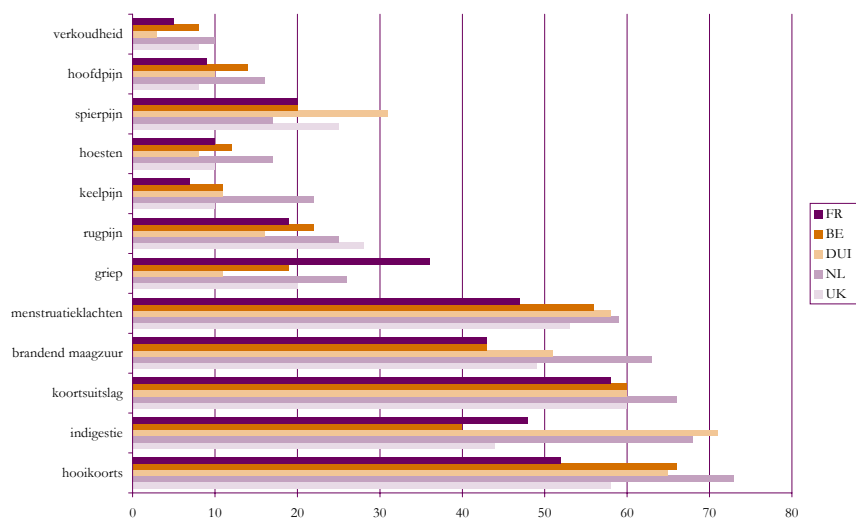
In de volgende grafiek is de subjectieve gezondheidsbeleving weergegeven. Dit is het percentage van de bevolking dat zegt gezond te zijn. Nederland bevindt zich in het midden, met een percentage van 77 procent.

**Grafiek 2.11 Percentage personen dat aangeeft gezond te zijn (2000)**



Voor de ons omringende landen is nagegaan in hoeverre de inwoners last van bepaalde klachten hebben. Volgens dit onderzoek van Trendbox hebben inwoners van Nederland vrijwel in alle gevallen minder last van deze klachten dan de inwoners van de ons omringende landen. Een uitzondering vormen spierpijn en rugpijn. De volgende grafiek maakt dit duidelijk.

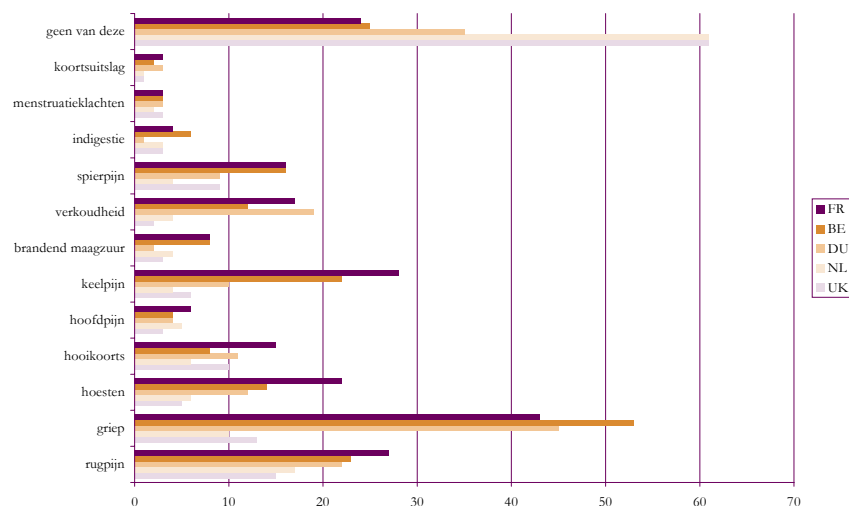
**Grafiek 2.12** Percentage van de bevolking dat nooit last heeft van deze klacht



Bron: Life & Living Survey (Trendbox, 2002)

Ook is in deze landen nagegaan of hun inwoners bij deze klachten naar een arts gaan.

**Grafiek 2.13** Percentage van de bevolking dat indien men deze klacht heeft, een arts raadpleegt



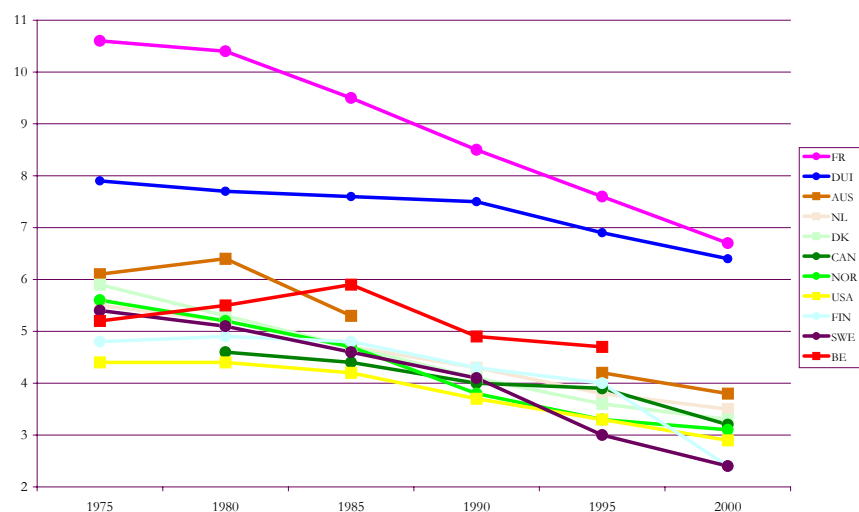
Bron: Life & Living (Trendbox, 2002)

Uit deze grafiek blijkt dat inwoners van Nederland in het algemeen ook relatief minder snel naar een arts gaan, wanneer zij een klacht hebben in vergelijking met de inwoners van de ons omringende landen.

## 2.5 Het aanbod van zorg

Het aanbod van zorg kan op verschillende manieren ‘gemeten’ worden. Een gebruikelijke maat is het aantal ziekenhuisbedden per 1000 inwoners.

**Grafiek 2.14** Aantal ziekenhuisbedden per 1000 inwoners ('short-stay')

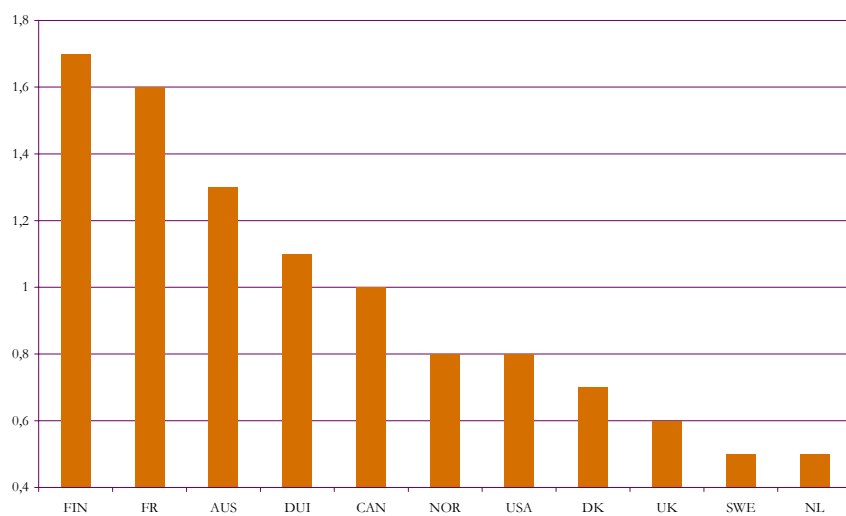


In bovenstaande grafiek staat het aantal ziekenhuisbedden per 1000 inwoners, voor short-stay doeleinden, weergegeven. In alle landen is dit aantal langzaam aan het afnemen. Nederland neemt een middenpositie in ten opzichte van andere landen.

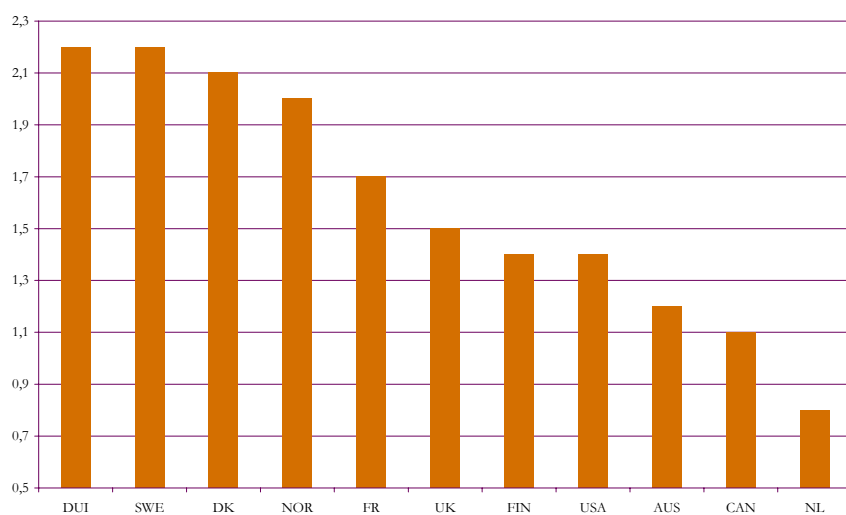
Een andere belangrijke maat is het aantal personen dat in de gezondheidszorg werkzaam is, en in het bijzonder huisartsen, medisch specialisten en verpleegkundigen.

Voor wat betreft het aantal huisartsen heeft Nederland met Zweden, het Verenigd Koninkrijk en Denemarken een relatief klein aanbod. Ook het aantal specialisten is in Nederland klein in vergelijking met andere landen. Overigens past hierbij de kanttekening dat de gegevens van de meeste landen vertekend zijn doordat ook niet-praktiserend artsen worden meegeteld. Alleen in Australië, Duitsland, de Verenigde Staten (alleen huisartsen) en het Verenigd Koninkrijk is dit niet het geval.

**Grafiek 2.15** Aantal huisartsen per 1000 inwoners (2000)

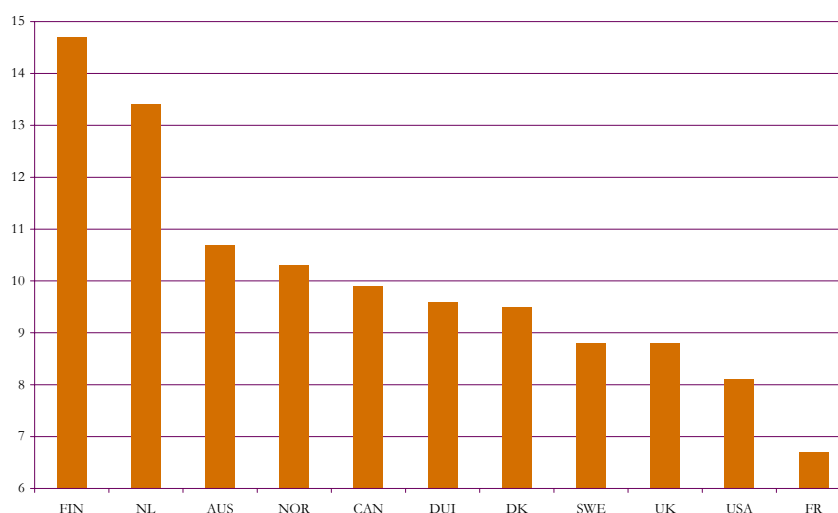


**Grafiek 2.16** Aantal medisch specialisten per 1000 inwoners (2000)



Het aantal verpleegkundigen in Nederland is daarentegen (met Finland) hoog. Ook hier geldt dat voor een aantal landen ook niet praktiserend verpleegkundigen zijn meegeteld (Finland, Nederland, Canada, Verenigde Staten en Frankrijk) en voor ander landen niet (Australië, Duitsland, Denemarken, Zweden en het Verenigd Koninkrijk).

**Grafiek 2.17** Aantal verpleegkundigen per 1000 inwoners (2000)



## 2.6 Conclusie

Zoals te voorzien was, is er geen land dat in elk opzicht aan elkaar gelijk is. Qua demografie heeft Nederland van de West-Europese landen relatief weinig ouderen. De bevolking van de Verenigde Staten, Australië en Canada is duidelijk jonger. Qua inkomen en koopkracht verkeert Nederland in de middenmoot.

Nederland scoort relatief laag wanneer het om het percentage hoogopgeleiden gaat en hoog ten aanzien van het percentage laagopgeleiden. Het percentage Internetgebruikers is in Nederland daarentegen hoog.

De gezondheidssituatie in Nederland en meer specifiek de levensverwachting is middelmatig in vergelijking met de geselecteerde landen; de neonatale sterfte is ongunstiger.

Ook qua subjectieve gezondheidsbeleving verkeert Nederland in de middenmoot. In vergelijking met de ons omringende landen zegt een kleiner percentage van de inwoners van Nederland last te hebben van een aantal veel voorkomende klachten. Ook zegt in Nederland een kleiner percentage naar de dokter te gaan, wanneer men deze klachten heeft.

Qua zorgaanbod heeft Nederland relatief een gering aantal medische beroepsbeoefenaren, een middelmatig aantal ziekenhuisbedden en een groot aantal verpleegkundigen.

Wanneer Nederland qua zorgconsumptie met andere landen vergeleken moet worden, lijkt een vergelijking met de gemaakte selectie redelijk. De verschillen qua zorgsysteem zijn hierin echter niet verdisconteerd.

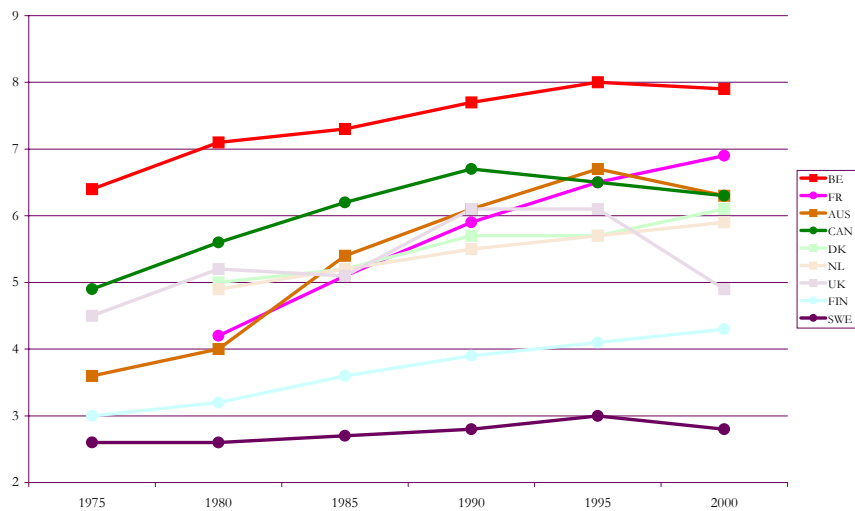


### 3 Gebruik van zorg

#### 3.1 Contacten en opnames

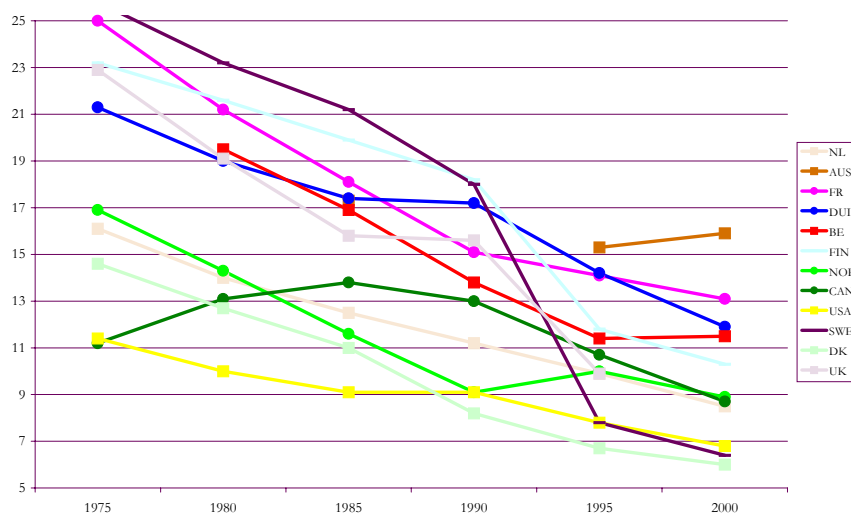
In de eerste plaats is het aantal bezoeken aan huisartsen be-  
zien.

Grafiek 3.1 Gemiddeld aantal huisartsconsulten per persoon per jaar



Het blijkt dat dit getal redelijk veel verschilt tussen de ge-  
noemde landen. Het vertoont wel voor vrijwel alle landen een  
licht stijgende lijn over de laatste 25 jaar. Nederland bevindt  
zich met iets minder dan 6 bezoeken per jaar in het midden  
van het spectrum.

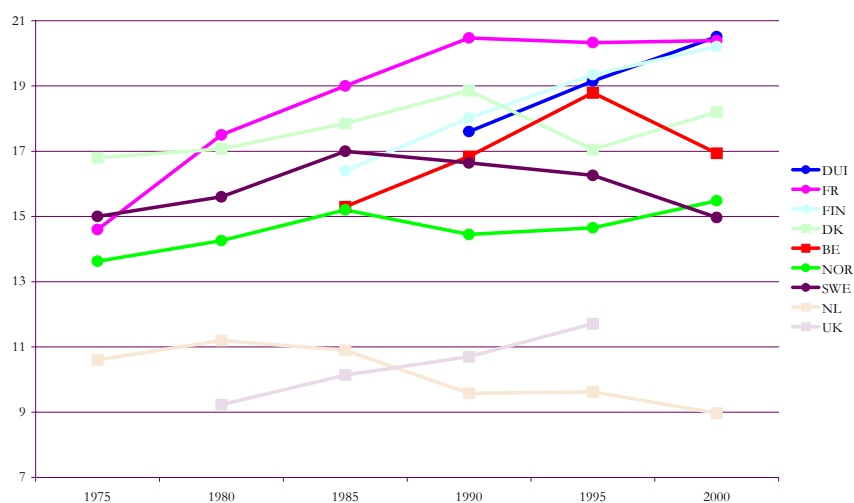
**Grafiek 3.2 Gemiddelde opnameduur in ziekenhuizen in aantal dagen per persoon**



Bron: OECD Health Data 2003; voor Nederland: Statline, CBS, 2003

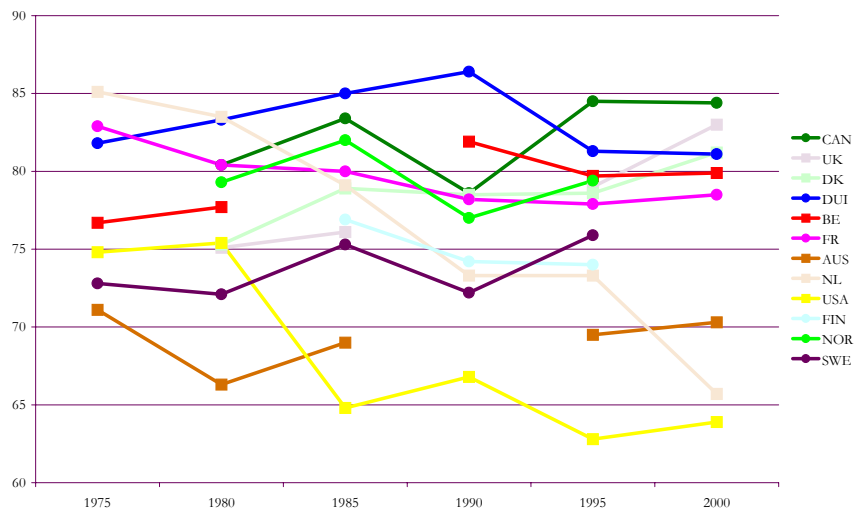
Geconstateerd kan worden dat bij de meeste landen zich een flinke daling heeft voorgedaan in de opnameduur.

**Grafiek 3.3 Aantal ziekenhuisopnamen per 100 inwoners**



In deze grafiek staat het aantal ziekenhuisopnamen weergegeven wanneer het een ziekenhuisopname korter dan 30 dagen betreft. De kengetallen laten een gefragmenteerd en divers beeld zien. Het blijkt dat het aantal ziekenhuisopnamen bij de meeste landen een licht stijgende lijn vertoont. In Nederland neemt het aantal ziekenhuisopnamen echter gestaag af, en ook absoluut kent Nederland een fors lager aantal ziekenhuisopnamen dan de andere landen.

**Grafiek 3.4 Beddenbezetting in de 'short-stay' zorg, % van het totaal aantal bedden**



In grafiek 3.4 is de beddenbezetting weergegeven voor de 'short-stay' zorg. Wat vooral opvalt wat betreft de positie van Nederland is dat waar Nederland in 1975 nog een relatief hoge percentuele bedbezetting had, dit percentage in 2000 gedaald is tot één van de laagste, in vergelijking met de andere landen.

### 3.2 Medisch-specialistische verrichtingen

In de hierna volgende staafdiagrammen wordt een vergelijking gemaakt tussen het aantal operaties voor enkele belangrijke indicaties, per 100.000 inwoners (per 100.000 vrouwelijke inwoners, waar van toepassing). Alle cijfers zijn afkomstig van statistieken over het jaar 2000 of 1999. Door het gebruik van verschillende classificatie methoden, kunnen aan geconstateerde verschillen ook definitieverschillen ten grondslag liggen. Zo worden in sommige landen alle behandelingen gerapporteerd,

terwijl in andere landen die rapportage alleen gebeurt als er ook een ziekenhuisopname plaatsvindt. De absolute vergelijkbaarheid van deze kengetallen is hierdoor dus beperkt, het betreft vooral een indicatieve vergelijking.

Allereerst is het relevant te bezien welke medisch specialistische verrichtingen in Nederland de meeste kosten genereren. In tabel 3.1 zijn de kosten van de met de verrichting samenhangende verpleegdagen niet meegeteld. De totale kosten per verrichting kunnen dus aanzienlijk hoger zijn dan de in deze tabel aangeduide kosten. Voor een beter beeld zouden de gemiddelde kosten van de desbetreffende DBC's in de berekening betrokken moeten worden. Deze gegevens waren echter bij het opstellen van deze tabel niet beschikbaar.

**Tabel 3.1 De vijftig verrichtingen in Nederland die het meest kosten**

Omschrijving verrichting	Totale kosten*in miljoen €	Tarief in 1999 €
1. aortocoronaire bypass	84,4	8.316,3
2. percut.vaatinterventies hart/cor.vaten/kleine circul./v.cava	68,7	5.140,9
3. extracapsulaire extractie van lens	50,4	621,4
4. totale heupprothese	26,4	1.303,9
5. vervanging van hartklep	24,4	9.084,0
6. open repositie fractuur met operatieve of interne fixatie	23,4	975,9
7. cholecystectomie	18,5	1.048,4
8. transarteriële catheterisatie van linker harthelft	16,6	817,9
9. excisie van meniscus	16,4	510,5
10. sectio caesarea, cervicaal en laag corporeel	16,3	848,6
11. partiële resectie van dikke darm	15,1	1.598,8
12. occlusie, excisie en strippen van varices	13,3	644,7
13. artroplastiek van knie	12,4	1.052,3
14. transurethrale verwijdering of destructie prostaatweefsel	12,1	1.226,7
15. aanleggen van overige shunt of bypass van bloedvaten	11,8	1.737,4
16. partiële excisie van mamma en destructie van mammaweefsel	10,4	615,8
17. transfusie van packed cells	9,9	525,9
18. enkelzijdig herstel van inguinofemorale hernia	9,3	483,2

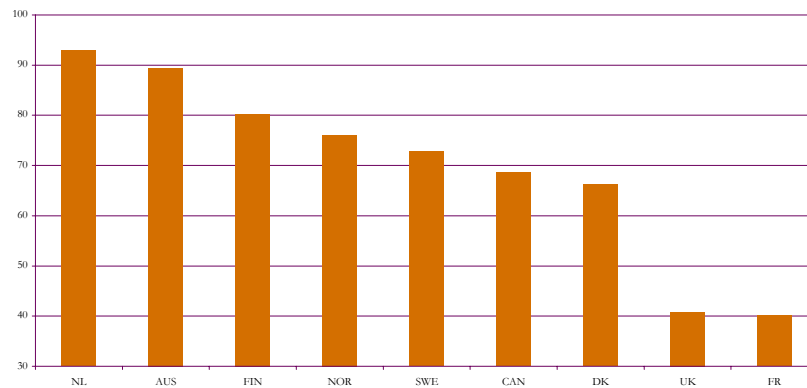
Omschrijving verrichting	Totale kosten*in miljoen €	Tarief in 1999 €
19. diagnostische coloscopie	9,2	330,5
20. abdominale uterusextirpatie, totaal	8,6	1.169,5
21. lokale excisie/excochleatie aandoening gewrichtsstructuren	8,2	487,1
22. catheterisatie hart nec	8,2	817,9
23. resectie van bloedvat met vervanging	8,1	2.299,4
24. appendectomie	7,9	505,2
25. verrichten routinehandelingen partus	7,8	514,4
26. vacuümextractie	7,6	514,4
27. excisie en destructie van discus intervertebralis	7,6	666,7
28. myringotomie	7,6	170,6
29. vaginale uterusextirpatie, totaal	7,5	1.079,8
30. excisie of destructie van aandoening van hart	7,3	6.536,7
31. gecomb. catheterisatie re./linker hart	7,0	817,9
32. gesloten repositie fractuur met operatieve/interne fixatie	6,9	935,5
33. overige resectie van rectum	6,9	2.257,1
34. diagnostische artroscopie	6,6	334,0
35. weefselvernietiging d.m.v. ultrageluid	6,5	610,1
36. verwijderen van operatief of intern fixatiemateriaal	6,5	335,5
37. overige artroplastiek van heup	6,1	917,4
38. diagnostische laparoscopie (peritoneoscopie)	5,7	316,2
39. gemodificeerde radicale mastectomie	5,7	1.119,5
40. incisie van galwegen voor behandeling van obstructie	5,1	638,6
41. transurethrale excisie of destructie van aandoening blaas	5,1	481,0
42. episiotomie	5,0	514,4
43. percutane vaatinterventies	5,0	851,6
44. artroplastiek van gewrichten van schoudergordel	4,8	745,6
45. losmaken van adhesies en decompressie van zenuw of ganglion	4,4	276,6
46. diagnostische duodenoscopie en jejunoscopie	4,3	300,5

Omschrijving verrichting	Totale kosten*in miljoen €	Tarief in 1999 €
47. endarteriëctomie	4,3	1.546,0
48. enkelz. herstel inguinofem. hernia met transpl./proth. mat.	4,2	512,1
49. submuceuze resectie van neusseptum	4,2	463,2
50. herstel- en plastische operaties hartseptum zonder prothese	4,1	8.866,3

\* kliniek en dagbehandeling, kosten exclusief verpleegdagen.  
Bron: Polder, J.J. Kosten van ziekten, RIVM

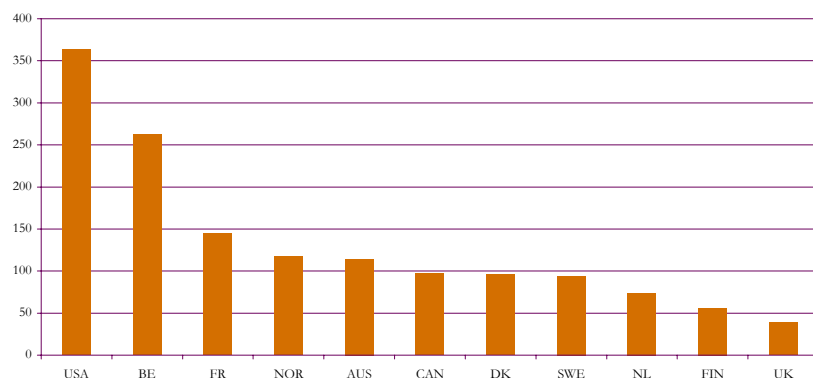
Volgens deze tabel brengt de coronaire bypassoperatie van de medisch-specialistische verrichtingen in Nederland de hoogste kosten met zich mee. Qua volume worden in Nederland het meeste operaties verricht, zoals de volgende grafiek laat zien.

**Grafiek 3.5 Aantal coronary bypassoperaties per 100.000 inwoners (2000)**



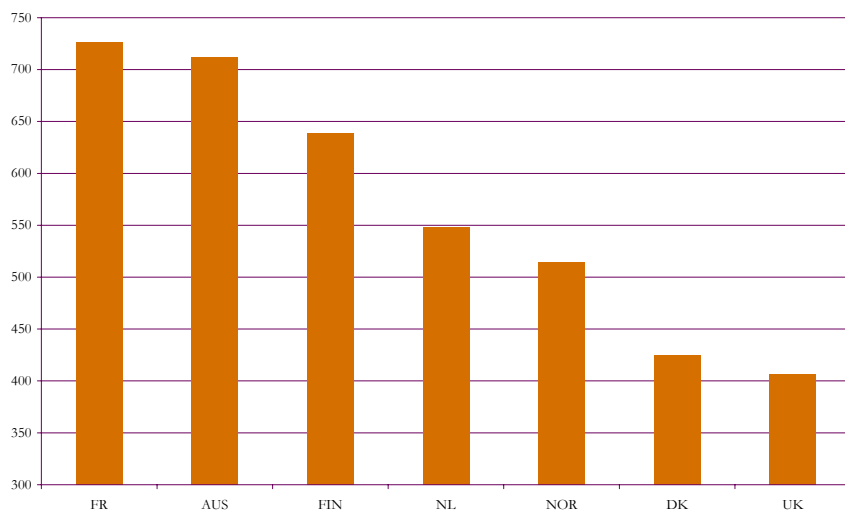
In dit verband is het relevant na te gaan of in Nederland minder gedotterd wordt dan in de andere landen. Grafiek 3.6 laat in de eerste plaats zien dat er in de meeste landen meer gedotterd wordt (PTCA) dan dat er bypassoperaties gedaan worden. Verder blijkt dat in Nederland en Finland meer bypassoperaties worden gedaan dan PTCA. In het Verenigd Koninkrijk worden relatief gezien zowel weinig bypassoperaties als PTCA verricht. Overigens is het beeld niet compleet: van de landen waar het meest gedotterd worden (de Verenigde Staten en België) ontbreken de gegevens met betrekking tot bypassoperaties.

**Grafiek 3.6** Aantal PTCA (dotteren) per 100.000 inwoners (2000)



De derde meest kostende verrichting in Nederland is de cataract operatie (extracapsulaire extractie van lens). Qua volume verkeert Nederland in de middenmoot.

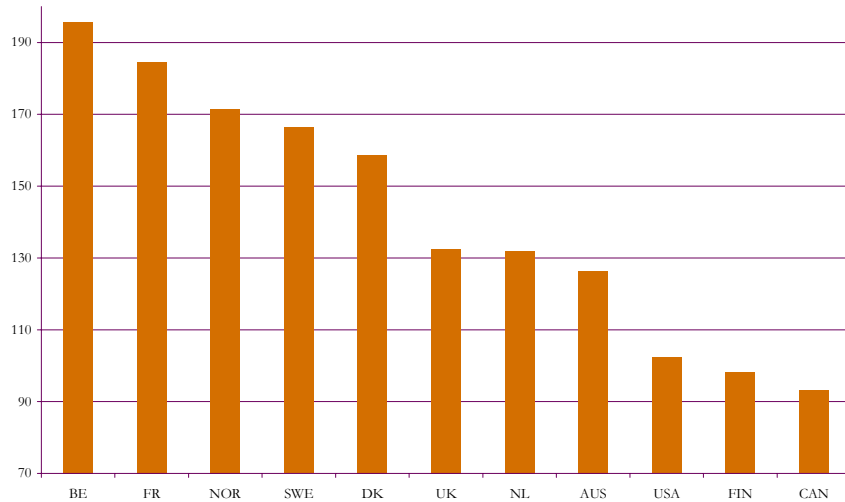
**Grafiek 3.7** Cataract Surgery, aantal operaties per 100.000 inwoners (2000)



Extracapsulaire extractie van de lens is een voorbeeld van een verrichting waarbij het indicatiegebied en leeftijdsgrens zijn opgerekt. Het aantal extracties nam in Nederland was in 2002 36 % hoger dan in 2000. Het totaal aantal verrichtingen steeg in deze periode met 9%<sup>2</sup>.

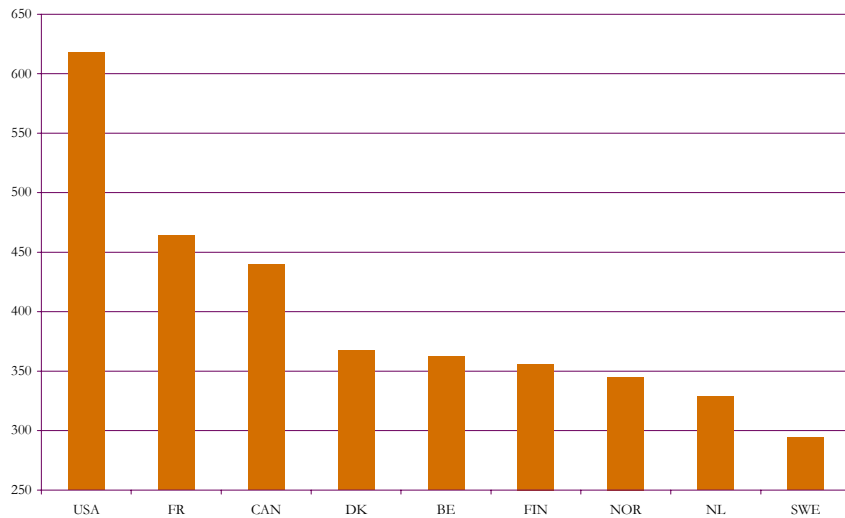
Op de vierde plaats komt de totale heupprothese. Ook qua dit type operaties verkeert Nederland in de middenmoot.

**Grafiek 3.8 Hip replacement, aantal operaties per 100.000 inwoners (2000)**



Op de tiende plaats qua kosten komen de keizersneden. Qua aantal is dit aantal in Nederland laag in vergelijking met de meeste andere landen.

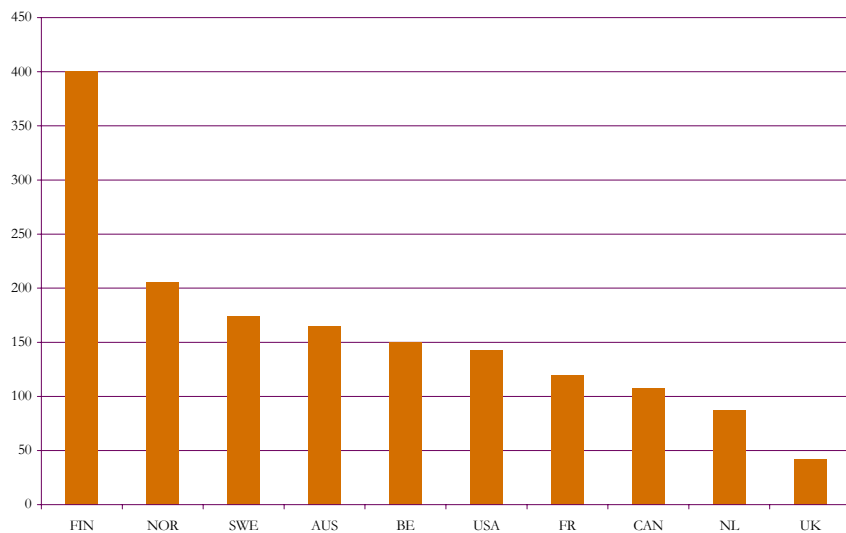
**Grafiek 3.9 Caesarean section, aantal operaties per 100.000 vrouwelijke inwoners (2000)**





Ook het aantal vaginale verwijderingen van de baarmoeder is in Nederland aan de lage kant, vergeleken met andere landen.

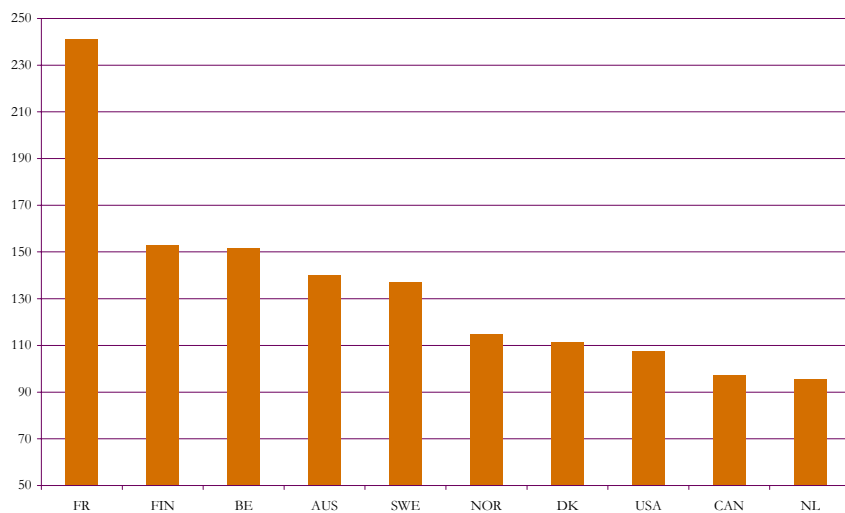
**Grafiek 3.10** Hysterectomy (vaginal), aantal operaties per 100.000 vrouwelijke inwoners (2000)



In Nederland is het aantal abdominale verwijderingen groter dan het aantal dat vaginaal verwijderd is. Er zijn geen cijfers over het aantal abdominale verwijderingen in andere landen.

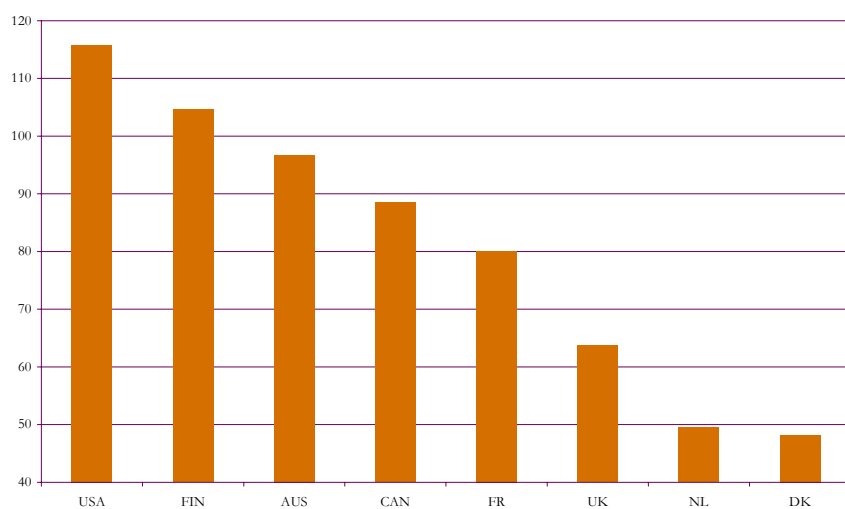
Op de 24<sup>ste</sup> plaats qua kosten komen de blinde darmoperaties.  
Qua volume scoort Nederland laag in vergelijking met andere landen.

**Grafiek 3.11 Appendectomy, aantal operaties per 100.000 inwoners (2000)**



Tenslotte een vergelijking van het aantal vervangingen van de knie.

**Grafiek 3.12 Knie replacement, aantal operaties per 100.000 inwoners (2000)**



Ook in dit opzicht scoort Nederland laag.

Uit de vergelijkende staafdiagrammen over het aantal operaties per indicatie komt geen eenduidig beeld naar voren wat betreft de positie van Nederland. Bij de indicaties knie replacement, appendectomieën en keizersneden kent Nederland een relatief laag aantal operaties, terwijl het aantal bypassoperaties juist hoog is.

### **3.3 Kosten van zorg**

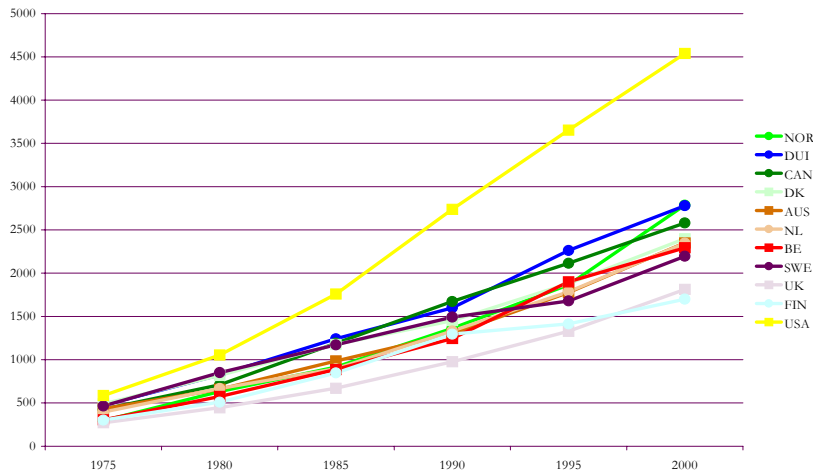
Zoals in de inleiding al opgemerkt, zijn kosten moeilijk als criterium te gebruiken om de zorgconsumptie in verschillende landen te vergelijken. Redenen hiervoor zijn onder meer de verschillen die door de landen aan de inhoud van zorg wordt gegeven en de verschillen in de prijzen van zorg. Zo zijn de kosten van zorg in de Verenigde Staten veel hoger dan in andere landen. De oorzaak hiervan is echter hoofdzakelijk gelegen in de hogere prijzen van producten en diensten en niet in een groter gebruik van zorg<sup>3</sup>.

In dit hoofdstuk worden daarom slechts drie aspecten op macroniveau vergeleken:

- de aan zorg bestede kosten per inwoner;
- het percentage van het BNP dat aan zorg wordt besteed;
- de kosten van geneesmiddelen per inwoner.

Allereerst de kosten per inwoner.

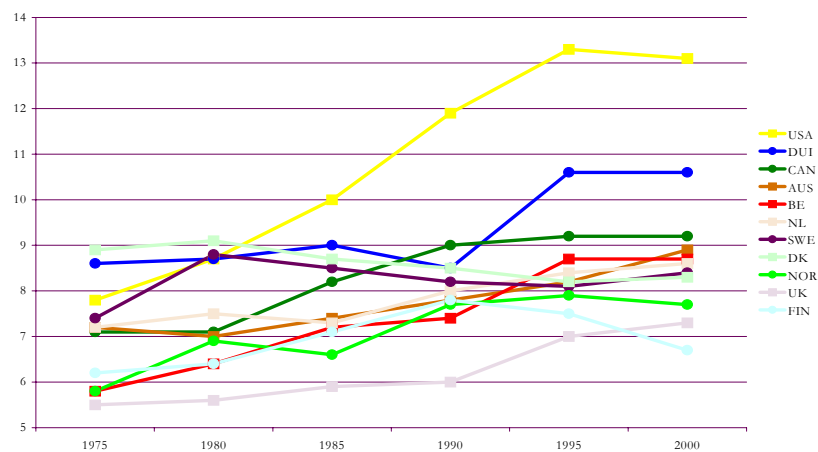
**Grafiek 3.13 Totale zorguitgaven, per inwoner in US dollars**



Finland en het Verenigd Koninkrijk besteden de minste kosten per inwoner. Nederland bevindt zich in de middenmoot. Zoals bekend springt de Verenigde Staten er uit door de hoge kosten.

Voor wat betreft het percentage van het Bruto Binnenlands Product (BBP) dat aan zorg besteed wordt, ziet dit beeld er grotendeels hetzelfde uit. De Verenigde Staten gaan aan kop en Finland en het Verenigd Koninkrijk hebben het laagste percentage.

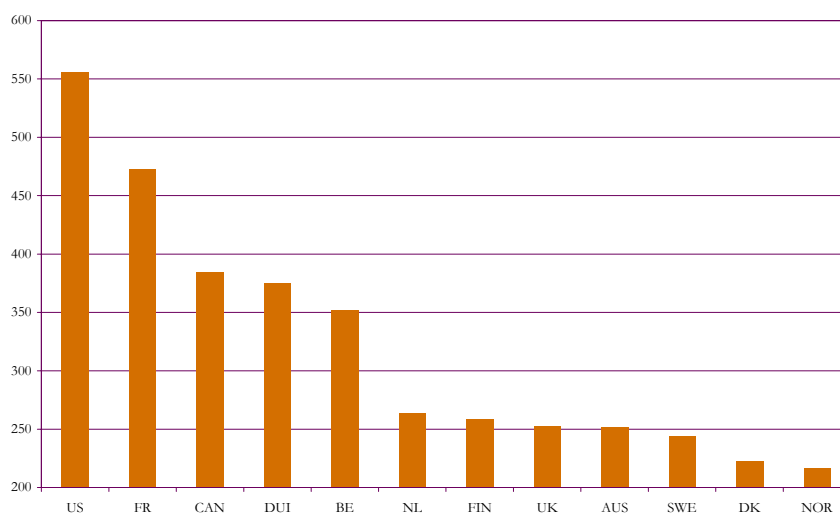
**Grafiek 3.14 Totale zorguitgaven, als percentage van het BBP**



Opmerkelijk is dat in de periode 1995-2000 het percentage in veel landen is afgevlakt of soms zelfs daalde, zoals in Noorwegen en Finland. In het Verenigd Koninkrijk, Australië en Nederland steeg dit percentage. Denemarken vertoont als enige land een vrij constante lijn.

Zowel voor wat betreft de totale uitgaven aan zorg per inwoner, als de zorguitgaven als percentage van aan het bruto binnenlands product neemt Nederland een middenpositie in.

**Grafiek 3.15 Kosten voor geneesmiddelen per hoofd van de bevolking in US-dollars (2000)**



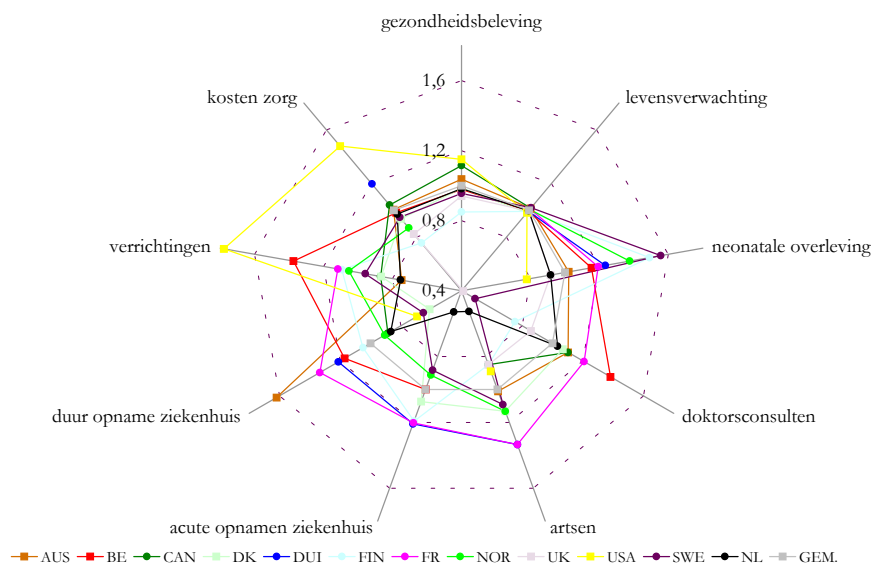
Een specifiek onderdeel vormen de kosten van geneesmiddelen. Met de Scandinavische landen, het Verenigd Koninkrijk en Australië zijn de kosten die in Nederland per hoofd van de bevolking aan geneesmiddelen besteed worden lager dan in andere westerse landen.

## 4 Beschouwing en conclusie

In het voorafgaande is een aantal parameters van de gezondheidszorg van een aantal landen weergegeven. Om een globaal oordeel te kunnen geven hoe de zorgconsumptie in Nederland zich verhoudt tot die van de andere landen, moeten de verschillende parameters in samenhang gezien worden.

In grafiek 4.1 is getracht dit weer te doen. Op iedere ‘spaan van het wiel’ zijn de waarden van de verschillende landen voor een bepaalde parameter weergegeven. De score is weergegeven als de verhouding van de waarde van de parameter voor een bepaald land ten opzichte van het gemiddelde van de betrokken landen. Als de waarde van een bepaalde parameter voor Nederland bijvoorbeeld 3 is, terwijl het gemiddelde 2 bedraagt dan is de score van Nederland 1,5. Uitgegaan is van het meest recente jaar waarover gegevens beschikbaar zijn, namelijk 2000.

**Grafiek 4.1 Landen onderling vergeleken**



Hoe hoger de score hoe verder het meetpunt van het middelpunt van het wiel verwijderd is. De parameters zijn gegroepeerd in twee categorieën: input (aantal medische beroepsbeoefenaren, aantal verrichtingen, gemiddelde opnameduur en aantal acute opnamen in het ziekenhuis, het aantal dokterscon-

sulten en de kosten) en uitkomsten (gezondheidsbeleving, levensverwachting en neonatale overleving). Vanuit de hypothese dat (meer) gezondheidszorg tot (meer) gezondheidswinst en ook tot hogere kosten leidt, met het gemiddelde als richtsnoer, zou een evenwichtige gezondheidszorg de cirkel moeten benaderen. (Daartoe is de inverse van de neonatale sterfte, aangeduid als 'neonatale overleving' gehanteerd. Men mag verwachten dat een betere gezondheidszorg leidt tot een lagere neonatale sterfte. Dit past niet in het visuele model, het zou immers juist een 'deuk in de cirkel' veroorzaken. Neonatale overleving past wel, want deze zou toe moeten nemen als de gezondheidszorg beter is.)

Uit de grafiek blijkt dat het resultaat voor de verschillende landen een verre van perfect oplevert. Zo is de variatie in levensverwachting gering, terwijl er tussen de verschillende landen grote verschillen bestaan in bijvoorbeeld kosten van de zorg en het aantal medische beroepsbeoefenaren. De neonatale overleving vertoont wel relatief grote verschillen, doch een duidelijk relatie met andere gezondheidsparameters is er niet. Zo scoort Zweden relatief goed en de USA slecht, terwijl de kosten van zorg en het aantal verrichtingen in Zweden veel lager is dan in de VS. De gezondheidsbeleving in de USA is weliswaar hoger dan in andere landen, wat zou passen bij een betere en (veel) duurder gezondheidszorg, maar de levensverwachting is (iets) lager dan het gemiddelde en de neonatale overleving veel lager.

De conclusie dat er geen direct verband bestaat tussen de kosten per hoofd van de bevolking die aan zorg besteed worden en de mate waarin gezondheidswinst geboekt wordt, stemt overeen met eerdere onderzoeken. Het is immers bekend dat bijvoorbeeld levensstijl, zoals voeding, alcohol, roken etc. van veel grotere invloed is (o.a. SCP, 2000)<sup>4</sup>. De situatie in Denemarken illustreert dit: de gezondheidszorg is daar zeer goed, maar de levensverwachting van vrouwen in Denemarken is laag (Osler 1999)<sup>5</sup>. De oorzaak hiervan is het grotere percentage vrouwen dat rookt. Dit wordt geweten aan de vroege emancipatie van vrouwen in Denemarken. Emancipatie en een toename van roken door vrouwen gaat overigens vaak samen (Van Reek, 1983)<sup>6</sup>.

In vergelijking met andere landen springt Nederland er zeker niet in negatieve zin uit. Nederland neemt een middenpositie in: het gebruik van zorg en de hiermee samenhangende kosten liggen iets onder het gemiddelde van de vergeleken landen. Dit

stemt overeen met eerdere onderzoeken (o.a. SCP, 2000). Vooral het lage aantal acute ziekenhuisopnamen is opvallend. Qua outcome parameters, zoals gezondheidsbeleving en levensverwachting, scoort Nederland ook gemiddeld. De neonatale overleving is echter aan de lage kant.

Door anderen, o.a. het RIVM (RIVM, 2003)<sup>7</sup>, is reeds gesignaleerd dat de trend voor levensverwachting en neonatale overleving voor Nederland ongunstig is. De levensverwachting van Nederlanders neemt minder snel toe dan in andere landen. Nederland dreigt wat deze aspecten betreft achterop te raken.

Het voorgaande wil niet zeggen dat dit betekent dat de gezondheidszorg in Nederland tekort begint te schieten. De oorzaak kan ook in andere factoren liggen, zoals de eerder vermelde levensstijl of leefomstandigheden.



## Literatuur

- <sup>1</sup> Zie hiervoor onder andere:  
Mosseveld, C.J.P.M. van. International Comparison of Health Care Expenditure; existing frameworks, innovations and data use, CBS, Voorburg/Heerlen, 2003, en  
Mosseveld, C.J.P.M. van en J.M. Smit. Valse vergelijkingen, zin en onzin van rangorden in gezondheidskenmerken, Medisch Contact, 58, 2003, no. 51, p. 1995-1998.
- <sup>2</sup> Landelijke Medische Registratie. Prismant, Utrecht.
- <sup>3</sup> Anderson, G.F., et al. It's the prices, stupid: why the United States is so different from other countries. Health Affairs, 22, 2003, no. 3, p. 89-105.
- <sup>4</sup> Sociaal en Cultureel Planbureau. Sociaal en Cultureel Rapport 2000, Nederland in Europa. Den Haag: SCP, 2000.
- <sup>5</sup> Osler, M. Why has health in Denmark failed to improve? European Journal of Public Health, 1999, no. 9, p. 6-7.
- <sup>6</sup> Reek, J. van. Rookgedrag in Nederland van 1958-1982. Tijdschrift voor alcohol en drugs, 1983, no. 9, p. 99-103.
- <sup>7</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2003  
[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl).



# Deel III

## Regionale verschillen in gebruik van zorg

drs. A.J.G. van Rijen  
L. Ottes, arts



## Inhoudsopgave deel III

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>95</b>
<b>2</b>	<b>Regionale verschillen in zorggebruik volgens de zorgatlas</b>	<b>97</b>
<b>3</b>	<b>Regionale verschillen in zorggebruik in ziekenhuizen</b>	<b>100</b>
<b>4</b>	<b>Regionale verschillen in het gebruik van zorg in de Verenigde Staten</b>	<b>115</b>
<b>5</b>	<b>Beschouwing en conclusie</b>	<b>117</b>
	Literatuur	118



## 1 Inleiding

Tussen verschillende landen bestaan verschillen in zorgconsumptie. Dit blijkt uit de studie *Zorgconsumptie vergeleken*<sup>1</sup>. Er zijn vele factoren die het gebruik van zorg beïnvloeden. Eén van die factoren is het type zorgsysteem. Zo is het toewijzen van de poortwachtersfunctie aan de huisarts mede bepalend voor de mate waarin huisartsen en specialisten geconsulteerd worden. ‘Zorgsysteem’ als meebepalende factor voor de verschillen in gebruik van zorg kan geëlimineerd worden door de zorgconsumptie van verschillende regio’s binnen één land te vergelijken.

In de periode 1987-1989 ging de zogenoemde Commissie Hoefnagels na welke regionale verschillen bestonden in het gebruik van Nederlandse ziekenhuisvoorzieningen. De conclusies die deze commissie trok, waren onder meer<sup>2</sup>:

- De commissie heeft tussen de regio’s grote verschillen in ziekenhuisproductie geconstateerd. Deze verschillen zijn slechts zeer ten dele te verklaren uit demografische of epidemiologische verschillen tussen regio’s.
- De omvang van de ziekenhuisvoorzieningen, bedden capaciteit en aantal specialisten, maar ook de geografische ligging, zijn afzonderlijk of in samenhang van invloed op de ziekenhuisproductie in bepaalde regio’s. Regio’s met ruime ziekenhuisvoorzieningen hebben een dienovereenkomstig hoge ziekenhuisproductie en omgekeerd. Over oorzaak en gevolg kan door gebrek aan gegevens geen definitieve uitspraak worden gedaan.
- Naast een onderzoek naar de regionale productiever verschillen, is een begin gemaakt met de bestudering van producties van afzonderlijke specialismen in de regio’s. Er blijken soms opmerkelijke productiever verschillen te zijn tussen specialisten binnen eenzelfde discipline.
- De commissie heeft bij vijf geselecteerde regio’s een onderzoek verricht naar de aantallen door specialisten uitgevoerde diagnostische en therapeutische verrichtingen. Hierbij werden bij vele verrichtingen grote verschillen geconstateerd, zowel per adherente inwoner als per specialist.

Teneinde inzicht te krijgen in de vraag of zich nu nog, vijftien jaar na deze rapportage, regionale consumptiever verschillen voordoen en of deze verschillen een uiting zijn van niet gepaste zorg, is binnen enkele zorgsectoren de stand van zaken nage-

gaan. Deels is dit gebaseerd op gegevens die via de zorgatlas beschikbaar zijn. Daarnaast is aan Prismant te Utrecht gevraagd voor enkele typen opnamen en medisch specialistische verrichtingen aan te geven wat de variatie in gebruik is. Voor sommige typen is dit gebeurd naar gemeente/regio; voor een ander deel naar instelling.

Binnen de beschikbare tijd was het onmogelijk een compleet beeld te bieden. De in deze bijdrage gegeven voorbeelden geven wel een indicatie van de mate van bestaande regionale verschillen in het gebruik van zorg.

Deze studie wordt afgesloten met resultaten van onderzoek in de Verenigde Staten naar verschillen in zorggebruik in relatie tot resultaten. Deze onderzoeken zijn mede betrokken bij de voor de Nederlandse situatie te trekken conclusies.



## 2 Regionale verschillen in zorggebruik volgens de zorgatlas

Momenteel verschaft het RIVM - onder meer op basis van CBS-gegevens – inzicht in regionale verschillen in zorgconsumptie via de ‘Zorgatlas’<sup>3</sup>. Deze zorgatlas laat zien dat er grote en minder grote verschillen in het gebruik van zorg tussen regio’s bestaan. Enkele voorbeelden:

*Meer naar de huisarts in Drente, minder in Zeeland en delen van Gelderland en Overijssel*

Huisartsen zijn doorgaans de eersten die zorg verlenen aan patiënten met nieuwe gezondheidsklachten en treden op als poortwachter voor onder andere ziekenhuiszorg. Via een enquête heeft het CBS mensen gevraagd aan te geven of ze de laatste 12 maanden een huisarts hebben bezocht. In de periode 1995-1999 was het landelijk gemiddelde 75,4%. Hogere percentages komen voor in de regio Breda, Brabant-Noordoost, Gooi- en Vechtstreek en Zuidoost-Drente. Met 79,5% van de ondervraagden scoort de regio Zuidoost-Drente het hoogst. Minder vaak naar de huisarts gaat men in Zeeland, Friesland en in delen van Gelderland en Overijssel. In de Friese Wouden bezoekt 69,4% van de bevolking minstens eenmaal per jaar de huisarts.

Deze regionale verschillen worden niet verklaard door regionale variaties in leeftijd en geslacht; voor deze factoren is namelijk gecorrigeerd. Dit geldt ook voor de hierna genoemde cijfers.

*Het minst naar de tandarts in de provincie Groningen, het meest in Midden Kennemerland*

De tandarts wordt vooral voor de halfjaarlijkse controle, dus preventief, bezocht. In de periode 1995-1999 ging gemiddeld 76% van de Nederlanders minstens één keer per jaar naar de tandarts. Iets lagere percentages komen voor in Amsterdam (71,9%), Utrecht (71,2%), de Achterhoek, delen van Overijssel en in de provincie Groningen (69,5%). De regio's die meer dan gemiddeld naar de tandarts gaan, liggen rond Utrecht en Amsterdam, in 't Gooi, op de Utrechtse Heuvelrug, rond Arnhem en in Zuidoost-Brabant. Midden-Kennemerland scoort met 82,4% het hoogst.

*Utrecht en Twente het meest naar de fysiotherapeut, Zuid-Oost Drente het minst*

In de periode 1995-1999 bezocht gemiddeld 14,6% van de ondervraagden minstens één keer per jaar een fysiotherapeut. Hogere percentages komen voor in vier GGD-regio's rond Amsterdam (Waterland, Zuid-Kennemerland, 't Gooi en Amstelland), in Utrecht en Twente. Utrecht en Twente scoren met ruim 19% het hoogst. Daar gaat men bijna twee keer zo vaak naar de fysiotherapeut als in Zuidoost Drente waar maar 10,2% de fysiotherapeut bezoekt. Ook in de andere regio's in het noordoosten van het land komen lage percentages voor.

*Het meest naar de specialist in 't Gooi, het minst in de regio Rijnstreek*

In Nederland bezocht in de periode 1995-1999 38,1% van de burgers tenminste eenmaal per jaar een specialist. Hogere percentages komen voor in regio's in midden Noord-Holland, Utrecht, Den Haag, oostelijk Zuid-Limburg. Het hoogste percentage ligt in de regio Gooi- en Vechtstreek (44,2%). Lagere percentages doen zich voor in Noord-Holland Noord, op de Veluwe en in delen van Overijssel en Friesland. In de regio Rijnstreek gaan de minste mensen naar een specialist (28,8%).

*Het hoogste geneesmiddelengebruik in de regio Delft, het laagste gebruik in Zuidoost-Brabant*

Bewoners van de regio Delft en omstreken hadden in het jaar 2000 het hoogste medicijngebruik in Nederland. Hier was het aantal voorschriften 22% hoger vergeleken met het landelijk gemiddelde. Ook in de regio's Friesland, Rotterdam, Zeeland en West-Brabant werd relatief vaak een geneesmiddel voorgeschreven. In de regio Zuidoost-Brabant was het aantal voorschriften het laagst (15% lager vergeleken met het landelijk beeld). Ook de regio's Amsterdam en Twente zijn 'zuinige' regio's (10% lager). Deze gegevens zijn gebaseerd op het aantal voorgeschreven standaarddagdoseringen. Een standaarddagdosering is de aanbevolen hoeveelheid van een werkzame stof die een volwassene per dag krijgt voor de behandeling van een ziekte of aandoening. Dit is een betere maat dan het aantal recepten. Het aantal recepten geeft aan hoe vaak een geneesmiddel wordt voorgeschreven. De hoeveelheid geneesmiddelen per voorschrift kan echter variëren. Mannen kregen in 2000 gemiddeld 7 voorschriften en vrouwen 11. Het gebruik neemt sterk toe met de leeftijd. In de leeftijdsklasse 65 jaar en ouder werd aan mannen in dat jaar gemiddeld 24 keer en aan vrouwen 29 keer een geneesmiddel voorgeschreven.

*Weinig gebruik van niet-voorgeschreven medicijnen in het zuiden van het land en Overijssel*

Niet-voorgeschreven medicijnen zijn zonder recept van een huisarts of specialist verkrijgbaar bij openbare apotheken en drogisten. Het CBS vroeg mensen of zij niet-voorgeschreven geneesmiddelen gebruikten. Gemiddeld gebruikte in de periode 1995-1999 31,2% van de ondervraagden niet-voorgeschreven medicijnen. Dat percentage ligt hoger in regio's in het midden van het land en was in GGD-regio Eemland zelfs 41,9%. Lagere percentages dan het gemiddelde komen voor in het zuiden van Nederland en in Overijssel. Het laagst is het gebruik van niet-voorgeschreven geneesmiddelen in stadsgebied 's Hertogenbosch, namelijk 23,1%. Het gebruik van niet-voorgeschreven medicijnen lijkt te zijn toegenomen. In 1989 gebruikte namelijk 19% van de bevolking niet-voorgeschreven medicijnen. Daarbij dient wel te worden opgemerkt dat diverse geneesmiddelen uit het vergoedingenpakket zijn verwijderd.

*Conclusie*

Uit deze gegevens kan geconcludeerd worden dat er aanzienlijke verschillen in gebruik van zorg tussen regio's bestaan. Het is niet zo dat stelselmatig bepaalde regio's een hoog gebruik vertonen en andere regio's een laag. De verschillen zijn derhalve niet zonder meer toe te schrijven aan cultuurverschillen tussen delen van Nederland.

### 3 Regionale verschillen in zorggebruik in ziekenhuizen

Er zijn verschillende aanwijzingen dat zich grote verschillen in het gebruik van ziekenhuisvoorzieningen voordoen. Zoals hiervoor aangegeven, heeft de Commissie Hoefnagels hierover gerapporteerd.

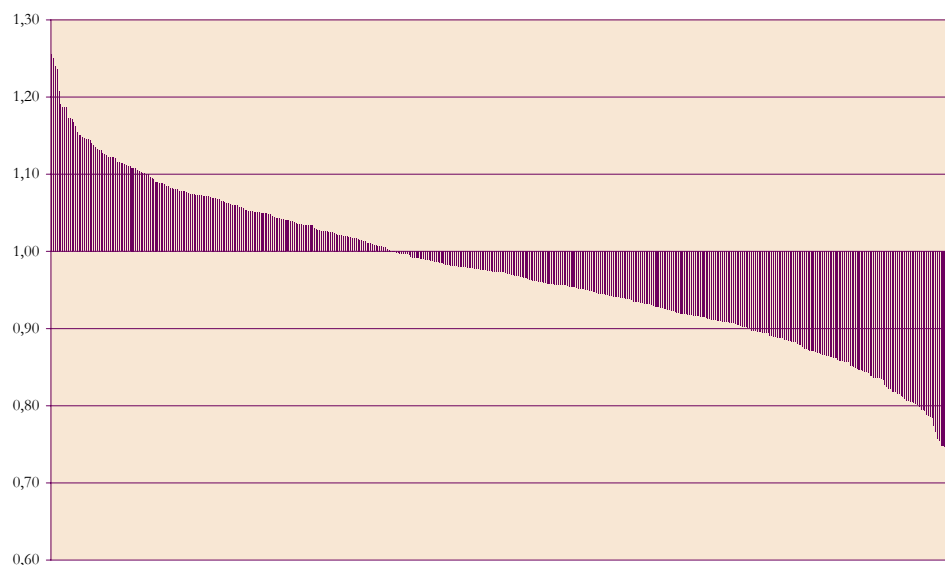
Na sluiting van ziekenhuizen in Kampen en Horst bleek een aanzienlijk deel van de zorgconsumptie, gemeten in aantal opnamen en aantal verpleegdagen, verdwenen te zijn. Na sluiting van het ziekenhuis in Kampen bleek het verwijzen naar tweedelijnsvoorzieningen met bijna 20% te zijn afgenomen en het aantal opnamen met 17% te zijn verminderd. Bij interne geneeskunde was dit percentage hoger dan bij heelkunde<sup>4</sup>. De sluiting van het Sint Antonius Ziekenhuis te Horst leidde tot een opnamedaling van 32% en een daling van het aantal verpleegdagen met 40%. Het openen van het IJsselmeerziekenhuis in Lelystad leidde daarentegen tot een toename van zorgconsumptie: een opnamestijging van 33% en een stijging van het aantal verpleegdagen met 48%<sup>5</sup>.

Voor enkele medisch specialistische verrichtingen heeft de RVZ aan Prismant gevraagd na te gaan in hoeverre consumptieverschillen bestaan tussen instellingen. Ook is voor enkele typen opnamen en verrichtingen gevraagd om per gemeente en per regio aan te geven welke consumptieverschillen er bestaan.

#### *Opnamen per inwoner naar gemeente*

Allereerst is het aantal opnamen (kliniek en dagverpleging) bezien. In grafiek 3.1 is per gemeente aangegeven in hoeverre afgeweken wordt van het landelijk gemiddelde. Het landelijk gemiddelde is op 1 gesteld. Onder de inwoners van Reiderland vonden in 2002 26% meer opnamen plaats dan gemiddeld in Nederland. Onder de inwoners van Vaals werden 38% mensen minder in een Nederlands ziekenhuis opgenomen dan mag worden verwacht. De verklaring hiervoor zal te vinden zijn in het gegeven dat een deel van de inwoners van Vaals in een Duits ziekenhuis wordt opgenomen. Deze verklaring geldt echter niet voor de inwoners van de gemeente Lisse; van deze gemeente werden 28% minder mensen opgenomen dan verwacht mocht worden. Deze gegevens zijn gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht, zodat deze geen verklarende factoren voor dit verschil zijn.

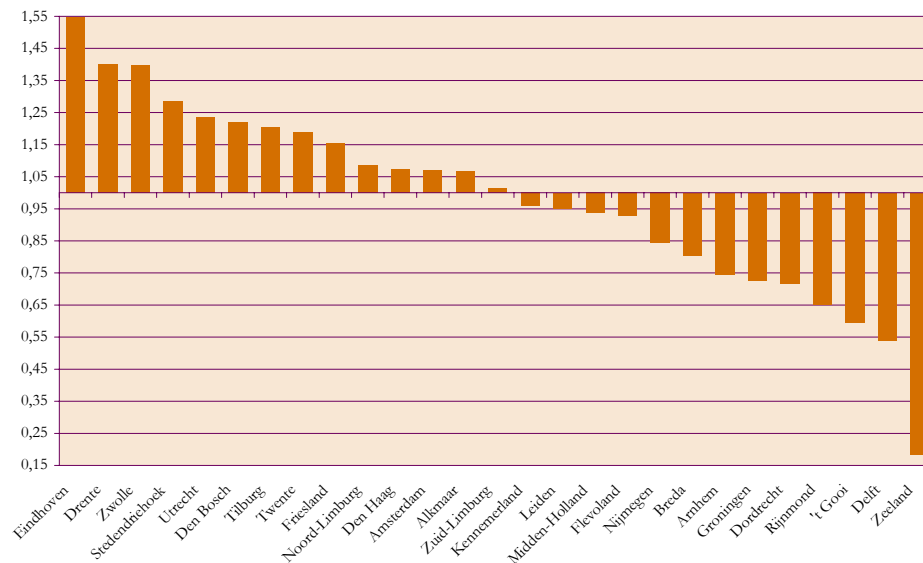
**Grafiek 3.1**      **Werkelijk/verwacht aantal opnamen (kliniek + dagverpleging) in ziekenhuizen in 2002 per inwoner naar gemeente**



### Coronaire bypassoperaties

Uit de studie Zorg vergeleken blijkt dat in Nederland per hoofd van de bevolking meer bypassoperaties worden gedaan dan in andere westerse landen. Wanneer we naar de situatie in Nederland in het jaar 2002 kijken, dan blijken er grote verschillen tussen WZV-regio's te zijn, zoals uit grafiek 3.2 blijkt.

**Grafiek 3.2**      **Werkelijk/verwacht aantal opnamen coronaire bypassoperaties (kliniek + dagverpleging) in ziekenhuizen in 2002 per inwoner naar WZV-regio**

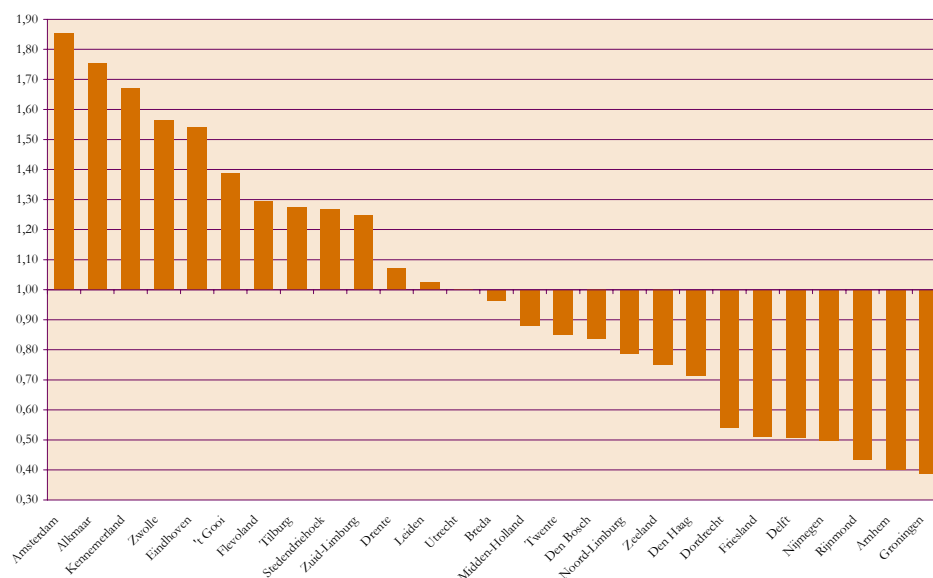


Overigens is uit een Amerikaanse studie gebleken dat bij vergelijking van het uitvoeren van coronaire bypassoperaties een deel onterecht werd uitgevoerd. Dit deel varieerde van 23% tot 63% in de verschillende ziekenhuizen<sup>6</sup>. Een Britse studie wees uit dat in ongeveer de helft van de gevallen angiografie en coronaire bypassoperaties deze verrichtingen niet gepast waren<sup>7</sup>.

### Dotteren (PTCA)

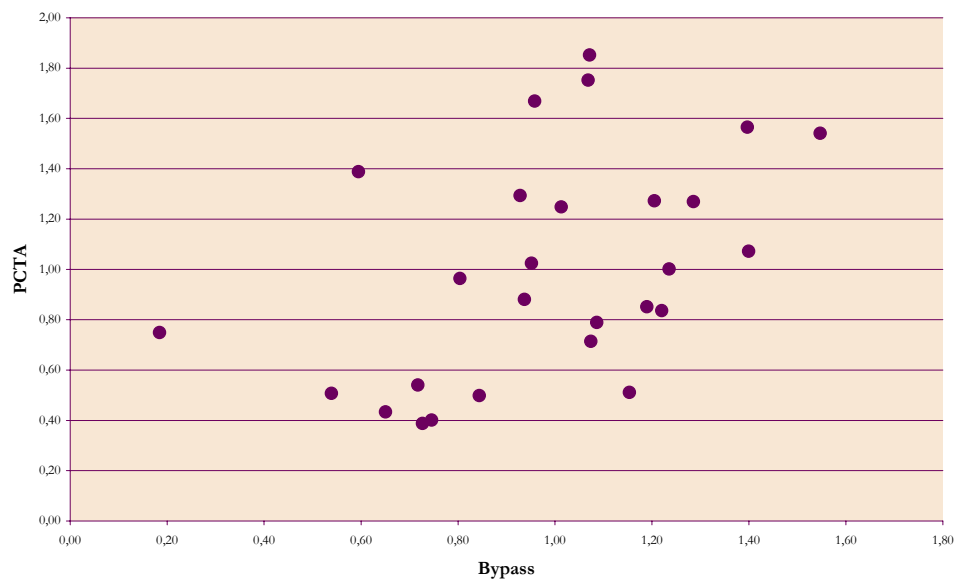
Deze gegevens zijn ook verzameld voor dotteren. In vergelijking met andere westerse landen wordt in Nederland minder gedotterd. De verschillen per regio zijn nog iets groter dan bij bypassoperaties in 2002 het geval was. In grafiek 3.3 zijn deze gegevens geclusterd naar regio. Hieruit blijkt dat in de regio's Groningen, Arnhem, Rijnmond en Nijmegen relatief weinig inwoners gedotterd worden, terwijl inwoners van Amsterdam, Alkmaar en Kennemerland veel gedotterd worden.

**Grafiek 3.3**      **Werkelijk/verwacht aantal opnamen coronair dotteren (PTCA) (kliniek + dagverpleging) in ziekenhuizen in 2002 per inwoner naar regio**



Theoretisch zou men mogen verwachten dat wanneer bij inwoners van een bepaalde regio relatief veel bypassoperaties uitgevoerd worden, minder gedotterd wordt en omgekeerd. Deze veronderstelling blijkt echter onjuist. Zo worden inwoners van de regio Eindhoven én veel gedotterd én ondergaan zij meer bypassoperaties dan landelijk het geval is. In grafiek 3.4 is de relatie tussen de frequentie van bypassoperaties versus die van dotteren weergegeven.

**Grafiek 3.4** Frequentie van het uitvoeren van dotteren versus bypassoperaties per inwoner naar regio



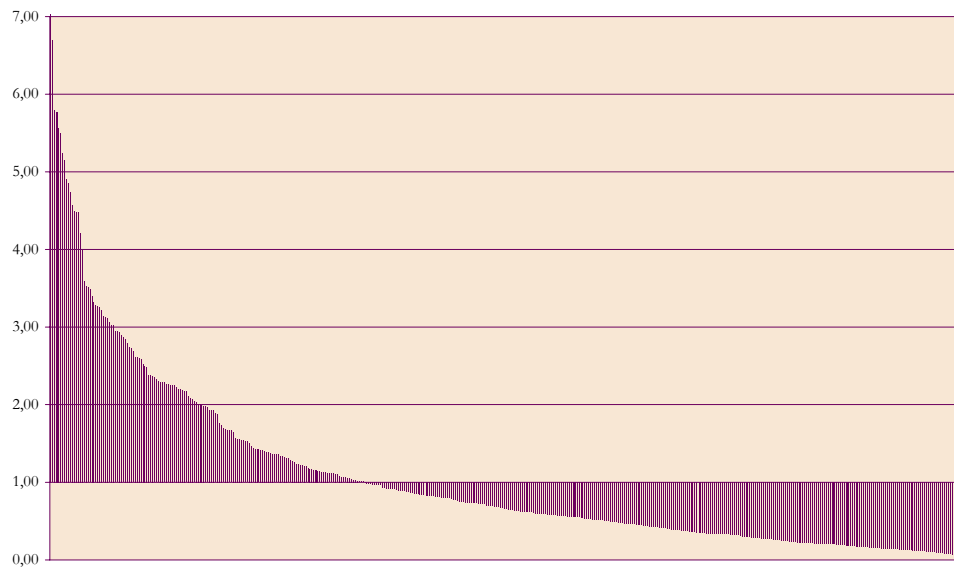
Het landelijk gemiddelde ligt op 1,00 (PTCA) en 1,00 (bypassoperaties). Voor de inwoners van de regio Leiden is dit nagenoeg het geval. De inwoners van de regio's Eindhoven en Zwolle ondergaan relatief gezien het meest bypassoperaties en dotteren. Een verklaring kan zijn dat in deze steden voorzieningen hiervoor zijn in het Catharina Ziekenhuis respectievelijk de Isala-klinieken.



### *Opnamen voor lage rugpijn*

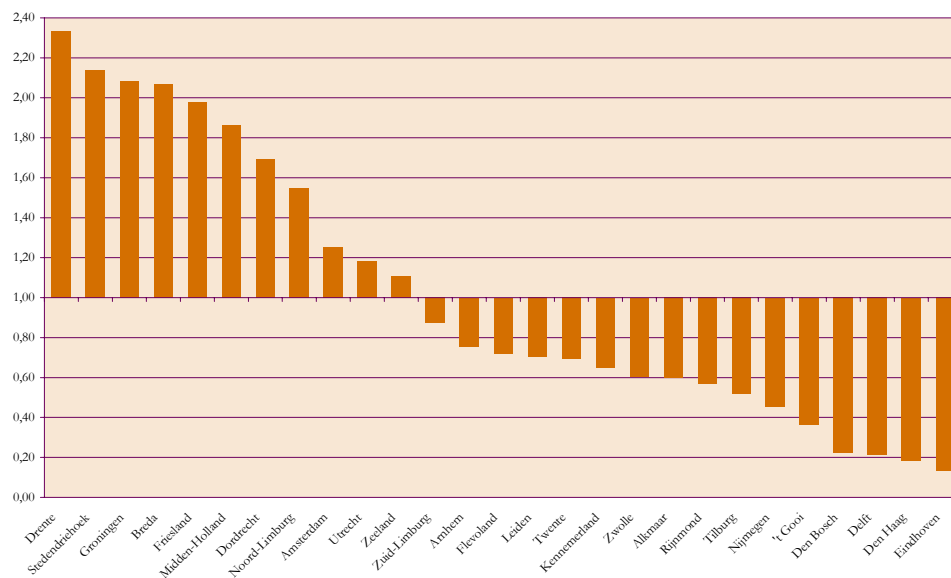
Dergelijke gegevens zijn ook voor een geheel andere indicatie verzameld, namelijk lage rugpijn. Hier blijken de verschillen per gemeente en per regio nog veel groter. De inwoners van gemeenten als Wassenaar, Geldrop, Eindhoven en Venray worden hiervoor nauwelijks in het ziekenhuis opgenomen. In de gemeenten Pekela, Halderberge, Vlagtwedde, Hoogeveen, Stadskanaal, Rucphen en Bolsward en Gorinchem gebeurt dit 5 tot 7 keer meer dan het landelijk gemiddelde. Dit houdt in dat een inwoner van Hoogeveen als gevolg van lage rugpijn zo'n 100 keer meer kans heeft hiervoor in het ziekenhuis terecht te komen dan een inwoner van Eindhoven. Grafiek 3.5 geeft de verdeling naar gemeente.

**Grafiek 3.5**      **Werkelijk/verwacht aantal opnamen lage rugpijn (kliniek + dagverpleging) in ziekenhuizen in 2002 per inwoner naar gemeente**



Ook in dit geval kunnen deze gegevens geclusterd worden naar WZV-regio. De inwoners van de regio's Drente, Groningen en de Stedendriehoek worden relatief veel voor lage rugpijn in het ziekenhuis opgenomen; in de regio's Eindhoven, Den Haag en Delft is dit nauwelijks het geval.

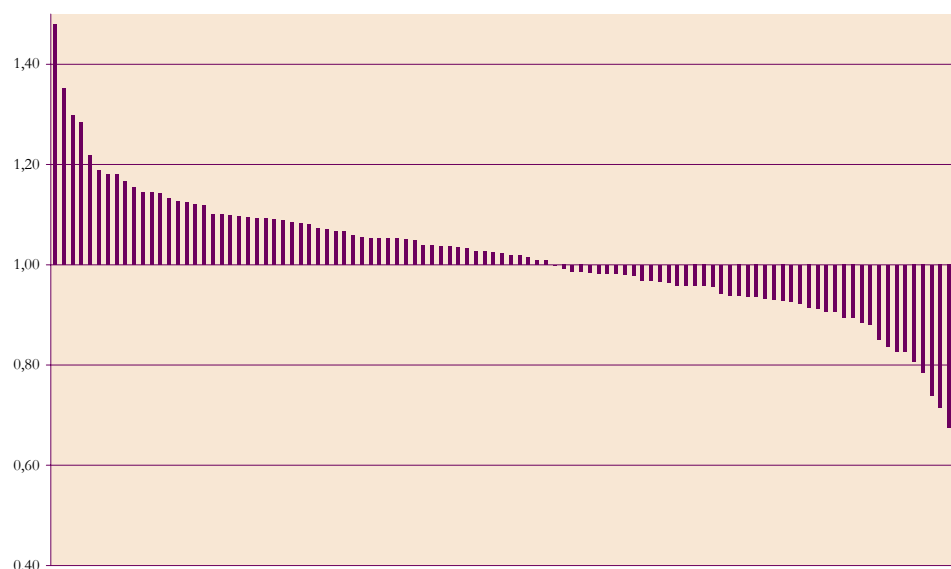
**Grafiek 3.6** Werkelijk/verwacht aantal opnamen lage rugpijn (kliniek + dag verpleging) in ziekenhuizen in 2002 per inwoner naar regio



### *Opnamen voor heelkunde*

Het vergelijken van het aantal opnamen per adherente inwoner per ziekenhuis is een andere benadering. Zo is het aantal opnamen voor het specialisme heelkunde per ziekenhuis vergeleken met het landelijk gemiddelde. De gegevens zijn geanonimiseerd aangeleverd. Het ziekenhuis met de meeste opnamen voor heelkunde neemt 50% meer mensen op dan landelijk gemiddeld het geval is (1.00). Het ziekenhuis met het minste aantal opnamen neemt bijna 60% minder mensen op dan het landelijk gemiddelde. Deze verschillen zijn relatief klein in vergelijking met opnamen voor sommige andere specialismen, zoals gynaecologie. Grafiek 3.7 toont de spreiding tussen de instellingen

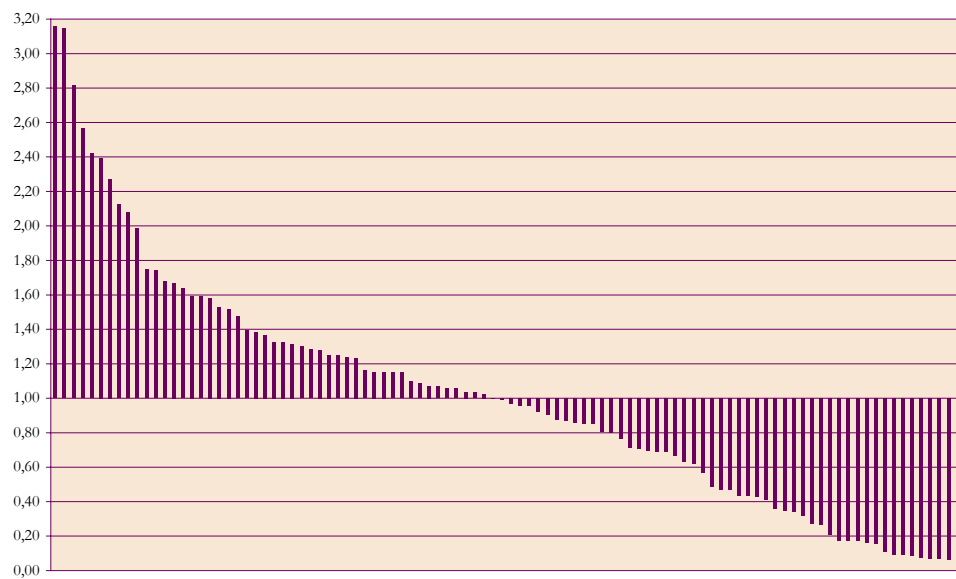
**Grafiek 3.7** Aantal opnamen heelkunde (totaal) per adherente inwoner per instelling



### *Cholecystectomieën*

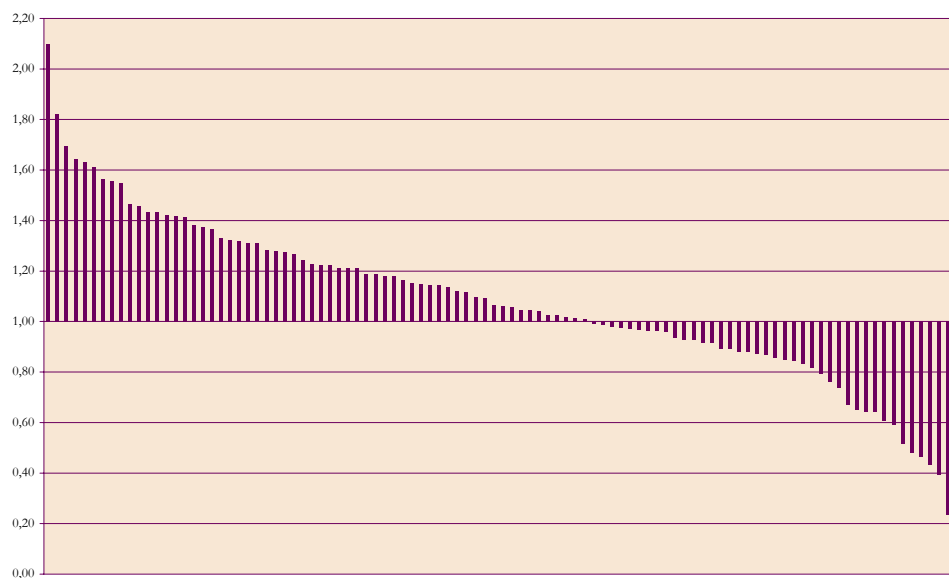
Vervolgens is nagegaan hoeveel verrichtingen per adherente inwoner door de verschillende ziekenhuizen zijn uitgevoerd. Het gaat hierbij om abdominale en laparoscopische cholecystectomieën (galblaasverwijderingen). De verschillen tussen de aantallen waarmee volgens eerstgenoemde methode galblazen worden verwijderd is groter dan die volgens de tweede methode van verwijderen. In grafiek 3.8 zijn de verschillen tussen het aantal abdominale cholecystectomieën per ziekenhuis weergegeven. De twee uitersten verschillen met een factor 30.

**Grafiek 3.8** Uitgevoerde abdominale cholecystectomieën (heelkunde) per instelling werkelijk/landelijk



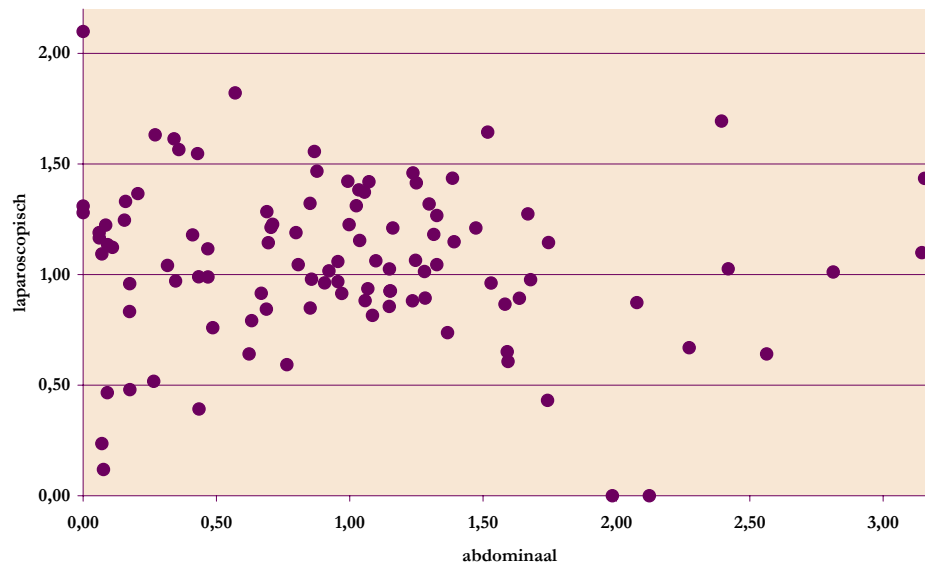
De uitgevoerde laparoscopische cholecystectomieën geven eenzelfde beeld te zien, hoewel de verschillen geringer zijn.

**Grafiek 3.9** Uitgevoerde laparoscopische cholecystectomieën (heelkunde) per adherente inwoner per instelling werkelijk/landelijk



Net als bij het dotteren versus bypassoperaties zou men verwachten dat een hoog aantal abdominale cholecystectomieën gepaard gaat met een laag aantal laparoscopische cholecystectomieën. In de praktijk blijkt dit echter geenszins het geval. Grafiek 3.10 maakt dit duidelijk. Het landelijk gemiddelde ligt op het snijpunt van 1.00 op beide assen.

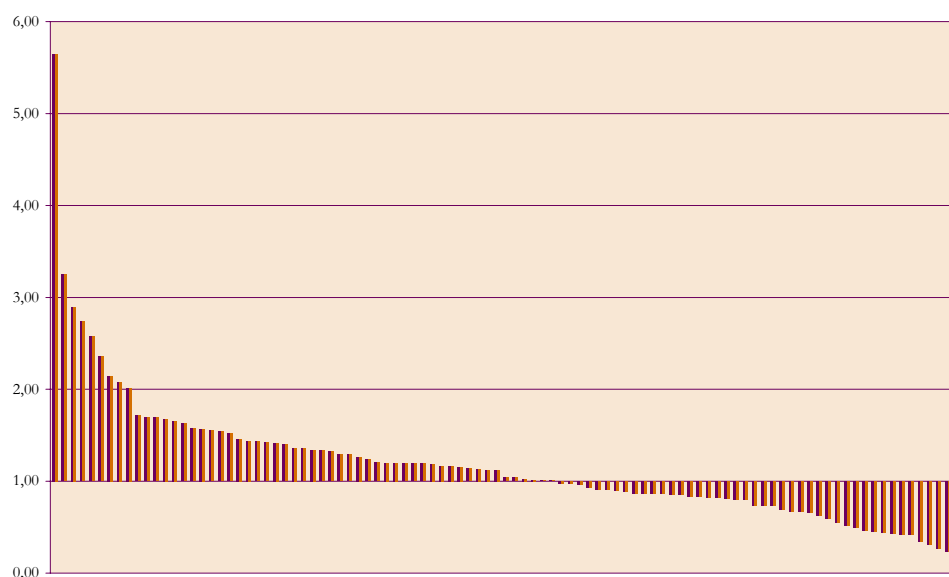
**Grafiek 3.10** Uitgevoerde abdominale versus laparoscopische cholecystectomieën per instelling



#### *Aantal opnamen voor gynaecologie*

De verschillen tussen de opnamen per adherente inwoner per ziekenhuis voor gynaecologie zijn groter dan die voor heelkunde. In het ziekenhuis met de meeste opnamen voor gynaecologie is dit 5 keer meer dan het landelijk gemiddelde en in het ziekenhuis met het geringste aantal is dit meer dan 10 keer minder dan het landelijk gemiddelde. Grafiek 3.11 toont de verschillen. Hierbij moet wel worden aangetekend dat een klein aantal ziekenhuizen zorgt voor deze grote verschillen.

**Grafiek 3.11** Totaal aantal opnamen gynaecologie per adherente inwoner per instelling

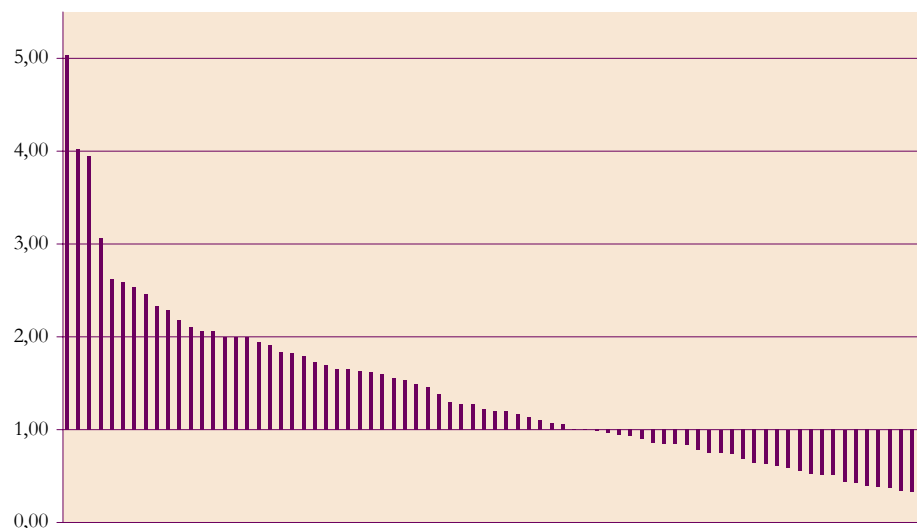


Ook voor dit specialisme zijn twee verrichtingen nader onder de loep genomen: abdominale en vaginale hysterectomieën.

### *Hysterectomieën*

Het aantal abdominale hysterectomieën is in de instelling waar dit het meest gebeurt bijna 6 keer zo groot als het landelijk gemiddelde en in de instelling waar dit het minst gebeurt ongeveer 5 keer zo klein. In grafiek 3.12 is dit afgebeeld.

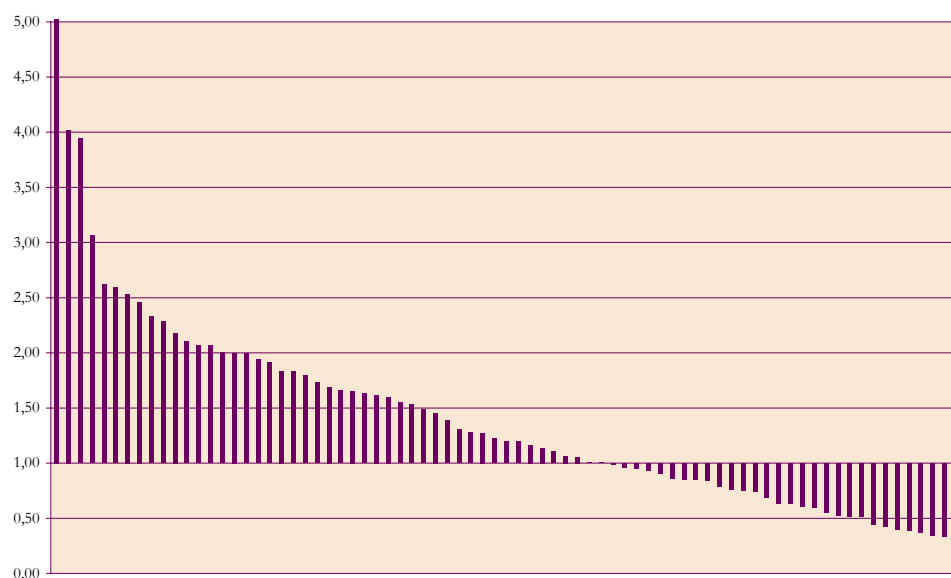
**Grafiek 3.12**    **Uitgevoerde abdominale hysterectomieën per instelling werkelijk/landelijk**





Ook het aantal vaginaal uitgevoerde hysterectomieën vertoont een grote spreiding, zoals uit grafiek 3.13 blijkt. Feitelijk zijn de verschillen groter, aangezien een 'uitschieter' zoals bij de abdominale hysterectomieën ontbreekt.

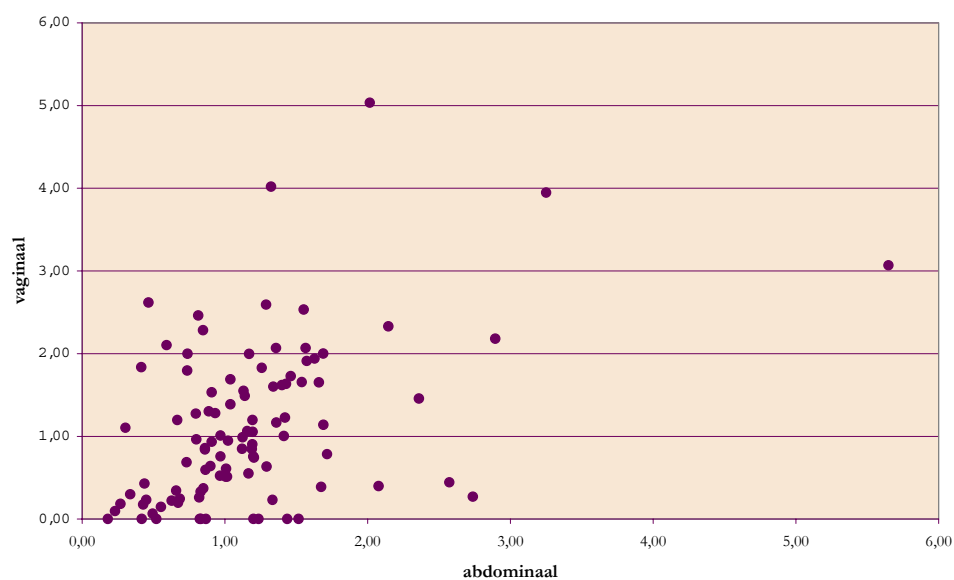
**Grafiek 3.13** Uitgevoerde vaginale hysterectomieën per instelling werkelijk/landelijk



Net als bij de cholectomieën is nagegaan of hier van een substitutie-effect sprake is: wanneer er minder abdominaal baarmoeders verwijderd worden, gebeurt het dan meer vaginaal en omgekeerd?

Grafiek 3.14 laat zien dat er eerder het tegendeel geldt: hoe meer abdominaal des te meer vaginaal, en wanneer er weinig abdominale hysterectomieën plaatsvinden, dan geldt dit ook voor vaginale hysterectomieën.

**Grafiek 3.14** Uitgevoerde abdominale versus vaginale hysterectomieën per adherente inwoner per instelling



#### *Conclusie*

Er zijn grote lokale en regionale verschillen in de mate waarin mensen in het ziekenhuis worden opgenomen en waarin medische verrichtingen worden uitgevoerd. De mate waarin dit gebeurt lijkt in hoge mate af te hangen van het lokaal beschikbare zorgaanbod en het beleid van dit aanbod c.q. van de desbetreffende medisch specialisten.

## 4 Regionale verschillen in het gebruik van zorg in de Verenigde Staten

Het feit dat zich in Nederland grote regionale verschillen in zorgconsumptie voordoen is niet specifiek voor Nederland. Dit fenomeen doet zich onder andere ook in de Verenigde Staten voor. In dit hoofdstuk wordt dit kort aangestipt, aangezien er in dit land nader onderzoek naar verricht is. De conclusies van dit onderzoek kunnen ook voor de Nederlandse situatie gelden.

De Amerikaanse Dartmouth Atlas of health care geeft inzicht in de consumptieverschillen in de Verenigde Staten. Uit deze gegevens blijkt dat inwoners van regio's met meer ziekenhuisbedden per hoofd van de bevolking meer in het ziekenhuis worden opgenomen dan inwoners van regio's met minder bedden per hoofd van de bevolking. In de regio met de meeste bedden verbleef een persoon gemiddeld 2,6 dagen per jaar in het ziekenhuis tegen 1,6 dagen in de regio met de minste bedden per hoofd van de bevolking. Er bleek geen verschil in gezondheidsstatus tussen de bevolking van deze regio's. Ook bleek de levensverwachting niet hoger te zijn in regio's waar de hospitalisatie hoger was<sup>8</sup>.

In de periode 1994-1998 hervormde Amerikaanse Veterans Administration het zorgsysteem voor veteranen. Ze richtten 22 regionale geïntegreerde netwerken in en verminderden het aantal ziekenhuisbedden met maar liefst 55%. In dezelfde periode nam het aantal veteranen toe van 2,6 miljoen tot 3,1 miljoen. Ashton, et al. onderzochten wat het effect hiervan was op patiënten met een ernstige chronische ziekte. Ze volgden negen cohorten. In alle negen cohorten daalde het ziekenhuisgebruik met 50%; het aantal consulten steeg met ongeveer 10% en de consulten voor spoedeisende zorg namen af. Er bleek geen toename in het gebruik van privéklinieken om de daling in ziekenhuisgebruik te compenseren. De conclusie is dat de vermindering van het ziekenhuisgebruik geen consequenties heeft gehad<sup>9</sup>.

Fisher concludeert hieruit dat het mogelijk is dat minder zorg tot betere zorg en betere resultaten leidt. Dit sluit aan bij ander onderzoek. Volgens gegevens uit het Dartmouth Atlas project waren de Medicare uitgaven, gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en ras in 2000 US \$ 10.550 per hoofd van de bevolking

in Manhattan (New York), terwijl dit in Portland, Oregon slechts US \$ 4.823 was. Deze verschillen zijn niet gerelateerd aan verschillen in ziekte of prijs, maar wel aan het type praktijkuitoefening. Medicare verzekerden in Manhattan brengen per jaar twee keer zoveel tijd door in het ziekenhuis en brengen twee keer zoveel bezoeken aan artsen als verzekerden in Portland. Verder was de kans dat een verzekerde in Manhattan in zijn laatste levenshalfjaar een week of langer op de intensive care doorbracht drie keer zo groot als in Portland en brachten deze verzekerden vijf keer zoveel bezoeken aan een medisch specialist.

De verschillen zijn toe te schrijven aan het aantal artsen dat bij de zorg aan een patiënt betrokken is, het aantal uitgevoerde onderzoeken en de hoeveelheid tijd die in het ziekenhuis wordt doorgebracht. Te veel diagnostisch onderzoek kan leiden tot het opsporen van 'pseudoziekten' en vals positieve uitslagen. Fischer concludeert dat de kosten van Medicare met ongeveer 30% verminderd kunnen worden wanneer de praktijkpatronen van de conservatieve regio's toegepast zouden worden. De praktijkuitoefening in Manhattan is specialist-georiënteerd. Problemen zijn de verkeerde incentives die bijdragen tot overconsumptie: de meeste zorgaanbieders worden betaald naar productie, hoe meer ze doen hoe meer geld ze krijgen. Daarnaast zijn artsen bang voor claims bij medische fouten. Ook dit leidt tot overconsumptie. Dit heeft tot de aanbeveling geleid om patiënten beter te informeren over risico's, opbrengsten, onzekerheden van bepaalde interventies en over de kwaliteit van zorgaanbieders<sup>10</sup>.

Ook een tussen 1993 en 1995 uitgevoerd onderzoek naar de Medicare-uitgaven als gevolg van ziekenhuisopnamen in verband met heupfracturen, dikke darmkanker en hartinfarct leidde tot de conclusie dat in sommige regio's 60% meer zorg verleend werd dan in andere. De kwaliteit van zorg in deze regio's was echter niet beter en voor enkele vormen van preventieve zorg zelfs slechter. Ook de toegang tot de zorg was in deze gebieden niet beter of zelfs slechter<sup>11</sup>. Ook vertoonden de Medicare-verzekerden in de regio's met hoge kosten geen betere 'health outcomes' en ook geen hogere patiënttevredenheid<sup>12</sup>.

## 5 Beschouwing en conclusie

Niet alleen in de Verenigde Staten, maar ook in Nederland bepalen zorgaanbieders in hoge mate de zorgconsumptie in de tweedelijnszorg.

De zogenoemde doorbraakprojecten van het CBO laten zien dat het mogelijk is om met een andere inzet van het zorgaanbod betere kwaliteit van zorg en minder zorgconsumptie te realiseren. Zo nam in het project Diabetische voet het gemiddeld aantal polibezoeken voor patiënten met ulcus met 44% af en werd in het project Intensive Care onnodige diagnostiek en behandeling sterk gereduceerd. In het project Medicatieveiligheid werd onder meer het onnodig gebruik van nitroglycerinespray bij patiënten met angina pectorisklachten met 48% teruggedrongen en het aantal dagen waarop antibiotica intraveneus werd gegeven met 100% gereduceerd<sup>13</sup>.

Geconcludeerd kan worden dat de wijze van praktijkuitoefening van de zorgaanbieders in hoge mate de mate van zorgconsumptie bepaalt. Gebieden waarin meer zorg wordt verleend en waar hogere zorgkosten gegenereerd worden, bieden volgens Amerikaanse studies geen hogere kwaliteit van zorg, betere health outcomes en meer patiënttevredenheid dan gebieden die een ‘zuinige’ benadering kiezen. Wanneer dit ook voor de Nederlandse situatie geldt, houdt dit in dat op verschillende typen zorg in verschillende regio’s aanzienlijke besparingen qua zorggebruik en zorgkosten gerealiseerd kunnen worden.

Zo lang de oorzaken van de grote regionale verschillen nog steeds niet goed verklaard kunnen worden, is meer onderzoek hiernaar nodig. Hierbij is het met name belangrijk informatie te verkrijgen over de performance van zorgaanbieders (output en proces).

## Literatuur

- <sup>1</sup> Nauta, J.A., A.J.G. van Rijen en L. Ottes. Zorgconsumptie vergeleken. In: Met het oog op gepaste zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004.
- <sup>2</sup> Onderzoekscmissie regionale verschillen in gebruik van Ziekenhuisvoorzieningen 'Commissie Hoefnagels'. Verschillen tussen gezondheidsregio's in gebruik van ziekenhuisvoorzieningen, 1985. Utrecht: KNMG, 1989.
- <sup>3</sup> [http://www.rivm.nl/vtv/data/site\\_atlas/indexOnderwerpen.htm](http://www.rivm.nl/vtv/data/site_atlas/indexOnderwerpen.htm).
- <sup>4</sup> Post, D, et al. Verandering van patiëntenstromen na sluiting ziekenhuis. Medisch Contact, 1997, no. 12, p. 383-385.
- <sup>5</sup> Borghans, H.J. Presentatie over vraag en aanbod. Utrecht: Prismant, 2003.
- <sup>6</sup> Winslow, C.M., et al. The appropriateness of performing coronary artery bypass surgery. Journal of American Medical Association, vol. 260, 1988, p. 505-509, 1988.
- <sup>7</sup> Gray, D., et al. Clinical practice: audit of coronary angiography and bypass surgery. Lancet, vol. 335, 1990, p. 1317-1320.
- <sup>8</sup> <http://www.dartmouthatlas.org>.
- <sup>9</sup> Ashton, C.M., et al. Hospital use and survival among Veterans Affairs beneficiaries. New England Journal of Medicine, vol. 349, 2003, no. 17, p. 1637-1646.
- <sup>10</sup> Fisher, E.S. Medical Care – Is more always better? New England Journal of Medicine, vol. 349, 2003, no. 17, p. 1665-1667.
- <sup>11</sup> Fisher, E.S., et al. The implications of regional variations in Medicare Spending Part I: The content, quality and accessibility of care. Annals of Internal Medicine, vol. 138, 2003, no. 4, p. 273-287.
- <sup>12</sup> Fisher, E.S., et al. The implications of regional variations in Medicare Spending Part 2: health outcomes and satisfaction with care, vol. 138, 2003, no. 4, p. 288-298.
- <sup>13</sup> <http://ww.cbo.nl>.

# Deel IV

## Het handelen volgens (evidence based) richtlijnen

drs. M. Harmsen  
dr. J. Braspenning  
prof. dr. R.P.T.M. Grol

Centre for Quality of Care Research (WOK),  
UMC St Radboud





## Inhoudsopgave deel IV

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>122</b>
<b>2</b>	<b>Methode</b>	<b>124</b>
2.1	Selectie van onderwerpen	124
2.2	Gegevensverzameling	124
2.3	Dataverwerking	125
<b>3</b>	<b>Bevindingen uit nationale en internationale overzichtsstudies</b>	<b>127</b>
3.1	Nationale studies	127
3.2	Internationale studies	128
<b>4</b>	<b>Aanvullende diagnostiek</b>	<b>130</b>
4.1	Laboratoriumbepalingen	131
4.2	Beeldvormende diagnostiek	133
<b>5</b>	<b>Voorschrijven van geneesmiddelen</b>	<b>135</b>
5.1	Overconsumptie van geneesmiddelen	135
5.2	Onderconsumptie van geneesmiddelen	139
5.3	Medicatiebeleid bij psychische aandoeningen	141
<b>6</b>	<b>Verwijzingen naar de eerste en tweede lijn</b>	<b>144</b>
<b>7</b>	<b>Surveillance bij diabetes mellitus</b>	<b>149</b>
7.1	Periodiek onderzoek	149
7.2	Uitkomstmaten op patiëntniveau	153
<b>8</b>	<b>Conclusie en aanbevelingen</b>	<b>154</b>
	Literatuur	157

## 1 Inleiding

De kwaliteit van het medisch handelen staat - zeker de laatste jaren - volop in de belangstelling. Niet alleen zorgverleners, maar ook ontvangers, zorgfinanciers en politici hebben ieder om eigen redenen behoefte aan een helder zicht op de kwaliteit (en doelmatigheid) van de feitelijk geleverde zorg (Spies, et al., 1999).

De vraag is hoe de feitelijk geleverde zorg er uit ziet en of patiënten de zorg krijgen die ze zouden moeten krijgen.

Kwalitatief goede zorg is zorg waarbij de door de patiënt of populatie gewenste gezondheidsuitkomsten worden verhoogd en is zorg welke overeenkomt met de huidige (wetenschappelijke) kennis ('evidence based') (Lohr, 1990). Het aspect doelmatigheid is hierbij niet meegenomen. De werkwijze gebaseerd op de systematiek van 'evidence based medicine' heeft het mogelijk gemaakt richtlijnen en aanbevelingen voor de praktijk te formuleren voor een aantal medische verrichtingen die in voldoende mate wetenschappelijk zijn onderbouwd (Spies, et al., 1999). Door het handelen van zorgverleners langs deze richtlijnen te leggen, kan een uitspraak worden gedaan over de mate waarin zorgverleners goede zorg leveren. Het daadwerkelijke meten kan aan de hand van 'kwaliteitsindicatoren', welke het proces beschrijven dat zou moeten worden gevolgd bij een bepaalde patiënt of in een bepaalde situatie (Schuster, et al., 1998). Aan de hand hiervan kan worden gezegd of en in hoeverre er sprake is van gepast gebruik dan wel over-, onder- of verkeerde consumptie.

Bij overconsumptie van zorg krijgt de patiënt zorg die niet nodig is en die geen bijdrage levert aan het herstel of de oplossing van het gezondheidsprobleem. Er kan zowel sprake zijn van verspilling van zorg als van zorg welke een tegenovergesteld - negatief - effect oplevert. Bij onderconsumptie krijgt een patiënt bepaalde zorg niet, terwijl het wel wenselijk is dat hij of zij deze krijgt. Behalve over- of onderconsumptie kan er ook sprake zijn van verkeerde consumptie. Dit is het geval indien de zorg in beginsel adequaat is, maar dat specifieke omstandigheden van de patiënt onvoldoende in ogenschouw worden genomen, waardoor complicaties optreden die voorkomen hadden kunnen worden (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2003).

Dit rapport gaat in op een deelaspect van het werkprogramma dat de staatssecretaris van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) vaststelde voor de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). Onderwerp van het advies is 'Prikkel om overconsumptie van zorg tegen te gaan'. Hiervoor moest inzicht worden verkregen in de mate waarin sprake is van over-, onder- of verkeerde consumptie in de Nederlandse gezondheidszorg. De RVZ heeft het Centre for Quality of Care Research (WOK) gevraagd een overzicht te maken van aanbevelingen uit nationale richtlijnen en in hoeverre zorgverleners volgens deze aanbevelingen handelen.

In hoofdstuk 2 van dit rapport wordt als eerste de methode van onderzoek uitgelegd. Daarna wordt in hoofdstuk 3 een overzicht gegeven van nationale en internationale overzichtsstudies over kwaliteit van zorg, met daarin de belangrijkste bevindingen ten aanzien van over-, onder- en verkeerde consumptie. In de hoofdstukken 4, 5, 6 en 7 staan de resultaten van analyses van gegevens over aanvullende diagnostiek, voorschrijven van geneesmiddelen, verwijzing en surveillance. Hoofdstuk 8 tenslotte bevat conclusies en een discussie van de gevonden resultaten. Tevens worden aanbevelingen gedaan ten aanzien van kwaliteitsverbetering in de Nederlandse gezondheidszorg en verder onderzoek. Achter in het rapport bevinden zich een lijst met gebruikte afkortingen en een referentielijst. De cijfers in de referentielijst komen overeen met de nummers van de bronnen in de tabellen.

## 2 Methode

### 2.1 Selectie van onderwerpen

Om na te gaan of er sprake is van overconsumptie, onderconsumptie of verkeerde consumptie in de Nederlandse gezondheidszorg zijn we nagegaan in hoeverre (een selectie van) aanbevelingen uit nationale richtlijnen worden gevolgd. In de selectie van aanbevelingen werd een aantal concrete aandoeningen betrokken:

- waarvan de prevalentie hoog is;
- waarover richtlijnen voor juist handelen bestaan, waarvoor voldoende evidence aanwezig is;
- waarvan de consequenties van afwijken van de richtlijnen negatief zijn voor de gezondheid of hoge kosten met zich meebrengen.

De volgende onderwerpen zijn naar voren gekomen: bewegingsapparaat (lage rugpijn, enkeldistorsie, schouderklachten, knieklachten), hart- en vaatziekten, maagklachten, diabetes mellitus, mictieklachten, (dreigende) miskraam, KNO-aandoeningen, psychische aandoeningen, migraine, aanvullende diagnostiek door de huisarts en voorschrijven van antibiotica.

### 2.2 Gegevensverzameling

Als gegevensbronnen voor de analyses werd gebruik gemaakt van voor de WOK beschikbare of eenvoudig toegankelijke databanden. Dit betreft vooral gegevens over de huisartsenzorg:

- Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH; [www.linh.nl](http://www.linh.nl)) en Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (Schellevis, et al., 2003): data over het handelen van huisartsen ( $\pm 100$  huisartspraktijken).
- Toetsen aan Standaarden (TAS) (Spies, et al., 1999): data over het handelen van huisartsen (200 huisartsen, 29 NHG-Standaarden).
- Diagnostisch Toets Overleg (DTO) (Verstappen, 2004): data over aanvullende diagnostiek in huisartspraktijken (5 diagnostische centra, 275 huisartsen).

De data uit de hiervoor genoemde bronnen zijn aangevuld met literatuuranalyses, zowel van studies over het volgen van richtlijnen in huisartspraktijken als in ziekenhuizen. Hiertoe werden searches gedaan in nationale en internationale tijdschriften (via Medline en PiCarta), waarbij de zoektermen werden gebaseerd op de zoektermen gebruikt in een review over de kwaliteit van handelen van huisartsen in Nederland (Braspenning, et al., 2004a). De referentielijsten van de gevonden artikelen werden nagekeken op andere mogelijk relevante referenties.

Daarnaast werden gegevens gebruikt uit diverse promotieprojecten over lage rugpijn, diabetes mellitus, maagproblemen, cholesterol en mictieklachten.

Gegevens uit de verschillende onderzoeken, verzameld vanaf 1994/1995, zijn meegenomen.

### **2.3 Dataverwerking**

De gevonden resultaten zijn in verschillende thema's onderverdeeld: laboratoriumdiagnostiek, beeldvormende diagnostiek, overconsumptie geneesmiddelen, onderconsumptie geneesmiddelen, medicatiebeleid bij psychische aandoeningen, verwijzing, periodiek onderzoek en uitkomstmaten op patiëntniveau.

Per thema wordt als eerste een korte inleiding gegeven over de betreffende richtlijnen. Indien gegevens bekend zijn over meerdere richtlijnen, zijn alle meegenomen. Dan volgt een tabel met resultaten en het thema wordt afgesloten met een beschrijving daarvan. De tabellen zijn als volgt opgebouwd, zie als voorbeeld figuur 2.1. Als eerste wordt het onderwerp benoemd en daarna een omschrijving van de indicator. Daarnaast staat het aantal consulten, patiënten, et cetera, waarop de berekening is gebaseerd en het jaar van gegevensverzameling. De resultaten geven het percentage 'handelen *niet* volgens de richtlijn' weer. Gerelateerd aan de indicator geeft dit een indruk van de mate waarin sprake is van over- of onder- of verkeerde consumptie. De laatste kolom van de tabel bevat een verwijzing naar de gegevensbron. Indien cijfers bekend waren over meerdere groepen in één studie, is een gemiddelde gepresenteerd, uitgaande van baseline gegevens.

**Figuur 2.1**      **Voorbeeld opbouw tabellen**  
**Voorbeeld: aanvraag PSA-bepaling bij bemoeilijkte mictie**

Onderwerp	Indicator	Aantal	Jaar	Resultaten	Bron
PSA-bepaling bij bemoeilijkte mictie	% episodes bemoeilijkte mictie in de huisartspraktijk waarbij onterecht PSA is bepaald	176 PT	1998-1999	74%	1
	% episodes bemoeilijkte mictie in de huisartspraktijk waarbij ten onrechte de PSA is bepaald	202 ES	2001	55%	2

ES=episodes, PT=patiënten

### **3 Bevindingen uit nationale en internationale overzichtsstudies**

Wij vonden een aantal nationale en internationale overzichtsstudies waarin over de toepassing van een groot aantal richtlijnen c.q. aanbevelingen wordt gerapporteerd.

#### **3.1 Nationale studies**

In Nederland bleek uit een onderzoek in 1998-1999 van de WOK (Mokkink, et al., 2003) dat de gemiddelde score voor huisartsen voor het opvolgen van 282 aanbevelingen uit 29 standaarden 68,9% was. Voor aanbevelingen om iets te doen (N=31.766 beslissingen) was dit 68,8% en voor aanbevelingen iets niet te doen (N=10.944 beslissingen) 69,1%. Er waren grote verschillen tussen de scores voor de verschillende standaarden: een spreiding tussen 42% en 88%.

Een review met artikelen uit 1997-2003 over 31 studies in de eerste lijn (Braspenning, et al., 2004a) laat zien dat het overall percentage handelen volgens richtlijnen voor procesindicatoren 62% was. Daarbij lijkt het erop dat met name het handelen met betrekking tot voorschrijven minder volgens de richtlijnen werd gedaan en ook dat er bij chronische aandoeningen minder volgens de richtlijnen werd gehandeld dan bij niet-chronische aandoeningen. Er was sprake van een grote variatie, variërend van minder dan 25% volgens de aanbevelingen voor medicatie bij astma en COPD, bepalen van de bloedwaarden bij diabetes mellitus, registratie van preventieve activiteiten en risicofactoren bij hart- en vaatziekten, medicatie bij darmklachten en niet voorschrijven van antibiotica bij otitis media acuta tot meer dan 85% voor het meten van de bloeddruk bij diabetes mellitus, gericht testen op cholesterol, medicatie bij hypertensie, het op de juiste manier afnemen van cervixuitstrijkjes, het niet aanvragen van testen en het niet uitvoeren van behandelingen bij darmklachten, het verwijzen naar de gynaecoloog en het achterhalen van de reden van komst naar het consult.

Het meest recente onderzoek van de WOK naar het handelen van huisartsen, bevatte 106 indicatoren uit 59 NHG-Standaarden. Toepassing in een grote studie onder bijna 200 huisartsen (Nationale Studie 2) liet zien dat aanbevelingen uit

de richtlijnen in gemiddeld 74% werden gevolgd, met weliswaar een grote variatie tussen praktijken. De richtlijnen voor aanvullende diagnostiek werden in 65% gevolgd, waarbij de richtlijnen voor het aanvragen van laboratoriumbepalingen minder goed werden opgevolgd dan de richtlijnen voor beeldvormende diagnostiek (respectievelijk 53% en 76% volgens de richtlijnen). Er is meer sprake van over- dan van onderconsumptie, maar variatie tussen de praktijken was groot. Wat betreft het voorschrijven van geneesmiddelen werden de richtlijnen voor gemiddeld 68% gevolgd. Het advies geneesmiddelen niet voor te schrijven werd redelijk goed gevolgd (78% volgens de richtlijnen), maar richtlijnen voor geneesmiddelenkeuze werden minder goed (62%) toegepast. De variatie binnen de praktijken was weer groot. De richtlijnen voor verwijzingen naar andere zorgverleners werden goed opgevolgd (gemiddeld 89% volgens de richtlijnen), alhoewel met name het verwijzen naar de fysiotherapie en gynaecoloog nog verbeterd kan worden. In tegenstelling tot aanvullende diagnostiek en voorschrijven van geneesmiddelen was bij het verwijzen juist sprake van een kleine variatie tussen de praktijken (Braspenning, et al., 2004b).

### 3.2 Internationale studies

In een systematisch review van Seddon, et al. (Seddon, et al., 2001) worden 80 studies uit Groot-Brittannië, 6 studies uit Australië en 4 studies uit Nieuw-Zeeland besproken, waarbij opgemerkt kan worden dat het Nederlandse gezondheidszorgsysteem sterk overeenkomt met dat van deze landen. In bijna alle studies voldeed het zorgproces niet maximaal aan de aanbevelingen uit nationale richtlijnen of door de onderzoekers zelf opgestelde richtlijnen en was er sprake van grote variatie. Het voorschrijven van aspirine bij hart- en vaatziekten werd bijvoorbeeld in gemiddeld 72% van de gevallen (range 49-92%) gedaan en het controleren van de *HbA1c* bij diabetes mellitus eveneens in gemiddeld 72% van de gevallen (range 25-100%). Het registreren van risicofactoren bij diabetes mellitus varieerde van 25% voor cholesterol tot 93% voor bloeddruk en de screening bij deze aandoening varieerde voor oogonderzoek van 21-72% en voor voetonderzoek van 3-66%.

De gezondheidszorg in de Verenigde Staten komt in mindere mate overeen met die van Nederland. In een review van Schuster, et al. (Schuster, et al., 1998) werden 48 studies betrokken over de kwaliteit van de gezondheidszorg in de Vere-



nigde Staten. Hun belangrijkste bevinding is dat er een grote discrepantie is tussen de zorg die mensen zouden moeten ontvangen en de zorg die ze uiteindelijk ontvangen. Een eenvoudig gemiddelde laat zien dat ongeveer 50% van de mensen de aanbevolen zorg ontving. Gemiddeld 70% van de patiënten ontving de aanbevolen acute zorg en 30% ontving verkeerde acute zorg. Wat betreft chronische ziekten ontving 60% van de patiënten de aanbevolen zorg en 20% de verkeerde zorg.

Een groot, meer recent, onderzoek uit de Verenigde Staten onder 6700 patiënten (McGlynn, et al., 2003) laat zien dat gemiddeld genomen de mensen 55% van de aanbevolen zorg ontvingen. Er waren meer problemen met onderconsumptie (46% ontving niet de aanbevolen zorg) dan met overconsumptie (11% ontving zorg welke niet aanbevolen was). Met betrekking tot medicatie, lichamelijk onderzoek en laboratoriumtesten of röntgenfoto's ontving respectievelijk 31%, 37% en 38% van de patiënten niet de aanbevolen zorg. McGlynn, et al. constateren dat er in het algemeen weinig bekend is over de patiëntenzorg in de Verenigde Staten en dat dit komt omdat de meeste audits of onderzoeken zich richten op één bepaald ziektebeeld, of op één bepaalde populatie. Daardoor ontbrak tot nu toe een gedegen overzicht van de kwaliteit van de gezondheidszorg zoals gegeven aan een gemiddeld persoon in de Verenigde Staten.

Geconcludeerd kan worden dat er meer problemen met onderconsumptie lijken te zijn dan met overconsumptie. Zorgverleners in Nederland lijken het iets beter te doen dan hun buitenlandse collega's, maar verbetering is ook in Nederland gewenst. De gevonden resultaten geven in het algemeen een consistent beeld, maar tussen en binnen de verschillende ziektebeelden kan het handelen sterk variëren.

In de hoofdstukken 4 tot en met 7 wordt het handelen van de Nederlandse zorgverleners meer in detail bekeken.

## 4 Aanvullende diagnostiek

In de meeste gevallen is aanvullende diagnostiek in de huisartspraktijk overbodig en is er dus sprake van overconsumptie. Overconsumptie van aanvullende diagnostiek kan leiden tot vals-positieve resultaten voor patiënten met een kleine kans op ziekten, wat kan leiden tot angst, onnodige verdere onderzoeken en mogelijk onnodige behandeling. Het betekent vaak een verspilling van middelen (Verstappen, 2004). Bij vage klachten wordt bijvoorbeeld aanbevolen enkele weken te wachten met aanvullende diagnostiek, aangezien het grootste deel van deze klachten vanzelf weer verdwijnt. Daarnaast is het onduidelijk welke testen aangevraagd moeten worden als de huisarts nog geen duidelijk beeld heeft van mogelijke oorzaken (Weijden, et al., 2003). Het optimale aantal aanvragen is moeilijk aan te geven.

**Tabel 4.1** Gemiddelde aantal aanvragen per huisarts in zes maanden in 2001, gecorrigeerd voor praktijkgrootte (N=275 huisartsen) (Verstappen, 2004)

Laboratoriumbepalingen		Beeldvormende diagnostiek	
Test	Gemiddelde (sd)	Test	Gemiddelde (sd)
Alkalisch fosfatase	7,2 (10,5)	Röntgen:	
Amylase	2,7 (29,6)	Nekwervels	3,9 (3,4)
Monosticon	7,3 (9,7)	Heup	5,3 (4,3)
Aspartate aminotransferase (ASAT)	5,0 (9,1)	Knie	6,8 (5,8)
Bilirubine	19,9 (26,3)	Lumbale wervelkolom	7,4 (6,2)
Cholesterol	61,8 (36,7)	Schouder	4,1 (4,0)
HDL-cholesterol	37,5 (29,7)	Thorax	19,7 (14,2)
LDL-cholesterol	28,7 (27,8)		
Triglyceriden	34,6 (27,7)		
Hemoglobine	93,3 (55,3)		
Hematocriet	34,1 (56,4)		
IgE (antistof allergieën)	1,7 (3,6)		
Lactate dehydrogenase (LDH)	4,1 (8,2)		

Test	Laboratoriumbepalingen	
	Gemiddelde (sd)	
Leucocyten	79,1	(52,7)
Phadiatop (allergieën)	9,2	(9,5)
Prostaat Specifiek Antigen (PSA)	12,1	(13,0)
Reuma factor	2,8	(3,8)
Ureum	5,7	(9,9)
Urinezuur	8,8	(10,3)
Leukocyten differentiatie	32,2	(24,1)

sd = standaard deviatie

Bron: Verstappen, 2004

Uit een studie van Verstappen (Verstappen, 2004) (tabel 4.1) blijkt dat er sprake is van veel variatie tussen het gemiddelde aantal aanvragen per test (gemiddelden variërend van 1,7-93,3) en tussen de 275 huisartsen in de studie (standaarddeviatie variërend van 3,4-56,4). In het algemeen wordt beeldvormende diagnostiek minder aangevraagd dan laboratoriumbepalingen en is de variatie tussen huisartsen ook kleiner. Met name de testen alkalisch fosfatase, amylase, monosticon, ASAT, bilirubine, hemoglobine, hematocriet, IgE, LDH, leucocyten, ureum, leucocytdifferentiatie en de röntgenfoto's hoeven in het algemeen maar nauwelijks aangevraagd te worden.

In de volgende twee paragrafen worden de twee soorten aanvullende diagnostiek meer in detail bekeken: paragraaf 4.1 richt zich op laboratoriumbepalingen en paragraaf 4.2 richt zich op beeldvormende diagnostiek.

#### 4.1 Laboratoriumbepalingen

Met betrekking tot mictieklachten bestaat er voor het uitsluiten van prostaatkanker een relatief simpele onderzoeksmethode, namelijk de bepaling van het Prostaat Specifiek Antigen (*PSA*)-gehalte. Gezien de beperkte specificiteit en het wisselende beloop van het prostaatcarcinoom in combinatie met de vrij ingrijpende complicaties van de in opzet curatieve operatie, wordt deze meetmethode nog niet gezien als een geschikt screeningsinstrument. Indicaties voor het aanvragen van een PSA-test, zoals geformuleerd in de NHG-Standaard (Thomas,

et al., 1996), zijn een levensverwachting van meer dan 10 jaar, waarbij er tevens sprake is van een positieve familieanamnese, een twijfelachtig rectaal toucher of voorschrijven van medicatie. In de richtlijn wordt dus in het algemeen terughoudend beleid aanbevolen voor het maken van een PSA.

Wat betreft hart- en vaatziekten wordt aanbevolen alleen patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten te testen. Hoogrisicofactoren voor hypercholesterolemie zijn: een coronaire hartziekte in de medische geschiedenis, tekenen van familiale hypercholesterolemie, familiale hyperlipaëdemie bij een familielid, een coronaire hartziekte bij een ouder of broer/zus voor het 60<sup>ste</sup> levensjaar, hypertensie en diabetes mellitus. Alle overige patiënten met hart- en vaatziekten hoeven dus geen cholesteroltest te krijgen (Geijer, et al., 1999).

**Tabel 4.2 Laboratoriumbepalingen**

Onderwerp	Indicator	Aantal	Jaar	Resultaten	Bron
PSA-bepaling bij bemoeilijkte mictie	% episodes bemoeilijkte mictie in de huisartspraktijk waarbij de PSA is bepaald	176 PT	1998-1999	74%	1
	% episodes bemoeilijkte mictie in de huisartspraktijk waarbij de PSA is bepaald	202 ES	2001	55%	2
Cholesteroltesten	% patiënten zonder hoog risico in de huisartspraktijk dat een cholesteroltest heeft gehad	367 PT	2000	37%	3

ES=episodes, PT=patiënten

In beide gevallen van het aanvragen van laboratoriumtesten is er met name sprake van overconsumptie. Het onterecht aanvragen van PSA-testen werd relatief vaak gedaan door huisartsen. Het percentage patiënten dat ten onrechte een cholesteroltest kreeg is 37%. Echter, bij 13% van de patiënten die wel getest moesten worden in verband met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten werd geen test gedaan (Weijden, et al., 1996).

## 4.2 Beeldvormende diagnostiek

Bij acute lage rugpijn (lage rugpijn die korter dan zes weken bestaat) is er bij afwezigheid van sterke vermoedens voor serieuze pathologie geen indicatie voor het aanvragen van röntgenfoto's (Thomas, et al., 1996). Ook röntgenfoto's bij enkel-dorsie en schouderklachten worden niet aanbevolen, tenzij er verdenkingen op een fractuur bestaan (Geijer, et al., 1999).

Bij een (dreigende) miskraam bij een zwangerschap korter dan 16 weken is het doorgaan niet noodzakelijk een echografie te maken en wordt een afwachtend beleid geadviseerd (Geijer, et al., 1999).

**Tabel 4.3 Beeldvormende diagnostiek**

Onderwerp	Indicator	Aantal	Jaar	Resultaten	Bron
Röntgenonderzoek bij acute lage rugpijn	% 1 <sup>ste</sup> consulten acute lage rugpijn in de huisartspraktijk waarbij röntgenfoto's zijn aangevraagd	754CS	1997	2%	4
	% follow-up consulten acute lage rugpijn in de huisartspraktijk waarbij röntgenfoto's zijn aangevraagd	342 CS	1997	6%	4
	% episodes lage rugpijn in de huisartspraktijk waarin een röntgenfoto is gemaakt	2244 ES	2001	10%	2
Röntgenonderzoek bij enkeldorsie	% patiënten met enkeldorsie in de huisartspraktijk waarbij röntgenfoto's zijn gemaakt	235 PT	1998-1999	2%	1
	% episodes enkeldorsie zonder verdenking op fractuur in de huisartspraktijk, waarin een röntgenfoto is gemaakt	370 ES	2001	4%	2
Röntgenonderzoek bij schouderklachten	% episodes schouderklachten in de huisartspraktijk, waarin een röntgenfoto is gemaakt	1856 ES	2001	12%	2

Onderwerp	Indicator	Aantal	Jaar	Resultaten	Bron
Echo bij (dreigende) miskraam	% patiënten met (dreigende) miskraam in de huisartspraktijk met echoaanvraag in 1 <sup>ste</sup> consult	251 PT	1994	7%	5
	% patiënten met (dreigende) miskraam in de huisartspraktijk met echoaanvraag in follow-up consult	201 PT	1994	14%	5
	% verloskundigen dat echo aanvraagt bij (dreigende) miskraam in 1 <sup>ste</sup> consult	156 VK	1995	29%	6
	% verloskundigen dat echo aanvraagt bij (dreigende) miskraam in follow-up consulten	156 VK	1995	23%	6
	% episodes (dreigende) miskraam in de huisartspraktijk waarbij is verwezen voor echografie	576 ES	2001	18%	2

CS=consulten, ES=episodes, PT=patiënten, VK=verloskundigen

Het percentage aanvragen van röntgenfoto's bij acute lage rugpijn, enkeldistorsie en schouderklachten lag laag ( $\leq 12\%$ ), waarbij opgemerkt moet worden dat bij acute lage rugpijn in een follow-up consult meer aanvragen werden gedaan dan in een eerste consult. Naast overconsumptie komt ook onderconsumptie voor. Bij 19% van de patiënten met een enkeldistorsie bleek ten onrechte geen röntgenfoto's te zijn gemaakt (Mokkink, et al., 2003).

Verloskundigen verwijzen ongeveer een kwart van de vrouwen met een (dreigende) miskraam door voor echografie. Huisartsen hebben minder aanvragen, maar wel meer in een follow-up consult dan in een eerste consult.

Samenvattend kan worden gezegd dat er met name bij laboratoriumbepalingen sprake is van overconsumptie en dat de spreiding hierin zeer groot kan zijn. Bij beeldvormende diagnostiek wordt meer volgens de aanbevelingen gehandeld en is de spreiding kleiner.

## 5 Voorschrijven van geneesmiddelen

Bij de behandeling met geneesmiddelen kan sprake zijn van zowel over- als onder- als verkeerde consumptie. Paragraaf 5.1 behandelt overconsumptie bij lage rugpijn, maagklachten en migraine en het voorschrijven van antibiotica. Onderconsumptie is met name terug te vinden bij de behandeling van hart- en vaatziekten (paragraaf 5.2). De laatste paragraaf van dit hoofdstuk richt zich op het medicatiebeleid bij psychische aandoeningen, waarbij sprake is van zowel over- als onderconsumptie.

### 5.1 Overconsumptie van geneesmiddelen

Eén van de belangrijkste aanbevelingen uit zowel de NHG-Standaard (Thomas, et al., 1996) als de standaard van het Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF) (Bekker, et al., 2001) is dat patiënten met acute lage rugpijn actief moeten blijven, ongeacht de pijn die ze daarbij ervaren. Worden er geneesmiddelen voorgeschreven, dan wordt aanbevolen geen NSAIDs of benzodiazepines voor te schrijven; paracetamol is in dit geval eerste keus.

Het beleid bij maagklachten is ingewikkelder, waarbij de medicatie gefaseerd moet worden voorgeschreven in afwachting van de reactie van de patiënt op het middel. In eerste instantie moeten antiacida worden voorgeschreven. Als dit onvoldoende tot gewenst resultaat heeft geleid, wordt voorgesteld om na vier weken H<sub>2</sub>-antagonisten voor te schrijven. Als bij refluxklachten de behandeling met H<sub>2</sub>-antagonisten geen of te weinig effect heeft, kan worden overgegaan op protonpompremmers (Thomas, et al., 1996).

Voor migraine worden in de richtlijn verschillende voorstellen gedaan voor medicatie met het oog op een aanvalsbehandeling. Ergotamine wordt daarbij niet als eerste keus aanbevolen (Geijer, et al., 1999).

Een groot deel van alle antibiotica wordt in de huisartspraktijk voorgeschreven. Het voorschrijven van antibiotica dient zorgvuldig te worden afgewogen. Indien patiënten regelmatig antibiotica krijgen voorgeschreven, wordt de kans op resistentievorming steeds groter. Antibiotica dienen dan ook niet onnodig te worden voorgeschreven. Het type antibioticum dient

met zorg te worden afgewogen en antibiotica dienen niet langer dan noodzakelijk te worden voorgeschreven.

Bij astma en COPD zijn antibiotica alleen geïndiceerd bij een duidelijk vermoeden van een bronchopulmonaire infectie. Voor kinderen tot 12 jaar met astma wordt aanbevolen helemaal geen antibiotica voor te schrijven. Het voorschrijven van antibiotica bij otitis media acuta (infectie van het middenoor) wordt niet aanbevolen. Antibiotica zijn wel geïndiceerd bij kinderen onder de zes maanden en risicogroepen van kinderen tussen zes maanden en twee jaar. Bij acute keelpijn en sinusitis wordt in beide gevallen een afwachtend beleid voorgesteld. Indien toch antibiotica moeten worden voorgeschreven, dient dit als eerste keus een smalspectrum antibioticum te zijn. Het voorschrijven van antibiotica bij kinderen met koorts wordt niet aanbevolen (Geijer, et al., 1999; Thomas, et al., 1996).

**Tabel 5.1 Overconsumptie van geneesmiddelen**

Onderwerp	Indicator	Aantal	Jaar	Resultaten	Bron
Benzodiazepines bij lage rugpijn	% consulten lage rugpijn in de huisartspraktijk waarin benzodiazepines zijn voorgeschreven	453 CS	1997	10%	4
H <sub>2</sub> -antagonisten bij maagklachten	% patiënten met maagklachten in de huisartspraktijk waarbij H <sub>2</sub> -antagonisten zijn voorgeschreven	284 PT	1998-1999	23%	1
	% episodes maagklachten in de huisartspraktijk waarbij H <sub>2</sub> -antagonisten zijn voorgeschreven	8779 ES	2001	20%	2
Protonpompremmers bij maagklachten	% patiënten met maagklachten in de huisartspraktijk waarbij protonpompremmers zijn voorgeschreven	317 PT	1998-1999	23%	1
	% episodes maagklachten in de huisartspraktijk waarbij protonpompremmers zijn voorgeschreven	11239 ES	2001	27%	2



Onderwerp	Indicator	Aantal	Jaar	Resultaten	Bron
Ergotamine derivaten bij migraine	% episodes migraine in de huisartspraktijk waarbij ergotamine derivaten zijn voorgeschreven	3791 ES	2001	3%	2
	% patiënten met migraine in de huisartspraktijk waarbij ergotamine is voorgeschreven	223 PT	1998-1999	4%	1
Antibiotica	% huisartsen dat ten onrechte antibiotica voorschrijft bij astma/COPD	30 HA	n.b.	35%	7
	% episodes astma bij kinderen tot 12 jaar in de huisartspraktijk waarbij antibiotica zijn voorgeschreven	2873 ES	2001	6%	2
	% episodes otitis media acuta bij kinderen ouder dan 24 maanden in de huisartspraktijk waarbij antibiotica zijn voorgeschreven	5931 ES	2001	44%	2
	% episodes acute keelpijn in de huisartspraktijk waarbij antibiotica zijn voorgeschreven	12520 ES	2001	37%	2
	% episodes acute keelpijn in de huisartspraktijk waarbij geen smalspectrum penicilline is voorgeschreven	3354 ES	2001	30%	2
	% episodes sinusitis in de huisartspraktijk waarbij antibiotica is voorgeschreven	11220 ES	2001	67%	2

Onderwerp	Indicator	Aantal	Jaar	Resultaten	Bron
	% episodes sinusitis in de huisartspraktijk waarbij niet 1ste keuze antibioticum is voorgeschreven	7752 ES	2001	22%	2
	% episodes koorts bij kinderen onder de 6 jaar in de huisartspraktijk waarbij antibiotica is voorgeschreven	1890 ES	2001	7%	2

CS=consulten, ES=episodes, HA=huisartsen, n.b.=jaar gegevensverzameling niet bekend, maar tussen 1992 en 1999, PT=patiënten

De aanbevelingen voor het voorschrijven van geneesmiddelen bij lage rugpijn, migraine, kinderen jonger dan twaalf jaar met astma en kinderen jonger dan zes jaar met koorts werden goed opgevolgd: 10% of minder is niet volgens de richtlijnen.

Bij maagklachten werden H<sub>2</sub>-antagonisten vaak onterecht wel voorgeschreven (20-23% is niet volgens de richtlijnen), alhoewel bij 8% van de patiënten ze ten onrechte niet worden voorgeschreven (Mokkink, et al., 2003). Ongeveer dezelfde resultaten zien wij met betrekking tot het voorschrijven van protonpompremmers (23% niet volgens de richtlijnen), terwijl hier het percentage onterecht niet voorschrijven lager ligt (1%) (Mokkink, et al., 2003).

De richtlijnen voor het voorschrijven van antibiotica worden door huisartsen maar in beperkte mate opgevolgd: voor de specifieke ziektebeelden varieerde dit van 30-67% van de gevallen. Uit de Tweede Nationale Studie (Schellevis, et al., 2003) blijkt dat in gemiddeld 38% van de gevallen in de huisartspraktijk het voorschrijven van antibiotica niet volgens de richtlijnen gebeurde. Huisartsen deden het beter met betrekking tot de richtlijnen om niet voor te schrijven dan de richtlijnen om een eerste keus antibioticum voor te schrijven.

Wat betreft antibioticagebruik zijn er ook cijfers bekend over de tweede lijn. In ziekenhuizen is het gebruik van antibiotica voor bepaalde operaties één van de mogelijkheden om de ontwikkeling van een wondinfectie te voorkomen. Nederland heeft altijd een terughoudend beleid gehad, maar toch wordt

ook overconsumptie van antibiotica in ziekenhuizen gerapporteerd. Een studie in Nederlandse ziekenhuizen (Kasteren, et al., 2003) laat zien dat de keuze van de antibiotica (92%), de duur (82%), de dosering (89%), de doseringsinterval (43%) en de timing van de eerste dosering (50%) niet altijd in overeenstemming waren met de lokale richtlijnen. De duur bleek met name te lang te zijn (15%) en de dosering te hoog (8%). De overall adherence met betrekking tot alle aspecten samen werd maar bij 28% van de patiënten bereikt.

Samengevat kan worden gezegd dat met name het antibiotica-beleid niet optimaal is, zowel in de eerste als in de tweede lijn. Ook het voorschrijven van de verschillende soorten medicatie bij maagklachten kan beter. Voor lage rugpijn, migraine, antibiotica bij kinderen jonger dan twaalf jaar met astma en antibiotica bij kinderen jonger dan zes jaar met koorts lijkt de overconsumptie mee te vallen.

## 5.2 Onderconsumptie van geneesmiddelen

Het is mogelijk dat zorgverleners patiënten geneesmiddelen onthouden, wat op den duur tot een slechtere gezondheid van de patiënt en meer kosten voor de gezondheidszorg kan leiden.

Het beleid bij hart- en vaatziekten richt zich met name op het voorkomen van consequenties van de ziekte, waardoor uiteindelijk de mortaliteit en morbiditeit verlaagd worden. Hiervoor moeten bepaalde geneesmiddelen worden voorgeschreven die deze verschijnselen kunnen beperken. Het doel van de medicijnbehandeling is in de richtlijn Hypertensie (Geijer, et al., 1999) gesteld op het verkrijgen van een diastolische bloeddruk  $\leq 90$  mmHg. Onderzoek laat zien dat 60-69% van de behandelde hypertensiepatiënten deze doelstelling niet halen (Frijling, et al., 2001). Er zal met betrekking tot het medicatiebeleid bij hart- en vaatziekten dan ook met name sprake zijn van onderconsumptie.

Het preventieve medicamenteuze beleid bij angina pectoris en transient ischaemic attack (TIA) bestaat uit het voorschrijven van aspirine (acetylsalicylzuur, carbasalaatcalcium). Het medicatiebeleid voor ongecompliceerde hypertensie, dus zonder coronair lijden of recidiverende jicht, kent als eerste stap de diuretica. Voor een snelle vermindering van de symptomen van hartfalen zijn diuretica van belang en ACE-remmers wor-

den ingezet voor de behandeling op lange termijn. ACE-remmers worden dus in combinatie met diuretica voorgeschreven. Het gebruik van statines wordt aanbevolen in het medicatiebeleid bij hypercholesterolemie. Het voorschrijven van cholesterolverlagende medicatie is geïndiceerd voor patiënten met een hoog risico met een gemiddelde totaal cholesterol/HDL-cholesterol ratio groter dan 5 (Geijer, et al., 1999; Thomas, et al., 1996).

**Tabel 5.2 Onderconsumptie van geneesmiddelen**

Onderwerp	Indicator	Aantal	Jaar	Resultaten	Bron
Voorschrijven aspirine bij hart- en vaatziekten	% huisartspraktijken dat geen aspirine voorschrijft bij angina pectoris	98 PR	1996	46%	8
	% patiënten met angina pectoris in de huisartspraktijk waarbij geen aspirine is voorgeschreven	4107 PT	2001	49%	2
	% patiënten met TIA in de huisartspraktijk waarbij geen aspirine is voorgeschreven	1427 PT	2001	28%	2
Voorschrijven diuretica en ACE-remmers bij hart- en vaatziekten	% patiënten met ongecompliceerde hypertensie in de huisartspraktijk waarbij, indien medicatie werd toegepast, geen diuretica zijn voorgeschreven	15046 PT	2001	67%	2
	% patiënten met hartfalen in de huisartspraktijk waarbij geen thiazide-diureticum is voorgeschreven	141 PT	1998-1999	12%	1
	% patiënten met hartfalen in de huisartspraktijk waarbij geen ACE-remmers zijn voorgeschreven	166 PT	1998-1999	28%	1

Onderwerp	Indicator	Aantal	Jaar	Resultaten	Bron
Voorschrijven statines bij verhoogd cholesterol	% patiënten met hartfalen in de huisartspraktijk waarbij geen diuretica in combinatie met ace-remmers zijn voorgeschreven	507 PT	2001	41%	2
	% patiënten met hypercholesterolemie en antilipaemica in de huisartspraktijk waarbij geen statines zijn voorgeschreven	4968 PT	2001	4%	2
	% patiënten met verhoogd risico met een ratio >5 in de huisartspraktijk die geen statines gebruiken	89 PT	2001-2002	20%	3

PR=praktijken, PT=patiënten

Samengevat laten de cijfers over het handelen van huisartsen bij hart- en vaatziekten geen eenduidig beleid zien; non-adherence cijfers variëren van 4% voor het voorschrijven van statines bij patiënten met hypercholesterolemie en antilipaemica tot 67% voor het niet voorschrijven van diuretica bij patiënten met ongecompliceerde hypertensie. Op het punt van voorschrijven van aspirine en ACE-remmers lijkt er veel verbetering mogelijk.

### 5.3 Medicatiebeleid bij psychische aandoeningen

Met betrekking tot het medicatiebeleid bij psychische aandoeningen is sprake van zowel over- als onderconsumptie.

Overconsumptie komt met name voor bij het voorschrijven van benzodiazepines. In 1998 werden in Nederland ongeveer 11,6 miljoen recepten voor benzodiazepines uitgeschreven, voor het grootste deel door huisartsen (89%). In geval van herhaalrecepten benzodiazepines werd 89% voorgeschreven zonder enig hulpverlener-patiëntcontact (Oude Voshaar, 2003). Bij bijvoorbeeld slapeloosheid blijken benzodiazepines

niet langer werkbaar dan twee weken (Geijer, et al., 1999), waaruit kan worden geconcludeerd dat herhaalrecepten sowieso niet hoeven te worden gegeven. Benzodiazepines worden verondersteld effectief te zijn bij angststoornissen, slapeloosheid, alcoholafhankelijkheid en als co-medicatie bij antidepressie-medicatie bij stemmingsstoornissen. Indien geen stoornis bekend is, wordt afgeraden benzodiazepines en andere geneesmiddelen voor te schrijven (Neomagus, et al., 1997; Geijer, et al., 1999).

Antidepressiva mogen alleen bij matige en ernstige vormen van depressie en bij angststoornissen worden voorgeschreven. Indien antidepressiva bij angststoornissen worden voorgeschreven, zijn Serotonine Heropnameremmers (SSRI's) eerste keus. Volgens de richtlijnen in de NHG-Standaard (Neomagus, et al., 1997; Thomas, et al., 1996) moeten patiënten het gebruik van antidepressiva voortzetten tot minstens zes maanden na het verdwijnen van de klachten, tenzij er na acht weken geen merkbaar effect is. Als de geneesmiddelen aanslaan, zou een patiënt dus ten minste een half jaar antidepressiva moeten gebruiken (Neomagus, et al., 1997).

**Tabel 5.3 Medicatiebeleid bij psychische aandoeningen**

Onderwerp	Indicator	Aantal	Jaar	Resultaten	Bron
Voorschrijven benzodiazepines	% patiënten met benzodiazepine-voorschriften in de huisartspraktijk waarbij geen stoornis bekend was	94 PT	1997-1998	67%	9
Voorschrijven antidepressiva	% episodes depressie in de huisartspraktijk waarbij geen antidepressiva zijn voorgeschreven	8685 ES	2001	32%	2
	% episodes angststoornissen in de huisartspraktijk waarbij geen antidepressiva zijn voorgeschreven	3059 ES	2001	58%	2
Voorschrijven SSRI's	% patiënten in de huisartspraktijk dat minder dan een half jaar antidepressiva kreeg	n.b.	1999-2000	33%	10
	% episodes angststoornissen in de huisartspraktijk waarin geen SSRI's zijn voorgeschreven als 1 <sup>ste</sup> keus	1328 ES	2001	25%	2

ES=episodes, n.b.=aantal patiënten niet bekend, PT=patiënten

Ruim 65% van de patiënten met benzodiazepine heeft dit ten onrechte voorgeschreven gekregen, aangezien - volgens de richtlijnen - geen stoornis bekend was. Uit een studie van Verhaak, et al. (Verhaak, et al., 2002) bleek het percentage patiënten dat een milde of geen depressie heeft en ten onrechte toch geneesmiddelen krijgt voorgeschreven nog hoger te zijn: ongeveer 90%. Het percentage episodes angststoornissen in de huisartspraktijk waarbij geen antidepressiva zijn voorgeschreven was bijna 60%. Er is dus sprake van zowel over- als onderconsumptie.

## 6 Verwijzingen naar de eerste en tweede lijn

In lang niet alle gevallen hoeft te worden verwezen naar andere zorgverleners. Bij lage rugpijn is er bijvoorbeeld geen indicatie voor verwijzingen naar specialisten, indien er geen sterke vermoedens voor serieuze pathologie zijn. In de acute fase van lage rugpijn wordt de verwijzing naar een fysiotherapeut of chiropractor ook niet aanbevolen, aangezien daar geen bewezen effectiviteit voor is (Thomas, et al., 1996). Indien er toch verwezen wordt, is er in de standaard voor fysiotherapeuten (Bekkering, et al., 2001) sprake van vier aanbevelingen:

1. beperk het aantal sessies in het geval van een normaal beloop;
2. richt je op het herstellen van het dagelijks functioneren;
3. gebruik met name actieve interventies;
4. geef adequate informatie.

Terughoudendheid met verwijzen wordt ook bij andere problemen met het bewegingsapparaat aanbevolen, zoals schouders, knieën en enkels (Nederlands Huisartsen Genootschap, 1998a; Nederlands Huisartsen Genootschap, 1998b; Geijer, et al., 1999).

In Nederland zijn de symptomen van een (dreigende) miskraam meestal niet een indicatie voor verwijzing naar de gynaecoloog, zodat de zorg met name wordt geleverd door huisartsen en vroedvrouwen. De richtlijnen bevelen een afwachtend beleid aan, zodat de zaken hun natuurlijke verloop kunnen volgen (Geijer, et al., 1999).

Bij KNO-aandoeningen, zoals otitis media acuta en otitis externa, hoeft in principe niet doorverwezen te worden naar een KNO-arts (Geijer, et al., 1999; Thomas, et al., 1996).



**Tabel 6.1 Verwijzingen naar eerste en tweede lijn**

Onderwerp	Indicator	Aantal	Jaar	Resultaten	Bron
Acute lage rugpijn	% consulten acute lage rugpijn in de huisartspraktijk waarbij is verwezen naar de fysiotherapeut in 1 <sup>ste</sup> consult	754 CS	1997	22%	4
	% consulten acute lage rugpijn in de huisartspraktijk waarbij is verwezen naar de fysiotherapeut in follow-up consult	342 CS	1997	50%	4
	% patiënten in de fysiotherapiepraktijk dat is doorverwezen naar de fysiotherapeut	172 PT	1998	59%	11
	% episodes acute lage rugpijn in de huisartspraktijk waarbij wel verwezen is naar een fysiotherapeut	2637 ES	2001	12%	2
	% patiënten met acute lage rugpijn in de fysiotherapiepraktijk dat massagetherapie kreeg	172 PT	1998	67%	11
	Vervolg acute lage rugpijn	% patiënten met lage rugpijn in de fysiotherapiepraktijk dat te veel inactieve interventies toepast kreeg	253 PT	2001-2002	40%
% patiënten met lage rugpijn in de fysiotherapiepraktijk dat meer dan 3 behandelingen kreeg		253 PT	2001-2002	87%	12
% consulten acute lage rugpijn in de huisartspraktijk waarbij is verwezen naar een specialist in 1 <sup>ste</sup> consult		754 CS	1997	1%	4

Onderwerp	Indicator	Aantal	Jaar	Resultaten	Bron
	% consulten acute lage rugpijn in de huisartspraktijk waarbij is verwezen naar een specialist in follow-up consulten	342 CS	1997	4%	4
Schouderklachten	% episodes schouderklachten in de huisartspraktijk waarbij werd verwezen naar de fysiotherapeut	9902 ES	2001	26%	2
Knieproblemen	% episodes traumatische knieproblemen in de huisartspraktijk waarbij werd verwezen naar de orthooped	1788 ES	2001	10%	2
	% episodes niet-traumatische knieproblemen in de huisartspraktijk waarbij werd verwezen naar de orthooped	540 ES	2001	7%	2
Enkeldistorsie	% episodes enkeldistorsie in de huisartspraktijk waarbij werd verwezen naar een fysiotherapeut	3032 ES	2001	11%	2
	% episodes enkeldistorsie in de huisartspraktijk waarbij werd verwezen naar een (orthopedisch) chirurg	372 ES	2001	1%	2
(dreigende) Miskraam	% patiënten in de huisartspraktijk dat naar een gynaecoloog is verwezen in het 1 <sup>ste</sup> consult	251 PT	1994	6%	5
	% patiënten in de huisartspraktijk dat naar een gynaecoloog is verwezen in follow-up consulten	201 PT	1994	5%	5

Onderwerp	Indicator	Aantal	Jaar	Resultaten	Bron
	% patiënten in de huisartspraktijk dat naar de 2 <sup>de</sup> lijn werd verwezen	366 PT	1995	25%	13
	% patiënten bij de verloskundige dat naar een gynaecoloog is verwezen in het 1 <sup>ste</sup> consult	156 PT	1995	8%	6
	% patiënten bij de verloskundige dat naar een gynaecoloog is verwezen in follow-up consulten	156 PT	1995	12%	6
Otitis media acuta	% episodes otitis media acuta in de huisartspraktijk waarin wel is verwezen naar de KNO-arts	5760 ES	2001	2%	2
	% episodes otitis media acuta met effusie bij kind < 12 jaar in de huisartspraktijk waarin wel is verwezen naar de KNO-arts	793 ES	2001	19%	2
Otitis externa	% episodes otitis externa in de huisartspraktijk waarin wel is verwezen naar de KNO-arts	4548 ES	2001	1%	2

CS=consulten, ES=episodes, PT=patiënten

Het percentage verwijzingen naar de fysiotherapeut door huisartsen varieert sterk (12-59%) en met name in een vervolggconsult wordt meer verwezen. Verwijzingen naar specialisten in verband met lage ruggijn komen in minder dan 5% van de consulten voor. Wordt er verwezen, dan gebeurt dit weer vaker in een follow-up consult dan in een eerste consult. Wat betreft de vier aanbevelingen uit de KNGF-Standaard voldeed slechts 30% van de fysiotherapeuten aan al deze aanbevelingen (Bekker, 2004). Met name een overschrijding van het aantal behandelingen vond plaats, maar ook de juiste technieken

(actieve interventies in plaats van inactieve) werden lang niet altijd gebruikt.

Terwijl bij patiënten met schouderklachten en patiënten met een (dreigende) miskraam nog regelmatig werd doorverwezen, hield men zich bij knieproblemen, enkeldistorsie, otitis media acuta en otitis externa goed aan de richtlijnen. Bij een (dreigende) miskraam lijken huisartsen vaker door te verwijzen dan de verloskundigen. In de huisartspraktijk werd echter ook 8% van de patiënten ten onrechte niet doorverwezen (Haaren, et al., 2002).

Samengevat blijkt het aantal onterechte verwijzingen af te hangen van het ziektebeeld. Verwijzingen naar de tweede lijn lijken minder gedaan te worden dan verwijzingen binnen de eerste lijn.

## 7 Surveillantie bij diabetes mellitus

In dit hoofdstuk wordt een voorbeeld gegeven van surveillantie. Bij sommige chronische ziekten is het erg belangrijk dat bepaald onderzoek regelmatig wordt uitgevoerd en dat follow-up plaatsvindt. Diabetes mellitus is een voorbeeld van een chronische ziekte die sterk zal toenemen in de toekomst, met grote consequenties voor de gezondheid van patiënten en de kosten van de zorg, waarbij follow-up en surveillantie zeer belangrijk zijn.

Kernaanbevelingen voor diabetes mellitus hebben betrekking op het beperken van de negatieve langetermijngevolgen door een goede regulatie van het bloedglucosegehalte en het voorkomen of behandelen van risicofactoren, zoals hart- en vaatziekten of problemen aan voeten, nieren of ogen. Dit gebeurt door het uitvoeren van periodieke controles (paragraaf 7.1). Daarnaast is het belangrijk dat bepaalde patiëntuitkomsten onder de streefwaarden zitten (paragraaf 7.2).

Er zijn cijfers bekend over zowel het handelen in de eerste als in de tweede lijn, waarbij met name sprake is van onderconsumptie.

### 7.1 Periodiek onderzoek

Bij diabetes mellitus moeten de volgende periodieke bepalingen worden gedaan: bloedglucose, HbA1c, lichaamsgewicht (of Body Mass Index (BMI)), bloeddruk, cholesterol, triglyceride-waarde, voetonderzoek en oogonderzoek. De frequentie (driemaandelijks of jaarlijks) is afhankelijk van mogelijke klachten en de metabole regulering (Nederlandse Diabetes Federatie, et al., 1998; Geijer, et al., 1999).

**Tabel 7.1 Periodieke bepalingen bij diabetes mellitus**

Onderwerp	Indicator	Aantal	Jaar	Resultaten	Bron
Bloedglucose	% 3-maandelijkse controles in de huisartspraktijk waarin geen bloedglucose werd bepaald	833 CS	1998-1999	2%	14, 15
HbA1c	% jaarcontroles in de huisartspraktijk waarin HbA1c niet werd gecontroleerd	833 CS	1998-1999	12%	14, 15
	% patiënten in het ziekenhuis waarbij HbA1c niet werd gecontroleerd	1465 PT	1999	5%	16
	% patiënten in het ziekenhuis waarbij HbA1c niet werd gecontroleerd	1136 PT	2000	4%	17
Gewicht of BMI	% 3-maandelijkse controles in de huisartspraktijk waarin geen gewichtscontrole werd uitgevoerd	833 CS	1998-1999	19%	14, 15
	% patiënten in het ziekenhuis waarbij gewicht niet jaarlijks werd gecontroleerd	1465 PT	1999	19%	16
	% patiënten in het ziekenhuis waarbij gewicht niet jaarlijks werd gecontroleerd	1136 PT	2000	18%	17
Bloeddruk	% beslismomenten in de huisartspraktijk waarin bloeddruk niet werd gecontroleerd	1308 BS	1996	7%	18
	% jaarcontroles in de huisartspraktijk waarin bloeddruk niet werd gecontroleerd	833 CS	1998-1999	4%	14, 15
	% patiënten in het ziekenhuis waarbij bloeddruk niet jaarlijks werd gecontroleerd	1465 PT	1999	2%	16

Onderwerp	Indicator	Aantal	Jaar	Resultaten	Bron
Totaal-cholesterol	% patiënten in het ziekenhuis waarbij bloeddruk niet jaarlijks werd gecontroleerd	1136 PT	2000	2%	17
	% jaarlijkse controles in de huisartspraktijk waarin geen totaal-cholesterol werd bepaald	833 CS	1998-1999	14%	14, 15
HDL-cholesterol	% patiënten in het ziekenhuis waarbij totaal-cholesterol niet jaarlijks werd gecontroleerd	1465 PT	1999	21%	16
	% patiënten in het ziekenhuis waarbij totaal-cholesterol niet jaarlijks werd bepaald	1136 PT	2000	16%	17
Triglyceridewaarde	% jaarlijkse controles in de huisartspraktijk waarin geen HDL-cholesterol werd bepaald	833 CS	1998-1999	31%	14
	% jaarlijkse consulten in de huisartspraktijk waarin triglyceridewaarde niet werd bepaald	833 CS	1998-1999	30%	14, 15
Voetonderzoek	% beslissingen in de huisartspraktijk waarbij geen jaarlijks voetonderzoek werd gedaan	1410 BS	1996	59%	18
	% jaarlijkse controles in de huisartspraktijk waarbij geen voetonderzoek werd gedaan	40 CS	1998-1999	17%	14, 15
	% patiënten in het ziekenhuis waarbij voeten niet werden gecontroleerd (3-maandelijks of jaarlijks, afhankelijk van complicaties)	1465 PT	1999	60%	16

Onderwerp	Indicator	Aantal	Jaar	Resultaten	Bron
Oogonderzoek	% beslissingen in de huisartspraktijk waarin oogonderzoek niet jaarlijks werd uitgevoerd door huisarts of oogarts	1449 BS	1996	32%	18
	% consulten in de huisartspraktijk waarin oogonderzoek niet jaarlijks werd uitgevoerd door huisarts of oogarts	833 CS	1998-1999	30%	14, 15
	% patiënten met indicatie in de huisartspraktijk waarbij geen controle is door huisarts of oogarts	52 PT	1998-1999	23%	14
	% patiënten in het ziekenhuis waarbij oogonderzoek niet werd uitgevoerd (jaarlijks of tweejaarlijks, afhankelijk van complicaties)	1465 PT	1999	16%	16
	% patiënten in het ziekenhuis waarbij oogonderzoek niet jaarlijks werd uitgevoerd	1136 PT	2000	15%	17

BS=beslissingen, CS=consulten, PT=patiënten

Uit een ziekenhuisstudie in 1999 van Dijkstra, et al. (Dijkstra, et al., 2004) bleek de gemiddelde score voor adherence aan twaalf diabetesprocesmaten 64% te zijn.

De richtlijnen voor het bepalen van bloedglucose, HbA1c, gewicht (of BMI), bloeddruk en totaal-cholesterol werden, wat betreft het uitvoeren van deze onderzoeken, voor meer dan 80% opgevolgd. Het opvolgen van de richtlijnen met betrekking tot het bepalen van HDL-cholesterol, triglyceriden en het voet- en oogonderzoek was minder goed (in  $\geq 30\%$  werden de aanbevelingen niet gevolgd), zowel in het ziekenhuis als in de huisartspraktijk.



## 7.2 Uitkomstmaten op patiëntniveau

Om op langere termijn complicaties van diabetes mellitus, zoals voetproblemen en blindheid, te voorkomen en het verhoogde risico op hart- en vaatziekten te verminderen, moeten bepaalde bloedwaarden onder de streefwaarden liggen (Nederlandse Diabetes Federatie, et al., 1998; Geijer, et al., 1999). Deze uitkomsten op patiëntniveau hebben met name betrekking op de bloeddruk, de BMI, het lipidengehalte en de HbA1c in het bloed, welke allemaal niet hoger dan een bepaalde waarde mogen zijn. De meeste gegevens over uitkomstmaten op patiëntniveau zijn bekend uit de tweede lijn.

**Tabel 7.2**      **Uitkomstmaten patiëntniveau**

Onderwerp	Indicator	Aantal	Jaar	Resultaten	Bron
Bloeddruk	% patiënten in de huisartspraktijk met bloeddruk $\geq$ 150/85 mmHg	594 PT	1999	44%	19
	% patiënten in het ziekenhuis met bloeddruk $\geq$ 140/90 mmHg ( $\geq$ 150/85 mmHg indien ouder dan 60 jaar)	1465 PT	2000	31%	16
BMI	% patiënten in het ziekenhuis met BMI $\geq$ 27	1465 PT	2000	60%	16
Lipiden	% patiënten in het ziekenhuis met verhoogde lipidenspiegel	1465 PT	2000	44%	16
HbA1c	% patiënten in het ziekenhuis met HbA1c $\geq$ 7%	1465 PT	2000	77%	16

PT=patiënten

De meeste uitkomstmaten op patiëntniveau zijn slecht gereguleerd, met name het HbA1c en de BMI.

Samengevat kan worden gezegd dat de zorg voor patiënten met diabetes mellitus op een aantal punten nog fors verbeterd kan worden, zowel wat betreft periodieke controles als de regulatie van bloedwaarden.

## 8 Conclusie en aanbevelingen

In dit rapport hebben wij een overzicht proberen te geven over de stand van zaken met betrekking tot het evidence based handelen van zorgverleners in Nederland. Met betrekking tot de geselecteerde onderwerpen blijkt het handelen van Nederlandse zorgverleners gemiddeld in 30% van de gevallen niet volgens de aanbevelingen te zijn. Hierbij is vooral sprake van onderconsumptie, maar ook wel van overconsumptie. Er is sprake van een grote variatie tussen artsen, praktijken en afdelingen.

Met name bij het handelen met betrekking tot mictieklachten, hart- en vaatziekten, psychische aandoeningen en diabetes mellitus, het voorschrijven van antibiotica en het verwijzen naar de eerste en tweede lijn worden de richtlijnen slecht gevolgd, terwijl bij de overige onderwerpen de richtlijnen wel redelijk tot goed worden gevolgd. Opvallend zijn de verschillende percentages tussen onderwerpen, maar ook per onderwerp. Als de studies meer in detail worden bekeken, blijkt dat zorgverleners of zorginstellingen onderling ook sterk verschillen in hun handelen. Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat er verbetering mogelijk is.

De indicatoren zijn in dit rapport zo opgesteld dat de mate van over- of onderconsumptie wordt aangegeven. In de beschreven studies is echter vaak onderzocht in welke mate de richtlijnen worden gevolgd. Het niet volgen van de richtlijnen hoeft niet altijd 'fout' te zijn. Er kunnen goede redenen zijn waarom er van de standaard wordt afgeweken. De precieze redenen van afwijken zouden bekend moeten zijn om betere uitspraken te kunnen doen over de kwaliteit van het handelen van zorgverleners. Dit betekent dat voor sommige richtlijnen verwacht kan worden dat deze in 80-85% van de gevallen wordt gevolgd, maar voor andere richtlijnen, zoals het jaarlijks meten van de bloeddruk of het tweemaaljaarlijks oogheelkundig onderzoek bij patiënten met diabetes mellitus, kan wel de 100% worden nagestreefd. (Braspenning, et al., 2004b; Storms, et al., 2002).

Of de maximale score bereikt wordt hangt niet alleen af van de zorgverlener. Andere factoren van invloed kunnen betrekking hebben op de patiënt en zijn sociale en economische omgeving. Hierbij kan gedacht worden aan eigen bijdragen voor geneesmiddelen, eerdere ervaringen van patiënten, et cetera.

Allemaal factoren waardoor een patiënt kan bepalen een bepaalde behandeling wel of juist niet te willen.

Doordat de cijfers in sommige gevallen sterk uiteen lopen, kunnen geen harde conclusies worden getrokken. Toch zijn wij van mening dat deze studies een goed en betrouwbaar inzicht geven in het volgens de richtlijnen handelen van zorgverleners, aangezien ze veelal afkomstig zijn uit grootschalige studies. Momenteel zijn er waarschijnlijk geen betere cijfers voorhanden over de huisartspraktijk.

De meeste cijfers uit dit rapport zijn afkomstig van huisartspraktijken. Moeilijker was het vinden van gegevens over het volgens de richtlijnen handelen in ziekenhuizen. Slechts over een enkel onderwerp hebben wij cijfers gevonden en ons is onbekend of hier meer over te vinden is. Mogelijk moet er op een andere, meer tijdrovende, manier worden gezocht.

Met betrekking tot het handelen in Nederland vergeleken met het buitenland, lijken Nederlandse zorgverleners het beter te doen dan hun buitenlandse collega's. Dit is echter geen eenvoudige vergelijking, omdat het gezondheidszorgsysteem in bijvoorbeeld de Verenigde Staten anders is dan dat in Nederland. Maar zowel in Nederland als in het buitenland is met name sprake van onderconsumptie.

Wat betreft de kosten van het niet volgens de richtlijnen handelen is (nog) weinig te zeggen. De kosten van overconsumptie zijn makkelijker te berekenen dan die van onderconsumptie. De kosten van onderconsumptie mogen echter niet uitgelakt worden, aangezien deze vaak op langere termijn hoog kunnen worden. Als voorbeeld het periodiek onderzoek bij diabetes mellitus. Indien bijvoorbeeld voeten, ogen en nieren niet regelmatig worden gecontroleerd, kan dit uiteindelijk leiden tot respectievelijk voetamputatie, blindheid en nierfalen. En de kosten die hier aan hangen zijn hoger dan die van de periodieke controles.

#### *Aanbeveling 1*

Op verschillende terreinen is nog winst te behalen. Bij aanvullende diagnostiek, het voorschrijven van antibiotica, het voorschrijven bij maagklachten en het verwijzen naar de fysiotherapeut is met name sprake van overconsumptie. Onderconsumptie komt met name voor bij de behandeling van hart- en vaatziekten en de surveillance bij diabetes mellitus. Aanbevoelen wordt om voor specifieke onderwerpen interventiestudies

op te zetten, gericht op zowel over- als onderconsumptie, om zo de kosten in de gezondheidszorg te verminderen. Bij het opzetten van dergelijke interventies moet aansluiting worden gezocht bij de huidige kennis over het implementeren van een innovatie (Grol, et al., 2001).

#### *Aanbeveling 2*

Er zal niet alleen gekeken moeten worden in hoeverre van de richtlijnen wordt afgeweken, maar ook waarom. Welke (gegronde) redenen heeft een zorgverlener om af te wijken en welke belemmerende en bevorderende factoren spelen een rol? Aanbevolen wordt om, indien men vast wil stellen in hoeverre zorgverleners afwijken van de richtlijnen, ook een determinantenanalyse uit te voeren. Voor het bepalen van de knelpunten kan bijvoorbeeld een knelpuntenvragenlijst (Peters, et al., 2003) worden gebruikt.

#### *Aanbeveling 3*

De meeste cijfers in dit rapport zijn afkomstig van huisartspraktijken. Cijfers over het volgens richtlijnen handelen in ziekenhuizen waren moeilijker te vinden. Om toch een goed overzicht te krijgen van de kwaliteit van handelen in ziekenhuizen wordt aanbevolen een nationale kwaliteitsstudie op te zetten voor bepaalde specialismen, vergelijkbaar met de huisartspraktijk.

## Literatuur

*De cijfers tussen haakjes verwijzen naar de bronnen in de tabellen.*

Bekkering, G.E. Physiotherapy guidelines for low back pain: Development, implementation, and evaluation. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2004. Proefschrift Amsterdam VU.

Bekkering, G.E., et al. KNGF-richtlijn Lage-rugpijn. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie, 111, 2001, suppl 3. [12]

Braspenning, J., et al. Kwaliteit van huisartsgeneeskundig handelen is moeilijk te meten. Een literatuuroverzicht over 1997-2003. Huisarts & Wetenschap, 2004a, [in druk].

Braspenning, J.C.C., F.G. Schellevis en R.P.T.M. Grol. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: Kwaliteit huisartsenzorg belicht. Nijmegen/Utrecht: Centre for Quality of Care Research (WOK)/NIVEL, 2004b. [2]

Dijk, L. van. LINH-cijfers: Het voorschrijven van antidepressiva in de huisartspraktijk in 1999 en 2000. Huisarts & Wetenschap, 45, 2002, no. 6, p. 289-289. [10]

Dijkstra, R.F., et al. Improving hospital outpatient diabetes care by targeting patients or professionals: A cluster randomized controlled trial. 2004, [ingediend]. [17]

Dijkstra, R.F., et al. Patients and nurses determine variation in adherence to guidelines at Dutch hospitals more than internists or settings. Diabetic Medicine, 2004, [in druk]. [16]

Engers, A.J., et al. Het handelen van Nederlandse fysiotherapeuten bij lage-rugpijn: Een beschrijvend onderzoek van de dagelijkse praktijk. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie, 111, 2001, no. 6, p. 142-151. [11]

Fleuren, M. Managing (imminent) miscarriage in primary health care: An evaluation of the (imminent) miscarriage guideline of the Dutch College of General Practitioners by general practitioners, midwives, obstetricians and patients. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1997. Proefschrift VU. [5]

Fleuren, M., et al. Adherence by midwives to the Dutch national guidelines on threatened miscarriage in general practice: A prospective study. *Quality in Health Care*, 6, 1997, no. 2, p. 69-74. [6]

Frijling, B.D., et al. Multifaceted support to improve clinical decision making in diabetes care: A randomized controlled trial in general practice. *Diabetic Medicine*, 19, 2002, no. 10, p. 836-842. [18]

Frijling, B.D., et al. Intensive support to improve clinical decision making in cardiovascular care: A randomised controlled trial in general practice. *Quality and Safety in Health Care*, 12, 2003, no. 3, p. 181-187. [8]

Frijling, B.D., et al. Blood pressure control in treated hypertensive patients: Clinical performance of general practitioners. *British Journal of General Practice*, 51, 2001, p. 9-14.

Geijer, R.M.M., et al. (red.). *NHG-Standaarden voor de huisarts I*. Maarssen: Elsevier/Bunge, 1999.

Grauw, W.J.C. de, et al. Outcomes of audit-enhanced monitoring of patients with type 2 diabetes. *The Journal of Family Practice*, 51, 2002, no. 5, p. 459-464. [19]

Grol, R. en M. Wensing (red.). *Implementatie: effectieve verandering in de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2001.

Haaren, K.M.A. van en M. P. Springer. De kwaliteit van het verloskundig handelen van de huisarts. *Huisarts & Wetenschap*, 45, 2002, no. 11, p. 586-591. [13]

Kasteren, M.E.E. van, et al. Adherence to local hospital guidelines for surgical antimicrobial prophylaxis: A multicentre audit in Dutch hospitals. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 51, 2003, p. 1389-1396.

Lohr, K.N. *Medicare: A strategy for quality assurance*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1990.

McGlynn, E.A., et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 348, 2003, no. 26, p. 2635-2645.

Mokkink, H. en T. Spies. Toetsen aan Standaarden: Het medisch handelen van huisartsen in de praktijk getoetst. Nijmegen: Centre for Quality of Care Research (WOK), 2003. [SPSS-databestand]. [1]

Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standaard Niet-traumatische knieproblemen bij volwassenen M67. Utrecht: NHG, 1998a.

Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standaard Traumatische knieproblemen M66. Utrecht: NHG, 1998b.

Nederlandse Diabetes Federatie en Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing. Diabetische retinopathie, diabetische voet, hart- en vaatziekten bij diabetes mellitus. Heerenveen: Banda, 1998.

Neomagus, G.J.H., et al. NHG-Standaard Angststoornissen. Huisarts & Wetenschap, 40, 1997, p. 167-175.

Oude Voshaar, R.C. Consecutive treatment strategies to discontinue long-term Benzodiazepine use: A systematic evaluation in general practice. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 2003. Proefschrift Nijmegen.

Peters, M.A.J., et al. Ruimte voor verandering? Knelpunten en mogelijkheden voor verbetering in de patiëntenzorg. Nijmegen: Centre for Quality of Care Research (WOK), UMC St Radboud, 2003.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Consumptie van gezondheidszorg: Gepast gebruik, over- en onderconsumptie en verkeerd gebruik. Zoetermeer: RVZ, 2004.

Rijswijk, E. van, et al. Appropriateness of prescriptions of benzodiazepines in general practice. Are general practitioner diagnoses of mental health problems related to benzodiazepine prescribing? 2003, [concept]. [9]

Schellevis, F.G., et al. De Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: Aanleiding en methoden. Huisarts & Wetenschap, 46, 2003, no. 1, p. 7-12.

Schers, H., et al. Low back pain in general practice: Reported management and reasons for not adhering to the guidelines in

the Netherlands. *British Journal of General Practice*, 50, 2000, p. 640-644. [4]

Schuster, M.A., E.A. McGlynn en R.H. Brook. How good is the quality of health care in the United States? *The Milbank Quarterly*, 76, 1998, no. 4, p. 517-563.

Seddon, M.E., et al. Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand. *Quality in Health Care*, 10, 2001, p. 152-158.

Smeele, I.J.M., et al. Can small group education and peer review improve care for patients with asthma/chronic obstructive pulmonary disease? *Quality in Health Care*, 8, 1998, no. 25, p. 92-98. [7]

Spies, T.H. en H.G.A. Mokkink. *Toetsen aan standaarden: Het medisch handelen van huisartsen in de praktijk getoetst*. Nijmegen/Utrecht: Centre for Quality of Care Research (WOK)/Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), 1999.

Steenkiste, B.C., et al. A cluster randomised controlled trial to improve the management of cardiovascular prevention in primary care: The effect of a risk communication tool. 2003, [concept]. [3]

Storms, G.E.M.G., P. ten Have en R. Dijkstra. *Indicatoren voor de verbetering van de diabeteszorg*. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2002.

Tacken, M. LINH-cijfers: De diabetespatiënt bij de huisarts. *Huisarts & Wetenschap*, 45, 2002, no. 10, p. 509. [15]

Tacken, M., et al. *De zorg rondom diabetes mellitus, type 2, patiënten in de huisartspraktijk*. Nijmegen/Utrecht: LINH, 2001. [14]

Thomas, S., et al. (red.). *NHG-Standaarden voor de huisarts II*. Utrecht: Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, 1996.

Verhaak, P.F.M., A.I M. Bartelds en F.G. Schellevis. Hoe behandelt de huisarts nieuwe gevallen van depressie? *Huisarts & Wetenschap*, 45, 2002, no. 13, p. 722-725.



Verstappen, W.H.J.M. Towards optimal test ordering in primary care. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2004. Proefschrift Maastricht.

Weijden, T. van der, et al. Comparison of appropriateness of cholesterol testing in general practice with the recommendations of national guidelines: An audit of patient records in general practices. *Quality in Health Care*, 5, 1996, p. 218-222.

Weijden, T. van der, et al. Unexplained complaints in general practice: Prevalence, patients expectations, and professionals test-ordering behavior. *Medical Decision Making*, 23, 2003, p. 226-231.



# **Deel V**

## **Overconsumptie door claimcultuur?**

mr. J. Dijkman



## Inhoudsopgave deel V

	<b>Samenvatting</b>	<b>167</b>
<b>1</b>	<b>Introductie</b>	<b>170</b>
<b>2</b>	<b>Defensieve geneeskunde</b>	<b>171</b>
2.1	Wat houdt defensieve geneeskunde in?	171
2.2	Wat zijn de gevolgen van defensieve geneeskunde?	172
2.3	Wat zijn de oorzaken?	172
2.4	Toepassing defensieve geneeskunde	175
<b>3</b>	<b>Claimcultuur</b>	<b>176</b>
3.1	Wanneer is er sprake van een claimcultuur?	176
3.2	Aanwijzingen voor het bestaan van een claimcultuur	177
<b>4</b>	<b>Claimcultuur in de Verenigde Staten en Nederland</b>	<b>181</b>
4.1	Inleiding	181
4.2	Aantal ingediende claims	181
4.3	Aantal toegewezen claims	185
4.4	Hoogte schadevergoeding	190
4.5	Hoogte premie aansprakelijkheidsverzekering	194
4.6	Op dit moment claimcultuur in Nederland?	195
<b>5</b>	<b>Ontwikkelingen in Nederland</b>	<b>197</b>
5.1	Aantal ingediende claims	197
5.2	Aantal toegewezen claims	198
5.3	Hoogte schadevergoeding	199
5.4	Hoogte premie aansprakelijkheidsverzekering	199
<b>6</b>	<b>Conclusie</b>	<b>201</b>
6.1	Het heden	201
6.2	De toekomst	201
	Noten	204



## Samenvatting

In de Verenigde Staten is in Nederlandse ogen sprake van een claimcultuur. Burgers klagen elkaar voor hoge bedragen aan. Deze cultuur heeft ook haar weerslag op de medische praktijk. Het praktiseren van defensieve geneeskunde is aan de orde van de dag. Defensieve geneeskunde kan zowel overconsumptie, zoals overbodige diagnostische tests, als onderconsumptie van zorg, zoals het niet verrichten van risicovolle procedures inhouden. De gevolgen zijn zowel belastend voor de samenleving, vanwege de hogere kosten, als voor de individuele patiënt, die extra ongemak en wellicht zelfs schade ondervindt. Naast de claimcultuur spelen bij het praktiseren van defensieve geneeskunde ook de perceptie van de claimcultuur en de angst om de reputatie, carrière en het vertrouwen van de patiënt te beschadigen een rol.

In Nederland bestaat de vrees dat een dergelijke situatie ook hier kan ontstaan. Is deze vrees reëel?

Om deze vraag te beantwoorden is zowel gekeken naar de ontwikkeling die het claimgedrag in Nederland de afgelopen 20 jaar heeft doorgemaakt en is een vergelijking getrokken met de V.S.

De aanwijzingen voor het bestaan van een claimcultuur zijn het aantal ingediende claims, het aantal vergoede claims, de hoogte van die vergoeding en de premie die een arts moet betalen voor zijn aansprakelijkheidsverzekering.

Het aantal ingediende claims in Nederland is in de afgelopen 20 jaar weliswaar met 34% toegenomen, deze stijging kan echter worden verklaard uit de sterke stijging van het aantal risicovolle ingrepen. Het aantal ingediende claims lijkt in de V.S. iets hoger te liggen, de beschikbare cijfers lenen zich niet voor een nauwkeurige vergelijking. Het soberder sociaal vangnet bij arbeidsongeschiktheid en de betere toegang tot rechtsbescherming zijn een verklaring voor deze hogere cijfers. De afkalving van de Nederlandse sociale voorzieningen kan ervoor zorgen dat het aantal ingediende claims in de komende jaren zal stijgen. De invloed van het invoeren van het 'no cure no pay'-systeem is naar verwachting niet groot.

Het aantal claims waarop een vergoeding volgt is in Nederland de afgelopen 20 jaar stabiel geweest. Het versterken van de

positie van de patiënt door middel van uitspraken over de bewijslast heeft zich niet vertaald in een stijging van het percentage vergoedingen. De ontwikkelingen omtrent het leerstuk van de proportionele aansprakelijkheid kan er wel voor zorgen dat het percentage vergoedingen stijgt. De hoogte van die vergoedingen ligt echter lager. In de V.S. ligt het percentage toewijzingen in medische zaken zelfs iets lager dan in Nederland. De oorzaak hiervan is moeilijk te duiden.

Ook wat betreft de hoogte van de vergoedingen is nauwelijks sprake van een stijging in de afgelopen 20 jaar. Het verschil met de V.S. is op dit punt zeer groot. De verklaring voor dit verschil ligt in het schadevergoedingsrecht. In de V.S. geldt de regel dat inkomsten uit verzekeringen of sociale uitkeringen niet van de schade worden afgetrokken. De materiële schade is als gevolg van deze regel in vergelijking met Nederland zeer hoog. Ook de immateriële schade is niet vergelijkbaar. De uitsplitsing over verschillende posten die afzonderlijk door de jury op geld gewaardeerd moeten worden is hiervan de oorzaak. Tenslotte bestaat in de V.S. in sommige gevallen ook de mogelijkheid 'punitive damages' toe te kennen. Dit is een soort strafmaatregel bij grove schuld aan de zijde van de arts. Nederland kent een dergelijke maatregel niet. Er ligt wel een wetsvoorstel om de mogelijkheden tot het vergoeden van immateriële schade te verruimen. Dit voorstel is beperkt tot een kleine groep mensen en een bepaald bedrag.

De premie voor de aansprakelijkheidsverzekering is in Nederland de afgelopen jaren stabiel gebleven. De bedragen in Nederland zijn qua orde van grootte niet te vergelijken met die in de V.S. Met name het bedrag aan uit te keren vergoedingen is hiervan de oorzaak.

De ontwikkelingen in Nederland duiden niet op een groeiende claimcultuur. Ondanks de ontwikkelingen omtrent het sociale vangnet, de betere toegang tot rechtsbijstand en het bewijsrecht is het niet waarschijnlijk dat de claimcultuur in Nederland Amerikaanse proporties aan gaat nemen. Het verschil tussen beide landen ligt in de hoogte van de schadevergoedingen. De regels die de oorzaak zijn van de hoogte van de vergoedingen in de V.S. zijn het Nederlandse systeem vreemd. Het is daarmee uitgesloten dat de Nederlandse vergoedingen Amerikaanse proporties aan zullen nemen. Het wetsvoorstel omtrent de verruiming van immateriële schade doet daar niets aan af.



Indien er sprake is van het praktiseren van defensieve geneeskunde kan de oorzaak niet liggen in het claimgedrag van de patiënt en de hoogte van de vergoedingen. Een waarschijnlijker oorzaak is de perceptie van de claimcultuur door de arts.

Het verdient aanbeveling de mate waarin defensieve geneeskunde wordt gepraktiseerd en de oorzaken die daaraan ten grondslag liggen te onderzoeken. Ook het monitoren van het claimgedrag van patiënten is wenselijk. Met behulp van een dergelijke monitor kan worden achterhaald wat de oorzaak is van de ingediende claim en kan kwaliteitsverbetering worden bereikt. Daarnaast zal een dergelijke monitor de perceptie van de arts met betrekking tot de claimcultuur meer in overeenstemming brengen met de realiteit.

## 1 Introductie

Het bestaan van een claimcultuur kan het praktiseren van defensieve geneeskunde tot gevolg hebben. Defensieve geneeskunde is een voorbeeld van niet gepaste zorg en kan zowel over- als onderconsumptie van zorg inhouden. Artsen zouden zich door het toenemende claimgedrag van patiënten laten beïnvloeden. Dat kan leiden tot meer diagnostisch onderzoek, uitgebreidere behandeling en sneller doorverwijzen naar een meer gespecialiseerde arts. Het is ook mogelijk dat artsen weigeren nog langer een risicovolle behandeling uit te voeren. Dit alles om te voorkomen dat de patiënt een schadeclaim indient.

Met name in de Verenigde Staten hebben de claimcultuur en het praktiseren van defensieve geneeskunde een hoge vlucht genomen. Dat heeft consequenties voor zowel de kwaliteit van de verleende zorg als voor de kosten ervan. De angst bestaat dat in Nederland ‘Amerikaanse toestanden’ voor zullen gaan komen. Is deze angst reëel?

Om deze vraag te beantwoorden komt een aantal punten aan bod. Eerst wordt in hoofdstuk 2 stilgestaan bij het begrip defensieve geneeskunde: wat houdt het in en wat zijn de gevolgen? Vervolgens worden in dit hoofdstuk de oorzaken van defensieve geneeskunde besproken. Hoofdstuk 3 spitst zich toe op de claimcultuur: wat zijn de aanwijzingen voor het bestaan van een claimcultuur en welke aspecten spelen een rol bij het ontstaan van die aanwijzingen? De situatie in de V.S. is voor velen een schrikbeeld. In hoeverre lijkt de huidige situatie in Nederland op die in de V.S.? In hoofdstuk 4 wordt hier dieper op ingegaan. De ontwikkeling in Nederland staat niet stil. In hoofdstuk 5 wordt gekeken in welke richting deze ontwikkeling lijkt te gaan. Ten slotte wordt in hoofdstuk 6 een conclusie getrokken over de claimcultuur, defensieve geneeskunde in Nederland en de relatie tussen beide. Tevens wordt een aantal aanbevelingen gedaan.

## 2 Defensieve geneeskunde

### 2.1 Wat houdt defensieve geneeskunde in?

Er zijn verschillende vormen van defensieve geneeskunde. Een arts kan bijvoorbeeld extra diagnostische tests uitvoeren om zoveel mogelijk aandoeningen uit te sluiten of zijn diagnose te bevestigen terwijl daar geen noodzaak toe bestaat. Ook komt het, bijvoorbeeld in de V.S., voor dat een arts een risicovolle behandeling weigert uit te voeren of een risicovolle patiënt weigert.

Door patiënten wordt als vorm van defensieve geneeskunde ook het geval genoemd dat door arts A verrichte onderzoeken bij verwijzing of overstap naar arts B deze onderzoeken opnieuw worden verricht. Dit kan een aantal redenen hebben, defensieve geneeskunde is daar één van. Arts B kan bang zijn dat arts A een fout heeft gemaakt en dat hij daar verantwoordelijk voor wordt gehouden. Het herhalen van de onderzoeken kan ook een financiële reden hebben. Tenslotte kan aan het herhalen een medische reden ten grondslag liggen. Wanneer het onderzoek met een andere medische vraag wordt aangevraagd heeft dat consequenties voor de uitvoering van dat onderzoek. Denk bijvoorbeeld aan een MRI-scan met andere doorsneden. Dit is geen vorm van defensieve geneeskunde.

Er bestaan enge en ruime definities van defensieve geneeskunde. Wat alle definities gemeen hebben is het aspect dat een arts afwijkt van de professionele standaard om fouten te voorkomen<sup>1</sup>. Soms wordt in de definitie van defensieve geneeskunde alleen het voorkomen van schadeclaims opgenomen, in andere definities wordt ook de angst voor beschadiging van reputatie en de aantasting van het vertrouwen van de patiënt erbij betrokken<sup>2</sup>. De definitie die in deze studie wordt gehanteerd is een ruime variant.

Er is sprake van defensieve geneeskunde wanneer een arts de patiënt uitgebreidere, of minder uitgebreide tests/behandeling/controle laat ondergaan dan medisch noodzakelijk met als oogmerk het voorkomen van schadeclaims, beschadiging van reputatie en carrière of aantasting van het vertrouwen dat de patiënt in hem stelt.

## **2.2 Wat zijn de gevolgen van defensieve geneeskunde?**

Hogere kosten van de gezondheidszorg is één van de gevolgen van defensieve geneeskunde. Wat de precieze kosten zijn is moeilijk schat- of meetbaar<sup>3</sup>. Op korte termijn is duidelijk dat meer tests en verwijzingen ook hogere kosten met zich meebrengen. Op langere termijn kan het zijn dat iatrogene schade, opgelopen door extra tests, extra kosten met zich meebrengt. Deze schade dient immers ook behandeld te worden. Een voorbeeld hiervan is het vaker dan nodig nemen van röntgenfoto's. De patiënt wordt blootgesteld aan straling die op langere termijn een schadelijk effect kan hebben. Nederlandse cijfers met betrekking tot de kosten van defensieve geneeskunde en hieruit voortvloeiende iatrogene schade ontbreken.

Naast hogere kosten kan defensieve geneeskunde ook een negatief effect op de kwaliteit van zorg hebben. Elke test, elk medicijn en elke ingreep brengen afzonderlijke risico's met zich mee. Wanneer, bij een onnodige test of ingreep, die risico's zich verwezenlijken is defensieve geneeskunde de oorzaak van de schade die de patiënt oploopt. Ook onnodig fysiek ongemak en onzekerheid bij de patiënt zijn ongewenste gevolgen van defensieve geneeskunde.

De gevolgen van defensieve geneeskunde zijn daarmee in te delen in twee categorieën<sup>4</sup>. De gevolgen die belastend zijn voor de samenleving, te weten de extra kosten en gevolgen die belastend zijn voor de individuele patiënt, de tijd die met de extra onderzoeken gepaard gaat, de fysieke pijn en het ongemak en eventuele fysieke schade die defensieve geneeskunde met zich meebrengt. Een defensieve handeling kan in beide categorieën vallen.

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

De oorzaken van defensieve geneeskunde liggen voor een groot deel al besloten in de definitie. De arts handelt immers defensief omdat hij bepaalde zaken wil voorkomen, namelijk dat er een schadeclaim tegen hem wordt ingediend, dat zijn reputatie of carrière wordt beschadigd of het vertrouwen dat de patiënt in hem stelt.

De oorzaken zijn als volgt te benoemen:

- claimcultuur;
- perceptie claimcultuur;
- angst beschadiging reputatie, carrière, vertrouwen dat de patiënt in de arts stelt.

#### *Claimcultuur*

De werkgroep claimcultuur<sup>5</sup> hanteert de volgende definitie van een claimcultuur: onder een claimcultuur wordt verstaan een cultuur waarin burgers elkaar veelvuldig en voor hoge bedragen in juridische zin aanspreken ter vergoeding van geleden schade, zonder dat dit in alle gevallen hoeft te leiden tot een juridische procedure<sup>6</sup>.

Een arts wil graag voorkomen dat er een schadeclaim tegen hem wordt ingediend. Een schadeclaim wordt door de arts ervaren als een aanval op zijn vakbekwaamheid. Het 'aangeklaagd zijn' heeft een groot effect op het functioneren van de arts. Niet alleen jegens de patiënt die hem heeft aangeklaagd maar ook jegens andere patiënten is de arts meer op zijn hoede en is de noodzakelijke vertrouwensband met de patiënt minder hecht. De verzekeraar laat een zaak uit kostenoverwegingen vaak niet aankomen op een proces en treft een schikking met de patiënt. De arts kan dit als onrechtvaardig ervaren, er staat immers niet vast dat hij niet volgens de professionele standaard heeft gehandeld. Het feit dat de schadeclaim geen directe financiële gevolgen voor de arts heeft doet daar niets aan af.

Naarmate er in een maatschappij meer claims worden ingediend, vergoed worden en de vergoedingen hoger zijn is het te verwachten dat de arts meer defensief gedrag zal vertonen. Bij medische beroepen is ook tucht- en klachtrecht relevant. Hoewel deze klachten strikt genomen niet meetellen bij het bepalen van het antwoord op de vraag of er sprake is van een claimcultuur, het doel van deze procedures is immers niet het vergoeden van geleden schade, kan de arts een dergelijke klacht wel ervaren als een claim.

#### *Perceptie claimcultuur*

Indien het bestaan van een claimcultuur bepalend is voor de mate waarin defensieve geneeskunde wordt toegepast zou, indien objectief gezien geen sprake is van een claimcultuur, ook niet of nauwelijks defensieve geneeskunde moeten worden gepraktiseerd. Het is de vraag of dat het geval is. Het is mogelijk dat de perceptie van de individuele arts of er een claimcultuur bestaat ook of zelfs nog meer invloed heeft. Het lijkt erop

dat een arts zijn inschatting van het risico soms baseert op anekdotes, onvolledige of onjuiste informatie en een slechts gedeeltelijke kennis van het recht. In de publieksmedia wordt bijvoorbeeld veel aandacht besteed aan zaken over medische aansprakelijkheid en de claimcultuur. Ook in medische vakliteratuur wordt bezorgdheid uitgesproken over de claimcultuur en de ontwikkelingen in het aansprakelijkheidsrecht. Opvallend is dat in de juridische vakbladen deze ontwikkelingen juist worden gerelativeerd. Een Amerikaans/Deens onderzoek laat zien dat artsen, die niet goed op de hoogte zijn van het medische aansprakelijkheidsrecht, de kans dat zij aansprakelijk gesteld zullen worden driemaal zo hoog inschatten dan daadwerkelijk het geval is<sup>7</sup>.

Een voorbeeld van een vertekend beeld, gebaseerd op eenzijdige informatie, is de reactie op de ontwikkeling rondom het 'no cure no pay'-systeem dat de toegankelijkheid van de rechtsbijstand kan verbeteren<sup>8</sup>. Uit een gesprek met een arts bleek grote vrees voor ongebreideld claimedrag bij invoering van dit systeem.

Ook de mate waarin de arts in zijn omgeving wordt geconfronteerd met claimedrag heeft een grote invloed. Uit gesprekken bleek dat een arts die in zijn directe werkomgeving zelden of nooit een claim heeft meegemaakt zich ook niet bezighoudt met de mogelijkheid dat hij aangeklaagd kan worden. Het tegengestelde is waar voor een arts die het in zijn omgeving of, nog sterker, uit eigen ervaring wel heeft meemaakt.

*Angst beschadiging reputatie, carrière, vertrouwen dat de patiënt in hem stelt*

Ook de persoonlijke en beroepsmatige gevolgen van het publiekelijk in twijfel trekken van de kwaliteit van het medisch handelen spelen een rol. De reputatie van de arts in kwestie wordt beschadigd, en daarmee wellicht het ook het vertrouwen van de patiënt. Naast een civiele claim kan ook de tuchtrechtelijke weg gevolgd worden. Het handelen van de arts wordt dan beoordeeld door beroepsgenoten. Het tuchtcollege kan een maatregel opleggen die er in het ergste geval voor zorgt dat de arts zijn vak niet meer kan uitoefenen.

## 2.4 Toepassing defensieve geneeskunde

In de V.S. is onderzoek gedaan naar het praktiseren van defensieve geneeskunde door artsen. Dit onderzoek wijst uit dat in de V.S. driekwart van de artsen meer diagnostische tests uitvoert en de patiënt vaker doorverwijst dan medisch gezien noodzakelijk is. De helft adviseert vaker ingrijpende procedures om de diagnose te bevestigen dan noodzakelijk. Ruim 40% schrijft vaker medicatie voor. Uit dit onderzoek kan de conclusie worden getrokken dat het praktiseren van defensieve geneeskunde in de V.S. op grote schaal voorkomt. Onderstaande tabel laat zien in hoeverre angst om aansprakelijk gesteld te worden effect heeft op de handelwijze van de arts.

**Tabel 2.1** Do concerns about medical malpractice liability ever cause you to...?

	Yes	No
Order more tests than you would based only on professional judgment of what is medically needed	% 79	21
Prescribe more medications such as antibiotics than you would based only on professional judgment of what is medically needed	% 41	59
Refer patients to specialists more often than you would based only on professional judgment	% 74	26
Suggest invasive procedures such as biopsies to confirm diagnoses more often than you would based solely on professional judgment	% 51	49

Bron: H. Taylor & R. Leitman. Most doctors report fear of malpractice liability has harmed their ability to provide quality care. Health Care News, 2, 2002, Issue 10

Er is in Nederland nog geen onderzoek gedaan naar het al dan niet praktiseren van defensieve geneeskunde door artsen. In medische vakliteratuur wordt wel over dit fenomeen gepubliceerd<sup>9</sup>. Deze publicaties geven blijk van bezorgdheid. De angst bestaat dat het praktiseren van defensieve geneeskunde in de praktijk zal toenemen.

### 3 Claimcultuur

De claimcultuur blijkt in de V.S. een belangrijke oorzaak van defensieve geneeskunde te zijn. Onderzoek naar de daadwerkelijke relatie tussen claimgedrag van patiënten en het praktiseren van defensieve geneeskunde heeft in Nederland nog niet plaatsgevonden. Dat geldt ook voor onderzoek naar de perceptie van claimcultuur en het effect daarvan en de angst voor de beschadiging van zijn reputatie, carrière of het patiëntvertrouwen. Het gebrek aan informatie maakt een vergelijking op deze oorzaken lastig. De claimcultuur op zich en de factoren die daarbij een rol spelen lenen zich wel voor een vergelijking. De uitkomst van deze vergelijking zal een antwoord geven op de vraag of het, op basis van de verschillende systemen, waarschijnlijk is dat in Nederland 'Amerikaanse toestanden' voor zullen gaan komen.

In dit hoofdstuk wordt besproken wanneer er sprake is van een claimcultuur en welke factoren een rol spelen bij het ontstaan daarvan. In hoofdstuk 4 zal de vergelijking tussen de V.S. en Nederland worden getrokken.

#### 3.1 Wanneer is er sprake van een claimcultuur?

Aangezien het bestaan van een claimcultuur een belangrijke oorzaak van defensieve geneeskunde blijkt te zijn is het noodzakelijk vast te kunnen stellen wanneer er sprake is van een claimcultuur<sup>10</sup>. Het begrip claimcultuur is echter dermate vaag dat harde, meetbare criteria moeilijk zijn te geven. Aan de hand van de in paragraaf 2.3 genoemde definitie van een claimcultuur is er wel een aantal aanwijzingen te destilleren dat aangeeft of er sprake is van een claimcultuur:

- a. het aantal ingediende claims.
- b. het aantal toegewezen claims, oftewel de kans van slagen van de claim.
- c. de hoogte van de schadevergoeding.
- d. de hoogte van de premie aansprakelijkheidsverzekering.

Indien deze aantallen hoog zijn in vergelijking met andere landen en/of in de loop van de tijd een sterk stijgende lijn vertonen kan men stellen dat er sprake is van een (groeïende) claimcultuur. In dit hoofdstuk zal per aanwijzing kort worden aangegeven welke factoren invloed hebben op de betreffende



aanwijzing voor het bestaan van een claimcultuur en wat deze invloed behelst. In hoofdstuk 4 wordt de huidige Nederlandse situatie met betrekking tot deze aanwijzingen en factoren besproken. Deze situatie wordt afgezet tegen die in de V.S., een land waarvan bekend is dat er een claimcultuur heerst<sup>11</sup>.

### **3.2 Aanwijzingen voor het bestaan van een claimcultuur**

#### **a. Het aantal ingediende claims**

Het aantal claims dat wordt ingediend is afhankelijk van verschillende factoren. Dit zijn factoren die te maken hebben met de kwaliteit van de medische zorg, financiële factoren en intermenselijke factoren. De werkgroep claimcultuur noemt als meer algemene oorzaak het terugtreden van de overheid. De burger wordt zo gedwongen zijn eigen belang te behartigen, onder andere door een beroep te doen op het aansprakelijkheidsrecht.

#### *Het aantal medische fouten*

In theorie is het aantal medische fouten bepalend voor het aantal schadeclaims. Uit Amerikaans onderzoek blijkt echter dat het aantal medische fouten maar een kleine overlap vertoont met het aantal schadeclaims<sup>12</sup>. Slechts twee procent van de medische fouten resulteerde in een schadeclaim en aan slechts 17 procent van de claims leek een medische fout ten grondslag te liggen. Als er geen sprake is van een medische fout, welke aanleiding bestaat er dan om een schadeclaim in te dienen<sup>13</sup>? Intermenselijke factoren, met name de communicatie blijken cruciaal te zijn<sup>14</sup>.

#### *Het sociale vangnet*

Het bestaan van een goed sociaal vangnet bij arbeidsongeschiktheid is ook een factor. Indien een patiënt door middel van het sociale vangnet in zijn levensonderhoud kan voorzien, nadat hij vanwege een medisch voorval arbeidsongeschikt is geworden, is hij minder genoodzaakt een claim in te dienen dan wanneer er geen sociaal vangnet bestaat. Bovendien is het in veel landen zo dat de schade die bestaat uit verlies aan inkomen/arbeidsvermogen en een sociale uitkering werken als communicerende vaten. Met andere woorden, hoe hoger en langduriger de uitkering, hoe kleiner de schade vanwege verlies aan inkomen en arbeidsvermogen.

#### *Financiële toegankelijkheid rechtsbijstand*

Indien de rechtsbijstand voor een brede groep financieel toegankelijk is zal dat invloed hebben op het aantal ingediende claims. Er zijn twee gangbare systemen die advocaten kunnen hanteren om hun kosten te declareren. Het eerste is betaling per gewerkt uur volgens een tevoren afgesproken tarief, het tweede is het zogenoemde no cure, no pay-systeem.

Dit systeem houdt in dat de eisende partij geen vergoeding schuldig is aan zijn advocaat tenzij een schadevergoeding wordt toegekend. De hoogte van de vergoeding aan de advocaat kan op diverse wijzen worden vastgesteld, er kan bijvoorbeeld een vaststaand bedrag worden afgesproken onafhankelijk van de hoogte van de uitgekeerde schadevergoeding of een percentage van de uitgekeerde schadevergoeding. Aangenomen wordt dat dit systeem er voor zorgt dat de drempel om een schadeclaim in te dienen lager wordt, met name voor mensen met een lager inkomen.

#### *Intermenselijke aspecten*

Eerder werd duidelijk dat het aantal schadeclaims slechts een kleine overlap vertoont met het aantal medische fouten. De claims waaraan, achteraf bezien, geen fout ten grondslag ligt worden ingediend om een andere reden.

Uit onderzoek<sup>15</sup> blijkt dat achterhalen wat er daadwerkelijk is gebeurd voor de patiënt een belangrijke reden is een schadeclaim in te dienen en eventueel te gaan procederen. Openheid van zaken kan om die reden een schadeclaim voorkomen. De aansprakelijkheidsverzekering van de huisarts of het ziekenhuis lijkt soms aan openheid in de weg te staan.

Ook de persoonlijke eigenschappen van de arts spelen een belangrijke rol bij het al dan niet indienen van een schadeclaim. Het blijkt dat indien de arts gehaast en dominant overkomt een patiënt eerder geneigd is een claim in te dienen. Hetzelfde geldt als de patiënt het gevoel heeft dat er niet naar hem wordt geluisterd.

Het komt voor dat de patiënt te hoge verwachtingen heeft, zowel van de geneeskunde in het algemeen als van een verrichting in het bijzonder. De patiënt beseft soms niet dat er, ook aan schijnbaar simpele, verrichtingen risico's zijn verbonden. De verwezenlijking van een dergelijk risico houdt geen fout in, toch kan het zijn dat de patiënt een claim indient. Een goede

communicatie met betrekking tot de risico's kan dit voorkomen<sup>16</sup>.

Typerend is dat deze factor een vicieuze cirkel kan veroorzaken. Het effect van een schadeclaim op een arts kan zijn dat hij in volgende arts-patiëntrelaties meer op zijn hoede is en dat er een minder goede verstandhouding met de patiënt tot stand komt. De slechtere verstandhouding leidt op haar beurt weer tot een hogere kans op een schadeclaim.

De intermenselijke aspecten worden niet meegenomen in de vergelijking in hoofdstuk 4. Deze factor is in theorie in hoge mate universeel en een vergelijking voegt daarom niets toe. Informatie over de rol van deze factor in de Nederlandse praktijk ontbreekt en een vergelijking is daarmee tevens onmogelijk.

**b. Het aantal toegewezen claims, oftewel de kans van slagen van de claim**

*Aansprakelijkheidsrecht*

Of een door de patiënt ingediende claim uiteindelijk resulteert in een schadevergoeding hangt af van het geldende aansprakelijkheidsrecht. Hoe moeilijker het voor de patiënt is geleden schade vergoed te krijgen, hoe minder snel hij een claim zal indienen. Elementen die hierbij een belangrijke rol spelen zijn de eisen waar het medisch handelen aan moet voldoen, het causaal verband tussen dit handelen en de geleden schade en de verdeling van de bewijslast. Er moet niet uit het oog verloren worden dat het doel van het aansprakelijkheidsrecht is dat de patiënt de schade die hij heeft geleden als gevolg van een medische fout vergoed krijgt. Het aansprakelijkheidsrecht heeft daarnaast een preventieve functie. Het vooruitzicht de veroorzaakte schade te moeten vergoeden kan een gunstig effect hebben op de handelwijze van de arts. Het aansprakelijkheidsrecht helpt daarmee de kwaliteit van het medisch handelen op peil te houden.

*Jurysysteem*

Ook het jurysysteem lijkt invloed te hebben op de kans van slagen van de ingediende claim. Het in Nederland heersende idee is dat vanwege een jurysysteem claims gemakkelijk worden toegewezen en de schadevergoedingen exorbitant zijn. Niet de onrechtmatigheid van de gedraging zou centraal staan, maar de ernst van de schade.

**c. De hoogte van de schadevergoeding**

De hoogte van de schadevergoeding wordt beïnvloed door de schadeposten die voor vergoeding in aanmerking komen. De schadeposten kunnen worden onderverdeeld in drie categorieën: materiële schade, immateriële schade en punitive damages. Ook algemene regels, zoals het wel of niet van de schade af trekken van vervangende inkomsten spelen hierbij een rol.

**d. De hoogte van de premie aansprakelijkheidsverzekering**

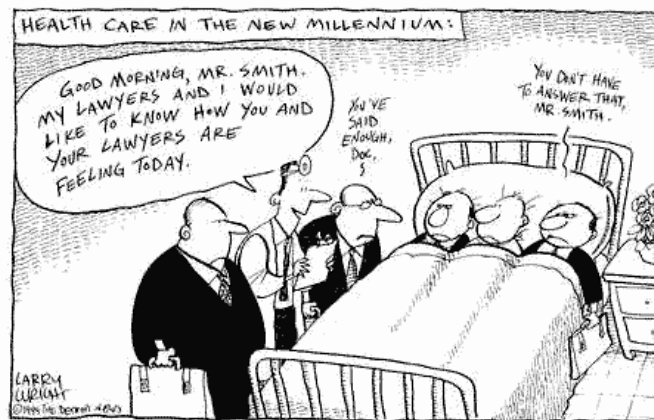
De hoogte van de premie die artsen voor hun aansprakelijkheidsverzekering moeten betalen is afhankelijk van de aanwijzingen a, b en c. Deze aanwijzingen vormen samen het bedrag dat de verzekeraar kwijt is aan uitkeringen en bijkomende kosten zoals administratie en advocaatkosten.

Ook de inkomsten van de verzekeraar hebben invloed op de hoogte van de premie. Als de inkomsten uit investeringen dalen en de uitgaven even hoog blijven zal dat tot een premiestijging leiden.

## 4 Claimcultuur in de Verenigde Staten en Nederland

### 4.1 Inleiding

In hoofdstuk 3 zijn de indicatoren voor het bestaan van een claimcultuur en de factoren die daar invloed op hebben besproken. In dit hoofdstuk wordt per indicator de stand van zaken in Nederland vergeleken met de situatie in de V.S. De situatie in de Verenigde Staten wordt in Nederland gezien als onwenselijk. Er is sprake van zowel sterk defensief handelen als van een claimcultuur. Is er in Nederland sprake van een vergelijkbare situatie?



Zoals gezegd speelt bij medische beroepen ook het klacht- en tuchtrecht een rol bij het beantwoorden van de vraag of er sprake is van een claimcultuur<sup>17</sup>. Binnen het kader van deze studie was het echter niet mogelijk een vergelijking te trekken tussen Amerikaanse en Nederlandse cijfers op dit vlak. Waar Nederlandse gegevens beschikbaar zijn zullen zij wel worden genoemd.

### 4.2 Aantal ingediende claims

In de V.S. is het aantal claims in de periode tussen 1956 en 1990 sterk gestegen: van 1,5 claims per jaar op 100 verzekerde artsen tot 15 claims op 100 verzekerde artsen<sup>18</sup>. Op dit moment is het cijfer over het algemeen stabiel, in sommige staten lijkt zelfs sprake van een daling. Echter, andere staten rappor-

teren een stijging. Dat zijn met name staten met een beperking op de hoogte van de vergoeding van immateriële schade maar zonder mechanisme, zoals een beëdigde verklaring van juridische merites of een toetsing door een 'review board', om het aantal (niet valide) claims te verminderen. In Louisiana is het aantal claims bijvoorbeeld het dubbele van het landelijk gemiddelde<sup>19</sup>.

In Nederland heeft het ministerie van Justitie naar aanleiding van een onderzoek naar de claimcultuur in Nederland<sup>20</sup> een monitor opgezet om het aantal claims en de hoogte van de schadevergoedingen te volgen<sup>21</sup>. Uit deze monitor (cijfers van 1997 tot 2000) blijkt dat er in deze jaren geen sprake is van een stijging in het aantal claims. Deze monitor differentieert niet naar onderwerp van geschil. Er valt daarom niet direct uit af te leiden of deze resultaten ook gelden voor medische aansprakelijkheid. MediRisk, een van de verzekeraars op het terrein van medische aansprakelijkheid, bevestigt de conclusie van het onderzoek van het ministerie van Justitie. MediRisk signaleert wel een absolute stijging in het aantal ingediende claims: ten opzichte van de periode 1982-1990 is in de periode 1993-2001 het aantal claims met 34% toegenomen. Echter, het aantal operaties is in deze periode met ongeveer 50% toegenomen. De toename van het aantal schadeclaims is derhalve te verklaren uit de toename van het aantal risicovolle ingrepen<sup>22</sup>. Per (algemeen) ziekenhuis worden gemiddeld 10,9 claims per jaar ingediend<sup>23</sup>.

Van het aantal ingediende klachten op grond van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector zijn maar weinig cijfers bekend. In de evaluatie van deze wet zijn alleen gegevens van het jaar 1998 gebruikt. Uit deze gegevens kwam naar voren dat 74% van de onderzochte instellingen niet meer dan 15 klachten per jaar krijgt en 15 instellingen meer dan 100 klachten per jaar<sup>24</sup>. Het schetsen van een ontwikkeling over de jaren heen is niet mogelijk.

Van het aantal tuchtrechtzaken zijn meer gegevens bekend. Uit onderzoek over de periode 1983-1992 blijkt dat het aantal tuchtzaken steeg van 370 naar 720 per jaar. Het aantal artsen is in deze periode met 30% gestegen<sup>25</sup>. In de periode 1995-1997 zijn 2453 tuchtzaken behandeld. In de periode 1999-2001 waren dat 2527 zaken<sup>26</sup>. Per jaar bekeken varieert het aantal van 874 in 2000 tot 781 zaken in 2001. Na de sterke stijging tussen 1983 en 1992 is het jaarlijks aantal zaken gestabiliseerd, sindsdien is sprake geweest van een lichte groei. Bij deze stij-

ging moet in aanmerking genomen worden dat een oogmerk van het nieuwe tuchtrecht in de op 1 december 1997 in werking getreden Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) het versterken van de positie van de patiënt was. Wellicht is het aantal tuchtzaken in 2001, dat onder het niveau van 1995 ligt, een indicatie voor een beginnende dalende tendens.

#### *Sociaal vangnet*

Het sociale stelsel in de V.S. is rechttoe rechtaan. De meeste uitkeringen zijn gebaseerd op de overkoepelende Social Security Act (SSA). Dat geldt ook voor de uitkering bij arbeidsongeschiktheid, de Disability Benefits. De SSA is een verplichte werknemersverzekering en wordt gefinancierd door middel van premieheffing ten laste van werknemers en werkgevers. Ongeveer 95% van alle werknemers vallen onder deze regeling<sup>27</sup>. Het basisprincipe van het sociale stelsel is dat de uitkeringen niet zijn bedoeld om volledig in het onderhoud van de ontvanger te voorzien.

Om aanspraak te kunnen maken op Disability Benefits moet men voldoen aan een strikte definitie van arbeidsongeschiktheid: iemand is arbeidsongeschikt indien hij niet hetzelfde werk kan verrichten als voorheen en de uitvoeringsinstelling beslist dat diegene zich vanwege zijn medische toestand niet kan aanpassen aan ander werk. Het is niet mogelijk om vanwege gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid een gedeeltelijke uitkering te krijgen. Het is alles of niets. De arbeidsongeschiktheid dient minimaal een jaar te duren dan wel te resulteren in de dood. Er is een wachttijd van een half jaar voordat men in aanmerking komt voor Disability Benefits.

De uitkering kan bestaan uit twee componenten, de basisuitkering die bestaat uit een percentage van het over het totaal aantal arbeidsjaren gemiddeld verdiende inkomen en eventueel een supplement. Alleen indien het inkomen onder een bepaalde grens komt en men weinig bezittingen heeft kan aanspraak gemaakt worden op een supplement. De hoogte van de totale uitkering kan nooit hoger zijn dan 80% van het salaris voorafgaand aan de arbeidsongeschiktheid. De gemiddelde maandelijkse uitkering bij arbeidsongeschiktheid is \$ 833 voor een alleenstaande en \$ 1395 voor een arbeidsongeschikte met partner en kind.

Terugkeer in het arbeidsproces wordt gestimuleerd door middel van 'work incentives'. Dit houdt in dat over een bepaalde

periode inkomen uit werk mag worden verdiend zonder dat ingehouden wordt op de uitkering. Particuliere verzekeringen spelen een grote rol bij tijdelijke of langer durende arbeidsongeschiktheid. Dat geldt zowel voor verzekeringen die de werkgever ten behoeve van zijn werknemers heeft afgesloten als wel voor verzekeringen die door de werknemer zelf zijn gefinancierd. Ook zijn er op staatsniveau vaak nog aparte of aanvullende regelingen getroffen.

Het Nederlandse stelsel is beduidend gecompliceerder. Hier wordt gewerkt met percentages van arbeidsongeschiktheid en gedeeltelijke inkomensafhankelijke uitkeringen. Het feit dat de Wet op de Arbeidsongeschiktheid op het moment fundamenteel wordt herzien maakt de regelgeving, met name in de overgangperiode, niet inzichtelijker.

De huidige stand van zaken is als volgt. Sinds 1 januari 2004 is de werkgever bij ziekte verplicht gedurende twee jaar 70% van het loon door te betalen<sup>28</sup>. Pas na deze twee jaar komt de werknemer in aanmerking voor een WAO-uitkering. In Nederland is het wel mogelijk om op basis van gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid ook een gedeeltelijke uitkering te krijgen. Een werknemer wordt arbeidsongeschikt geacht indien hij niet meer in staat is om werk te verrichten. Het voorheen cruciale begrip 'passende arbeid' is geschrapt. Een arbeidsdeskundige gaat na tot welk werk de aanvrager nog in staat is en bepaalt aan de hand daarvan de mate van arbeidsongeschiktheid<sup>29</sup>. Het WAO-percentage is het verschil tussen het inkomen op het moment van intreden van de arbeidsongeschiktheid en het inkomen dat de werknemer ondanks zijn lichamelijke of geestelijke toestand nog kan verdienen.

De hoogte van de uitkering is afhankelijk van de leeftijd op de ingangsdatum van de WAO en de hoogte van het oude salaris. Vanaf de leeftijd van 33 jaar komt men in aanmerking voor een loondervingsuitkering, deze duurt dan slechts een half jaar. Hoe ouder de arbeidsongeschikte hoe langer de loondervingsuitkering duurt. De maximumduur van een loondervingsuitkering is zes jaar. Na deze periode valt men terug naar een vervolgutkering die is gebaseerd op het minimumloon plus een aanvulling<sup>30</sup>.

Mensen die 80% of meer arbeidsongeschikt zijn hebben recht op een uitkering van 70% van het (vervolg)dagloon. Hoe lager het percentage arbeidsongeschiktheid hoe lager het percentage van de uitkering is. Als een arbeidsongeschikte gaat werken



wordt het loon dat hij daarmee verdient in mindering gebracht op zijn WAO-uitkering.

#### *Financiële toegankelijkheid rechtsbijstand*

In de V.S. wordt veelal gewerkt op basis van no cure, no pay. De cliënt behoeft alleen de advocaatkosten te betalen indien hij in het gelijk wordt gesteld. Meestal wordt voor de vergoeding het 'contingency fee'-systeem gehanteerd. De advocaat ontvangt dan een afgesproken percentage van de totale schadevergoeding. Omdat dit systeem een laagdrempelige toegang tot het rechtssysteem biedt en de vergoeding voor de advocaat bij een hoge schadevergoeding evenredig stijgt werd dit systeem als een van de stuwende krachten achter de claimcultuur gezien. Mede om die reden bestond er in Nederland een verbod op deze werkwijze en werd alleen op basis van uurtarief gewerkt. De Nederlandse Mededingingsautoriteit heeft dit verbod echter onderuit gehaald en de Orde van Advocaten is gestart met een proef om te bekijken wat het effect van het no cure, no pay-systeem in Nederland zou kunnen zijn. Inmiddels wordt in de V.S. genuanceerder gedacht over dit systeem<sup>31</sup>. De toegang tot het rechtssysteem is dan wel financieel laagdrempelig, als een advocaat inschat dat een zaak geen of slechts een kleine kans van slagen heeft zal hij de zaak niet in behandeling nemen. Hij krijgt bij afwijzing van de vordering immers geen vergoeding voor de gemaakte uren. Dit in tegenstelling tot een advocaat die op basis van een uurtarief werkt. Een stijging van het aantal claims zonder juridische merites vanwege het 'no cure, no pay' systeem is daarmee niet waarschijnlijk.

### **4.3 Aantal toegewezen claims**

In Nederland wordt volgens gegevens van MediRisk in 60% van de ingediende claims de aansprakelijkheid afgewezen<sup>32</sup>. Van de 40% waarin wel een schadevergoeding wordt toegekend wordt 97% met een schikking afgedaan. In de overige 3% wordt er geprocedeerd<sup>33</sup>. Onderwerp van de procedure is meestal de vraag of de arts al of niet conform de geldende professionele standaard heeft gehandeld en het causaal verband tussen het onrechtmatig handelen van de arts en de geleden schade.

Wat betreft de klachtenprocedure zijn ook hier alleen gegevens van 1998 bekend. In dat jaar is 41% van de klachten gegrond verklaard, ruim een kwart gedeeltelijk gegrond en gedeeltelijk

ongegronnd en ongeveer eenzelfde percentage volledig ongegrond<sup>34</sup>. Slechts drie klachten zijn niet-ontvankelijk verklaard.

Van alle tuchtrechtzaken is zowel in de periode 1995-1997 als in de periode 1999-2001 bijna tweederde van de klachten ongegrond verklaard. Het aantal klachten dat tot een maatregel leidde daalde van 19% tot 15%<sup>35</sup>. In de periode 1983-1993 lag dit percentage nog op 20%<sup>36</sup>. Het percentage niet-ontvankelijk verklaarde zaken is in de periode 1999-2001 gestegen tot 8% tegen 4% in de periode 1995-1997<sup>37</sup>. Een mogelijke verklaring hiervoor is de vanwege de Wet BIG gewijzigde samenstelling van de tuchtcolleges<sup>38</sup>. Ingevolge deze wet is het aantal juristen in de tuchtcolleges uitgebreid. Een striktere, meer juridische in plaats van medische, interpretatie van het tuchtrecht kan de oorzaak zijn van de stijging in het aantal niet-ontvankelijk verklaarde zaken en gegrondverklaringen.

In de Verenigde Staten volgt in letselschadezaken op ongeveer de helft van het aantal schadeclaims een vergoeding<sup>39</sup>. Echter, deze cijfers omvatten naast medische aansprakelijkheidszaken ook verkeerszaken en bedrijfsongevallen. Van de medische aansprakelijkheidszaken eindigt 70% zonder schadevergoeding. Van de zaken die uitmonden in een proces wordt de meerderheid gewonnen door de gedaagde<sup>40</sup>. Er zijn geen inzichtelijke gegevens over het percentage zaken dat met een schikking wordt afgedaan<sup>41</sup>.

#### *Aansprakelijkheidsrecht*

De inhoud van het aansprakelijkheidsrecht bepaalt de kans van slagen van een claim. Dat geldt zowel voor de uitkomst in de rechtszaal als voor het resultaat van de onderhandelingen rond een schikking. In deze paragraaf wordt de professionele standaard besproken. Aan welk criterium dient het handelen van de arts te voldoen? Ook de eisen voor het causaal verband en het bewijsrecht komen aan bod. De verdeling van de bewijslast en het daarmee samenhangende risico kan doorslaggevend zijn voor de uitkomst van het proces of de onderhandelingen.

#### *Professionele standaard*

De professionele standaard waaraan een arts in Nederland moet voldoen komt overeen met de standaard in de V.S. Indien de arts handelt zoals een redelijk bekwaam en redelijk handelend beroepsgeenoot in een soortgelijke situatie gedaan zou hebben is hij niet aansprakelijk<sup>42</sup>. De arts hoeft dus niet aan de hoogst denkbare standaard te voldoen. Het begrip beroepsgeenoot houdt wel in dat een bepaalde specialist zich aan

de normen van dat specialisme dient te houden. De professionele standaard brengt ook met zich mee dat een arts niet buiten zijn eigen deskundigheid mag treden.

De opmars van (evidence based) richtlijnen heeft ook haar weerslag op de professionele standaard. Zowel in de V.S. als in Nederland wordt een dergelijke richtlijn vaak als uitgangspunt genomen bij het beantwoorden van de vraag of de arts naar behoren heeft gehandeld.

In de Verenigde Staten is lange tijd de zogenaamde 'locality rule' van kracht geweest<sup>43</sup>. Deze regel houdt in dat de arts moet voldoen aan de medische standaard in het gebied waar hij werkzaam is. Deze regel is langzaam maar zeker in onbruik geraakt omdat het onacceptabel wordt geacht dat in bepaalde gebieden een veel lagere professionele standaard wordt gehanteerd. De arts wordt geacht zijn medische kennis op peil te houden door middel van vakliteratuur en scholing. Het in onbruik raken van deze regel wordt wel gezien als een van de oorzaken van het toenemen van het aantal (toegewezen) claims<sup>44</sup>.

#### *Causaal verband*

De basiscriteria voor causaal verband in Nederland zijn vergelijkbaar met die in de V.S.. In beide landen wordt eerst gekeken naar de aanwezigheid van een 'conditio sine qua non'-verband. Dit houdt in dat indien de schade ook was ontstaan indien de arts volgens de professionele standaard had gehandeld er geen causaal verband bestaat.

Vervolgens wordt gekeken of de ontstane schade aan de arts kan worden toegerekend. In Nederland geldt hiervoor de leer van de redelijke toerekening. Dit is geen vastomlijnd begrip maar een niet uitputtende bundeling van factoren waar rekening mee gehouden wordt, zoals de aard van de schade, de eventuele overtreding van een veiligheidsnorm, de mate van schuld en de voorzienbaarheid van de schade. De laatste factor speelt een belangrijke rol.

In de V.S. wordt het leerstuk van de 'proximate-cause' toegepast. Dit komt in feite neer op toepassing van het voorzienbaarheids criterium. Hoe beter de ontstane schade te voorzien was hoe waarschijnlijker het is dat de schade aan de arts wordt toegerekend en causaal verband wordt aangenomen.

### *Bewijsrecht*

Ook hier geldt dat de basisregel in beide landen dezelfde is: wie stelt, bewijst. De bewijslast en het bewijsrisico liggen dus bij de eisende partij oftewel de patiënt. Toch zijn er verschillen zoals de eis waaraan het geleverde bewijs dient te voldoen. In de Verenigde Staten dient het bewijs 'on the balance of probabilities' geleverd te worden. Het moet meer waarschijnlijk zijn dan niet dat de arts niet heeft gehandeld volgens de professionele standaard, en dat dit handelen schade tot gevolg heeft gehad. Theoretisch gezien ligt het omslagpunt boven de 50%.

In Nederland daarentegen dient aangetoond te worden dat er een hoge graad van waarschijnlijkheid bestaat dat de arts niet naar behoren heeft gehandeld en dat daardoor schade is ontstaan. Het omslagpunt staat niet vast, waar gesproken wordt over een percentage van waarschijnlijkheid ligt dat op 80%.

Het is in Nederland voor de patiënt dus moeilijker om aansprakelijkheid en causaal verband aan te tonen. Omdat deze situatie als onbillijk werd ervaren is er in de rechtspraak een aantal aanpassingen op de hoofdregel aangebracht.

De arts heeft de verplichting gekregen informatie te verschaffen over de vermeende fout. Indien de arts daar niet aan voldoet kan de rechter de bewijslast omdraaien. De arts dient in dat geval te bewijzen dat hij géén fout heeft gemaakt. Indien hij niet in dat bewijs slaagt wordt aangenomen dat hij niet volgens de professionele standaard heeft gehandeld. Ook de schending van een veiligheidsnorm heeft consequenties voor de arts. In dat geval wordt aangenomen dat de arts onrechtmatig heeft gehandeld<sup>45</sup>.

Ook wat betreft het bewijs van het causaal verband is er een ontwikkeling in de rechtspraak. Een aantal jaren heeft ook hier de vraag of een veiligheidsnorm geschonden is een rol gespeeld. Zo ja, dan is het causaal verband in beginsel gegeven indien het gevaar waartegen de norm beoogde te beschermen zich verwezenlijkte<sup>46</sup>. De ontwikkeling gaat nog verder. De huidige stand van zaken is dat indien door de fout van de arts een risico in het leven is geroepen en dit risico verwezenlijkt zich, causaal verband in principe is gegeven<sup>47</sup>. In de praktijk betekent dit dat indien vaststaat dat de arts niet volgens de professionele standaard heeft gehandeld en er sprake is van schade bij de patiënt, causaal verband aangenomen wordt.

De V.S. kent geen vergelijkbare ontwikkeling. Er is slechts één uitzondering op de hoofdregel, de ‘res ipsa loquitur’-doctrine. Deze regel kan worden toegepast bij zaken waarvan zeer onwaarschijnlijk is dat de betreffende schade zich had voorgedaan zonder dat er sprake is van onrechtmatig handelen, maar waarbij geen overtuigend bewijs voorhanden is<sup>48</sup>. De patiënt kan de jury dan vragen ondanks het gebrek aan bewijs aan te nemen dat de arts onrechtmatig heeft gehandeld en dat de schade van de patiënt daar het gevolg van is. Deze doctrine houdt geen omkering van de bewijslast in. De patiënt moet de jury nog steeds overtuigen dat het meer waarschijnlijk is dan niet dat er sprake is van nalatigheid. De gedaagde hoeft geen tegenbewijs te leveren, hij zal vaak wel een alternatieve verklaring voor de schade geven om de stelling van de patiënt in twijfel te trekken.

Res ipsa loquitur neemt geen prominente plaats in in het medisch aansprakelijkheidsrecht. De doctrine wordt over het algemeen gebruikt om te voorkomen dat men door middel van een ‘directed verdict’<sup>49</sup> de zaak verliest zonder aan een inhoudelijke behandeling van de zaak toe te komen.

#### *Jurysysteem*

De jury beslist in eerste aanleg over de aansprakelijkheid. Zij stelt vast of de voorgelegde feiten passen binnen de juridische definitie van aansprakelijkheid. Voorafgaand aan de beraadslaging krijgt de jury juridische instructies. De rechter heeft door middel van deze instructies invloed op de beslissing, want hoe gedetailleerder zijn instructies hoe kleiner de vrijheid van de jury. De jury stelt in de V.S. ook de schadevergoeding vast. Hoewel er geen harde wetenschappelijke onderbouwing bestaat lijkt het erop dat een jury eerder geneigd is een hoge vergoeding toe te kennen dan een rechter.

#### *Rechterlijke controle op de jury*

Rechterlijke controle kan zowel plaatsvinden voorafgaand aan het vonnis als nadat het vonnis is gewezen. Voorafgaand aan het vonnis zijn er twee mogelijkheden. De jury is alleen bevoegd om feitelijke kwesties te berechten. Een van de partijen kan een motie ‘for directed verdict’ indienen indien er geen bewijs is geleverd of indien het geleverde bewijs volstrekt overtuigend is. De rechter kan dan tot de conclusie komen dat er geen feitelijke kwesties meer zijn die zich voor berechting door de jury lenen en doet de zaak zelf af<sup>50</sup>. De federale rechter is bevoegd de jury een zogenoemd ‘special verdict’ te laten wijzen. Dit houdt in dat de rechter een aantal feitelijke vragen

formuleert die de jury dient te beantwoorden. Vervolgens doet de rechter uitspraak op basis van deze antwoorden. Beide middelen vervullen overigens geen rol van grote betekenis. Het functioneren van de jury en haar uitspraken worden over het algemeen gerespecteerd<sup>51</sup>.

Wanneer het vonnis is gewezen zijn er omstandigheden waaronder dit vonnis kan worden aangetast<sup>52</sup>. Deze omstandigheden betreffen kwesties van bewijs, fouten van juryleden en onregelmatigheden bij het beslissingsproces<sup>53</sup>. Zowel de in het ongelijk gestelde partij als de rechter ambtshalve kan het verzoek doen om een nieuwe behandeling of om een oordeel van de rechter in plaats te stellen van het juryoordeel. Deze bevoegdheden worden zeer terughoudend toegepast.

De rechter heeft de mogelijkheid aan een van de partijen het voorstel te doen om akkoord te gaan met een lager of hoger bedrag aan schadevergoeding. Dit kan alleen indien de rechter de toegekende schadevergoeding kwalificeert als *“grossly inadequate or excessive, so disproportionate to the injury and the disability as to shock the conscience of the court, against the weight of evidence, shows bias, passion or prejudice on the part of the jury.”*

De rechter kan daarnaast de schadevergoeding verlagen tot een door hem te bepalen bedrag. De maatstaven die de rechter hierbij dient te hanteren zijn niet eenduidig. Duidelijk is wel dat de rechter in de meeste staten niet volledig voorbij kan gaan aan de mening van de jury.

#### *Aantallen*

Ongeveer 25% van de vonnissen in het voordeel van de patiënt worden gecorrigeerd. In vrijwel al deze gevallen wordt de door de jury toegekende schadevergoeding verlaagd. Overigens in slechts een kwart van deze gevallen door rechterlijk ingrijpen. De meeste vergoedingen worden verlaagd vanwege een schikking tussen de betreffende partijen<sup>54</sup>.

#### **4.4 Hoogte schadevergoeding**

De gemiddelde hoogte van de schadevergoeding bij een zaak van medische aansprakelijkheid in de V.S. ligt in 2000 rond de \$ 320.000. De categorie waarin de meeste schadevergoedingen vallen is in datzelfde jaar \$ 175.000<sup>55</sup>. Het percentage vergoedingen van een miljoen dollar of meer ligt op dat moment rond de 8%.

Er wordt in de V.S. gesproken over een ‘Medical Malpractice’ crisis<sup>56</sup>. De wetgever zoekt de oorzaken van deze crisis met name in de hoogte van de schadevergoedingen en heeft daar haar beleid op ingericht. In veel staten zijn ‘Malpractice Reform Acts’ ingevoerd<sup>57</sup>. Een dergelijke wet kan diverse elementen bevatten, bijvoorbeeld een limiet aan de hoogte van niet-economische schade, het afschaffen van punitive damages, een kortere verjaringstermijn, of het beperken van de ‘collateral source rule’<sup>58</sup>.

Er is in Nederland zowel volgens MediRisk als de monitor van de werkgroep claimcultuur wel een stijging in de hoogte van de geëiste vergoeding. De uiteindelijk toegekende vergoedingen zijn volgens de werkgroep claimcultuur echter niet gestegen. Daarnaast is geen zicht op zaken die met een schikking worden afgedaan.

Volgens MediRisk is de tendens dat de uitgekeerde vergoedingen enigszins stijgen. Zij schrijft dit voor het merendeel toe aan de afkalving van het sociaal zekerheidsstelsel en de stijging in buitengerechtelijke kosten. Een schadevergoeding bedraagt gemiddeld € 3303. Ongeveer 70% van de uitkeringen is lager dan € 5000. Minder dan 2% van het totaal aantal uitkeringen ligt boven € 50.000<sup>59</sup>.

Er blijkt een zeer groot verschil te zijn tussen Nederland en de V.S. wat betreft de hoogte van de vergoedingen. Wat is de oorzaak daarvan?

#### *Schade*

Wat betreft de schade is een aantal punten van belang. De schadevergoeding kan worden samengesteld uit één, twee of, in de V.S., drie componenten. Deze componenten zijn materiële schade, immateriële schade, ook wel aangeduid als smartengeld, en zogenoemde ‘punitive damages’. In het navolgende worden per component de belangrijkste overeenkomsten en verschillen weergegeven.

#### *Materiële schade*

De posten die voor vergoeding in aanmerking komen zijn in de V.S. grofweg dezelfde als die in Nederland. De belangrijkste posten zijn de medische kosten, inkomstenderving, arbeidsvermogensschade, verlies van inkomsten uit overwerk of nevenactiviteiten en de kosten om een gebrek aan zelfredzaamheid, bijvoorbeeld wat betreft huishoudelijk werk, op te vangen.

De medische kosten en de inkomstenderving zijn redelijk nauwkeurig te berekenen. De arbeidsvermogenschade is lastiger aangezien deze schade toekomstig is, hij moet nog ontstaan. De hoogte van deze vergoeding wordt geschat. Zowel in de V.S. als in Nederland wordt bij de schatting rekening gehouden met factoren als de capaciteiten van de patiënt vóór het ontstaan van het letsel, waarschijnlijk aantal arbeidsjaren en opleiding.

Het grootste verschil wat betreft de materiële schade zit in de zogenoemde 'collateral source-rule' die in de V.S. van kracht is. Deze regel houdt in dat de gedaagde geen bewijs mag leveren van het feit dat de patiënt via een andere weg (een deel van) zijn schade heeft gecompenseerd. Dit heeft tot gevolg dat, anders dan in Nederland, vergoeding of inkomsten uit bijvoorbeeld een ziektekostenverzekering, werkgeversuitkering of sociale zekerheid niet worden afgetrokken van het schadebedrag<sup>60</sup>. Deze regel heeft een aanmerkelijke invloed op de hoogte van de schadevergoeding.

Opmerkelijk is dat in de V.S. kosten voor rechtsbijstand niet voor vergoeding in aanmerking komen. Het vermoeden bestaat dat jury's de immateriële schade of de eventuele punitieve damages hoger inschatten dan de werkelijke schade om te voorkomen dat de benadeelde geen volledige compensatie krijgt. In Nederland is het gebruikelijk dat de verliezende partij veroordeeld wordt in de kosten van het geding.

#### *Immateriële schade*

In Nederland wordt vaak met verbazing gekeken naar de hoogte van de vergoedingen van immateriële schade die in de V.S. worden toegekend. Hoe komen deze vergoedingen tot stand?

Opvallend is dat de immateriële schade in de V.S. nader wordt gespecificeerd in diverse, afzonderlijk te waarderen en cumulatief toekenbare, posten. De posten die voor vergoeding in aanmerking komen zijn schade vanwege lichamelijke pijn en leed, verlies van levensvreugde, angst voor het ontstaan van een aandoening in de toekomst, angst voor het terugkeren van een aandoening, verslechtering van een door het ongeval bestaande fysieke of psychische toestand. Hoewel er geen inzichtelijke gegevens beschikbaar zijn die de gemiddelde hoogte van het immateriële gedeelte van de schadevergoeding weergeven,<sup>61</sup> geeft de limitering die veel staten met betrekking tot



deze post hebben opgelegd wel een indicatie. De limieten variëren van \$ 250.000 in, onder andere, Californië tot \$ 500.000 in, onder andere, Massachusetts met een uitschieter van \$ 1.000.000 in West Virginia<sup>62</sup>.

De grootste en belangrijkste immateriële schadepost is de vergoeding voor lichamelijke pijn en leed.<sup>63</sup> Het doel van deze post is het 'helen' van het slachtoffer op de enige manier waarover de rechter beschikt, namelijk door middel van het toekennen van een geldsom die gelijk staat aan het geleden verlies.

Er zijn geen objectieve criteria voor het vaststellen van de vergoeding voor lichamelijke pijn en lijden. Elke benadeelde heeft recht op een individuele beoordeling. De invloed van de fysieke schade op deze persoon staat centraal. De jury wordt bij uitstek geschikt geacht voor het bepalen van deze schadepost vanwege haar inlevingsvermogen. Factoren die zij bij haar beslissing laat meewegen zijn de aard, ernst en duur van het lichamelijke letsel en de invloed van dat letsel op het leven van deze benadeelde. Er wordt dan gekeken naar hoe zijn leven zich had ontwikkeld zonder het letsel.

Zuiver psychische schade waar geen lichamenlijk letsel aan ten grondslag ligt wordt minder goed vergoed, maar is in principe wel een post die voor vergoeding in aanmerking komt. In Nederland is men nog wat terughoudender. Artikel 6:106 BW<sup>64</sup> erkent dit recht wel, maar een vergoeding wordt slechts in een aantal gevallen toegekend<sup>65 66</sup>. Volgens huidige wetgeving en jurisprudentie komt, bij zaken die betrekking hebben op medische aansprakelijkheid, in principe alleen immateriële schade die voortvloeit uit lichamenlijk letsel voor vergoeding in aanmerking. De hoogte van deze vergoeding wordt door de rechter geschat. De bedragen variëren van € 681 bij een verkeerde dosering medicijnen met als gevolg lichamenlijk ongemak, een angstige periode van een etmaal en het moeten ondergaan van een extra neurologisch onderzoek, maar zonder blijvende schade tot een bedrag van € 136.134 voor een 57-jarige man die tijdens een behandeling in het ziekenhuis is ingespoten met het bloed van een AIDS-patiënt<sup>67</sup>.

In de V.S. bestaat ook de mogelijkheid tot vergoeding van affectieschade, dit is ook een vorm van schade waar geen lichamenlijk letsel aan ten grondslag ligt. Dit is echter geen schade van de patiënt zelf maar van zijn naasten. Zij moeten, bijvoorbeeld bij overlijden van de patiënt, zijn liefde en gezels-

schap missen. De groep mensen die voor vergoeding in aanmerking komt is beperkt. Alleen formele echtgenoten, en in sommige staten kinderen, komen hiervoor in aanmerking. In Nederland komt deze schade niet voor vergoeding in aanmerking<sup>68</sup>.

#### *Punitive damages*

Het verschijnsel 'punitive damages' komt in het Nederlandse civiele recht niet voor. De arts wordt door toekenning van deze schadepost bestraft voor ernstig verwijtbaar of opzettelijk gedrag. Punitive damages kunnen niet zomaar worden toegekend. Er moet werkelijke, materiële of immateriële schade zijn ontstaan, en er moet sprake zijn van grove schuld aan de zijde van de arts. Er zijn geen concrete criteria om de hoogte van punitive damages te bepalen. De hoogte dient wel in verhouding te staan met de ernst van de fout.

### **4.5 Hoogte premie aansprakelijkheidsverzekering**

De hoogte van de premie die een arts voor zijn aansprakelijkheidsverzekering betaalt wisselt in de V.S. sterk per staat en per specialisme. Een algemeen chirurg betaalt in Florida bijvoorbeeld \$ 174.300 per jaar, zijn collega in Minnesota \$ 10.140<sup>69</sup>. De algemene tendens is echter dat de bedragen hoog zijn en stijgend. Deze hoge bedragen hebben tot gevolg dat artsen de hoge premies soms niet meer willen of kunnen opbrengen en stoppen met hun praktijk. Het artsentekort waar al sprake van was wordt daardoor nog groter. De crisis wordt nog versterkt door het feit dat steeds meer aanbieders, waaronder de grootste commerciële verzekeringsmaatschappij, zich terugtrekken uit de medische aansprakelijkheid<sup>70</sup>.

De verklaringen voor de hoogte van de premies lopen uiteen van de toegenomen frequentie en hoogte van de uit te keren schadevergoedingen tot de conjunctuur en het investeringsbeleid van de verzekeringsmaatschappijen. Hoewel de daling in inkomsten uit investeringen zeker een rol speelt bij de hoogte van de premies blijkt de hoogte van het totaal aantal uitkeringen toch doorslaggevend te zijn. De premies in de staten met beperkingen op de hoogte van de schadevergoedingen zijn 17,1% lager dan in staten zonder beperkingen<sup>71</sup>.

In Nederland doen zich voor wat betreft de premie voor een aansprakelijkheidsverzekering geen problemen voor. De jaarlijkse premie voor een huisarts ligt rond de € 250<sup>72</sup>. Voor

specialisten bestaat geen individuele verzekering, zij zijn meeverzekerd op de polis van het ziekenhuis. De reden hiervoor ligt in de centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis voor alle verrichtingen die binnen haar muren plaatsvinden<sup>73</sup>. De hoogte van de premie wordt met behulp van diverse factoren vastgesteld. Van belang zijn met name de grootte van het ziekenhuis en welke specialismen er uitgeoefend worden. Aangezien de snijdende specialismen en de orthopeden het hoogste aantal claims krijgen wegen zij zwaarder door in de uiteindelijke premie dan bijvoorbeeld een psychotherapeut. Een gemiddeld ziekenhuis heeft een premie-indicatie van ongeveer € 150.000 per jaar. Het aandeel van een chirurg in deze premie is € 2750 per jaar<sup>74</sup>.

#### **4.6 Op dit moment claimcultuur in Nederland?**

Wat betreft de ontwikkeling van het aantal ingediende en toegewezen claims, de hoogte van de schadevergoedingen en de verzekeringspremies gedurende de laatste 20 jaar kan in Nederland niet worden gesproken van een claimcultuur. Ook gezien de vergelijking met de V.S. kan niet gesteld worden dat in Nederland sprake is van een dergelijke cultuur. Een nuancering van het beeld dat van de V.S. bestaat is overigens wel op zijn plaats<sup>75</sup>.

Er zijn twee punten waarop Nederland wezenlijk van de V.S. afwijkt. Het verschil in de hoogte van de vergoedingen is enorm en als gevolg daarvan, ook de hoogte van de premie die een arts voor zijn aansprakelijkheidsverzekering moet betalen.

Er zijn twee belangrijke oorzaken voor het verschil in de hoogte van de vergoedingen. Ten eerste de in de V.S. geldende ‘collateral source-rule’: de regel dat uitkeringen uit (ziektekosten)verzekeringen en sociale uitkeringen niet van de schade worden afgetrokken. De materiële schade schiet hierdoor de hoogte in. Nederland kent een dergelijke regel niet.

Ten tweede zijn de ruime mogelijkheden tot toekenning van immateriële schade Nederland vreemd. Het uitsplitsen van de immateriële schade in afzonderlijke schadeposten die apart gewaardeerd worden en de, zij het beperkte, mogelijkheid tot het toekennen van affectieschade die effect op de hoogte van de totale schadevergoeding, komen hier niet voor. Hetzelfde geldt voor de mogelijkheid van het toekennen van ‘punitive damages’. Tenslotte is er in Nederland geen sprake van een

jurysysteem. Er wordt wel verondersteld dat de jury, anders dan een rechter, de hoogte van de schadevergoedingen opstuwet. Van deze veronderstelling is echter geen hard bewijs voorhanden.

De hoogte van de toegekende schadevergoedingen is een belangrijke oorzaak van de hoge verzekeringspremies in de V.S. In Nederland zijn de premies relatief zeer laag en stabiel.

De aantallen ingediende claims zijn slecht te vergelijken met de V.S. aangezien verzekeraars geen registratie bijhouden van aantal claims per 100 artsen maar per ziekenhuis. De cijfers lijken in de V.S. iets hoger te liggen. Het soberder sociale vangnet en een betere toegang tot rechtsbijstand kunnen daarvan de oorzaak zijn.

Het percentage toegekende vergoedingen ligt in de V.S. iets lager dan in Nederland. Hier is geen duidelijke verklaring voor. In Nederland is het percentage vergoedingen al 20 jaar stabiel. Hoewel in de Nederlandse rechtspraak de afgelopen jaren veel gedaan is om de bewijsrechtelijke positie van de patiënt in een civiele procedure te verbeteren, heeft zich dat niet vertaald in een hoger percentage toegewezen claims.

In dit hoofdstuk zijn ook de beschikbare gegevens van het Nederlandse klacht- en tuchtrecht meegenomen. Wat betreft het klachtrecht zijn deze gegevens te summier om een ontwikkeling te schetsen en een conclusie te trekken. De beschikbare gegevens van het tuchtrecht laten dit wel toe.

Ondanks de sterke stijging in het aantal tuchtzaken, in met name de jaren '80, kan niet zonder meer de conclusie worden getrokken dat er sprake is van een (sterk) toenemende claimcultuur. In de periode 1983-1993 is het aantal artsen met 30% toegenomen. Tussen 1990 en 2002 is het aantal uitgevoerde operaties met 50% toegenomen. Daarnaast was een van de oogmerken van het nieuwe tuchtrecht in de Wet BIG het versterken van de positie van de patiënt. Gezien de laatste cijfers uit 2001 is het mogelijk dat er een eind is gekomen aan de stijging en er een dalende lijn is ingezet.

Opvallend is dat het percentage tuchtzaken dat tot een maatregel leidt is gedaald van 20% in de periode 1983-1993 tot 15% in 2001. De oorzaak van deze daling is niet duidelijk. Een mogelijke verklaring is de gewijzigde samenstelling van de tuchtcolleges.

## 5 Ontwikkelingen in Nederland

Hoewel er op dit moment geen sprake is van een claimcultuur kan ook niet gesproken worden van een status quo. In dit hoofdstuk zal worden ingegaan op de huidige ontwikkelingen in Nederland die invloed kunnen hebben op het ontstaan van een claimcultuur.

### 5.1 Aantal ingediende claims

Het sociale vangnet is op dit moment aan verandering onderhevig. De plannen van het kabinet omtrent uitkering bij arbeidsongeschiktheid brengen ingrijpende wijzigingen met zich mee. Bij een arbeidsongeschiktheidspercentage van minder dan 35% heeft men geen recht op een WAO-uitkering. In principe blijft de werknemer in dienst bij de werkgever. Indien dit niet tot de mogelijkheden behoort heeft de werknemer eventueel recht op een WW-uitkering of bijstand<sup>76</sup>.

Tussen 35% en 80% arbeidsongeschiktheid komt men in aanmerking voor een regeling die werkhervatting moet stimuleren. Het uitgangspunt daarbij is dat werk moet lonen. Als men ondanks zijn arbeidshandicap werkt heeft men recht op een aanvulling tot 70% van het laatstverdiende loon. Indien iemand geen werk kan vinden komt men in beginsel terecht in de WW. Daarna vervalt men in een minimumuitkering. De hoogte daarvan is afhankelijk van de mate van arbeidsongeschiktheid. Deze regeling moet nog nader worden uitgewerkt.

Bij volledige arbeidsongeschiktheid heeft men recht op een uitkering van 70% van het laatstverdiende loon<sup>77</sup>. De criteria voor de keuring zijn onder de nieuwe regeling zeer strikt. Er komt onder andere een negatieve lijst met aandoeningen die binnen twee jaar na aanvang van de aandoening te genezen zijn en aandoeningen waar iemand nog wel mee kan werken. Vanaf 1 juli 2004 zal ook een herkeuring plaatsvinden van een grote groep WAO'ers. Hierbij gelden nog wel de huidige regels voor het vaststellen van de hoogte van de uitkering.

Met name voor mensen die gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn heeft de nieuwe regeling grote consequenties. Zeker op de huidige arbeidsmarkt zal het lastig zijn een baan te vinden en men valt dan al snel terug naar WW of bijstandsniveau. Vanwege zijn, op termijn, verslechterde inkomenspositie zal de

patiënt genoodzaakt zijn op een andere wijze in zijn levensonderhoud te voorzien. Een manier is het indienen van een schadeclaim.

Ook wat betreft de toegankelijkheid van rechtsbijstand staat de ontwikkeling niet stil. Het is waarschijnlijk dat volgend op de proef van de Orde van Advocaten de ‘no cure no pay’ werkwijze breder zal worden toegepast. Het lijkt echter niet waarschijnlijk dat dit zal leiden tot een sterke stijging van het aantal claims<sup>78</sup>.

## 5.2 Aantal toegewezen claims

De huidige ontwikkelingen in het bewijsrecht maken het voor de patiënt gemakkelijker zijn recht te halen. Het relatief snel aannemen van causaal verband, op het moment dat duidelijk is dat de arts niet naar behoren heeft gehandeld, kan leiden tot een stijging van het aantal toegewezen claims. Tot dusver heeft een dergelijke stijging echter nog niet plaatsgevonden.

De patiënt dient overigens wel te bewijzen dat er sprake is van een schending van de professionele standaard. Deze standaard wordt vastgesteld door de beroepsgroep zelf. In theorie bestaat de mogelijkheid dat de beroepsgroep uit zelfbescherming een schending in de toekomst minder gemakkelijk aan zal nemen, met andere woorden, de professionele standaard zal verlagen.

Naast het omkeren van de bewijslast is er met betrekking tot het causaal verband nog een ontwikkeling in Nederland. De leer van de proportionele aansprakelijkheid wordt steeds frequenter toegepast<sup>79</sup>. Kort gezegd houdt deze leer in dat wanneer het causaal verband niet met zekerheid vaststaat er toch een schadevergoeding kan worden toegekend. De schade is dan het verlies van de kans op (volledig) herstel. De hoogte van de vergoeding hangt dan af van de grootte van de verloren kans.

Indien de kans op volledig herstel, bij afwezigheid van de gemaakte fout, 50% was zal de vergoeding ook 50% van de totale schade zijn. De consequentie van deze ontwikkeling is dat een schadevergoeding sneller zal worden toegekend, maar ook dat de gemiddelde vergoeding wellicht zal dalen. Immers, de kans bestaat dat in gevallen waar causaal verband voor ongeveer 80% vaststaat en waaraan voorheen een volledige

vergoeding werd toegekend, nu nog slechts 80% wordt uitgekeerd.

### **5.3 Hoogte schadevergoeding**

De manier waarop in Nederland tegen immateriële schade aangekeken wordt is aan het veranderen<sup>80</sup>. Er ligt een wetsvoorstel waardoor vergoeding van zogenoemde affectieschade mogelijk wordt gemaakt<sup>81</sup>. Dit is schade die iemand lijdt als gevolg van ernstig letsel bij of het verlies van een dierbare aan bijvoorbeeld een medische fout. De schade ligt hier niet bij het primaire slachtoffer maar bij een derde. Door middel van dit voorstel wil men het leed van naasten erkennen en daar genoegdoening voor verschaffen. De groep mensen die voor vergoeding van deze schade in aanmerking zou komen is beperkt. Het gaat met name om de levenspartner en kinderen.

De vergoeding zal bestaan uit een vast uit te keren bedrag dat bij Algemene Maatregel van Bestuur wordt vastgesteld. In de kamerstukken wordt gesproken over een bedrag van € 10.000. Wanneer meerdere personen recht hebben op deze vergoeding wordt dit bedrag evenredig over deze personen verdeeld.

De in paragraaf 5.1 genoemde ontwikkelingen omtrent het sociale vangnet zullen ook hun weerslag hebben op de hoogte van de schadevergoeding. Hoe hoger het (verwachte) inkomen van een patiënt na het oplopen van het letsel hoe lager de inkomens- en arbeidsvermogensschade. Het inkomen van deze patiënt zal vaak bestaan uit een sociale uitkering zoals een WAO-uitkering. Op het moment dat de hoogte en de duur van deze uitkering afnemen neemt de hoogte van de schade toe.

De toepassing van de leer van de proportionele aansprakelijkheid kan, zoals gesteld in paragraaf 5.2, ook consequenties hebben voor de hoogte van de schadevergoeding.

### **5.4 Hoogte premie aansprakelijkheidsverzekering**

De hoogte van de premies is de afgelopen jaren stabiel geweest. Alleen in 1995 is de premie voor ziekenhuizen met 10% verhoogd omdat in verband met de invoering van de Wet op de Geneeskundige Behandeling (WGBO) een stijging in claims werd verwacht<sup>82</sup>. Achteraf bleek het effect van de WGBO mee te vallen. Zoals in paragraaf 4.2 vermeld is het aantal claims in

de periode 1993-2001 ten opzichte van de periode 1982-1990 met 34% gestegen maar was er ook sprake van een toename van 50% van het aantal uitgevoerde operaties. Relatief bezien is er derhalve geen sprake van een stijging<sup>83</sup>.

Indien de in dit hoofdstuk genoemde ontwikkelingen tot gevolg hebben dat het totaal door de verzekeraar uit te keren bedrag stijgt, zal ook de premie stijgen.



## **6 Conclusie**

### **6.1 Het heden**

Indien er op dit moment sprake is van het praktiseren van defensieve geneeskunde dan kan de oorzaak daarvan niet de claimcultuur zijn. Van een dergelijke cultuur is in Nederland geen sprake.

Het aantal claims is de afgelopen jaren niet gestegen en is vergeleken met de V.S. niet bijzonder hoog. De kans van slagen van een claim is in Nederland iets hoger, maar al 20 jaar stabiel op 40%. Op deze twee punten is een nuancering van het beeld van de V.S. op zijn plaats.

Het verschil tussen Nederland en de V.S. in de hoogte van de uitgekeerde vergoedingen is zeer groot. 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 zijn de premies relatief zeer laag en is geen sprake van een dergelijke crisis.

Over de stand van zaken omtrent het klachtrecht is vanwege een gebrek aan gegevens geen conclusie te trekken. Wat betreft het tuchtrecht kan gesteld worden dat het gestegen aantal zaken gezien de toename van het aantal artsen en het aantal risicovolle ingrepen geen reden geeft tot ongerustheid. Het is wel aan te bevelen te achterhalen wat de achterliggende reden is voor de daling in het aantal zaken dat tot een maatregel leidt.

Mocht er sprake zijn van het praktiseren van defensieve geneeskunde ligt het meer voor de hand dat de oorzaak te vinden is in de perceptie van de claimcultuur. Als deze veronderstelling gestaafd wordt door onderzoek dan kan door het bijstellen van die perceptie een oorzaak van defensieve geneeskunde weggenomen worden. De inhoud van deze studie kan daartoe bijdragen.

### **6.2 De toekomst**

De mogelijkheid bestaat dat Nederland in de komende jaren licht opschuift in de richting van de situatie in de V.S. In

hoofdstuk 5 worden ontwikkelingen gesignaleerd die kunnen leiden tot een sterker claimgedrag en hogere vergoedingen. Het aantal claims kan stijgen 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. De hoogte van de vergoeding zal enigszins toenemen vanwege het wetsvoorstel omtrent immateriële schade en wederom de afkalving van het sociale vangnet. Als gevolg van toepassing van proportionele aansprakelijkheid bestaat echter de kans dat de gemiddelde vergoeding iets zal dalen.

Deze ontwikkelingen en de wijze waarop deze in de publiciteit worden gebracht zouden vervolgens invloed kunnen hebben op de mate waarin defensieve geneeskunde wordt geïmplementeerd. Daarnaast bestaat de mogelijkheid dat, indien de genoemde ontwikkelingen doorzetteren, ook de premies voor de aansprakelijkheidsverzekering enigszins zullen stijgen.

Ondanks deze ontwikkelingen is er geen reden om aan te nemen dat rondom de medische aansprakelijkheid in Nederland een met de V.S. vergelijkbare situatie zal ontstaan. De hoogte van de vergoedingen zal waarschijnlijk iets toenemen maar excessen zoals deze zich in de V.S. voordoen zijn hier uitgesloten. In het wetsvoorstel voor toekenning van affectieschade gaat men uit van een vast bedrag. De hoogte van het smartengeld is vergeleken met de V.S. zeer laag en gezien de angst voor 'Amerikaanse toestanden' zal geen rechter geneigd zijn daar een grote verandering in aan te brengen. Nog belangrijker is dat de 'collateral source rule' in Nederland een vreemd begrip is. De materiële schade wordt hierdoor op een natuurlijke wijze sterk beperkt.

Niettemin verdient het aanbeveling het claimgedrag van patiënten te monitoren en te relateren aan de handelwijze van artsen.

In deze monitor dient naast het aantal ingediende claims opgenomen te worden wat de precieze beweegredenen van de patiënt is om een claim in te dienen. Aan de hand van de uitkomsten kan dan gericht actie worden ondernomen. In beginsel zou aan elke claim een medische fout ten grondslag moeten liggen en krijgt elk slachtoffer van een medische fout zijn schade vergoed. Medische fouten kunnen door kwaliteitsverbetering worden teruggedrongen. Indien blijkt dat claims een

andere, bijvoorbeeld intermenselijke, oorzaak hebben dient daar actie op worden ondernomen.

De monitor zal tevens de perceptie van de arts met betrekking tot de claimcultuur meer in overeenstemming brengen met de realiteit.

## Noten

- <sup>1</sup> Met het begrip professionele standaard wordt hier een ruimer begrip bedoeld dan het volgen van een richtlijn. Afwijken van een richtlijn is soms geboden om aan de professionele standaard te voldoen. Het afwijken van de professionele standaard in deze context gaat daar nog boven.
- <sup>2</sup> Onder andere Sclar, D. & M. Housman, *Medical Malpractice and Physician Liability: Examining Alternatives to Defensive Medicine*, *Harvard Health Policy Review*, 4, 2003, no. 1. Kessler & McClellan. Do doctors practice defensive medicine? *The Quarterly Journal of Economics*, May 1996, p. 353-390.
- <sup>3</sup> In Amerikaanse literatuur wordt gesproken van een bedrag van \$ 50 miljard dat bespaard kan worden. Dit komt neer op 5 tot 9% van het totale budget voor gezondheidszorg. Zie Anderson, R.E. Billions for defense, the pervasive nature of defensive medicine. *Arch Intern Med*, 159, 1999 (American Medical Association). Kessler, D. & M. McClellan. Do doctors practice defensive medicine? *The Quarterly Journal of Economics*, 1996, p. 353-390.
- <sup>4</sup> Ville, K. de. Act first and look up the law afterward? : medical malpractice and the ethics of defensive medicine., *Theoretical Medicine and bioethics*, 19, 1998, p. 569-589.
- <sup>5</sup> Deze werkgroep is door het ministerie van Justitie ingesteld om de effecten die een toename in het aantal claims op de samenleving kan hebben in kaart te brengen. De werkgroep is niet specifiek toegespitst op de zorgsector maar kijkt naar de claimcultuur in het algemeen.
- <sup>6</sup> Werkgroep Claimcultuur. *Claimcultuur: naar een nieuwe eistijd?* Den Haag: Ministerie van Justitie, 1998.
- <sup>7</sup> McCrary, S. van & J. Swanson. Physicians legal defensiveness and knowledge of medical law: comparing Denmark and the USA, *Scandinavian Journal of Public Health*, 27, 1999, p. 18-21.
- <sup>8</sup> Zie paragraaf 3.2 en 4.2 over het 'no cure no pay'-systeem.
- <sup>9</sup> Bijvoorbeeld: KNMG. *Kwaliteitsmanifest*. Utrecht, 2003. Crul, B.V.M. Beklaagde dokters, *Medisch Contact* vol. 53, 1998, no. 11, p. 347. Giard, R.W.M. Meer veiligheid voor patiënten vereist vertrouwelijkheid bij het onderzoek naar medische fouten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 147, 2003, no. I.
- <sup>10</sup> Taylor, H. & R. Leitman. Most doctors report fear of malpractice liability has harmed their ability to provide quality care. *Health Care News*, 2, 2002, is. 10.

- 11 Zie voor een meer genuanceerd beeld van de Amerikaanse claimcultuur. Stolker, C. De burger hangt aan de toga, Trouw 13-01-2001, p. 21.
- 12 Studdert, D.M., M.M. Mello, T.A. Brennan. Medical Malpractice. The New England Journal of Medicine, 15 januari 2004.
- 13 Ook kunnen vraagtekens worden gezet bij het grote aantal fouten waarop geen actie wordt ondernomen. Wat ligt daaraan ten grondslag? Is dat onbekendheid met de fout, een te hoge drempel om een schadeclaim in te dienen of een arts die een dusdanige vertrouwensband met zijn patiënt heeft opgebouwd dat zelfs bij een gemaakte fout geen claim wordt ingediend?
- 14 Zie bijvoorbeeld Fischer, J.E. The effect of litigation on surgical practice in the USA, British Journal of Surgery 2000, 87, p. 8-33-834.
- 15 Vincent, Charles, Young & Magi. Why do people sue doctors?: a study of patients and relatives taking legal action. Lancet, 099-5355, 343, 1994, is. 8913. Lefevre, F., T. Waters en B. Budetti. A survey of physician training programs in risk management and communication skills for malpractice prevention. Journal of Law, Medicine & Ethics, vol. 28, 2000, p. 258-266. Zie ook Tracy, T. (moderator). When Medical error Becomes Medical Malpractice, the victims and the circumstances (panel discussion). Arch Surg/138, 2003 (AMA).
- 16 Het gebrek aan informatie over de risico's van een behandeling kan een toerekenbare tekortkoming zijn en indien het risico zich verwezenlijkt, resulteren in het recht op schadevergoeding van de patiënt. Het probleem bij deze "informed consent" zaken zit in het aantonen van het causaal verband. Bij een medisch noodzakelijke behandeling is het vrijwel onmogelijk voor de patiënt om aan te tonen dat hij de behandeling niet had ondergaan indien hij op de hoogte was geweest van de risico's.
- 17 Zie paragraaf 2.3.
- 18 Dit cijfer heeft betrekking op alle verzekerde artsen, zowel specialisten als huisartsen en verzekeringsartsen. K.E. Thorpe, The Medical Malpractice 'Crisis': Recent Trends And The Impact Of State Tort Reforms, <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/hlthaff.w4.20>.
- 19 Thorpe, K.E. The Medical Malpractice 'Crisis': Recent Trends And The Impact Of State Tort Reforms, <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/hlthaff.w4.20>.

- <sup>20</sup> Werkgroep Claimcultuur, Claimcultuur: naar een nieuwe eistijd?. Den Haag: ministerie van Justitie, 1998.
- <sup>21</sup> Persbericht Justitie: WODC-onderzoek: 'claims bij de rechtbank', 4 november 2003.
- <sup>22</sup> Christiaans-Dingelhoff, I. Medische schadeclaims in bij MediRisk verzekerde ziekenhuizen. Een onderzoek over de periode 1993-2001. Amsterdam: s.n., 2003.
- <sup>23</sup> Hubben, J.H. en I. Christiaans-Dingelhoff. Medische schadeclaims in bij MediRisk verzekerde ziekenhuizen. Een onderzoek over de periode 1993-2001, Amsterdam 2003. Dit aantal is uiteraard mede afhankelijk van de grootte van het ziekenhuis en de specialismen.
- <sup>24</sup> Friele, R.D., et al. Evaluatie wet klachtrecht cliënten zorgsector. Utrecht: Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel), 1999.
- <sup>25</sup> Wal, G. van der. Medische tuchtrechtspraak in Nederland; een 10-jaarsoverzicht. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 140, 1996, p. 2640-2644.
- <sup>26</sup> Hout, F.A.G., et al. Tuchtrechtspraak niet verbeterd sinds de invoering van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG), Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 148, 2004, no. 3.
- <sup>27</sup> Schirmeister, F.C. Amerikaanse toestanden in het schadevergoedingsrecht? Lelystad: Koninklijke Vermande bv, 1996, p. 196.
- <sup>28</sup> Bij werknemers die na deze datum ziek worden.
- <sup>29</sup> Het is niet van belang of dat werk op de arbeidsmarkt ook beschikbaar is.
- <sup>30</sup> Het minimumloon is vanaf 1 januari 2004 € 1264,80.
- <sup>31</sup> Vaan, L.A.C. de, 'No Cure No Pay' in de praktijk: De V.S. versus Nederland. De gevolgen van contingent fees voor de relatie tussen advocaat en cliënt bij letselschadezaken, Nederlands Juristenblad, 6 december 2002, no. 44, p. 2174-2182.
- <sup>32</sup> Hubben, J.H. en I. Christiaans-Dingelhoff, Medische schadeclaims in bij MediRisk verzekerde ziekenhuizen. Een onderzoek over de periode 1993-2001, Amsterdam 2003. Er is ten opzichte van de periode 1980-1990 geen verandering waargenomen.
- <sup>33</sup> In de periode 1980-1990 lag het percentage ook rond de 3 %, ook wat betreft de mate van inschakelen van de civiele rechter is geen sprake van een stijging.
- <sup>34</sup> Friele, R.D., et al. Evaluatie wet klachtrecht cliënten zorgsector. Utrecht: Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel), 1999.

- <sup>35</sup> Hout, F.A.G., J.M. Cuperus-Bosma, O.R. De Peuter, J.H. Hubben en G. van der Wal. Tuchtrechtspraak niet verbeterd sinds de invoering van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 148, 2004, no. 3. Zie ook Hubben, J. *Kroniek van het gezondheidsrecht*, *Nederlands Juristenblad*, 2003, no. 10.
- <sup>36</sup> Wal, G. van der. Medische tuchtrechtspraak in Nederland; een 10-jaarsoverzicht. *Ned Tijdschr Geneesk* 140, 1996; p. 2640-2644.
- <sup>37</sup> Hout, F.A.G., et al. Tuchtrechtspraak niet verbeterd sinds de invoering van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 148, 2004, no. 3.
- <sup>38</sup> Idem.
- <sup>39</sup> Schirmeister, F.C. Amerikaanse toestanden in het schadevergoedingsrecht? Lelystad: Koninklijke Vermande bv 1996, p.134. Deze specifieke gegevens zijn afkomstig uit Hensler, D.R., et al. *Compensation for Accidental injuries in the United States*. Santa Monica: Rand Institute for Civil Justice, 1991.
- <sup>40</sup> Studdert, D.M., M.M. Mello, T.A. Brennan. Medical Malpractice, *The New England Journal of Medicine*, 15 januari 2004.
- <sup>41</sup> United States General Accounting Office, Testimony before the subcommittee on Wellness and Human Rights, Committee on Government Reform, House of Representatives, Medical malpractice insurance Multiple factors have contributed to premium rate increases, october 2003.
- <sup>42</sup> HR 9 november 1990, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1991/18; Rosenbaum, S. The impact of United States law on medicine as a profession, *JAMA*, 289, 2003, no. 12.
- <sup>43</sup> Stolker, C.J.J.M. van arts naar advocaat: aansprakelijkheid voor medische fouten in Amerika. Een les voor Nederland? Deventer: Kluwer, 1989; Rosenbaum, S. Medical errors, medical negligence and professional medical liability reform, *Public Health Reports*, 118, 2003, p. 272-274; Rosenbaum, S. The impact of United States law on medicine as a profession, *JAMA*, 289, 2003, no. 12.
- <sup>44</sup> Schirmeister, F.C. Amerikaanse toestanden in het schadevergoedingsrecht? Lelystad: Koninklijke Vermande bv 1996, p. 450.
- <sup>45</sup> Het is niet geheel duidelijk of dit ook voor protocollen geldt. Het is wel een feit dat de arts duidelijk moet motiveren waarom hij van een protocol is afgeweken.

- <sup>46</sup> De Heel/Korver HR 13 januari 1995, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1995/38.
- <sup>47</sup> Bijvoorbeeld MCL/In 't Hout; HR 2 maart 2001, TvGR 2001/16; HR 2 mei 2003, JOL 2003, 262. Zie voor een uitgebreide beschouwing van dit onderwerp A.J. Akkermans, De 'omkeringsregel' bij het bewijs van causaal verband, Den Haag: Boom Juridische Uitgevers, 2002.
- <sup>48</sup> Een recent voorbeeld is *States v. Lourdes Hospital*, (May 6, 2003 100 N.Y.2d 208, 792 N.E.2d 151, 762 N.Y.S.2d 1) waar bij een vrouw een succesvolle verwijdering van een cyste aan haar eierstokken heeft plaatsgevonden maar de patiënt wel ernstig letsel aan haar arm heeft opgelopen.
- <sup>49</sup> Zie het kopje "rechterlijke controle op de jury" voor een korte uitleg van deze term.
- <sup>50</sup> Schirmeister, F.C. Amerikaanse toestanden in het schadevergoedingsrecht? Lelystad: Koninklijke Vermande bv, 1996, p. 108.
- <sup>51</sup> *Idem*, p. 110.
- <sup>52</sup> Afgezien van hoger beroep.
- <sup>53</sup> Schirmeister, F.C. Amerikaanse toestanden in het schadevergoedingsrecht? Lelystad: Koninklijke Vermande bv, 1996, p. 111-114.
- <sup>54</sup> *Idem*, p. 107.
- <sup>55</sup> Statement by the Physician Insurers Association of America. Rockville, Md.: Physician Insurers Association of America, January 29, 2003, [www.thepiaa.org](http://www.thepiaa.org).
- <sup>56</sup> Zie [www.ama-assn.org](http://www.ama-assn.org) trefwoord medical malpractice crisis; M. Mello e.a., The new Medical Malpractice crisis, *The New England Journal of Medicine*, 348; 2003, no. 5, p. 2281-2284; D.M. Studdert, M.M. Mello, T.A. Brennan, Medical Malpractice, *The New England Journal of Medicine*, 15 januari 2004; K.E. Thorpe, The Medical Malpractice 'Crisis': Recent Trends And The Impact Of State Tort Reforms, <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/hlthaff.w4.20>.
- <sup>57</sup> Zie voor een overzicht National Conference of State Legislatures. State medical liability laws table. [www.ncsl.org/programs/insur/medliability.pdf](http://www.ncsl.org/programs/insur/medliability.pdf)
- <sup>58</sup> Zie het kopje 'materiële schade'.
- <sup>59</sup> Hubben, J.H. en I. Christiaans-Dingelhoff. Medische schadeclaims in bij MediRisk verzekerde ziekenhuizen. Een onderzoek over de periode 1993-2001, Amsterdam 2003.
- <sup>60</sup> In een aantal staten is deze regel in het kader van Malpractice Reform Acts aan banden gelegd of afgeschaft. Dit is op verschillende manieren aangepakt, bijvoorbeeld door de



regel niet van toepassing te laten zijn op een bepaald type aansprakelijkheid zoals produktenaansprakelijkheid of verkeersschade. Ook komt het voor dat alleen vergoedingen die de benadeelde niet zelf heeft bekostigd (bijvoorbeeld door het afdragen van premie) niet onder de regel vallen. Ook in die staten waarin de regel aan banden is gelegd blijven gratis ontvangen diensten en tegemoetkomingen en uitkeringen van levensverzekeringen onderworpen aan de regel. Alleen in Colorado en Connecticut is de regel volledig afgeschaft. Zie

[www.ncsl.org/programs/insur/medliability.pdf](http://www.ncsl.org/programs/insur/medliability.pdf) en Schirmeister, F.C. Amerikaanse toestanden in het schadevergoedingsrecht? Lelystad: Koninklijke Vermande bv, 1996, p. 517- 522.

- <sup>61</sup> United States General Accounting Office, Testimony before the subcommittee on Wellness and Human Rights, Committee on Government Reform, House of Representatives, Medical malpractice insurance Multiple factors have contributed to premium rate increases, October 2003.
- <sup>62</sup> [www.ncsl.org/programs/insur/medliability.pdf](http://www.ncsl.org/programs/insur/medliability.pdf)
- <sup>63</sup> En om die reden vaak doelwit van Malpractice Reform Acts.
- <sup>64</sup> 6:106 BW lid 1 onder b “Voor nadeel dat niet in vermogensschade bestaat, heeft de benadeelde recht op een naar billijkheid vast te stellen schadevergoeding (...) indien de benadeelde lichamelijk letsel heeft opgelopen, in zijn eer of goede naam is geschaad of op andere wijze in zijn persoon is aangetast.
- <sup>65</sup> Een voorbeeld hiervan is het Taxibus-arrest dat de Hoge Raad op 22 februari 2002 (NJ 2002, 240) heeft gewezen. In dit arrest werd zogenaamde shock-schade toegewezen. Dat is immateriële schade die ontstaat door getuige te zijn van een schokkende gebeurtenis. In dit geval trof een moeder haar kind op de plaats van het ongeval dood en ernstig verminkt aan. Voor toekenning van deze schadepost dient in de praktijk sprake te zijn van een in de psychiatrie erkend ziektebeeld. Deze schadepost zal in de medische aansprakelijkheid niet vaak voorkomen. De tevens geëiste affectieschade, schade vanwege het moeten missen van een dierbare werd afgewezen. Deze post zou wel een rol van betekenis hebben bij medische aansprakelijkheid.
- <sup>66</sup> Asser-Hartkamp 4-1, Deventer: Kluwer, 2004, nr 464 e.v.
- <sup>67</sup> Jansen, M. (red.). Smartengeld. Den Haag: ANWB, 2003.
- <sup>68</sup> Zie noot 69.
- <sup>69</sup> United States General Accounting Office, Medical Malpractice Insurance: Multiple Factors Have Contributed To

Premium Rate Increases, Testimony Before The Subcommittee on Wellness and Human rights, Committee on Government Reform, House of Representatives, 1-10-2003. Er is de afgelopen jaren sprake van een sterke premiestijging. Van 2001 tot 2002 is de stijging van de premie in staten met een sterke beperking op de immateriële schade ongeveer 10%. In staten die een dergelijke sterke beperking niet kennen is de stijging zo'n 29%. Over de periode 1999-2002 bedraagt de stijging voor de algemeen chirurg in Florida 75%.

- <sup>70</sup> Barneveld, M. Defensieve geneeskunst voor Amerikaanse artsen. De maat is vol, *De Huisarts in Nederland*, 2003, no. 03; Thorpe, K.E. The Medical Malpractice 'Crisis': Recent Trends And The Impact Of State Tort Reforms, <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/hlthaff.w4.20>.
- <sup>71</sup> Thorpe, K.E. The Medical Malpractice 'Crisis': Recent Trends And The Impact Of State Tort Reforms, <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/hlthaff.w4.20>.
- <sup>72</sup> Gegevens MediRisk.
- <sup>73</sup> Zie artikel 7:462 BW.
- <sup>74</sup> Gegevens Medirisk.
- <sup>75</sup> Zie ook Schirmeister, F.C. Amerikaanse toestanden in het schadevergoedingsrecht? Lelystad: Koninklijke Vermande bv, 1996 en Stolker, C. De burger hangt aan de toga, *Trouw* 13 januari 2001, p. 21, De verdieping, Achtergrond.
- <sup>76</sup> Normbedragen bijstandsuitkering per 1 januari 2004 zijn voor gehuwden € 1103,34, alleenstaande ouders € 772,34 en voor alleenstaanden € 551,67.
- <sup>77</sup> De uitkering is wel aan een maximum gebonden.
- <sup>78</sup> Zie paragraaf 4.2, financiële toegankelijkheid rechtsbijstand.
- <sup>79</sup> Zie bijvoorbeeld Hof 's- Gravenhage 10 oktober 2002, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2003/41; Hof Amsterdam 4 januari 1996, NJ 1997, 231; Rb Amsterdam 28 oktober 1998, NJ 1999, 406 Zie ook Akkermans, A.J. Proportionele aansprakelijkheid bij onzeker causaal verband, (diss. KUB) Deventer: Tjeenk Willink, 1997.
- <sup>80</sup> Met name de zaak over Baby Joost (HR 8 september 2000, NJ 2001, 734) heeft hierbij een rol gespeeld. In deze zaak is door een fout van een derde een kind overleden. De rechter zag geen mogelijkheid de ouders een vergoeding voor hun persoonlijk leed toe te kennen.
- <sup>81</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2002-2003, 28 781, nrs 1-2, 3.
- <sup>82</sup> Gegevens afkomstig van MediRisk.

- <sup>83</sup> Hubben, J.H. en I. Christiaans-Dingelhoff. Medische schadeclaims in bij MediRisk verzekerde ziekenhuizen. Een onderzoek over de periode 1993-2001, Amsterdam 2003.



# Deel VI

## Arts, patiënt en gebruik

### van zorg

drs. A.J.G. van Rijen  
drs. W.G.M. van der Kraan



## Inhoudsopgave deel VI

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>217</b>
<b>2</b>	<b>Evidence, richtlijnen en medisch handelen</b>	<b>218</b>
2.1	Inleiding	218
2.2	Evidence based medicine	218
2.3	Verschillen tussen richtlijnen	220
2.4	Van evidence based medicine tot evidence based practice	222
2.5	Richtlijntrouw	223
2.6	Redenen voor richtlijntrouw	223
2.7	Conclusie	225
<b>3</b>	<b>De relatie tussen arts en patiënt</b>	<b>226</b>
3.1	Inleiding	226
3.2	Modellen voor arts-patiëntrelatie	226
3.3	Verwachtingen van patiënten	229
3.4	Voorkeuren van patiënten	231
3.5	Uiten van voorkeuren	231
3.6	Participeren in de besluitvorming	233
3.7	Patiëntgerichtheid en outcome	236
3.8	Hulpmiddelen bij de besluitvorming	238
3.9	Vertrouwen	239
3.10	Therapietrouw	240
3.11	Consumentisme	242
3.12	Conclusie	243
<b>4</b>	<b>De invloed van de patiënt op het gebruik van zorg</b>	<b>245</b>
4.1	Inleiding	245
4.2	De consument met gezondheidsklachten	245
4.3	Mondigheid van de consument	247
4.4	Compliance	250
4.5	Conclusie	251
	Literatuur	252





## 1 Inleiding

In hun studie ‘Over-, onder- en gepaste consumptie in de zorg vanuit economisch perspectief’ geven Rutten en Brouwer aan dat van gepaste zorg wordt afgeweken door onvoldoende toetsing van de aangeboden vormen van zorg op de criteria effectiviteit, doelmatigheid en noodzakelijkheid en als gevolg van de specifieke inrichting van het zorgstelsel en de daarmee samenhangende gedragingen van de verschillende relevante actoren.

Deze studie richt de focus op de situatie in de spreekkamer: welk kader hanteert de arts bij zijn handelen, wat is het verband tussen de arts-patiëntrelatie en het gebruik van zorg, en wat is de invloed van de patiënt binnen deze relatie op het handelen van de arts. Met name het samenspel tussen arts en patiënt zal immers bepalen welk (vervolg)gebruik gemaakt wordt van zorg.

Deze studie heeft tot doel antwoorden op de volgende vragen te geven:

- Binnen welk kader dienen artsen te handelen om gepaste zorg te geven?
- Welke invloed heeft de arts-patiëntrelatie op het gebruik van zorg?
- Welke invloed heeft de patiënt binnen deze relatie op het gebruik van zorg?

In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op het kader waarbinnen de arts handelt of in beginsel zou moeten handelen, en dan met name het omgaan met richtlijnen voor medisch handelen. Hoofdstuk 3 beschrijft de arts-patiëntrelatie, waarna in hoofdstuk 4 wordt aangegeven hoe groot de invloed van de patiënt op de zorgconsumptie mag worden ingeschat.

De hier gepresenteerde informatie is deels gebaseerd op literatuur en deels op de resultaten van onderzoeken, uitgevoerd in opdracht van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg door de onderzoeksbureaus Trendbox, TNS NIPO en Flycatcher.

## **2 Evidence, richtlijnen en medisch handelen**

### **2.1 Inleiding**

Artsen worden in hun handelen vooral beïnvloed door ervaring, opleiding en richtlijnen die door hun beroepsgroep zijn opgesteld. In mindere mate spelen de wensen van de individuele patiënt een rol<sup>1</sup>. Richtlijnen (en opleiding) zijn in belangrijke mate geënt op verzamelde bewijzen van het effect van handelingen (evidence based medicine). In dit hoofdstuk wordt dit begrip nader toegelicht. Aangezien richtlijnen meer omvatten dan alleen bewijs, zijn er verschillen tussen richtlijnen voor eenzelfde indicatie. In paragraaf 2.3 worden hiervan voorbeelden gegeven. Een volgende stap is te komen van evidence based medicine tot evidence based practice. Evidence based medicine kan gezien worden als een norm voor gepaste zorg. Het is dus belangrijk na te gaan in welke mate evidence based medicine wordt geïmplementeerd en welke redenen of overwegingen bestaan om dit niet te doen.

### **2.2 Evidence based medicine**

Om de effecten van het natuurlijk beloop van een ziekte en het placebo-effect te kunnen onderscheiden van het effect van een medische behandeling is goed empirisch wetenschappelijk onderzoek nodig. In beginsel moet het medisch handelen hierop gebaseerd zijn (evidence based medicine). De gouden standaard voor onderzoek is de ‘randomized controlled trial’ (RCT). Hierbij wordt een groep patiënten op basis van het toeval (gerandomiseerd) in twee groepen verdeeld: een groep die de te bestuderen behandeling krijgt en een groep die een placebobeehandeling ondergaat. De patiënten weten niet of ze de ‘echte’ of de placebobeehandeling krijgen. Idealiter weet ook de behandelaar dit niet (*double-blind*). Bij geneesmiddelenonderzoek is dit laatste gemakkelijk te verwezenlijken, bij bijvoorbeeld operaties is dit een stuk moeilijker. Aangezien de twee groepen willekeurig zijn verdeeld, zullen verschillen in het natuurlijk verloop en het placebo-effect min of meer gelijk over de groepen verdeeld zijn en daardoor uitmiddelen. Met een zekere statistische onzekerheid, afhankelijk van onder andere de steekproefgrootte, mag aangenomen worden, dat

een eventueel verschil tussen de twee groepen voortvloeit uit het ‘echte’ effect van de behandeling.

Een van de problemen met betrekking tot RCT's is het gegeven dat het bewijsmateriaal van RCT's vaak berust op andere groepen van proefpersonen dan die waarop de behandeling in de reguliere zorg wordt toegepast. Bijvoorbeeld is comorbiditeit eerder regel dan uitzondering, terwijl dit in veel RCT's als exclusie criterium geldt. Overigens zijn er meer beperkingen aan het instrument RCT, zoals de beperkte omvang van de steekproef en de te meten effecten op langere termijn. Daarom wordt gepleit om in aanvulling op RCT's gebruik te maken van observationele studies: kwantitatieve epidemiologische methoden, zoals cohortstudies en case-control studies<sup>2</sup>.

‘Evidence based medicine’ wordt gedefinieerd als “the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating, individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research<sup>3</sup>”.

Het begrip ‘bewijs’ (evidence) verdient hierbij nuancering. Er is namelijk onomstotelijk bewijs en minder sterk bewijs. Daarom worden vijf verschillende niveaus van bewijs omschreven, variërend van het bewijs dat stoelt op een systematische review, waarbij de resultaten van alle relevante RCT's homogeen zijn (level 1) tot bewijs dat gebaseerd is op de gezamenlijke mening van deskundigen (level 5)<sup>4</sup>.

De besluitvorming door artsen is echter niet alleen gebaseerd op bewijs. Artsen nemen een variëteit aan factoren in beschouwing wanneer ze beslissingen nemen: hun kennis over de desbetreffende patiënt, hun ervaring met soortgelijke patiënten, evidence (zoals baten en kosten), de mogelijke impact van het besluit op de arts-patiëntrelatie, enzovoort. Daarnaast beïnvloeden de voorkeuren van de individuele arts, de individuele patiënt en het zorgsysteem de beslissing<sup>5</sup>.

Uit een onderzoek waarbij 1032 therapieën werden beoordeeld op de vraag of de desbetreffende therapie effectief was, bleek 35% te kunnen worden beantwoord, 29% kon deels worden beantwoord (in de zin van waarschijnlijk wel of waarschijnlijk niet effectief) en 36% van de vragen bleek niet beantwoord te kunnen worden bij gebrek aan adequate onderzoeksgegevens<sup>6</sup>. In een groot aantal gevallen is het op dit moment dus niet

mogelijk om te zeggen of een therapie effectief of niet effectief is. Dit maakt het beoordelen van over- of onderconsumptie moeilijk.

Via een systematische review van de literatuur in de periode 1995-2002 ging Matzen na in hoeverre het medisch handelen gebaseerd is op evidence. Volgens Matzen is in de algemene interne geneeskunde meer dan 50% van de interventies gebaseerd op de resultaten van randomised controlled trials. Voor de algemene praktijk, chirurgie en dermatologie is dit percentage iets lager; voor de psychiatrie zou dit percentage hoger kunnen zijn. Dit is echter slechts beperkt onderzocht<sup>7</sup>.

Vijf jaar eerder werd in een studie gesteld dat op het gebied van leukemie slechts 24% van de besluiten gebaseerd konden worden op randomised controlled trials. De onderzoekers bepleitten om in de richtlijnen aan te geven in welke mate de richtlijnen gebaseerd zijn op evidence<sup>8</sup>.

Het percentage van het medisch handelen dat gebaseerd is op RCT's loopt per indicatiegebied sterk uiteen, namelijk van 11% tot 70%; bij 12 van de 18 studies is dit percentage minder dan 40%<sup>9</sup>.

Ambalavanan en Whyte waarschuwen voor het gebruik van inadequaat bewijs. Veel in de neonatologie toegepaste therapieën worden volgens hen toegepast zonder dat ze gestoeld zijn op evidence; sommige van die therapieën zijn zelfs schadelijk<sup>10</sup>. Patiënten zijn het best gediend met richtlijnen die onderbouwd zijn met sterke bewijzen. Voorkomen moet worden dat richtlijnen geïnstitutionaliseerd worden die niet gebaseerd zijn op adequaat bewijs<sup>11</sup>.

### **2.3 Verschillen tussen richtlijnen**

Evidence zou de basis moeten vormen voor richtlijnen die door beroepsbeoefenaren worden opgesteld. Dit is niet altijd het geval. Richtlijnen kunnen gebaseerd zijn op consensus binnen de beroepsgroep zonder onderliggend bewijs. Bij de opstelling van richtlijnen spelen overigens ook andere factoren een rol, zoals de (medische) cultuur in een land. Dit leidt ertoe dat in verschillende landen verschillende richtlijnen voor hetzelfde indicatiegebied bestaan.

Burgers, et al. vergeleken diabetes type 2 richtlijnen van 13 verschillende landen met elkaar om na te gaan of de verschillen tussen de richtlijnen verklaard zouden kunnen worden door het gebruik van verschillend bewijsmateriaal (evidence). De onderzochte richtlijnen lagen in lijn met het algemene management van diabetes type 2; enkele details van de behandeling vertoonden belangrijke verschillen. Opvallend was dat er weinig overlap qua aangevoerd bewijs tussen de richtlijnen te vinden was. Veelal werd bewijs opgevoerd voortvloeiend uit onderzoek dat in het eigen land was uitgevoerd. Desondanks was er een hoge mate van consensus tussen de richtlijnen. Als mogelijke verklaring hiervoor wordt de invloed van professionele organisaties als de American Diabetes Association genoemd<sup>12</sup>.

Koes, et al. deden soortgelijk onderzoek, maar dan voor de richtlijnen voor lage rugpijn in de huisartsenpraktijk in elf verschillende landen. Ook hieruit bleek dat de richtlijnen zowel op diagnostisch als therapeutisch gebied op hoofdlijnen overeenstemden. Verschillen waren te vinden op het gebied van therapie door oefeningen, spinale manipulatie, het gebruik van spierrelaxantia en de aan de patiënt te geven informatie<sup>13</sup>.

Muller, et al. vergeleken dertien recente nationale en internationale richtlijnen voor dementie. Op dit gebied lijkt er minder overeenstemming tussen de richtlijnen, zowel waar het gaat om diagnose als om therapie. De relatie met evidence is in dit artikel echter niet gelegd<sup>14</sup>.

Ook vergelijking van zes richtlijnen voor de primaire preventie van coronaire hartziekte (CHD), ontwikkeld in verschillende westerse landen, leidde tot de conclusie dat er grote verschillen waren in het vaststellen van het risico op CHD en de therapie hiervoor<sup>15</sup>.

Iqbal, et al. onderzochten de verschillen tussen 41 richtlijnen voor COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease). Hieruit bleek dat veel lokale richtlijnen gebaseerd waren op consensus, waarbij niet is aangegeven in hoeverre deze is gebaseerd op evidence. Er bleken verschillen tussen de longfunctieparameters om de diagnose te stellen en de ernst van COPD te bepalen. De variatie in de richtlijnen kan bijdragen aan de onder- en suboptimale behandeling<sup>16</sup>.

## 2.4 Van evidence based medicine tot evidence based practice

In de praktijk blijkt het moeilijk om van evidence based medicine tot evidence based practice te komen. Klinisch onderzoek leidt continu tot resultaten die kunnen bijdragen aan doeltreffende en doelmatige patiëntenzorg. De resultaten van dergelijk onderzoek zullen de prestaties echter niet doen veranderen wanneer de professionals deze resultaten niet in hun dagelijks handelen een plaats geven<sup>17</sup>.

Verschillende onderzoekers geven aan dat het vertalen van onderzoeksresultaten naar de praktijk onvoldoende geschiedt<sup>18</sup>:

- 30-40% van de patiënten krijgen niet de behandeling die bewezen is effectief te zijn;
- 20-25% van de patiënten krijgen zorg die niet nodig of mogelijk zelfs schadelijk is.

Verschillende factoren kunnen eraan ten grondslag liggen dat er geen sprake is van evidence based practice:

- structurele factoren, bijvoorbeeld financiële disincentives;
- organisatorische factoren, bijvoorbeeld gebrek aan faciliteiten, apparatuur, technologie;
- professionele factoren, bijvoorbeeld kennis, houding, vaardigheden;
- peer group factoren, bijvoorbeeld lokale zorgstandaarden wijken af;
- factoren die samenhangen met de arts-patiëntrelatie, bijvoorbeeld problemen met informatieoverdracht;
- factoren die samenhangen met de patiënt, bijvoorbeeld kennis, houding, vaardigheden.

Huisartsen handelen niet altijd op basis van 'evidence'. Volgens Freeman komt dit onder meer door hun persoonlijke en professionele ervaringen. Bovendien houden ze rekening met de relatie die ze met hun patiënten hebben. Daarnaast denken huisartsen dat specialisten evidence based handelen op een andere manier benaderen. Volgens huisartsen behandelen specialisten ziektes en zichzelf behandelen patiënten. Doordat huisartsen een goede relatie met hun patiënten willen hebben, wordt evidence toegepast op een wijze die deze relatie niet in gevaar brengt. De manier waarop de arts zijn woorden kiest, beïnvloedt de patiënt bij het accepteren of afwijzen van de desbetreffende 'evidence'<sup>19</sup>.

Ook binnen verschillende specialistische deelgebieden blijkt het moeilijk evidence toe te passen binnen het medisch handelen. Zo wijst Jones op het feit dat het een moeizaam proces is om evidence te incorporeren in de routinematige behandeling van astma<sup>20</sup>.

## 2.5 Richtlijntrouw

Het feit dat richtlijnen beschikbaar zijn, wil nog niet zeggen dat de ook toegepast worden. Zo blijkt uit onderzoek in de Verenigde Staten dat Amerikaanse artsen zich slecht houden aan de richtlijnen voor het voorschrijven van statines om daarmee hartziekten te voorkomen. Een deel van de patiënten werd overbehandeld; een ander deel zou statines moeten krijgen, maar dit gebeurde niet. In dit laatste geval was dus sprake van onderconsumptie<sup>21</sup>.

Uit een onderzoek onder 264 huisartsen, psychiaters, psychotherapeuten en klinisch psychologen bleek dat 31% van de voorgenomen behandelingen van depressie niet in overeenstemming waren met de bestaande richtlijnen. Psychiaters volgden de richtlijnen beter dan de andere beroepsgroepen<sup>22</sup>.

In 1997 kwam in Nederland een protocol ter beschikking dat als doel had de toepassing van het nieuwe middel lamotrigine te beperken tot patiënten met moeilijk behandelbare epilepsie. Een belangrijke reden hiervoor was de relatief hoge kostprijs van dit middel. Uit een enquête onder neurologen bleek dat dit protocol slechts bij een klein deel van deze beroepsgroep (22%) bekend was. Het betrof vooral neurologen in epilepsiecentra. Neurologen die het protocol kenden, volgden het in onvoldoende mate, mede als gevolg van een andere visie<sup>23</sup>.

Dit zijn slechts enkele van de vele voorbeelden die in de literatuur beschikbaar zijn. Om te kunnen beoordelen in hoeverre de huisarts in Nederland zich aan richtlijnen houdt, is aan het Centre for Quality of Care Research (WOK) gevraagd dit op grond van het beschikbare materiaal in kaart te brengen. Een uitgebreide analyse is elders in deze publicatie opgenomen<sup>24</sup>.

## 2.6 Redenen voor richtlijnontrouw

In een studie onder 85 Amerikaanse internisten werd nagegaan waarom artsen niet handelen conform de 'best practices' bij

diabetes. Door hen werd in 13% van de gevallen nagelaten jaarlijks de voeten te controleren; voor de retinacontrole was dit 17% en voor serum creatinine was dit 46%. Als redenen werden door de internisten zowel externe factoren aangegeven (noncompliance van de patiënt en het zorgsysteem) als factoren die bij hen zelf lagen (vergeetachtigheid; bewuste keuze omdat men het niet eens was met wat als best practice beschouwd werd)<sup>25</sup>.

Burgers, et al. deden onderzoek naar de factoren die van invloed waren op 'richtlijntrouw' handelen van huisartsen en dan met name naar de factoren die gekoppeld waren aan de richtlijnen zelf. Onderzocht werden zes factoren die de toepassing van richtlijnen zouden kunnen stimuleren en zes factoren die dit zouden belemmeren. Op grond hiervan zouden aanbevelingen gedaan kunnen worden die de kloof tussen onderzoeksresultaten enerzijds en de dagelijkse praktijk anderzijds zouden kunnen overbruggen. De richtlijntrouw bleek groter wanneer de richtlijn meer in overeenstemming is met binnen de praktijk bestaande normen en waarden. Daarnaast bleek dat de richtlijntrouw groter is naarmate de richtlijn meer gebaseerd is op 'evidence'<sup>26</sup>.

Ook Leape, et al. onderzochten de relatie tussen de mate van toepassing van richtlijnen voor PTCA (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty) en CABG (Coronary Artery Bypass Grafting) en de mate waarin betreffende richtlijnen gebaseerd waren op evidence. Hieruit bleek dat de richtlijntrouw groter was naarmate ze meer op bewijs afkomstig van randomised controlled trials gestoeld waren<sup>27</sup>.

De mate van toepassing van een protocol is afhankelijk van de bekendheid ervan bij de desbetreffende beroepsgroep, de betrokkenheid bij de ontwikkeling ervan en de acceptatie. Er zijn specifieke maatregelen nodig om ervoor te zorgen dat ontwikkelde richtlijnen daadwerkelijk toegepast worden. Dit gaat niet vanzelf<sup>28</sup>.

Richtlijnen worden sneller toegepast wanneer ze aansluiten bij bestaande normen en waarden, uitgetoetst kunnen worden en een heldere en aantrekkelijke vormgeving hebben. Verder is het belangrijk dat de doelgroep bij de ontwikkeling ervan betrokken wordt en dat de mogelijkheid bestaat de richtlijnen aan de eigen situatie aan te passen<sup>29</sup>. Waarschijnlijk is een combinatie van massamediale en persoonlijke methoden van disseminatie van richtlijnen het meest effectief voor de verspreiding



ervan, vooral als de desbetreffende doelgroep voortdurend via meerdere kanalen wordt benaderd.

Zoals hiervoor aangegeven zijn er meer factoren dan alleen bewijs die bepalen welke behandeling gekozen wordt. Belangrijke paradigma's in de hedendaagse gezondheidszorg zijn evidence based medicine en patient centered medicine. Daarbij doet zich de vraag voor: hoe patient centered is evidence based medicine? En hoe evidence based is patient centered medicine? Door te kiezen voor evidence based medicine kan voorbijgegaan worden aan de individuele behoeften en voorkeuren, en de emotionele status van de patiënt. Patient centered medicine betekent dat de arts zich richt op het ziek zijn in plaats van op de ziekte, dat de patiënt goed geïnformeerd wordt over mogelijke diagnostische en therapeutische interventies en risico's en dat de arts de patiënt de ruimte geeft en aanmoedigt om mee te beslissen over het behandelplan en om voorkeuren en zorgen te bespreken<sup>30</sup>. Het is dus zaak deze twee benaderingen bij elkaar te brengen. Communicatie speelt hierbij een belangrijke rol<sup>31</sup>. In het volgende hoofdstuk komt dit nader aan de orde.

## 2.7 Conclusie

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

In de praktijk blijken richtlijnen vaak niet toegepast te worden. Hiervoor kunnen vele oorzaken zijn, zoals het 'niet geloven' in de richtlijn en het slecht aansluiten van de richtlijn op de dagelijkse praktijkuitoefening. Daarnaast moet de arts andere afwegingen maken; één daarvan is dat zijn handelen gericht dient te zijn op de specifieke behoeften en voorkeuren van de individuele patiënt: patient centered medicine.

Voor het verlenen van gepaste zorg is het nodig om evidence based medicine en patient centered medicine zo veel mogelijk te integreren. Dit geschiedt binnen de arts-patiëntrelatie.

## 3 De relatie tussen arts en patiënt

### 3.1 Inleiding

“Twee verschillende stemmen, die samen toch één product, één muziekstuk vormen. Zoiets stel ik mij voor bij een duet. Als de twee zangers goed op elkaar zijn afgestemd, goed op elkaar letten en naar elkaar luisteren, zal het muziekstuk doorgaans fraai klinken. Dat betekent genieten voor zowel de uitvoerenden als hun toehoorders. Zo niet, dan kunnen die laatsten beter het geld van hun kaartje terugvragen, dan wel oordopjes gebruiken. Vormen arts en patiënt - in de spreekkamer, aan de telefoon, op zaal - niet ook een duet? Wis en waarachtig. De een kan niet zonder de ander en de ander kan niet zonder de een. Zo simpel is dat.”, aldus begint Crul zijn hoofdredactioneel artikel ‘Arts en patiënt als duet’ in Medisch Contact van 14 maart 2003.

In de literatuur wordt de arts-patiëntrelatie van vele kanten belicht. Zo is nagegaan wat de verwachtingen van patiënten zijn wanneer zij naar een arts gaan, welke voorkeuren zij hebben en of zij deze voorkeuren uiten, in hoeverre zij in de besluitvorming willen participeren en welke invloed de houding van de arts heeft op het gezondheidsresultaat. In de volgende paragrafen worden deze aspecten kort belicht. Hieraan vooraf gaat een beschrijving van de modellen waarin de interactie tussen arts en patiënt kan plaatsvinden. Uiteindelijk gaat het in dit hoofdstuk om het beantwoorden van de vraag wat dit alles betekent voor het gebruik van zorg.

### 3.2 Modellen voor arts-patiëntrelatie

De interactie tussen arts en patiënt kan volgens vier modellen verlopen. De belangrijkste dimensies hierbij zijn de ‘controle over de informatie’ en de ‘controle over de beslissing’<sup>32</sup>.

Deze vier modellen zijn:

- Het ‘paternalistische model’: de arts handelt naar beste weten en beslist (voor de patiënt); hij houdt daarbij niet altijd rekening met de voorkeuren van de patiënt<sup>33</sup>. De arts beheerst zowel de informatie als de beslissing.
- Het ‘professional as agent model’: alleen de patiënt kent zijn voorkeuren. De arts moet daarom de patiënt vragen stellen om zijn voorkeuren te leren kennen. De arts beslist

voor de patiënt over de verschillende behandelingsmogelijkheden. De arts deelt dus de informatie met de patiënt, maar de arts neemt de beslissing.

- Het ‘shared decision making model’. Hierbij worden alle beslissingen over diagnose en behandeling door arts en patiënt samen genomen. Zowel de informatie als de beslissing worden door beide partijen gedeeld.
- Het ‘informed decision model’. Hierbij kent alleen de patiënt zijn voorkeuren. Het is de taak van de arts om de patiënt van relevante informatie te voorzien zodat de patiënt een beslissing kan nemen, waarna de arts de gewenste interventie onderneemt. In dit model is de patiënt een soevereine klant en verleent de arts diensten<sup>34</sup>. In dit model neemt de patiënt dus een autonome beslissing over de hem aangereikte alternatieven.

Bij informed consent<sup>35</sup>, dat in het shared decision making model aan de orde is, worden de verschillende alternatieven besproken en nemen arts en patiënt samen de beslissing<sup>36</sup>.

**Tabel 3.1 Toename patiëntenautonomie in schema<sup>37</sup>**

	----- Patiëntenautonomie neemt toe ----->			
	Paternalistisch model	Professional as agent model	Shared decision making model	Informed decision making model
Taak van de arts	Zorgen voor het welzijn van de patiënt, onafhankelijk van zijn voorkeuren	Wensen van de patiënt leren kennen en voor hem deze implementeren	Wensen van de patiënt leren kennen en samen met de patiënt beslissen welke behandeling gekozen wordt	De patiënt van relevante informatie voorzien zodat deze kan bepalen welke behandeling de arts moet uitvoeren
Rol van de arts	Hoeder (‘Guardian’)	Handelt namens de patiënt (‘Agent’)	Partner	Competente technische deskundige
Wie gaat over de informatie?	Arts	Arts en patiënt	Arts en patiënt	Arts en patiënt
Wie beslist?	Arts	Arts	Arts en patiënt	Arts en patiënt

Wanneer er verschillende behandelingsmogelijkheden zijn en geen van deze mogelijkheden superieur is boven de andere, is er des te meer reden om de patiënt mee te laten beslissen<sup>38</sup>.

Uit een onderzoek van Kjellgren, et al. over de behandeling van hoge bloeddruk blijkt dat iets minder dan de helft van de patiënten wil meebeslissen<sup>39</sup>.

In een onderzoek onder 233 kankerpatiënten is vastgesteld dat 45% van hen voor shared decision making koos. Slechts 24% ervoer dat hiervan daadwerkelijk sprake was. Patiënten die voor een meer passieve rol kozen, gaven aan dat ze meer informatie over de behandelingsopties en hun bijwerkingen hadden willen hebben<sup>40</sup>.

Volgens McKinstry kiest 60% van de patiënten voor een directieve stijl, het paternalistische of het professional as agent model, en slechts 40% voor een participatieve stijl (shared decision making) binnen de interactie tussen arts en patiënt<sup>41</sup>.

**Tabel 3.2**

	Arts beslist	Arts en patiënt beslissen samen	Patiënt beslist
Welke stijl van consulteren verkiest u als patiënt?	7%	87%	6%
Welke stijl van consulteren komt momenteel het meest voor?	60%	35%	5%
Welke stijl van consulteren zal over tien jaar het meest voorkomen?	9%	65%	26%

Volgens een enquête die het British Medical Journal in 1999 via Internet hield<sup>42</sup>, kiest 87% van de respondenten voor shared decision making (zie tabel 3.2; N= 847).

Dit percentage is aanzienlijk hoger dan de percentages die uit de hiervoor beschreven onderzoeken komen. De verklaring is waarschijnlijk te vinden in het verschil in steekproef. Aangenomen mag worden dat de respondenten in het onderzoek van British Medical Journal voornamelijk artsen waren (deze gegevens zijn niet verzameld), terwijl de onderzoeken van Kjellgren en McKinstry onder patiënten gehouden werden.

Volgens onderzoeken van Trendbox, TNS NIPO en Flycatcher, uitgevoerd in opdracht van de Raad voor de Volksge-

zondheid en Zorg in november 2003 onder 1655 consumenten, resp. 157 huisartsen en 350 specialisten, resp. 2065 internetgebruikers, blijkt dat artsen en consumenten verschillend denken over het antwoord op de vraag wie er in de praktijk beslist welk onderzoek of welke behandeling de patiënt ondergaat.

**Tabel 3.3**

Wie beslist	Volgens huisarts	Volgens specialist	Volgens consument	Volgens internetgebruiker
Arts	14%	23%	13%	20%
Arts en patiënt samen	82%	67%	54%	47%
Patiënt	0%	1%	32%	34%
Onduidelijk	4%	9%	1%	-

Vooraf over de mate waarin de patiënt beslist over onderzoek en behandeling lopen de meningen tussen artsen en consumenten sterk uiteen.

### 3.3 Verwachtingen van patiënten

De verwachting die de patiënt heeft van het bezoek dat hij aan zijn arts gaat brengen, is medebepalend voor de interactie die tijdens het consult tot stand komt.

Kravitz, et al. gingen na in hoeverre patiënten verwachtingen hadden van een consult bij internisten die niet waargemaakt werden. 18% van de patiënten meldden dat niet aan hun verwachtingen was voldaan (dit konden er meer dan één zijn)<sup>43</sup>.

De meest voorkomende hadden betrekking op:

- fysiek onderzoek (30%);
- diagnostisch onderzoek (28%);
- verwijzing naar specialisten (26%);
- opnemen van de medische historie (26%);
- voorbereiding van het bezoek door de arts (23%);
- voorschrijven van geneesmiddelen (19%);
- arts-patiëntcommunicatie (15%).

Nagegaan werd ook wat hiervoor de achterliggende oorzaken waren. Uit het onderzoek bleek dat het verwachtingspatroon wordt bepaald door:

- de symptomen (intensiteit, duur, functionele beperking, ervaren ernst van de symptomen) (74%);
- de kennis die de patiënt elders had opgedaan (andere artsen, familie, vrienden, media) (54%);
- ervaren kwetsbaarheid voor ziekte (leeftijd, familiair, lifestyle, eerdere diagnoses) (50%);
- vroegere ervaringen met gelijksoortige ziekten (persoonlijk of in de familie) (42%).

Dit verwachtingspatroon wordt afgezet tegen hetgeen in de praktijk gebeurt.

Uit een Engels onderzoek onder 24 huisartsen en 186 patiënten bleek dat vóór het consult 42% van de patiënten aangaf te wensen of te verwachten een geneesmiddel voorgeschreven te krijgen. In werkelijkheid kreeg 65% een recept; 7% ervan had niet verwacht of gewenst een recept te krijgen. Artsen zeiden dat voor één op de vijf recepten eigenlijk geen strikte medicatie bestond. 41% van de uitgeschreven recepten was gewenst, noodzakelijk en gepast. 18% van de patiënten die een recept kregen, zouden mogelijk niet therapietrouw zijn en 25% had bedenkingen ten aanzien van de medicatie<sup>44</sup>.

In Engeland willen de meeste patiënten die als gevolg van acute bronchitis hun arts consulteren een antibioticum voorgeschreven krijgen. Voor de meeste van hen heeft het gebruik hiervan echter geen invloed op het beloop van de ziekte. Het feit dat patiënten denken dat antibiotica hiervoor wel helpen, leidt ertoe dat huisartsen antibiotica voorschrijven, terwijl ze weten dat dit niet het geval is. Wanneer patiënten een populair geschreven folder meekregen met een mondelinge toelichting van de arts dat het innemen van antibiotica geen zin had, bleek het antibioticagebruik met een kwart verminderd<sup>45</sup>.

De verwachtingen waarmee de patiënt de spreekkamer binnenkomt en de hierna volgende interactie tussen arts en patiënt hebben effect op de mate waarin zorg geconsumeerd wordt. De patiënt heeft zowel verwachtingen als voorkeuren; soms lopen ze parallel, in andere gevallen niet. Voorkeuren hebben niet alleen betrekking op de wens om een geneesmiddel voorgeschreven te krijgen of om een verwijzing, maar ook om de mate waarin de patiënt (mee) wil beslissen over het gebruik van zorg in de vorm van onderzoek en/of behandeling.

### 3.4 Voorkeuren van patiënten

Voor artsen is het niet eenvoudig om de preferenties van hun patiënten te kennen. Zo werkt de arts vaak onder tijdsdruk en aarzelt een deel van de patiënten om hun voorkeur aan te geven, omdat ze bang zijn vervolgens een besluit te moeten nemen. Verder bestaat gebrek aan adequate informatie om het nemen van beslissingen door patiënten te ondersteunen. Een deel van de artsen laat de onbalans qua kennis tussen henzelf en hun patiënten blijken en belemmert daarmee hun patiënten hun voorkeuren te uiten. En tenslotte kan het de arts moeilijk worden gemaakt wanneer de preferenties van de patiënt strijdig zijn met de gangbare richtlijnen<sup>46</sup>.

In Engeland werd onderzocht in hoeverre huisartsen tegemoet kwamen aan de voorkeuren van hun patiënten wanneer het gaat om het nemen van besluiten. In de eerste plaats bleek dat deze voorkeuren tussen patiënten verschilden. Ook bleek dat er een substantieel verschil bestond tussen de voorkeuren over de rol die patiënten bij de besluitvorming wilden spelen en wat deze patiënten in de praktijk tijdens hun consult ervaarden<sup>47</sup>.

Bekend is dat er verschillen bestaan in de voorkeuren van patiënten en die van artsen wanneer het gaat om behandelingen van onder meer hart- en vaatziekten en kanker en behandelingen binnen obstetrie en gynaecologie. Zo willen artsen meer antihypertensiva voorschrijven dan goed geïnformeerde patiënten wensen<sup>48</sup>.

Een deel van de patiënten wenst niet zozeer dat hun behandelpreferentie wordt gehonoreerd maar dat er tijd en aandacht is voor het eigen verhaal van de patiënt en dat er bij behandelingsalternatieven rekening wordt gehouden met de betekenis die de ziekte in het leven van de patiënt heeft<sup>49</sup>. Het komt regelmatig voor dat de patiënt afziet van een voorgestelde behandeling wanneer hem de ruimte wordt geboden de alternatieven te horen en daarover na te denken alvorens een beslissing te nemen.

### 3.5 Uiten van voorkeuren

Zoals hiervoor al aangegeven, kan de patiënt wel voorkeuren hebben, maar dit wil nog niet zeggen dat hij deze bij zijn arts uit.

Uit onderzoek onder 909 patiënten bleek dat 9% van de patiënten één of meer wensen hadden die ze niet geuit hadden bij hun bezoek aan de arts. Het betrof hier vooral de wens om een verwijzing (16,5%) en om fysiotherapie (8,2%). Vooral jonge, weinig geschoolde en ongetrouwde patiënten waren minder geneigd hun wensen te uiten. Ook hadden ze minder vertrouwen in hun arts en beoordeelden ze het consult minder positief. Artsen gaven aan dat deze groep meer inspanning vergde. Patiënten die hun wensen niet hadden geuit, zeiden minder verbetering van hun klachten te ervaren<sup>50</sup>.

Uit een ander onderzoek op basis van audio-opnamen van dezelfde onderzoeksgroep bleek dat de patiënt gemiddeld 4,19 keer vroeg om informatie en 0,88 keer om actie van de arts. Patiënten die erg ongerust waren over hun gezondheid vroegen meer dan degenen die dit niet waren (6,06 versus 3,89 vragen). Bezoeken waarbij de patiënt meer verzoeken deed waren gemiddeld langer en werden door de behandelend arts als meer eisend gezien. Aan het merendeel van de verzoeken werd door de artsen voldaan<sup>51</sup>.

Analyse van audiotapes van 559 bezoeken aan 45 artsen door patiënten met een nieuwe of significante klacht wees uit dat er 545 verzoeken om actie van de arts gedaan waren: in 23% van de gevallen werd gevraagd om tenminste één diagnostisch onderzoek, een verwijzing naar een specialist of een recept. Nieuwe patiënten vroegen meer om diagnostisch onderzoek dan patiënten die al in behandeling waren. Verzoeken om verwijzingen bleken te leiden tot een hogere kans op een verwijzing en verzoeken om een recept ook tot meer kans op het krijgen van een recept<sup>52</sup>.

Protheroe, et al. gingen na wat de impact was van de preferenties van 70-85 jarige patiënten op de behandeling bij boezemfibrilleren met een anticoagulanstherapie. Hierbij werd gebruik gemaakt van geïndividualiseerde besluitanalyse. Er bleek verschil tussen de uitkomst van de besluitanalyse en de behandeling die volgens de richtlijnen moest plaatsvinden. De preferenties van de patiënten leidden in het totaal gezien tot minder gebruik van anticoagulantia dan bij de toepassing van de richtlijnen het geval zou zijn. Er waren echter ook patiënten die volgens de richtlijn geen anticoagulans zouden krijgen en volgens de besluitanalyse wel<sup>53</sup>.



### 3.6 Participeren in de besluitvorming

Zoals hiervoor al aangegeven wil slechts een deel van de patiënten daadwerkelijk participeren in de besluitvorming. Kaplan, et al. gingen in een Amerikaans onderzoek onder 8316 patiënten na in hoeverre patiënten participeerden in de besluitvorming. Ouderen boven 75 jaar en jongeren onder 30 jaar, patiënten met een lage opleiding, patiënten uit minderheidsgroepen en mannelijke patiënten participeerden het minst. Hoe langer de visite duurde des te meer sprake was van participatie<sup>54</sup>.

Reeds in 1974 gaf Vertinsky aan dat de wens tot participatie afnam naarmate men ouder werd<sup>55</sup>. Ook andere onderzoekers kwamen tot deze conclusie bij studies onder kankerpatiënten<sup>56</sup>.

In een onderzoek onder 410 patiënten ging McKinstry na in hoeverre patiënten betrokken wilden worden bij de besluitvorming. De mate waarin dit het geval is, hangt af van de aard van het probleem, de leeftijd, de sociale klasse en het opleidingsniveau van de patiënt, alhoewel er ook binnen deze groepen verschillen zijn. Vooral voor geestelijke gezondheidszorg en lifestyle problemen vinden patiënten dat hun mening een grotere rol moet spelen. Artsen dienen communicatieve vaardigheden en tijd te hebben om op de wensen van hun patiënten in te spelen<sup>57</sup>.

Ook bestaat er een verband tussen de wens tot participatie en de mate van welbevinden. Naarmate men zieker is, neemt de wens tot participatie af. Vertinsky relateerde de wens tot het spelen van een actieve rol aan het aantal bezoeken aan een arts en aan hospitalisatie. Bij meer bezoeken en meer ziekenhuisverblijf nam de wens tot een actieve rol af<sup>58</sup>. Degner en Sloan meldden dat 59% van 428 kankerpatiënten en slechts 9% van de gezonde personen een passieve rol in de besluitvorming wilden<sup>59</sup>. Daar staat tegenover dat uit meer recent onderzoek blijkt dat hoe langer de arts-patiëntrelatie duurt, des te meer de arts geneigd is de patiënt te betrekken bij de besluitvorming<sup>60</sup>.

Niet alle patiënten hebben de behoefte om zich actief op te stellen<sup>61</sup>. Volgens de eerder genoemde onderzoeken van Trendbox en TNS NIPO vertonen vooral jongeren en hoger opgeleiden vaker voorkeur voor een actieve houding tijdens het consult in de vorm van het uiten van expliciete wensen, het willen (mee)beslissen, en dergelijke. Het volgende illustreert dit. Wanneer artsen gevraagd wordt of er volgens hen een

relatie bestaat tussen de expliciete wensen van patiënten en hun leeftijd, geslacht, opleiding, wijze van verzekering of etnische afkomst, gaf het merendeel van de artsen aan dat vooral jongeren en hoog opgeleiden expliciet wensen uiten.

**Tabel 3.4**

	Huisartsen	Specialisten
Jongeren	60	60
Hoog opgeleiden	46	67

De tabel toont het percentage artsen dat zegt dat vooral de desbetreffende groepering expliciet wensen uit.

Een andere resultaat dat dit bevestigt zijn de antwoorden die consumenten geven op de vraag: “Wie beslist uiteindelijk over de behandeling?”

**Tabel 3.5**

	Arts	Arts en patiënt samen	Patiënt
16 - 24 jaar	16	45	39
25 - 34 jaar	12	47	41
35 - 49 jaar	12	56	32
50 - 64 jaar	11	60	29
65+	16	61	23
lage opleiding	18	55	27
middel	13	54	33
hoge opleiding	11	55	34

Uit onderzoek van het NIVEL blijkt dat meer dan de helft van de patiënten zegt dat zij betrokken werden bij de beslissing over een behandeling door de huisarts. Mogelijk is dit percentage zo hoog omdat de door de huisarts voorgestelde behandeling overeenkwam met het idee dat de patiënt van tevoren had, en de patiënt eigenlijk niet bij de daadwerkelijke besluitvorming betrokken was<sup>62</sup>.

Een deel van de patiënten wil niet betrokken worden bij de besluitvorming over de aan hen te verlenen zorg. De wens om betrokken te willen worden, hangt af van leeftijd, socio-

economische status, met ziekte opgedane ervaring en de zwaarte van de beslissing. Patiënten zien veelal de voordelen van deze betrokkenheid niet. Artsen zijn vaak niet in staat om vast te stellen wat de voorkeuren van hun patiënten zijn. Patiënten hebben vaak onrealistische verwachtingen ten aanzien van de kunde van de arts om te weten wat het beste voor hen is<sup>63</sup>.

Oudere patiënten en mannen zijn meer geneigd een passieve opstelling te kiezen bij besluiten over de te kiezen behandeling. Een belangrijk deel van de patiënten die meer informatie wilden hebben, kozen toch voor een passieve opstelling. Patiënten kozen doorgaans een passievere rol dan degenen die hen begeleiden bij het consult<sup>64</sup>.

Volgens een Amerikaans onderzoek geeft 69% van de patiënten er de voorkeur aan om medische beslissingen aan hun arts over te laten. Hoe ouder men is hoe meer dit het geval is, terwijl hoe hoger het opleidingsniveau is des te actiever de rol van de patiënt is. Vrouwen zijn meer actief dan mannen<sup>65</sup>. Ook in de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk komt men tot de conclusie dat hoog opgeleide patiënten het (mee)beslissen over een behandeling belangrijker vonden dan laag opgeleide patiënten. Ook 65-plussers worden door de huisarts minder bij de besluitvorming betrokken<sup>66</sup>.

Braddock analyseerde aan de hand van audiotapes 1057 consulten bij 59 huisartsen en 65 specialisten, waarbij 3552 besluiten genomen werden. De te nemen besluiten werden naar complexiteit gegroepeerd. Hierbij werd een onderscheid gemaakt tussen een basaal besluit, zoals een laboratoriumonderzoek, een gemiddeld besluit, zoals een nieuwe medicatie en een complex besluit, zoals een verrichting. Voor basale besluiten bleken het bespreken van de aard van het besluit en de vraag aan de patiënt om zijn voorkeur aan te geven voldoende. Voor de moeilijker geachte besluiten was meer nodig, zoals het bespreken van de risico's, voordelen en onzekerheden. Van de basale besluiten vond 17% geheel 'informed' plaats; bij de moeilijker besluiten was dit in minder dan 5% het geval. De aard van de interventie werd het meest besproken, namelijk in 71% van de gevallen. Toetsen of de patiënt het begrepen had, gebeurde het minst vaak, namelijk in 1-5% van de gevallen<sup>67</sup>.

Uit onderzoek waarbij de communicatie met de patiënt werd vergeleken tussen artsen die handelden volgens het shared decision making model en artsen die handelden volgens het paternalistische of het professional as agent model, bleek dat patiënten die volgens het shared decision model werden aangesproken veel actiever waren (ze gaven meer hun mening, spraken meer hun zorgen uit en stelden meer vragen) dan de tweede groep patiënten. De communicatie bleek te worden beïnvloed door zowel het geloof dat de arts als de patiënt had in de wijze waarop gestuurd werd: ofwel samen ofwel de arts. Bij shared control werd het partnership versterkt<sup>68</sup>.

Vele onderzoeken wijzen uit dat een deel van de patiënten wel wil (mee)beslissen en een deel juist niet. De mate waarin dit het geval is, hangt af van de aard van het probleem, het geslacht (mannen minder dan vrouwen), de leeftijd (ouderen minder dan jongeren), de sociale klasse en het opleidingsniveau van de patiënt (laagopgeleiden minder dan hoogopgeleiden). Het is belangrijk dat de arts de juiste inschatting maakt over de voorkeur van de patiënt met betrekking tot het al dan niet meebeslissen.

### 3.7 Patiëntgerichtheid en outcome

Wat betekent een patiëntgerichte benadering door de arts voor het resultaat van zijn handelen? Dat patiënten een patiëntgerichte benadering wensen, blijkt uit vele studies. Zo laten de resultaten van een studie van Little, et al. zien dat patiënten een patiëntgerichte benadering wensen, inhoudende dat<sup>69</sup>:

- de arts onderzoekt wat de belangrijkste reden is voor het consult, welke klachten de patiënt heeft en welke informatiebehoefte de patiënt heeft;
- de arts een integrale kijk op de belevingswereld van de patiënt krijgt;
- de arts samen met de patiënt concludeert wat het feitelijke probleem is en hoe dit opgelost kan worden;
- preventie en gezondheidsbevordering verbeterd worden;
- de relatie tussen patiënt en arts verbeterd wordt.

Patiëntgerichte zorg in de huisartsenpraktijk is volgens Bauman een evidence based concept om 'health outcomes' voor chronische ziekten (zoals mensen met diabetes, astma en artritis) te verbeteren. Het leidt tot meer therapietrouw en een betere kwaliteit van leven<sup>70</sup>.

In een studie naar de impact van patiëntgerichte zorg op ‘outcome’ vonden Stewart, et al. dat patiënten, die de aan hun verleende zorg als patiëntgericht ervaren hadden, een beter herstel vertoonden. In deze groep was het aantal diagnostische onderzoeken en verwijzingen met ongeveer de helft verminderd. De belangrijkste schakel met een goede ‘outcome’ was de waarneming van de patiënt dat de arts en de patiënt op één lijn zaten<sup>71</sup>.

Alhoewel de arts het beste voor heeft, komt het vaak voor dat hij niet in staat blijkt de patiënt als een gelijkwaardige partner te zien<sup>72</sup>. In de praktijk blijken er grote verschillen in de mate waarin artsen patiëntgericht handelen<sup>73</sup>.

Nagy komt tot dezelfde conclusie. Effectieve communicatie tussen arts en patiënt maakt duidelijk welke problemen, voorkeuren en verwachtingen de patiënt heeft. Wanneer de patiënt mee discussieert over behandelingsmogelijkheden, zal dit tot een beslissing over de behandeling leiden die het beste aansluit bij de behoeften en voorkeuren van de patiënt. Wanneer arts en patiënt dezelfde kijk hebben op de gezondheidssituatie van de patiënt en het samen over de behandeling eens zijn, zal de therapietrouw hoog en de ‘health outcome’ beter zijn<sup>74</sup>.

Uit meerdere studies is gebleken dat een grotere betrokkenheid van de patiënt bij de besluitvorming tot betere resultaten leidt<sup>75</sup>. Volgens een aantal studies leidt shared decision making ook tot grotere patiëntensatisfactie<sup>76</sup>. Onder meer Frosch meldde dat 70% van degenen die betrokken waren bij shared decision making rond het uitvoeren van PSA-tests enigszins positief of zeer positief over deze participatie oordeelden<sup>77</sup>. Er zijn echter ook studies waaruit dit verband niet blijkt<sup>78</sup>.

Het meest positieve gevolg van shared decision making blijkt een betere kwaliteit van leven te zijn<sup>79</sup>. Ook is er een positieve relatie tussen shared decision making en therapietrouw gevonden<sup>80</sup>. En hetzelfde geldt ook voor aspecten van ‘outcome’, zoals vermindering van het lijden<sup>81</sup>, functionele capaciteit<sup>82</sup> en gezondheidstoestand<sup>83</sup>.

Alhoewel het overheidsbeleid in Nederland gericht is op de versterking van de positie van de patiënt, is het in de dagelijkse praktijk in de spreekkamer van de arts nog altijd de arts die het verloop van het consult bepaalt en wacht de patiënt doorgaans af. Ongeveer driekwart van de vragen worden door de arts gesteld en bijna 90% van alle communicatieve uitingen die

gericht zijn op sturen, komen van de arts. Verder tonen patiënten vaker instemming met hetgeen hun arts naar voren heeft gebracht dan artsen instemming tonen met wat de patiënt zegt<sup>84</sup>.

### **3.8 Hulpmiddelen bij de besluitvorming**

Shared decision making werkt positief op de outcome. Probleem blijft echter dat het voor veel patiënten moeilijk is om tot besluiten te komen. Om hierin te voorzien worden middelen ter ondersteuning van de besluitvorming ontwikkeld.

Deze middelen dragen ertoe bij dat patiënten beter geïnformeerd worden over de behandelingsmogelijkheden. De impact op de keuze hangt waarschijnlijk af van de setting waarin deze gebruikt wordt, het te nemen besluit en de aard van het middel. De kosteneffectiviteit is nog niet goed onderzocht; men vermoedt dat de preferenties van patiënten bij het gebruik van deze middelen zal leiden tot lagere kosten van zorg<sup>85</sup>.

Een Cochrane review over de effecten van het gebruik van hulpmiddelen voor patiënten om besluiten te nemen over onderzoek en behandeling wees uit dat door dergelijke hulpmiddelen te gebruiken patiënten beter geïnformeerd waren, zij meer realistische verwachtingen hadden en meer patiënten betrokken waren bij de besluitvorming<sup>86</sup>.

Hulpmiddelen bij de besluitvorming kunnen de betrokkenheid van de patiënt bij de besluitvorming over de behandeling vergroten. Zoals hiervoor al aangegeven is het belangrijk te weten welke effecten dit heeft op de gezondheidstoestand en de kosten. Kennedy, et al. onderzochten dit bij vrouwen met menstruatieklachten. Wanneer zij alleen informatiemateriaal kregen (op schrift en op video) had dit geen invloed op de keuze van de behandeling. Wanneer zij ter aanvulling hierop een gesprek kregen waarin toelichting gegeven werd en de voorkeuren van de vrouwen duidelijk werden, had dit een significant effect. Het aantal baarmoederverwijderingen in deze groep was lager. Ook waren de kosten voor deze groep lager in vergelijking met de groep die informatiemateriaal gekregen had en de controlegroep die helemaal niets gehad had. De gemiddelde kosten voor de laatste groep waren US \$ 2751, voor de informatiegroep US \$ 2026 en voor de 'gespreksgroep' US \$ 1566<sup>87</sup>.

Artsen nemen vaak dezelfde typen besluiten op basis van hun ervaringen en kennis over baten en risico's van mogelijke interventies. Patiënten daarentegen hoeven relatief zelden dit type besluiten te nemen. Vaak doen ze dit zonder hierop goed voorbereid te zijn. De wijze waarop te maken keuzen en mogelijke uitkomsten worden gepresenteerd zal sterke invloed hebben op de beslissing van de patiënt. Afhankelijk van de context waarin keuzen worden gepresenteerd zullen patiënten verschillende keuzen maken. Het is dus belangrijk dat patiënten relevante en accurate informatie in een adequate vorm krijgen. Een 'balance sheet' kan de patiënt relevante informatie bieden die gebaseerd is op 'evidence'. Alternatieve interventies worden met elkaar vergeleken op voor- en nadelen, zoals mogelijke complicaties, pijn of belasting, gevolgen voor de levensverwachting en verwacht effect<sup>88</sup>.

### 3.9 Vertrouwen

Belangrijk is het vertrouwen dat de patiënt in de arts heeft. In het algemeen is het vertrouwen in de arts in Nederland groot. Meer dan driekwart van de patiënten twijfelt zelden of nooit aan de diagnose die de arts stelt of de therapie die hij geeft. Een op de vijf patiënten zegt soms te twijfelen en slechts 3% twijfelt regelmatig<sup>89</sup>.

Bekend is dat er een relatie bestaat tussen de mate waarin naar de mening van de patiënt de arts voldoet aan zijn wensen en het vertrouwen dat de patiënt in zijn arts heeft. Patiënten met minder vertrouwen in hun arts zeggen eerder dat ze behandelingen waarom ze vroeger of die ze nodig hadden, niet kregen dan patiënten met veel vertrouwen in hun arts<sup>90</sup>. Het is dus belangrijk dat een arts adequaat met de patiënt over zijn wensen communiceert opdat het vertrouwen in de arts toeneemt.

Onderzoek onder 732 patiënten die een consult gehad hadden, leidde tot de conclusie dat patiënten die vóór het bezoek minder vertrouwen in de arts hadden, meer rapporteerden dat een in hun ogen nodige of gewenste dienst niet geleverd was. Ze waren minder tevreden over de aan hun verleende zorg, minder geneigd het advies van de arts op te volgen en minder geneigd na twee weken een verbetering van de klachten te rapporteren<sup>91</sup>.

Vertrouwen hangt onder meer samen met de houding van de arts. Wanneer de arts weinig betrokkenheid tot (het probleem

van) de patiënt toont c.q. zich afstandelijk opstelt, heeft dit tot gevolg dat de patiënt het vaker oneens is met de diagnose en behandeling door de arts. Dit leidt tot het niet afhalen van geneesmiddelen, therapie-ontrouw, minder herhalingsbezoeken en slechtere resultaten<sup>92</sup>.

Wanneer de arts begrijpt hoe de patiënt zijn of haar ziekte en de rol van de arts bij de behandeling ervan ziet, zal dit de effectiviteit van de inspanning van de arts vergroten<sup>93</sup>.

Alhoewel vaak het tegendeel gedacht wordt, blijkt uit onderzoek dat een consult niet substantieel langer wordt wanneer de patiënt de gelegenheid krijgt om zonder onderbroken te worden al zijn problemen kan vertellen<sup>94</sup>.

Ook Barrier, et al. wijzen op het belang de patiënt eerst al zijn problemen te laten vertellen en hem of haar niet te onderbreken. Een patiëntgerichte benadering tijdens het consult, waarbij het verzamelen van informatie, het opbouwen van een goede relatie en het informeren van de patiënt centraal staan, leidt tot een betere arts-patiëntcommunicatie. Dit kan de tevredenheid zowel aan de kant van de patiënt als aan die van de arts verbeteren, de efficiency verhogen, en therapietrouw en het resultaat ('health outcome') verbeteren<sup>95</sup>.

Het is belangrijk dat de arts zowel verbaal als non-verbaal laat blijken dat wat de patiënt zegt, belangrijk is<sup>96</sup>. De wijze waarop de arts de patiënt verbaal en non-verbaal tegemoet treedt in de spreekkamer heeft consequenties voor patiënttevredenheid en therapietrouw<sup>97</sup>.

### **3.10 Therapietrouw**

Hiervoor is al aangeduid dat er een relatie bestaat tussen de invulling die aan de arts-patiëntrelatie wordt gegeven en de therapietrouw. Therapietrouw van patiënten is een groot probleem. In de geïndustrialiseerde landen is slechts 50% van de patiënten met een chronische ziekte therapietrouw. Voor ontwikkelingslanden ligt dit percentage nog lager<sup>98</sup>. In de Verenigde Staten gebruikt slechts 55% van de tuberculosepatiënten, 48% van de diabetespatiënten, 46% van de astmapatiënten en 42% van de glaucoompatiënten hun geneesmiddelen volgens voorschrift. Tussen 14% en 21% van de patiënten haalt de hen voorgeschreven geneesmiddelen helemaal niet



af. Tussen 12% en 20% van de patiënten slikt geneesmiddelen die voor iemand anders zijn voorgeschreven<sup>99</sup>.

Ook in Nederland is de situatie op dit punt zorgelijk. Ongeveer 50-70% van de chronische patiënten die negen 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 € verspild<sup>100</sup>.

Noncompliance kan onder meer gebaseerd zijn op:

- De complexiteit van de therapie, problemen met de verenigbaarheid van de levensstijl, en dergelijke.
- Het onvermogen van patiënten, gebrek aan kennis, e.d. Uit onderzoek is gebleken dat 40% tot 80% van hetgeen de patiënt van zijn arts te horen krijgt, vergeten is, zodra deze de spreekkamer heeft verlaten. Van de 20% die wel wordt onthouden, herinneren de mensen zich de helft verkeerd<sup>101</sup>.
- Het onvermogen van artsen om te controleren of de patiënt de boodschap goed begrepen heeft. Uit onderzoek in opdracht van de KNMG blijkt dat een kleine meerderheid van de artsen (53%) zich in staat acht om goed te controleren of de patiënt verstrekte informatie goed begrepen heeft. 17% acht zich daartoe niet goed in staat. Eenderde stelt zich neutraal op. Artsen met weinig patiënten (minder dan 51 per week) menen vaker (61%) en artsen met 101 tot en met 150 patiënten per week minder vaak (44%) dan gemiddeld (53%) dat zij hiertoe in staat zijn<sup>102</sup>.
- Een bewuste keuze van de patiënt om de therapie te wijzigen of te stoppen (bijvoorbeeld als gevolg van de kosten voor de patiënt, vermelde bijwerkingen op de bijsluiter, enz.).

Onderzoekers in de Verenigde Staten vonden een verschil van 76% tussen hetgeen aan patiënten was voorgeschreven en wat ze feitelijk innamen; 51% van dit verschil was het gevolg van het innemen van medicijnen die niet waren voorgeschreven, voor 29% werd dit veroorzaakt door patiënten die niet het voorgeschreven middel innamen en 20% kwam door verschillen in voorgeschreven dosering en feitelijk ingenomen dosis<sup>103</sup>.

Wanneer het gaat om het gepast gebruik van zorg is therapietrouw dus een belangrijk thema.

### 3.11 Consumentisme

Regelmatig wordt gesteld dat in de gezondheidszorg het consumentisme toeneemt. Vaak wordt daarbij niet duidelijk wat dan met consumentisme bedoeld wordt. In de literatuur worden aan dit begrip verschillende betekenissen toegekend, zoals:

- het gedrag van een zorgvrager dat gebaseerd is op adequate informatie (de zorgvrager gebruikt bijvoorbeeld het internet om informatie te krijgen over gezondheid, ziekte en de kwaliteit van artsen en ziekenhuizen);
- het gedrag van de zorgvrager waaruit blijkt dat hij keuzemogelijkheden heeft en deze ook benut, met name omdat hij zelf een groter deel van de kosten moet betalen<sup>104</sup>;
- het gedrag van een zorgvrager dat leidt tot een verantwoordelijkheid nemende, geïnformeerde zorgconsument die actief betrokken is bij het managen van zijn zorg<sup>105</sup>;
- het gedrag van de zorgvrager waaruit blijkt dat hij zorg als een product ziet waarvoor hij betaald heeft en waaraan hij dus kwaliteits- en leveringseisen kan stellen. De zorgvrager heeft een houding van 'de klant is koning' en verwacht bij de zorgverlener de reactie 'u vraagt, wij draaien'<sup>106</sup>;
- het gedrag van de zorgvrager dat zich uit door de nieuwste en beste zorg en wel direct te eisen.

Afhankelijk van de definitie kan het begrip consumentisme in de zorgsector daarmee zowel een positieve als een negatieve lading krijgen.

Een aantal indicatoren laat zien dat consumenten in de Verenigde Staten aan het eind van de jaren negentig meer bij de zorg betrokken waren dan aan het begin van de jaren negentig. Door de media wordt meer aandacht aan gezondheidszorg geschonken (495% meer in 1998 dan in 1990), de Direct to Consumer Advertising is in deze periode sterk toegenomen (257%), de zorgvragers kregen meer eigen verantwoordelijkheid (de eigen betalingen namen in deze periode met 337% toe) en zij gaven meer uit aan alternatieve geneeswijzen (315%), en ten slotte kozen consumenten in veel grotere mate voor grote keuzevrijheid met weinig beperkingen (245% toename in PPO enrollment) dan voor weinig keuzevrijheid (75% toename in HMO enrollment)<sup>107</sup>.

Als een andere maat wordt de toename gezien van het aantal internetgebruikers dat via internet informatie over gezondheid en zorg raadpleegt. In september 1997 waren er 1 miljoen internetgebruikers in Nederland; in september 2002 waren dit er 9,7 miljoen<sup>108</sup>. Het percentage internetgebruikers dat ge-

zondheids(zorg)informatie raadpleegt, ligt de afgelopen jaren rond 70%. In de afgelopen 5 jaar is het absolute aantal dat dit doet met enkele miljoenen toegenomen.

De verantwoordelijkheid nemende ('accountable') zorgvrager wordt gekenmerkt doordat hij of zij<sup>109</sup>:

- naar informatie over gezondheid en zorg zoekt, deze informatie weet te vinden en in staat is te beoordelen of deze informatie adequaat is;
- een gezonde levensstijl heeft;
- oog heeft voor preventie en weet in welke gevallen vroegtijdige opsporing aan de orde is;
- in staat is de voor hem of haar meest geschikte zorgverzekering en zorgaanbieder te kiezen;
- weet hoe en wanneer zelfzorg toe te passen;
- adequaat met zijn of haar arts communiceert en participeert in de besluitvorming;
- (een) chronische aandoening(en) zoveel mogelijk zelf weet te managen;
- bij beslissingen oog heeft voor kostenimplicaties.

Op het fenomeen consumentisme kan ingespeeld worden door deze ontwikkeling op een adequate wijze te kanaliseren. Dit kan door de consument hulpmiddelen te geven voor het nemen van beslissingen en door adequate informatie te geven, met name over evidence based medicine, bijvoorbeeld in de vorm van voor consumenten begrijpelijke richtlijnen voor medisch handelen, en via informatie over de performance van zorgaanbieders (onder andere: in welke mate handelen zij volgens deze richtlijnen)<sup>110</sup>. Een positieve benadering van consumentisme houdt in dat juist de zorgvrager een leidende rol speelt bij het bevorderen van de toepassing van evidence based medicine<sup>111</sup>.

### 3.12 Conclusie

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 health outcome, gezondheidsbeleving en satisfactie bij de pati-

ent. 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. Het interactiemodel waarbij sprake is van shared decision making - arts en patiënt bepalen samen welk onderzoek en welke behandeling ingezet worden - biedt de beste perspectieven tot gepast gebruik van zorg.

Het gesignaleerde toenemende consumentisme in de zorg kan positief gekanaliseerd worden door de patiënt in begrijpelijke taal informatie te geven over evidence based medisch handelen en de performance van zorgaanbieders in dit opzicht. Wanneer patiënten goed geïnformeerd zijn, bevordert dit een goed samspel tussen arts en patiënt, waarbij evidence based medicine en patient centered medicine elkaar versterken.

## **4 De invloed van de patiënt op het gebruik van zorg**

### **4.1 Inleiding**

In het voorgaande hoofdstuk is aangegeven dat de arts-patiëntrelatie invloed heeft op onder meer de mate waarin een beroep op zorg gedaan wordt, op de compliance en op de 'health outcome'. Relevant is te bezien in hoeverre versterking van de vraagzijde invloed heeft op het gebruik en daarmee op de kosten van zorg. Dit is niet in maat en getal uit te drukken, wel is het mogelijk om indicaties te geven ten aanzien van de mate waarin patiënten in Nederland direct invloed uitoefenen op het gebruik van zorg. Basis hiervoor vormen onderzoeken uitgevoerd in opdracht van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg door Trendbox en TNS NIPO in november 2003 onder 1655 consumenten, resp. 157 huisartsen en 350 specialisten. In deze onderzoeken is nagegaan wat het gedrag van consumenten/patiënten is in de situatie dat zij moeten beslissen om al dan niet een beroep te doen op een arts en in de situatie dat zij contact hebben met en arts om al dan niet verdergaand beroep op zorg te doen. Daarnaast is nagegaan hoe artsen hierop reageren en welke ontwikkelingen artsen zien in het gedrag van patiënten qua het expliciet uiten van wensen en mondigheid.

### **4.2 De consument met gezondheidsklachten**

De Nederlandse consument zegt minder vaak dat hij klachten, zoals hoofdpijn, keelpijn en hoesten heeft, dan inwoners in ons omringende landen<sup>112</sup>. Ook gaat de Nederlandse consument minder snel naar de dokter wanneer hij dergelijke veel voorkomende klachten heeft. Bijna de helft van het aantal bezoeken vanwege dergelijke veel voorkomende gezondheidsklachten wordt aan huisartsen gebracht door degenen die aangeven regelmatig of chronisch ziek te zijn (23% van de bevolking).

Verschillende factoren zijn van invloed op de beslissing van de consument om al dan niet een dokter te raadplegen. Grofweg zijn deze factoren te onderscheiden in factoren die samenhangen met de ziekte of klacht, in factoren die gerelateerd zijn aan de consument en in externe factoren<sup>113</sup>. Uiteraard speelt de

door de consument ervaren urgentiegraad van de klacht een grote rol. De inschatting van de aard en ernst van de klacht, alsmede van de verwachting over wat aan de klacht te doen is, zijn in hoge mate bepalend<sup>114</sup>.

Factoren die gerelateerd zijn aan de patiënt zijn onder meer de gezondheidstoestand, sociaal-demografische en psychologische kenmerken, kennis en opvattingen over gezondheid, ziekte, zorg en zorgaanbieders, eventuele eigen betalingen en beschikbare tijd. Ouderen, vrouwen, gescheiden mensen, mensen met een lage opleiding, lage sociaal economische status en lage inkomens gaan vaker naar de arts<sup>115</sup>. Allochtonen, vooral Turken, bezoeken vaker de huisarts en gebruiken meer medicijnen dan autochtonen. Ook worden allochtonen (Turken, Marokkanen en Surinamers) meer in ziekenhuizen opgenomen dan autochtonen<sup>116</sup> en krijgen Turken, Surinamers en Marokkanen tot 55 jaar meer geneesmiddelen op recept voorgeschreven dan autochtonen<sup>117</sup>.

Eigen betalingen (van voldoende omvang) leiden tot verminderd gebruik van medische zorg, maar ook van noodzakelijke zorg. Zij beïnvloeden alleen de initiële beslissing om al dan niet naar de dokter te gaan<sup>118</sup>.

Externe factoren die de gang naar de dokter beïnvloeden zijn zorgaanbieders, maatschappij en cultuur, en de organisatie van de zorg. Sommige onderzoeken geven aan dat er geen verband is tussen reistijd, wijze van vervoer en huisartsbezoek<sup>119</sup>; ander onderzoek wijst erop dat afstand en beschikbaarheid van diensten wel degelijk invloed hebben<sup>120</sup>.

De media hebben invloed op het aantal patiënten dat besluit hun huisarts te consulteren. Volgens huisartsen komt het volgende percentage patiënten op het spreekuur als gevolg van de aandacht die in de media aan een bepaald gezondheidsprobleem wordt gegeven:

- artikel in krant of tijdschrift: 4%;
- TV-uitzending: 3%;
- bericht via internet: 2%.

Volgens consumenten heeft 11% van hen ooit wel eens hun huisarts geraadpleegd vanwege een bericht in de media; 1% zegt dit soms gedaan te hebben, 10% zegt zelden.

### 4.3 Mondigheid van de consument

Veel, maar niet alle artsen zien veranderingen in het gedrag van patiënten. Huisartsen en specialisten zien over de afgelopen twee jaar een toename van het aantal patiënten dat zich als volgt opstelt:

Tabel 4.1

	% artsen dat toename ziet
Veeleisend	65
Informeert zich voorafgaand aan het bezoek elders	55
Komt voor elk wisselwasje	49
Klaagt over de behandeling	33
Vraagt inzage in het dossier	26

Het kwam slechts sporadisch voor dat artsen een afname zagen. Het overige deel zag doorgaans geen verandering.

Deze cijfers geven wel een tendens aan, maar geven uiteraard geen indicatie over het percentage patiënten dat zich zo opstelt. Het onderzoek onder consumenten geeft hier zicht op.

Het percentage patiënten dat elders informatie over zijn klachten vergaart voordat men op het spreekuur verschijnt, is:

- volgens consumenten: 15% (doet dit altijd);
- volgens internetgebruikers: 16% (altijd of vaak);
- volgens huisartsen: 10%;
- volgens specialisten: 19%.

Elders ingewonnen betekent in de praktijk doorgaans bij familie, vrienden of kennissen of via internet.

Het percentage consumenten dat in het afgelopen jaar bij de arts heeft geklaagd over de behandeling bedraagt 9%. Verder zegt 3% van de consumenten in het afgelopen jaar aan hun huisarts inzage in hun dossier te hebben gevraagd, bij specialisten is dit 6% en bij ziekenhuizen 12%.

Een deel van de patiënten vraagt expliciet aan de arts om een recept, een onderzoek of een verwijzing. Desgevraagd zegt 12% van de patiënten die het afgelopen jaar een recept van hun huisarts kregen dat dit op hun eigen verzoek is gebeurd.

15% van de verwijzingen naar de specialist is volgens de patiënten op hun eigen verzoek geschied.

Wanneer aan artsen gevraagd wordt hoeveel patiënten expliciet om een recept vragen dan komen huisartsen op hetzelfde percentage uit (12%). Bij specialisten is dit 15%.

Wanneer patiënten expliciet om een onderzoek of een behandeling vragen, wil dit niet zeggen dat dit verzoek ook gehonoreerd wordt. Specialisten weigeren dergelijke verzoeken meer dan huisartsen. Vragen om röntgenfoto's, MRI-scans en dergelijke worden het meest geweigerd, namelijk door bijna de helft van de specialisten en eenderde van de huisartsen. 30% van de specialisten weigert doorgaans expliciete vragen om laboratoriumonderzoek tegen 13% van de huisartsen. Ongeveer één op de vijf specialisten weigert doorgaans een verzoek om een recept tegen 12% van de huisartsen.

Huisartsen zeggen ook vaker dan specialisten in tweede instantie toch aan de wens van de patiënt te voldoen na in eerste instantie geweigerd te hebben. Van de huisartsen zegt 61% dat dit het afgelopen jaar is voorgekomen bij de vraag om een recept, 46% bij de vraag om een verwijzing en 42% bij de vraag om een onderzoek. Onder specialisten leggen deze percentages op 19% (recept), 10% (verwijzing) en 20% (onderzoek).

Van de consumenten die het afgelopen jaar een huisarts of een specialist bezocht hebben, zegt 7% dat het is voorgekomen dat een verzoek om een verwijzing of een recept door de arts werd afgewezen. Bij verzoeken om onderzoeken, zoals röntgen- en echo-onderzoek en bloed- en urineonderzoek ligt dit op 4% à 5%. Na aandringen van de patiënt wordt volgens patiënten ruwweg in de helft van de gevallen alsnog ingestemd met de wens van de patiënt.

Ook het omgekeerde komt voor. Een deel van de patiënten geeft te kennen niet in te stemmen met het advies van de arts tot het gebruik van een geneesmiddel, een verwijzing of het ondergaan van een onderzoek. Patiënten maken het minst bezwaar tegen een verwijzing. Een groter deel maakt bezwaar tegen een voorgesteld onderzoek en de meeste weerstand bestaat tegen het gebruik van een geneesmiddel. Onderstaande tabel maakt dit duidelijk.



**Tabel 4.2**

% patiënten	Percentage artsen dat zegt dat % van de patiënten niet instemt			
	< 1%	1 - 5%	6 - 10%	> 11%
<b>Huisartsen</b>				
Geneesmiddel	15	49	23	13
Onderzoek	35	54	8	4
Verwijzing	59	36	3	1
<b>Specialisten</b>				
Geneesmiddel	35	34	11	18
Onderzoek	47	39	9	3
Verwijzing	69	24	3	1

Voor een specifieke groep consumenten, namelijk zwangere vrouwen, is nagegaan in hoeverre zij invloed uitoefenen op het gebruik van zorg. Het gaat hier om een groep overwegend gezonden die gebruik maakt van zorgvoorzieningen. Daarbij ging het vooral om de vraag in hoeverre onderzoek of behandeling op eigen verzoek van de zwangere vrouw gedaan werd en in hoeverre de arts aan dergelijke verzoeken tegemoet kwam.

Zwangere vrouwen hebben vooral behoefte aan informatie. Om informatie te krijgen maken zij vooral gebruik van kranten/tijdschriften, TV-programma's en internet. Expliciete wensen om onderzoek zijn relatief bescheiden. Zwangere vrouwen vragen relatief gezien het meest om onderzoek wanneer een gewenste zwangerschap uitblijft en om echoscopieën. Vrouwen van 36 jaar en ouder vragen daarnaast om nekplooi-meting en vruchtwaterpunctie.

Opgemerkt moet worden dat beroepsbeoefenaren verplicht zijn vrouwen van 36 jaar en ouder te informeren over prenatale screening door nekplooi-meting, vruchtwaterpunctie, vlokentest en tripeltest. Vrouwen die jonger zijn dan 36 jaar mogen geïnformeerd worden wanneer zij hiernaar vragen. Uit de cijfers blijkt dat veel vrouwen van 36 jaar en ouder hierover niet geïnformeerd worden. Het komt vaker voor dat de behandelaar een onderzoek voorstelt en de vrouw weigert, dan dat de vrouw om een onderzoek vraagt en de behandelaar weigert<sup>121</sup>.

De wijze van bevallen is doorgaans geen punt van discussie. Vrouwen vragen zelf nauwelijks om ingeleid te worden, om een ruggenprik tegen pijn of om een keizersnede. Dit laten zij doorgaans over aan de behandelaar.

De zorgconsumptie gerelateerd aan zwangerschap en bevalling wordt bijgevolg slechts in zeer beperkte mate beïnvloed door de zwangere vrouw.

#### **4.4 Compliance**

De invloed van consumenten op het gebruik van zorg is ook gerelateerd aan het nakomen van afspraken die arts en patiënt maken. Bekend is dat het niet volgens voorschrift gebruiken van geneesmiddelen of een verkeerde leefgewoonte in veel gevallen het genezingsproces belemmert.

Specialisten geven hun patiënten iets vaker het advies om hun leefgewoonte te veranderen dan huisartsen doen (18% resp. 11% van de gevallen). Specialisten houden ook meer in de gaten of hun patiënten dit advies opvolgen dan huisartsen (70% resp. 55%). Artsen zijn in het algemeen niet erg positief over het resultaat van hun advies. Van de huisartsen denkt slechts 5% dat de meeste patiënten dit advies opvolgen; 42% denkt dat de helft dit doet en 53% denkt dat slechts enkele patiënten dit doen. Specialisten zijn in dit opzicht iets optimistischer met 25% (de meeste patiënten), resp. 40% (de helft) en 30% (enkele patiënten).

Artsen lijken dit redelijk goed in te schatten. Desgevraagd zegt 27% van de internetgebruikers in het afgelopen jaar van hun arts het advies gekregen te hebben om hun leefgewoonte te veranderen. 40% van hen zegt het advies opgevolgd te hebben; 60% deed dit niet. Degenen die samen met de arts tot de conclusie gekomen waren dat men zijn leefgewoonte zou moeten wijzigen (shared decision making) volgden het advies significant vaker op.

Artsen zijn veel pessimistischer over de therapietrouw van patiënten dan de patiënten zelf. 80% van de huisartsen en 67% van de specialisten is het eens met de stelling dat veel geneesmiddelen niet goed werken, omdat ze niet volgens voorschrift worden ingenomen. Meer dan driekwart van de artsen die het met deze stelling eens is, zegt dat één van de oorzaken te vin-

den is in het feit dat de patiënt het belang er niet van inziet om de aanwijzingen van de arts op te volgen.

Het merendeel van de patiënten dat een geneesmiddel voorgeschreven heeft gekregen (90%), zegt daarentegen dat men het middel volgens voorschrift inneemt. Waarschijnlijk bestaat er een verschil tussen de instructies die de patiënt denkt gekregen te hebben en de instructies die de arts bedoeld heeft te geven.

#### **4.5 Conclusie**

Consumenten worden mondiger en uiten in toenemende mate hun wensen. Hoewel het aantal toeneemt, moet men de omvang niet overschatten. Bovendien hoeft deze ontwikkeling niet te betekenen dat daardoor automatisch het beroep dat op zorgvoorzieningen gedaan wordt, toeneemt. Juist een actieve patiënt die samen met zijn arts tot een beslissing komt, is eerder geneigd de daarbij gemaakte afspraken na te komen.

Uit de resultaten van de onderzoeken 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 zonder deze wens. 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.

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. Uit het voorgaande blijkt dat de arts nog altijd de regie voert in de spreekkamer en dat veel patiënten ook niet anders zouden willen. Huisartsen zijn doorgaans meer geneigd in te gaan op de wensen van patiënten dan specialisten. Niet alleen de in opdracht van de RVZ uitgevoerde onderzoeken, maar ook de literatuur laat dit beeld zien.

## Literatuur

- <sup>1</sup> Lems, S. Zorggebruik en vraagsturing: de invloed van consumenten via artsen. In: De invloed van de consument op het gebruik van zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004.
- <sup>2</sup> Black, N. Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. *British medical Journal*, 312, 11 05 1996, pag. 1215-1218.
- <sup>3</sup> Sackett D.L., et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 13 01 1996, pag. 71-726.
- <sup>4</sup> Oxford-Centre for Evidence Based Medicine ([http://www.cebm.net/levels\\_of\\_evidence.asp](http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp))
- <sup>5</sup> Guyatt, G. & D. Rennie (ed.) *Users Guides to the Medical Literature: a manual for evidence-based clinical practice*. Chicago: American Medical Association, 2002.
- <sup>6</sup> *British Medical Journal*, 320, 2000.
- <sup>7</sup> Matzen, P. How evidence-based is medicine? a systematic literature review. *Ugeskr Laeger*, 2003, 165, no. 14, p. 1431-1435.
- <sup>8</sup> Djulbegovic, B. & T. Hadley: Evaluating the quality of clinical guidelines. *Linking decisions to medical evidence*. *Oncology*, 1998, 12, p. 310-314.
- <sup>9</sup> Booth A. What proportion of healthcare is evidence based? *Resource Guide*  
Zie <http://www.shef.ac.uk/~scharr/ir/percent.html>
- <sup>10</sup> Zie bijvoorbeeld: New thinking on ops for premature babies. *New Scientist*, 181, 14 02 2004, no. 2434, pag. 17.
- <sup>11</sup> Ambalavanan, N. & R.K. Whyte. The mismatch between evidence and practice common therapies in search of evidence. *Clin Perinatology*, 30, 2003, no. 2, p. 305-331.
- <sup>12</sup> Burgers, J.S., et al. Inside guidelines: comparative analysis of recommendations and evidence in diabetes guidelines from 13 countries. *Diabetes Care*, 25, 2002, no. 11, p. 1933-1939.
- <sup>13</sup> Koes, B.W., et al. Clinical Guidelines for the management of low back pain in primary care: an international comparison. *Spine*, 26, 2001, no. 22, p. 2504-2513.
- <sup>14</sup> Muller, U., et al. A Systematic comparison of national and international dementia guidelines. *Fortschritt in Neurologie und Psychiatrie*, 71, 2003, no. 6, p. 285-295.
- <sup>15</sup> Broedl, U.C., H.C. Geiss en K.G. Parhofer. Comparison of current guidelines for primary prevention of coronary heart

- disease. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 2003, no. 3, p. 190-195.
- <sup>16</sup> Iqbal, A., et al. Worldwide guidelines for chronic obstructive pulmonary disease: a comparison of diagnosis and treatment recommendations. *Respirology*, 7, 2002, no. 3, p. 233-239.
- <sup>17</sup> Grimshaw, J.M., J. Ward, M. Eccles. Getting research into practice. In: Pencheon, D., et al. *Oxford Handbook of Public Health*. Oxford: Oxford University Press, 2001.
- <sup>18</sup> Schuster, M.A., E.A. McGlynn & R.H. Brook. How good is the quality of health care in the United States? *Milbank Quarterly*, 76, 1998, no. 4.
- Grol, R. Improvement of Medical Care. *Journal of the American Medical Association*, 286, 2001, p.2578-2585.
- <sup>19</sup> Freeman, A.C. and K. Sweeney. Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study. *British Medical Journal*, 323, 2001, p. 1100-1102.
- <sup>20</sup> Jones, P.W. Applying evidence and theory to guide clinical decision making - implications for asthma management. *Respirology Medicine*, 96, 2002, no. 8, p. 567-71.
- <sup>21</sup> Abookire, S.A., et al. Using and monitoring of statin lipid-lowering drugs. *Archives of Internal Medicine*, 161, 2001, p. 53-58.
- <sup>22</sup> Tiemeier, H., et al. Guideline adherence rates and interprofessional variation in a vignette study of depression. *Quality and Safety in Health Care*, 11, 2002, p. 214-218.
- <sup>23</sup> Tuinder, S., et al. Voorschrijven volgens protocol. *Medisch Contact*, 59, 2004, no. 3, p. 79-82.
- <sup>24</sup> Harmsen M, J. Braspenning en R.P.T.M. Grol. Over- en onderconsumptie in de gezondheidszorg: het handelen volgens (evidence-based) richtlijnen. In: *Met het oog op gepaste zorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004.
- <sup>25</sup> Mottur-Pilson, Chr., et al. Physicians explanations for failing to comply with 'Best Practices'. *Effective Clinical Practice*, September/October 2001.
- <sup>26</sup> Burgers, J.S., et al. Characteristics of effective clinical guidelines for general practice. *British Journal of General Practice*, 53, 2003, no. 1, p. 15-19.
- <sup>27</sup> Leape, L.L., et al. Adherence to practice guidelines: the role of specialty society guidelines. *American Heart Journal*, 145, 2003, no. 1, p. 19-26.
- <sup>28</sup> Bero, L.A., et al. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions

- to promote the implementation of research findings. *British Medical Journal*, 317, 1998, p. 465-468.
- 29 Grol, R.P.T.M. en M. Wensing. *Implementatie; effectieve verandering in de patiëntenzorg*. Maarsse: Elsevier Gezondheidszorg, 2001.
  - 30 Brink-Muinen, A. van den, et al. *Oog voor communicatie: huisarts-patiënt communicatie in Nederland*. Utrecht: NIVEL, 2004.
  - 31 Bensing, J. Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education Counselling*, 39, 2000, no. 1, pag. 17-25.
  - 32 Wensing, M., et al. Deconstructing patient centred communication and uncovering shared decision making: an observational study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 2, 2002, no. 1.
  - 33 Parsons, T. The sick role and the role of the physician reconsidered. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 53, 1975, p. 257-278.
  - 34 Donabedian, A. Quality assurance in health care: consumers role. *Quality & Safety in Health Care*, 1, 1992, no. 4, p. 247-251.
  - 35 Een eis die aan geneeskundige behandelaars wordt gesteld in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
  - 36 Frosch, D.L. and R.M. Kaplan. Shared decision making in clinical medicine; past research and future directions. *American Journal of Preventive Medicine*, 17, 1999, no. 4, p. 285-294.
  - 37 Scheibler, F., Chr. Janssen und H. Pfaff. Shared decision making: ein Überblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur. *Sozial Präventivmedizin*, 48, 2003, p. 11-24.
  - 38 Barry, M.J. Involving patients in medical decisions. how can physicians do better? *Journal of the American Medical Association*, 282, 1999, p. 2356-2357.
  - 39 Kjellgren, K.I., et al. Antihypertensive treatment and patient autonomy: the follow-up appointment as a resource for care. *Patient Education and Counseling*, 40, 2000, no. 1, p. 39-49.
  - 40 Gattelari, M., P.N. Butow and M.H.N Tattersall. Sharing decisions in cancer care. *Social Science and Medicine*, 16, 2001, p. 1865-1978.
  - 41 McKinstry, B. Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with

- video vignettes. *British Medical Journal*, 321, 2000, p. 867-871.
- <sup>42</sup> <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/319/7212/DC1>.
- <sup>43</sup> Kravitz, R.L., et al. Prevalence and Sources of Patients' Unmet Expectations for Care. *Annals of Internal Medicine*, 125, 1996, no. 9, p. 730-737.
- <sup>44</sup> Britten, N., et al. Developing a measure for appropriateness of prescribing in general practice. *Quality & Safety in Health Care*, 12, 2003, no. 4, p. 246-250.
- <sup>45</sup> Macfarlane, J., et al. Reducing antibiotic use for acute bronchitis in primary care: blinded, randomised controlled trial of patient information leaflet. *British Medical Journal*, 324, 2002, no. 7329, p. 91-94.
- <sup>46</sup> Say, R.E. and R. Thomson. The importance of patient preferences in treatment decisions - challenges for doctors. *British Medical Journal*, 327, 2003, p. 542-545.
- <sup>47</sup> Ford, S., T. Schofield and T. Hope. Are patients' decision-making preferences being met? *Health Expectations*, 6, 2003, no. 1, p. 72-80.
- <sup>48</sup> Montgomery, A.A. and T. Fahey. How do patients' treatment preferences compare with those of clinicians? *Quality in Health Care*, 10, 2001, suppl. I, p. 39-43.
- <sup>49</sup> Cassell E.J. *The nature of suffering and the goals of medicine*. Oxford University Press, 1994.
- <sup>50</sup> Bell, R.A., et al. Unsaid but not forgotten 'patients' unvoiced desires in office visits. *Archives of Internal Medicine*, 161, 2001, no. 16, p. 1977-1984.
- <sup>51</sup> Kravitz, R.L., et al. Characterizing patient requests and physician responses in office practice. *Health Services Research*, 37, 2002, no. 1, p. 217-238.
- <sup>52</sup> Kravitz, R.L., et al. Direct observation of requests for clinical services in office practice: what do patients want and do they get it? *Archives of Internal Medicine*, 163, 2003, no. 14, p. 1673-1681.
- <sup>53</sup> Protheroe, J., et al. The impact of patients' preferences on the treatment of atrial fibrillation: observational study of patient based decision analysis. *British Medical Journal*, 320, 2000, p. 1380-1384.
- <sup>54</sup> Kaplan, S.H., et al. Patient and visit characteristics related to physicians' participatory decision-making style. Results from the Medical Outcomes Study. *Medical Care*, 33, 1995, no. 12, p. 1176-1187.
- <sup>55</sup> Vertinsky, I.B., W.A. Thompson and D. Uyeno. Measuring consumer desire for participation in clinical decision-

making. Health Services Research, vol 9, 1974, no. 2, p. 121-134.

- <sup>56</sup> Zie onder meer:
- Blanchard, C.G., et al. Information and decision-making preferences of hospitalized adult cancer patients. *Social Science and Medicine*, 27, 1988, no. 11, p. 1139-1145.
  - Degner, L.F. and J.A. Sloan. Decision-making during serious illness: What role do patients really want to play? *Journal of Clinical Epidemiology*, 45, 1992, no. 9, p. 941-950.
  - Deber, R.B., N. Kraetschmet and J. Irvine. What role do patients want to play in treatment decision-making? *Archives of Internal Medicine*, 156, 1996, no. 13, p. 1414-1420.
- <sup>57</sup> McKinstry, B. Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. *British Medical Journal*, 321, 2000, p. 867-871.
- <sup>58</sup> Vertinsky, I.B., W.A. Thompson and D. Uyeno. Measuring consumer desire for participation in clinical decision-making. *Health Services Research*, vol 9, 1974, no. 2, p. 121-134.
- <sup>59</sup> Degner, L.F. and J.A. Sloan. Decision-making during serious illness: What role do patients really want to play? *Journal of Clinical Epidemiology*, 45, 1992, no. 9, p. 941-950.
- <sup>60</sup> Adams, R.J., B.J. Smith and R.E. Ruffin. Impact of the physician's participatory style in asthma outcomes and patient satisfaction. *Annals of Allergy, Asthma and Immunology*, 86, 2001, no. 3, p. 263-271.
- <sup>61</sup> Benbassat, J., D. Pilpel and M. Tidhar. Patients' preferences for participation in clinical decision-making: a review of published surveys. *Behavioral Medicine*, 24, 1998, no. 2, p. 81-88.
- <sup>62</sup> Brink-Muinen, A. van den, et al. Oog voor communicatie: huisarts-patiënt communicatie in Nederland. Utrecht: NIVEL, 2004.
- <sup>63</sup> Robinson, A. and R. Thomson. Variability in patient preferences for participating in Medical decision making: implication for the use of decision support tools. *Quality in Health Care*, 10, 2001, suppl. I, p. 34-38.
- <sup>64</sup> Stiggelbout, A.M. and G.M. Kiebert. A role for the sick role. Patient preferences regarding information and participation in clinical decision-making. *Canadian Medical Association Journal*, 157, 1997, no. 4, p. 383-389.



- <sup>65</sup> Arora, N.K., C.A. McHorney. Patient preferences for medical decision making: who really wants to participate? *Medical Care*, 38, 2000, no. 3, p. 335-341.
- <sup>66</sup> Brink-Muinen, A. van den, et al. Oog voor communicatie: huisarts-patiënt communicatie in Nederland. Utrecht: NIVEL, 2004.
- <sup>67</sup> - Clarence, H., et al. Informed Decision Making in Outpatient Practice. *Journal of American Medical Association*, 282, 1999, no. 24, p. 2313-2320;  
- Larkin, M. Clinicians need practice in 'informed decision-making', *The Lancet*, 355, no. 9197, 2000, p. 47.
- <sup>68</sup> Street, R.L. Jr., et al. Beliefs about control in the physician-patient relationship: effect on communication in medical encounters. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 2003, no. 8, p. 609-616.
- <sup>69</sup> Little, P., et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *British Medical Journal*, 322, 2001, no. 7284, p. 468-472.
- <sup>70</sup> Bauman, A.E., H.J. Fardy and P.G. Harris. Getting it right: why bother with patient-centred care? *Medical Journal of Australia*, 179, 2003, no. 9, p. 253-256.
- <sup>71</sup> Stewart, M., et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice*, 49, 2000, no. 9, p. 796-804.
- <sup>72</sup> Weston, W.W. Informed and shared decision-making: the crux of patient-centred care. *Canadian Medical Association Journal*, 165, 2001, no. 4, p. 438-439.
- <sup>73</sup> Stewart, M., et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice*, 49, 2000, no. 9, p. 796-804.
- <sup>74</sup> Nagy, V.T. Clinician-Patient Communication: its big impact on health. *The Permanente Journal*, 5, 2001, no. 4.
- <sup>75</sup> Zie onder meer:  
- Brody, D.S., et al. Patient perception of involvement in medical care: relationship to illness attitudes and outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 4, 1989, p. 506-511.  
- Mort, E.A. Clinical decision-making in the face of scientific uncertainty: hormone replacement therapy as an example. *Journal of Family Practice*, 42, 1996, p. 147-151.
- <sup>76</sup> Zie onder meer  
- Brody, D.S., et al. Patient perception of involvement in medical care: relationship to illness attitudes and out-

- comes. *Journal of General Internal Medicine*, 4, 1989, no. 506-511.
- Lerman, C.E., et al. Patients' perceived involvement in care scale: relationship to attitudes about illness and medical care. *Journal of General Internal Medicine*, 5, 1990, no. 1, p. 29-33.
  - <sup>77</sup> Frosch, D.L., R.M. Kaplan and V. Felitti. Evaluation of two methods to facilitate shared decision-making for men considering the prostate-specific antigen test. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 2001, no. 6, p. 391-398.
  - <sup>78</sup> Morgan, M.W., R.B. Deber and H.A. Llewellyn-Thomas. Randomized, controlled trial of an interactive videodisc decision aid for patients with ischemic heart disease. *Journal of General Internal Medicine*, 15, 2000, no. 10, p. 685-693.
  - <sup>79</sup> Greenfield, S., S. Kaplan and J. Ware. Expanding patient involvement in care: effects on patient outcomes. *Annals of Internal Medicine*, 102, 1985, no. 4, p. 520-528.
  - <sup>80</sup> Zie onder meer:
    - Brody, D.S. The patient's role in clinical decision making. *Annals of Internal Medicine*, 93, 1980, no. 5, p. 718-722.
    - Eisenthal, S., et al. 'Adherence' and the negotiated approach to patienthood. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1979, no. 4, p. 393-398.
    - Roter, D.L. Patient participation in the patient provider interaction: the effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction, and compliance. *Health Education Monographs*, 5, 1977, no. 4, p.
  - <sup>81</sup> Brody, D.S., et al. Patient perception of involvement in medical care: relationship to illness attitudes and outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 4, 1989, no. 6, p. 506-511.
  - <sup>82</sup> Greenfield, S., S. Kaplan and J. Ware. Expanding patient involvement in care: effects on patient outcomes. *Annals of Internal Medicine*, 102, 1985, no. 4, page 520-528.
  - <sup>83</sup> Wasserman, R.C., et al. Pediatric clinicians' support for parents makes a difference: an outcome based analysis of clinician-parent interaction. *Pediatrics*, 74, 1984, no. 6, p. 1047-1053.
  - <sup>84</sup> Dulmen, A.M. en J.M. Bensing. In en uit de witte jas. *Medisch Contact*, jrg. 57, 2002, no. 51/52, p. 1900-1903.
  - <sup>85</sup> Barry, M.J. Health Decision Aids to facilitate shared decision making in office practice. *Annals of Internal Medicine*, 136, 2002, no. 2, p. 127-135.

- <sup>86</sup> O'Conner, A.M., et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 4, 2003.
- <sup>87</sup> Kennedy, A.D.M., et al. Effects of Decision Aids for menorrhagia on treatment choices, health outcomes and costs. *Journal of the American Medical Association*, 288, 2002, no. 21, p. 2701-2708.
- <sup>88</sup> Taylor, T.R. Understanding the choices that patients make. *Journal American Board of Family Practitioners*, 13, 2000, no. 2, p. 124-133.
- <sup>89</sup> Poot, G. en N.B. Scherpenisse. Zorgconsumptie en de rol van de zorgconsument. In: De invloed van de consument op het gebruik van zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004.
- <sup>90</sup> Thom, D.H., et al. Patient trust in the physician: relationship to patient requests. *Family Practice*, 19, 2002, no. 5, p. 476-483.
- <sup>91</sup> idem
- <sup>92</sup> Zie onder meer :
- Putnam, S.M., M. Lipkin Jr. The patient-centered interview: research support. In: *The Medical Interview: Clinical Care, Education and Research*. New York: Springer Verlag, 1995.
  - Stewart, M.A. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association Journal*, 152, 1995, no. 9, p. 1423-1433.
  - Stewart, M., et al. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prevention Control*, 3, 1999, p. 25-30.
  - Langewitz, W.A., et al. Improving Communication skills - a randomized controlled behaviorally oriented intervention study for residents in internal medicine. *Psychosomatic Medicine*, 60, 1998, no. 3, p. 268-276.
  - Gross, D.A., et al. Patient satisfaction with time spent with their physician. *Journal of Family Practice*, 47, 1998, p. 133-137.
- <sup>93</sup> Braddock, C.H., et al. How doctors and patients discuss routine clinical decisions. Informed decision making in the outpatient setting. *Journal of General Internal Medicine*, 12, 1997, no. 6, p. 339-345.
- <sup>94</sup> Zie onder meer:
- Roter, D.L., et al. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. *Archives of Internal Medicine*, 155, 1995, no. 17, p. 1877-1884.

- Stewart, M.A. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association Journal*, 152, 1995, no. 9, p. 1423-1433.
- Marvel, M.R., et al. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *Journal of the American Medical Association*, 281, 1999, no. 3, p. 283-287.
- Levinson, W., R. Gorawara-Bhat and J. Lamb. A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *Journal of the American Medical Association*, 284, 2000, no. 4, p. 1021-1027.
- <sup>95</sup> Barrier, P.A., J.T.C. Li and N.M. Jensen. Two words to improve physician-patient communication: what else? *Mayo Clinical Proceedings*, 78, 2003, p. 211-214.
- <sup>96</sup> Platt, F.W., et al. 'Tell me about yourself': the patient-centered interview. *Annals of Internal Medicine*, 134, 2001, no. 11, p. 1079-1085.
- <sup>97</sup> Beck, R.S., R. Daughtridge and P.D. Sloane. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *Journal American Board of Family Practitioners*, 15, 2002, no. 1, p. 25-38.
- <sup>98</sup> World Health Organization: Failure to take prescribed medicine for chronic diseases is massive, world-wide problem. WHO, Press Release, 1 July 2003.
- <sup>99</sup> Volgens gegevens van de Food and Drug Administration, USA en de National Council on Patient Information and Education, USA.
- <sup>100</sup> Herings, R.M.C., et al. *Chronische Farmacotherapie Voortgezet*. Utrecht: PHARMO Instituut, 2002.
- <sup>101</sup> Kessels, R.P.G. Patients' memory for medical information. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96, 2003, p. 219-222.
- <sup>102</sup> 10e Editie KNMG-ledenpanel, uitgevoerd september-oktober 2003. Utrecht: KNMG, 2004.
- <sup>103</sup> Bedell, S., et al. Discrepancies in the use of medications. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2000, p. 2129-2134.
- <sup>104</sup> Medscape. Trends in Nursing: Trend No. 6: Healthcare Consumerism and e-Health. [http://www.medscape.com/viewarticle/466711\\_6](http://www.medscape.com/viewarticle/466711_6)
- <sup>105</sup> Havlin, L.J, M.F. McAllister and D.H. Slavney. How to inject consumerism into your existing health plans. *Employee Benefits Journal*, 28, 2003, no. 3, pag. 7-14.
- <sup>106</sup> Jagt, E.J. van der. Eisend gedrag en agressie van zorgvragers. In: *Centrum Ethiek en Gezondheid. Signalering ethiek en gezondheid 2003*. Zoetermeer: CEG, 2003.

- <sup>107</sup> Ferguson, C.C. Massachusetts Health Care Trends: 1990-2001. Massachusetts Division of Health Care Finance and Policy. March 2003.  
<http://www.state.ma.us/dhcfp/pages/pdf/trends.pdf>
- <sup>108</sup> Nielsen NetRatings  
([http://www.nua.ie/surveys/how\\_many\\_online/europe.html](http://www.nua.ie/surveys/how_many_online/europe.html))
- <sup>109</sup> Mercer Human Resource Consulting.
- <sup>110</sup> Murray, G. Health Care is Changing: the impact of consumerism. The Change Foundation, 12 November 2003.  
Zie ook:  
<http://www.hdhc.ca/docs/GaleMurrayPresentation.pdf>
- <sup>111</sup> Birkel, R.C, et al. Consumers and families as partners in implementing evidence-based practice. *Psychiatric Clinics of North America*, 26, 2003, no. 4, pag. 867-881.
- <sup>112</sup> Nauta, J.A., L. Ottes en O. van Rijen. Zorg vergeleken. In: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Met het oog op gepaste zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004.
- <sup>113</sup> Lege, W.A. de. Medische consumptie in de huisartsenpraktijk op Urk. Proefschrift Groningen, mei 2002.
- <sup>114</sup> Scott, A. Economics of general practice. In: Culyer A.J. and J.P. Newhouse (ed.). *Handbook of health economics*, volume 1B. Elsevier Science Ltd, 2000.
- <sup>115</sup> Sluijs, E.M. en J.P. Dopheide. Overzichtsstudie onderzoek eerste lijn. In: Lege, W.A. de. Medische consumptie in de huisartsenpraktijk op Urk. Proefschrift Groningen, 2002.
- <sup>116</sup> Verweij, G. Verschil ziekenhuisopnamen naar herkomstgroep. Webmagazine CBS, 2004.  
<http://www.cbs.nl/nl/publicaties/artikelen/algemeen/webmagazine/artikelen/2004/1370k.htm>
- <sup>117</sup> Dijk, L. van. Geneesmiddelengebruik verschilt tussen allochtonen en autochtonen. *Huisarts en Wetenschap*, 46, 2003, no. 9, p. 481.
- <sup>118</sup> Wedig, G.J. Health status and the demand for health results on price elasticities. *Journal of Health Economics*, vol 7, June 1988, p. 151-163.  
Zie verder: Ottes, L. Prikkels tot gepaste zorg. In: Met het oog op gepaste zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004.
- <sup>119</sup> Zie bijvoorbeeld: Overzichtsstudie onderzoek eerste lijn. In: Lege, W.A. de. Medische consumptie in de huisartsenpraktijk op Urk. Proefschrift Groningen, 2002.

- <sup>120</sup> Scott, A. Economics of general practice. In: Culyer, A.J. and J.P. Newhouse (ed.). Handbook of health economics, volume 1B. Elsevier Science Ltd, 2000.
- <sup>121</sup> Rijen, A.J.G. van en L. Ottes. Vol verwachting; zwangere vrouwen willen meer informatie over prenatale testen. Medisch Contact, 59, 2004, no. 12, p. 463-466.

## **Deel VII**

# **Prikkels voor gepast gebruik**

**Wat kunnen we van andere landen  
leren?**

L. Ottes, arts





## Inhoudsopgave deel VII

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>267</b>
1.2	Soorten prikkels en doelgroepen	268
1.3	Leeswijzer	268
<b>2</b>	<b>Prikkels voor zorgaanbieders</b>	<b>269</b>
2.1	Inleiding	269
2.2	Motiverende factoren voor beroepsbeoefenaren	269
2.3	Honorering huisartsen	272
2.4	Honorering medisch specialisten	274
2.5	Financiële prikkels voor ziekenhuizen	275
2.6	Niet-financiële prikkels	279
<b>3</b>	<b>Prikkels voor zorgvragers</b>	<b>281</b>
3.1	Inleiding	281
3.2	Eigen bijdragen	281
3.3	Niet financiële prikkels	288
<b>4</b>	<b>Prikkels voor verzekeraars: marktwerking</b>	<b>293</b>
4.1	Inleiding	293
4.2	Oorzaken van falen van de markt	294
4.3	Kosten van marktwerking	294
4.4	Marktwerking in de Verenigde Staten	295
4.5	Kaiser Permanente	296
4.6	De National Health Service en Kaiser Permanente vergeleken	298
4.7	De US Veterans Health Administration	299
<b>5</b>	<b>Conclusie</b>	<b>300</b>
	Literatuur	304



## 1 Inleiding

Bij de vraag hoe gepast gebruik van zorg gestimuleerd kan worden is het zinvol te kijken wat men in andere landen reeds heeft bedacht en, al of niet met succes, heeft toegepast. Van de ervaringen van anderen kan men leren.

De problemen in de zorg in Nederland zijn niet uniek. Integendeel, vrijwel alle westerse landen kampen met dezelfde problemen: de alsmaar stijgende kosten, waarbij er twijfel is over de doelmatigheid en in een aantal gevallen ook over de kwaliteit van de geleverde zorg.

Als voorbeeld de openingsalinea van een rapport van de Foundation for Accountability (FACCT) voor de situatie in de Verenigde Staten<sup>1</sup>:

The U.S. health system is in trouble. The cost of health care is increasing at six times the rate of overall inflation. Problems in quality and safety, long known to researchers, have become visible to the media, purchasers, and general public.

Er vinden op dit moment vele aanpassingen van gezondheidszorgsystemen in de wereld plaats<sup>2</sup>.

In deze achtergrondstudie wordt nagegaan welke prikkels er in diverse landen in het verleden zijn geïmplementeerd en wat de resultaten hiervan zijn (geweest). Hiervoor is gekeken naar onderzoeksresultaten in de literatuur.

Doel is de effectiviteit van de verschillende prikkels voor het bevorderen van *gepast gebruik* na te gaan: welke prikkels zijn effectief en welke niet of slechts in beperkte mate. Hierbij moet worden opgemerkt dat de overgrote meerderheid van de prikkels financiële prikkels zijn en gericht zijn op het verminderen van de (kosten van) zorgconsumptie. In een situatie van overconsumptie kan dit tot meer gepaste zorg leiden, maar in een situatie van onderconsumptie kan het tot meer onderconsumptie en juist tot minder gepaste zorgde leiden.

Naast financiële zijn er ook niet-financiële prikkels. In deze studie worden deze kort aangestipt. In de studie Arts, patiënt en gebruik van zorg zijn deze uitgebreider besproken.

## 1.1 Soorten prikkels en doelgroepen

Bij prikkels voor gepast gebruik kan een onderscheid gemaakt worden naar soort prikkel. Veel prikkels zijn financieel van aard, maar er kan ook sprake zijn van bijvoorbeeld juridische of organisatorische prikkels.

Daarnaast kan een onderscheid gemaakt worden tussen prikkels gericht op de aanbieder van zorg, op de zorgvrager en op de verzekeraar.

Prikkels kunnen meer of minder direct van aard zijn. Zo is een door de overheid opgelegde budgettering (centrale sturing) een directer instrument dan bijvoorbeeld marktwerking. Bij deze laatste vloeien allerlei prikkels, zowel financieel als niet financieel, voort uit de spelregels waaraan marktpartijen zich moeten houden. De sturing van deze prikkels is dus indirect; als de overheid deze wil beïnvloeden, dan zal zij de spelregels moeten veranderen, in de hoop dat dit tot de gewenste prikkels en gewenste uitkomsten leidt.

## 1.2 Leeswijzer

In deze achtergrondstudie wordt allereerst ingegaan op de directe prikkels voor zorgaanbieders en zorgvragers die in verschillende landen worden of zijn gehanteerd en wat de ervaringen hiermee zijn. Dit gebeurt in respectievelijk de hoofdstukken 2 en 3.

De prikkels voor zorgverzekeraars zijn onlosmakelijk verbonden met het fenomeen *Marktwerking*. In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op de ervaringen van diverse landen met marktwerking in de zorg. Hierbij komen, naast prikkels voor verzekeraars, ook de hieruit voortvloeiende prikkels voor de andere twee doelgroepen aan de orde.

Tot slot bevat hoofdstuk 5 een samenvattende conclusie.

## **2 Prikkel voor zorgaanbieders**

### **2.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op prikkels voor gepast gebruik voor zorgaanbieders. Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen prikkels voor individuele beroepsbeoefenaren en prikkels voor instellingen, bijvoorbeeld ziekenhuizen.

In de volgende paragraaf wordt nagegaan welke factoren het handelen van beroepsbeoefenaren beïnvloeden.

Aangezien algemeen wordt aangenomen dat financiële prikkels een belangrijke motivator vormen voor mensen, wordt nagegaan wat de effecten in verschillende landen hiervan zijn, met name de wijze van honorering van artsen. Zij zijn een belangrijke actor met betrekking tot gepast gebruik. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt in huisartsen en medisch specialisten.

Vervolgens wordt gekeken naar de ervaringen in verschillende landen met financieringswijzen van instellingen, met name ziekenhuizen.

### **2.2 Motiverende factoren voor beroepsbeoefenaren**

Een belangrijke vraag als het om prikkels gaat om het handelen van beroepsbeoefenaren te beïnvloeden is: wat zijn de beweegredenen van de beroepsbeoefenaar voor zijn of haar handelen?

In een 'normale' markt vindt men het normaal dat de partijen vooral hun eigen belang nastreven. Zo verwacht men van een autoverkoper dat deze auto's wil verkopen en niet eerst nagaat of de klant wel een auto nodig heeft en adviseert om een fiets te kopen.

Van medische beroepsbeoefenaren verwacht men onbaatzuchtigheid. Naast eigenbelang in de zin van het vergaren van inkomen, worden er in de literatuur een aantal andere motivatoren genoemd, zoals ethische opvattingen, professionele voldoening en sociale erkenning. McGuire<sup>3</sup> geeft vier argumenten waarom bij met name artsen juist deze andere motivatoren een

belangrijke rol spelen, belangrijker dan in de meeste andere sectoren.

Ten eerste hebben artsen een grote mate van zelfstandigheid van handelen en kunnen zij doelen nastreven die zij belangrijk vinden. Doordat hun inkomen relatief hoog is, zijn zij hiertoe ook meer in staat. Ten tweede zijn zij er van bewust dat hun diensten belangrijk zijn voor hun patiënten met een ernstige aandoening en dat het nastreven van eigenbelang de patiënt grote schade kan berokkenen. Als derde punt noemt McGuire de consensus binnen de maatschappij dat artsen hun professionele autonomie danken aan het vertrouwen dat zij handelen in het belang van de patiënt.

Dat een zeker eigenbelang toch een rol kan spelen is vooral naar voren gekomen uit onderzoek naar het fenomeen 'supplier-induced demand'. Donaldson en Gerard<sup>4</sup> definiëren dit, vrij vertaald, als: "de zorgvraag, geïndiceerd door artsen, die uitgaat boven de hoeveelheid die er zou zijn in een markt waarin zorgvragers volledig geïnformeerd zijn." Het begrip is hierbij dus gekoppeld aan de informatie-asymmetrie die er bestaat tussen zorgvrager en hulpverlener.

Het concept van supplier induced demand werd geïntroduceerd naar aanleiding van onderzoeksgegevens, waarin een positieve relatie werd gevonden tussen het beschikbare aanbod en gegenereerde kosten<sup>5</sup>. Ook de wijze van salariering zou een rol spelen. Hickson, et al.<sup>6</sup> hebben dit onderzocht bij kinderartsen in opleiding. Deze werden at random verdeeld in twee groepen, waarbij de ene groep beloond werd per verrichting c.q. per consult (fee-for-service) en de andere groep een vast salaris kreeg. De (ouders van de) patiënten wisten niet hoe de hulpverlener betaald werd. Er werden verschillen tussen de groepen gevonden. De fee-for-service groep had meer consulten dan de gesalarieerde groep.

De vraag is evenwel hoe dit gerelateerd is aan 'het juiste aantal' consulten, c.q. gepaste zorg. De noodzaak van de consulten werd vastgesteld op basis van richtlijnen van de American Academy of Pediatrics. De fee-for-service groep bleek minder vaak een noodzakelijk geacht consult niet te houden dan de salarisgroep (3% tegen 9,4%). Het aantal onterechte c.q. overbodige consulten was daarentegen hoger dan in de gesalarieerde groep (18% tegen 4,7%). Het aantal terechte consulten is derhalve ca. 77% voor de fee-for-service groep en 87% voor de gesalarieerde groep. De conclusie uit dit onderzoek was dan

ook dat binnen een fee-for-service systeem artsen ‘te veel’ doen, en bij een vast salaris ‘te weinig’.

Supplier-induced demand kan bestaan doordat de zorgvrager in het algemeen minder kennis heeft over de benodigde zorg dan de hulpverlener. Vaak is dit juist de reden van de hulpvrager om hulp te vragen. De mogelijkheden om te leren van ervaringen van anderen, of zelfs eigen ervaringen zijn beperkt. Een uitzondering hierop vormen ‘ervaren’ chronische patiënten.

De hulpverlener heeft weliswaar veelal meer kennis over de beste behandeling voor een bepaalde zorgvraag, maar ook deze kennis is beperkt. Een indicator hiervan zijn verschillen in behandeling door artsen binnen en tussen regio's. Uit onderzoeken, waaronder die welke in de studie Regionale verschillen in gebruik van zorg<sup>7</sup> is beschreven, blijken grote verschillen tussen zorgverleners te bestaan. Zo bleek bij een onderzoek bij huisartsen dat bij de 10% huisartsen die de hoogste kosten genereerden, deze kosten ongeveer drie keer zo hoog lagen als die van de ‘goedkoopste’ 10% artsen. Het verschil bedroeg bijna \$1000 per patiënt. Hierbij zijn wel alle kosten, ook die van de tweede lijn, aan de huisartsen toegerekend<sup>8</sup>.

Naast financiële prikkels zijn er ook anders prikkels voor de arts die gepast gebruik bevordert. Zo is er bijvoorbeeld regelgeving, die het onrechtmatig schade toebrengen aan de patiënt strafbaar stelt, bijvoorbeeld een tandarts die in gave tanden boort. In de studie Defensieve geneeskunde en claimcultuur<sup>9</sup> is nader ingegaan op de effecten op de zorgconsumptie van wet- en regelgeving, met name het aansprakelijkheidsrecht.

Andere niet-financiële prikkels zijn bijvoorbeeld kwaliteitssystemen. Een onderdeel hiervan kan het verstrekken van spiegelinformatie en benchmarking zijn. Hierbij kan het gaan om spiegelinformatie over bijvoorbeeld geneesmiddelen, maar ook de mate van volgen van standaarden en richtlijnen, verwijzingspatronen etc. De hulpverlener kan hiermee zijn handelen bijsturen. Afhankelijk van het honoreringssysteem kan de financier, bijvoorbeeld de verzekeraar, door middel van financiële prikkels het effect van benchmarking versterken.

### 2.3 Honorering huisartsen

Uit de voorgaande paragraaf blijkt de wijze van honorering invloed te hebben op het handelen van beroepsbeoefenaren. In deze paragraaf wordt gekeken naar de ervaringen met verschillende honoreringssystemen van huisartsen in verschillende landen.

Voor de honorering van huisartsen (primary care physicians) bestaan drie basissystemen: loondienst, abonnementsysteem en vergoeding per verrichting.

In landen zoals Finland, Griekenland, Portugal, Turkije en IJsland zijn de huisartsen in loondienst. In deze landen worden de arbeidsvoorwaarden in de regel centraal onderhandeld, bijvoorbeeld door artsenverenigingen en overheid. Soms zijn er individuele aanpassingen voor bijvoorbeeld ervaring, locatie e.d.

Bij een abonnementsysteem ontvangt de arts een vast jaarlijks bedrag per ingeschreven patiënt, waarbij er aanpassingen kunnen zijn voor bijvoorbeeld leeftijd en geslacht van de ingeschrevene. Vaak zijn er specifieke vergoedingen voor een aantal specifieke verrichtingen. Voorbeelden van landen met een abonnementsysteem zijn Italië, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. In de Verenigde Staten vindt het abonnementsysteem steeds meer ingang in zogenoemde managed care settings.

Bij vergoedingen per verrichting kan een onderscheid gemaakt worden tussen systemen waarbij de vergoeding vast is en centraal wordt onderhandeld of waarbij de beroepsbeoefenaar vrij is het tarief voor een verrichting vast te stellen. Voorbeeld van het eerste zijn Australië, Nieuw-Zeeland en een deel van Frankrijk (namelijk zij die ambulante zorg in de zogenoemde sector 1 leveren). Vrije tarieven zijn er in de private sector in diverse landen, bijvoorbeeld de VS.

Veel landen hebben een combinatie van systemen, zoals een combinatie van salaris en vergoeding per verrichting in Noorwegen, salaris en abonnement in Spanje en Zweden, en abonnement en vergoeding per verrichting in Nederland, Denemarken, Oostenrijk.

Zowel loondienst als een abonnementsysteem zijn prospectieve systemen: de kosten zijn vooraf genormeerd en daardoor goed voorspelbaar. Dit geldt niet voor systemen met vergoe-



dingen per verrichtingen. Dit zijn retrospectieve, open eind financieringen. Soms worden er wel budgetlimieten gesteld.

De verschillende honoreringssystemen leveren verschillende prikkels<sup>10,11</sup>. Bij loondienstsystemen ontbreken prikkels om de patiënt veel zorg te geven (gevaar voor ‘undersupply’) en om aan de wensen van patiënten tegemoet te komen. Wel bestaat de prikkel om meer te verwijzen om de eigen werklust te verminderen. Ook bij abonnementsystemen bestaat dit gevaar. Wel is er bij dit systeem een sterkere prikkel om aan de wensen van de patiënt tegemoet te komen, immers als de patiënt niet tevreden is, kan hij of zij een andere hulpverlener kiezen (uiteraard moeten er dan wel voldoende aanbieders zijn), waardoor de oorspronkelijke hulpverlener abonnementsinkomsten misloopt. Een specifiek probleem kan de selectie van patiënten zijn: veel patiënten met een laag risico leveren een hoog inkomen en weinig werk op.

Bij een vergoeding per verrichtingsstelsel bestaat het in de vorige paragraaf vermelde gevaar van supply-induced demand.

De invloed van een honoreringssysteem is moeilijk te bepalen door het vergelijken van prestaties van landen, aangezien er vele andere factoren zijn die het resultaat bepalen. Zo vond Gervas dat praktijkenmerken zoals werkbelasting, duur van het consult, het aanvragen van onderzoek en het maken van afspraken van herhalingsbezoeken, afhankelijk waren van de wijze van financiering en de wijze waarop de poortwachtersfunctie was opgezet. Betalingen op basis van fee-for-service gingen samen met meer huisbezoeken, langere consulten en een zwakkere arts-patiëntrelatie. Een Cochrane review is voorzichtiger en stelt dat er enig bewijs is dat de wijze van betaling van invloed is op de huisarts. Een systeem van fee-for-service leidde tot meer bezoeken/contacten in de eerste lijn, meer bezoeken aan specialisten en diagnostische en curatieve diensten, maar tot minder verwijzingen naar ziekenhuizen en minder herhalingsrecepten vergeleken met een abonnementssysteem<sup>12</sup>.

Interessanter is om te kijken naar effecten van veranderingen binnen landen. De veranderingen op dit terrein zijn evenwel beperkt, zodat de voorbeelden beperkt blijven tot enkele landen.

### *Zweden*

Begin jaren '90 werd het in Zweden voor huisartsen mogelijk om zorg te leveren op een fee-for-service basis, die vergoed werd door de publieke verzekering. In de periode daarvoor werd de zorg door de overheid geleverd en waren de artsen in loondienst. Wegens kostenstijgingen is deze mogelijkheid grotendeels weer ongedaan gemaakt.

### *Tsjechië*

Een interessant 'experiment' vond plaats in Tsjechië in de jaren '90. Oorspronkelijk werd de zorg geleverd door de overheid, waarbij de artsen in loondienst waren. De markt werd vrijgegeven en de eerste lijn werd op basis van fee-for-service betaald. De kosten stegen zodanig dat de overheid vrij snel ingreep en besloten werd om op een abonnementsstelsel over te gaan.

### *Ierland*

Ierland ging in de jaren '90 over van een fee-for-service systeem naar een abonnementsstelsel. Onderzoek van Hughes geeft een afname van doktersbezoek van 20 procent aan<sup>13</sup>.

### *Verenigde Staten*

In de Verenigde Staten neemt de rol van de huisarts als poortwachter toe in het kader van managed care. De wijze van financiering hierbij verschuift richting abonnement- en salaris-systemen bij Health Management Organisations om kostenstijgingen tegen te gaan<sup>14</sup>.

Geconcludeerd kan worden dat fee-for-service systemen in de regel tot hoge(re) kosten leiden en dat landen steeds meer in de richting van een abonnement- of loondienststelsel gaan. Er zijn evenwel nauwelijks performancegegevens van de verschillende landen beschikbaar. Er kan dus niet aangegeven worden in hoeverre er meer of minder sprake is van gepast gebruik c.q. over- of onderconsumptie in de verschillende landen onder de verschillende financieringsregimes.

## **2.4 Honorering medisch specialisten**

Het systeem van honorering van medisch specialisten is in veel landen nauw verbonden met de financiering van ziekenhuizen, aangezien in de meeste Europese landen medisch specialisten die werken in een ziekenhuis ook bij dit ziekenhuis in dienst

zijn. Uitzonderingen vormen Nederland, België en Luxemburg, waar zij per verrichting betaald worden<sup>15</sup>.

Door de grote mate van zelfstandigheid hebben de medisch specialisten grote invloed op de kwaliteit en het volume van zorg.

In verschillende studies is aangetoond dat een fee-for-service systeem op basis van declaraties leidt tot toename van het volume van zorg, onder andere voor Nederland<sup>16</sup> en China<sup>17</sup>.

De ontwikkelingen in een aantal landen is interessant.

#### *Canada*

Prijismaatregelen, met betrekking tot de medisch specialistische zorg om kosten te beperken, bleken in de praktijk te leiden tot stijging van het zorgvolume. Zo waren in de periode 1971 – 1976 de vergoedingen bevroren in Quebec, Canada. Het volume per hoofd van de bevolking steeg echter jaarlijks met gemiddeld 9,6%. Het volume steeg in die vijf jaar met 58%<sup>18</sup>. Het leek erop dat de verrichtingen opgesplitst werden en patiënten vaker werden terugbesteld om zodoende het inkomensniveau te kunnen handhaven.

#### *Korea*

In Korea werd begin jaren '80 fee-for-service uitgebreid. Gedurende de jaren '80 stegen de kosten van zorg van 3,7 tot 6,6% van het bruto nationaal product (BNP) van Korea.<sup>19</sup> Ondanks eigen bijdragen van patiënten voor ambulante zorg tot 65% en voor intramurale zorg van 20%, leidde dit tot een verdubbeling van het volume van ambulante zorg en verdriedouving van intramurale zorg.

#### *Brazilië*

Brazilië kende (en kent nog steeds) het hoogste aantal keizersneden ter wereld: in 1981 vonden 31% van de geboorten in ziekenhuizen plaats via een keizersnede. Dit percentage is momenteel nog hoger. Als een van de oorzaken wordt gezien dat de vergoeding voor deze ingreep hoger is dan die voor een bevalling langs natuurlijke weg<sup>20</sup>.

## **2.5 Financiële prikkels voor ziekenhuizen**

Net als bij beroepsbeoefenaren, zijn er verschillende soorten prikkels die het handelen van ziekenhuizen beïnvloeden, waar-

bij een onderscheid gemaakt kan worden tussen financiële en niet-financiële prikkels. Deze laatste worden in paragraaf 2.5 besproken

Veel instellingen in de zorgsector in Nederland zijn niet gericht op het maken van winst (non-profit). Vanuit continuïteitsperspectief moeten ze weliswaar een positief bedrijfsresultaat realiseren, maar zij hoeven geen aandeelhouders tevreden te stellen, zoals in de for-profit sector.

Daarenboven heeft een instelling zoals een ziekenhuis een sociale en maatschappelijke verantwoordelijkheid. Deze komt onder andere tot uitdrukking in de term ‘maatschappelijke onderneming’. In een eerder advies is de RVZ uitgebreid op dit aspect ingegaan.<sup>21</sup>

De verhouding for-profit/non-profit kan verschillen tussen landen en is nauw verbonden met de wijze waarop de instellingen worden gefinancierd.

### **Financiering van ziekenhuizen**

De financiering van ziekenhuizen vindt op verschillende manieren plaats, waarbij een viertal systemen onderscheiden kunnen worden: op basis van een budget, op basis van ligdagen, op basis van een lump sum per patiënt per behandeling of op basis van gedeclareerde kosten (fee-for-service).

Tabel 2.1 geeft een overzicht van de verschillende systemen en hun incentives zoals die uit de literatuur naar voren komen.<sup>22</sup> Hierbij is naast het honoreringssysteem, de eenheid waarop de vergoeding gebaseerd is aangegeven. Ook is aangegeven of het een retrospectieve of prospectieve methode is. Prospectief wil zeggen dat de vergoeding vooraf vast ligt, terwijl dit bij retrospectief niet het geval is. Een vergoeding per verrichting is retrospectief ook al kunnen de tarieven vast zijn, aangezien het aantal verrichtingen varieert en op voorhand de kosten dus niet vastliggen. Bij functionele budgettering kan er zowel sprake zijn van een retrospectieve of prospectieve methode.

Veel landen kennen een budgetsysteem, zoals Australië, Canada, Denemarken, Finland, Ierland, Spanje, Nieuw-Zeeland, Noorwegen, Zweden en Frankrijk (‘ziekenfondsgedeelte’). De instellingen ontvangen hierbij een budget dat vaak exclusief kosten gebouwen e.d. is.

Bij bekostiging op basis van ligdagen, krijgt de instelling een vast bedrag per bezet bed. Alleen in Zwitserland komt dit financieringssysteem nog voor.

**Tabel 2.1** Verschillende honoreringsmethoden en hun incentives

Honoringsmethode	Vergoedings-eenheid		Prikkels
Functioneel budget	Functionele budgetcategorieën	Pro- of retrospectief	Weinig prikkel om de productiviteit te verhogen, soms resulterend in rantsoenering
Globaal budget	Instelling	Prospectief	Afhankelijk van budgetparameters, soms resulterend in rantsoenering
Abonnement	patiënt/-verzekerde	Prospectief	Prikkel voor 'undersupply', prikkel voor verbetering efficiency evt. ten koste van kwaliteit, bevordert continuïteit van zorg
Case based (DRG)	Ziekte-episode	Prospectief	Prikkel om zorg per case te verminderen en efficiency per case te bevorderen, prikkel om aantal ziekte-episoden te vergroten
Per (lig)dag	(Lig)dag	Prospectief	Prikkel om intensiteit van zorg te verminderen, maar opnameduur te verlengen
Vergoeding per verrichting	Verrichting	Retrospectief	Prikkel om aantal verrichtingen te vergroten

Bron: Maceira, 1998

Van de lump sum per patiënt c.q. case based systemen is het DRG (diagnosis related groups)-systeem het meest bekend. Het werd geïntroduceerd in 1981 in de VS in het kader van het Medicare programma. Verschillende ziektebeelden zijn hierbij gegroepeerd in homogene groepen qua kosten en gemiddelde kosten worden bepaald. Bij binnenkomst in het ziekenhuis wordt de DRG bepaald en ontvangt de zorgaanbieder een vast bedrag voor de behandeling.

Bij fee-for-service worden de geleverde diensten gedeclareerd en betaald. Vroeger was dit het gebruikelijke systeem in de VS, thans hanteren alleen Japan en enkele kantons in Zwitserland dit systeem voor niet-private zorg.

Ervaringen uit een aantal landen:

#### *Verenigd Koninkrijk*

In het Verenigd Koninkrijk zijn de veranderingen voor de financiering op basis van de hervormingen zoals die in gang gezet zijn in 1992 met name gericht op de allocatie van middelen voor de ziekenhuissector. Ziekenhuizen ontvingen niet langer meer een budget op basis van historische kosten, maar moeten onderhandelen en contracten afsluiten met zogenoemde District Health Authorities.

Huisartsen konden een budget krijgen om farmaceutische zorg en electieve zorg in te kopen (GP Fundholders), naast de District Health Authorities. In 1997 is het systeem opnieuw aangepast. Alle huisartsen behoren nu tot een zogenoemde Primary Care Trust. Deze komt in de plaats van de District Health Authorities en koopt zorg in de tweede lijn in.

In een onderzoek van Mays, Mulligan en Goodwin<sup>23</sup> werd een kleine verbetering in doelmatigheid gevonden, maar gemiddelde wachttijden en wachtlijsten bleven onveranderd lang. Wel lijken wachttijden bij GP fundholders korter, waardoor het gevoelen is ontstaan dat de ongelijkheid in toegankelijkheid van zorg is toegenomen. Ook werd geen verbetering van de patiëntensatisfactie gevonden. Een ander onderzoek<sup>24</sup> gaf aan dat de kwaliteit van zorg wellicht achteruitgegaan was. Zo was de mortaliteit hoger in ziekenhuizen waar de concurrentiedruk groter was.

Tegenover deze resultaten stond wel een significante toename van de administratieve kosten<sup>25</sup>.

Een belangrijk probleem in het Verenigd Koninkrijk zijn de lange wachtlijsten. Dit is een van de redenen van een florierende private markt in de UK. Artsen kunnen daar hun NHS-werk combineren met werkzaamheden in privé-klinieken, waar vrije tarieven gelden. Zij hebben belang bij wachtlijsten: hoe langer de wachtlijsten in de NHS, hoe groter de vraag in de privé-klinieken.

#### *Nieuw-Zeeland*

In Nieuw-Zeeland hebben zich soortgelijke veranderingen voorgedaan als in het Verenigd Koninkrijk. Ook hier kregen bijvoorbeeld huisartsen een aantal budgetverantwoordelijkheden.

Net als in het Verenigd Koninkrijk werd er geen duidelijke prestatieverbetering van de ziekenhuissector gevonden, wel namen de kosten toe<sup>26</sup>. De hervormingen zijn uiteindelijk grotendeels teruggedraaid.

#### *Zweden*

Interessant is het experiment met marktwerking in Zweden in de regio Stockholm. Begin jaren '90 ging men hier over op een DRG-gebaseerd systeem. Een negental semi-autonome 'district health authorities' onderhandelden met concurrerende ziekenhuizen op basis van DRG's. De opzet leek, op papier althans, zeer goed. Het werd zelfs als lichtend voorbeeld gezien voor Nederland<sup>27</sup>.

De wachtlijsten daalden sterk en de output van de zorg nam sterk toe. Zo was er een stijging van cataractoperaties met 70% en van coronaire bypassoperaties met 50%<sup>28</sup>. Onderzoek wijst in de richting dat de ziekenhuizen in die gebieden waar de health authorities actiever en op het scherp van de snede onderhandelden, iets doelmatiger werkten dan in de andere gebieden<sup>29,30</sup>.

De kosten stegen eveneens sterk en de budgetoverschrijdingen waren dermate groot dat de centrale overheid ingreep en het experiment werd gestaakt<sup>31</sup>.

#### *Tsjechië*

Niet alleen werd, zoals hiervoor beschreven, de eerste lijn 'aan de vrije markt' overgelaten in de jaren '90, maar ook de tweede lijn. Dit leidde tot overaanbod van zorg en een sterke stijging van de kosten. De overheid zag zich genoodzaakt budgettering in te voeren.

#### *Zwitserland*

Zoals te verwachten bij het systeem van vergoeding per ligdag, heeft Zwitserland de langste ziekenhuisopnames van Europa.

## **2.6 Niet-financiële prikkels**

### *Benchmarking*

Naast de in de voorgaande paragraaf genoemde financiële prikkels, zijn er ook niet-financiële. Met name kan hierbij benchmarking genoemd worden. Het publiceren van performancegegevens prikkelt beroepsbeoefenaren en instellingen met een lage performance om deze te verbeteren. Dit kan tot in-

drukwekkende resultaten leiden. Zo is de mortaliteit bij bypassoperaties in de staat New York in vier jaar tijd met 41% afgenomen, nadat de overheid performancegegevens over o.a. hartchirurgen en instellingen publiceerde op het internet<sup>32</sup>.

*Stimuleren van best practices*

Een programmatische aanpak van de verspreiding van best practices kan de doelmatigheid en doeltreffendheid van de zorg sterk verbeteren. In de tweede helft van de jaren negentig heeft het Institute for Healthcare Improvement in de Verenigde Staten een methodiek hiervoor ontwikkeld. In Nederland is dit door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO vormgegeven in zogenoemde Doorbraakprojecten. In de studie Arts, patiënt en gebruik van zorg wordt op dit onderwerp nader ingegaan.



## 3 Prikkels voor zorgvragers

### 3.1 Inleiding

Net als bij zorgaanbieders kan bij zorgvragers een onderscheid gemaakt worden tussen financiële en niet-financiële prikkels. Aangezien zorgvragers in de regel verzekerd zijn tegen ziektekosten, vormen eigen bijdragen de belangrijkste prikkel in deze categorie. Deze wordt in de volgende paragraaf nader besproken.

### 3.2 Eigen bijdragen

Eigen bijdragen worden vaak door overheden ingezet om de zorgconsumptie te verminderen. Door het verzekeringsmechanisme zijn de financiële kosten en gezondheidsbatens ontwikkeld. De patiënt hoeft geen rekening te houden met de kosten bij de beslissing om al of niet naar de dokter te gaan en om al of niet een medisch onderzoek of behandeling te ondergaan. De veronderstelling is dat de patiënt daardoor te gemakkelijk naar de dokter zal gaan (zogenoemd *moral hazard*).

Door een deel van de kosten zelf te laten betalen, een eigen bijdrage, zal de patiënt bij zijn of haar beslissing het kostenaspect wel meewegen, waardoor een lichtvaardig gebruik van zorg wordt tegengegaan. Hierdoor verminderen de kosten van de zorg is de veronderstelling.

Eigen bijdragen kunnen ook gehanteerd worden om patiënten te sturen richting doelmatige zorg. Als de verzekerde naar een andere zorgverlener wil dan de door de verzekeraar gecontracteerde preferred provider, moet hij of zij bijbetalen. Ook van patiënten die zonder tussenkomst van de huisarts voor niet-spoedeisende hulp naar een ziekenhuis gaan – zelfverwijzers – zou een eigen bijdrage verlangd kunnen worden.

In deze paragraaf ligt de nadruk op het gebruik van eigen bijdragen ter bevordering van gepast gebruik.

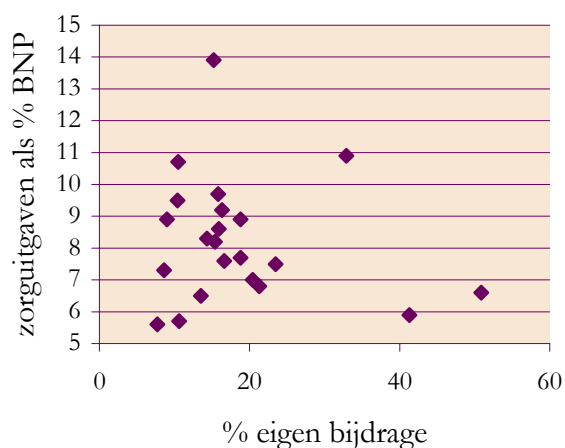
#### *Vergelijking OECD landen*

Het is plausibel dat naarmate de eigen bijdrage hoger is, de zorgconsumptie sterker geremd zal worden en mag er een inverse relatie verwacht worden tussen de hoogte van eigen bijdragen en de uitgaven van zorg.

In figuur 3.1 is het percentage eigen bijdrage uitgezet tegen de uitgaven voor zorg als percentage van het Bruto Nationaal Product van OECD landen waarvan deze gegevens beschikbaar zijn (USA, Zwitserland, Noorwegen, Duitsland, Canada, Luxemburg, IJsland, Nederland, Frankrijk, Denemarken, Australië, Oostenrijk, Japan, Ierland, Finland, Nieuw-Zeeland, Spanje, Tsjechië, Hongarije, Slovenië en Mexico). Er is geen duidelijk verband tussen de hoogte van de zorguitgaven en de hoogte van de eigen bijdragen.

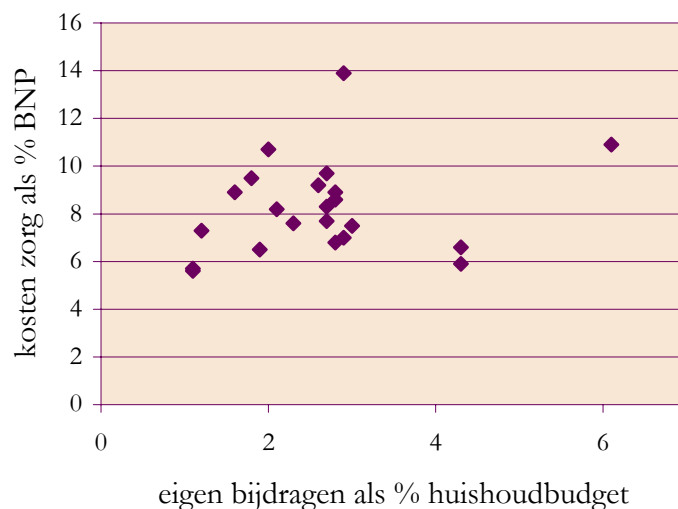
Als de eigen bijdragen worden uitgedrukt als percentage van de huishoudelijke consumptie, dus het huishoudbudget (figuur 3.2), dan lijkt er een licht positieve relatie te bestaan. Dit zou betekenen dat naarmate de eigen bijdrage hoger is, de zorgconsumptie toeneemt. Eigen bijdragen zouden dan juist een averechts effect hebben!

**Figuur 3.1 Relatie eigen bijdrage en kosten gezondheidszorg**



Bron: OECD Health Data 2003, 3rd edition

**Figuur 3.2** Relatie eigen bijdrage en kosten gezondheidszorg



Bron: OECD Health Data 2003, 3rd edition

#### *Eigen bijdragen verschillende landen*

In 1968 werden in Canada in de provincie Saskatchewan eigen bijdragen ingevoerd voor doktersbezoek. Het doktersbezoek nam hierdoor met circa 6 procent af. Onder ouderen en de laaginkomensgroep was de daling zelfs 18%<sup>33</sup>. Opmerkelijk is dat het doktersbezoek van de hogere inkomensgroep juist toenam. Hierdoor en door hogere tarieven van de artsen, namen de totale kosten van de zorg niet af. De eigen bijdrage had eveneens geen effect op de kosten van intramurale zorg<sup>34</sup>. Uiteindelijk werden de eigen bijdragen in 1975 gestaakt.

Zoals in paragraaf 2.3 reeds is vermeld kent Zuid-Korea sinds begin jaren tachtig naar een fee-for-service systeem ook (hoge) eigen bijdragen. In 1986 werd een eigen bijdrage per doktersbezoek ingevoerd. Het aantal dokter- en tandartsbezoeken nam daarna af. De kostenbesparingen werden echter teniet gedaan doordat het aantal handelingen per bezoek toenam. Niet duidelijk is of dit het gevolg is van een verandering in het gedrag van zorgaanbieders of doordat patiënten een bezoek (te) lang uitstelden.<sup>35</sup>

In Nederland zijn in het verleden ook eigen bijdragen gehanteerd. Zo is in 1983 de medicijnknaak ingevoerd voor zieken-

fondsverzekerden: per recept moest een eigen bijdrage van een rijksdaalder (€ 1,13) betaald worden met een jaarlijks maximum van € 56 per gezin. Hierdoor steeg het aantal tabletten per recept en het aantal recepten nam af. Als gevolg daarvan is deze eigen bijdrage weer ingetrokken.<sup>36</sup>

In de periode van 1 februari 1988 tot 1 januari 1990 kende Nederland een eigen bijdrage van 25 gulden (€ 11,34), het zogenoemde. specialistengeeltje, per bezoek aan een medisch specialist met een maximum per gezin van € 34.

In 1997 is de algemene eigen bijdrageregeling voor ziekenfondsverzekerden ingevoerd. De hoogte van de eigen bijdrage bedroeg 20% van de gemaakte kosten, uitgezonderd kosten van de huisarts, tandarts en verloskundige. Daarnaast was er een eigen bijdrage van circa € 4 per ligdag in het ziekenhuis. Er gold een maximum van € 90 (€ 45 voor de minima) per jaar. De eigen bijdrage is in 1999 weer ingetrokken omdat de uitvoering meer kostte dan dat het opleverde.

In Frankrijk en België moet onder andere voor veel geneesmiddelen een eigen bijdrage betaald worden<sup>37</sup>. In Nederland en Denemarken is dit in veel mindere mate het geval<sup>38</sup>. Het geneesmiddelengebruik in België en Frankrijk is echter veel hoger dan in Nederland en Denemarken. In zijn Sociaal en Cultureel Rapport 2000 verklaart het SCP de uitkomsten uit het feit dat België en Frankrijk geen huisarts als poortwachter kennen en Nederland en Denemarken wel<sup>39</sup>.

In België wordt sinds 2003 een eigen bijdrage geheven van € 12,50 voor een bezoek aan de Spoedeisende Hulp. Dit leidde tot een tijdelijke teruggang in de patiëntenstroom, maar het aantal zou zich inmiddels weer op het oude niveau gestabiliseerd hebben<sup>40</sup>.

In Oostenrijk zijn ook eigen bijdragen ingevoerd. Uit onderzoek blijkt dat ze weinig invloed hebben op de vraag naar zorg.<sup>41</sup>

In het Verenigd Koninkrijk zijn een aantal jaren geleden eigen bijdragen voor recepten voor geneesmiddelen ingevoerd. Dit heeft tot een kleine afname van het aantal recepten geleid.<sup>42</sup> Als verklaring voor de geringe afname wordt gegeven dat het voornamelijk de arts is die bepaalt of er een geneesmiddel wordt voorgeschreven<sup>43</sup>.

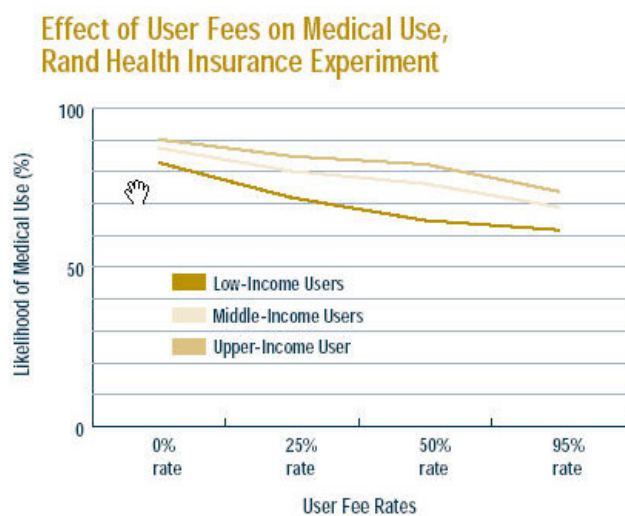
Sinds 1 januari 2004 moeten patiënten in Duitsland € 10 per consult plus 10% van de kosten van geneesmiddelen, tot een maximum van € 10 per verstrekking, eigen bijdrage betalen. Dit heeft geleid tot een daling van het artsenbezoek met circa 20%, met name onder de chronisch zieken.<sup>44</sup>

#### *Prijselasticiteit eigen bijdragen*

Er is veel onderzoek verricht naar de prijselasticiteit van de vraag naar gezondheidszorg. Deze elasticiteit blijkt klein te zijn en het kleinst bij ziekenhuiszorg<sup>45,46, 47</sup>. Dit betekent dat de prijs die de patiënt voor de zorg moet betalen, bijvoorbeeld in de vorm van een eigen bijdrage, van weinig invloed is op de consumptie van zorg. Wel is de invloed groter naarmate de eigen bijdragen groter zijn<sup>48</sup>.

Dit laatste bleek uit het zogenoemde Rand Health Insurance Experiment in de jaren 80. Hierbij kregen individuen verzekeringspakketten met verschillende percentages eigen bijdragen toegewezen. Het bleek dat het gebruik van zorg afnam naarmate de eigen bijdrage hoger was (zie figuur 3.3).<sup>49</sup>

**Figuur 3.3** Verband eigen bijdrage en zorgconsumptie



Bron: Manning, WG, et al., 1987<sup>50</sup>

Er bestaat evenwel discussie of de gevonden percentages geëxtrapoleerd mogen worden naar de gehele gezondheidszorg. De Randstudie betrof 5800 personen, jonger dan 65 jaar, die verdeeld waren over een groot aantal artsen, zodat het aantal per arts gering was. De kans dat hierdoor effecten zoals in Saskatchewan of Korea optraden was daardoor gering. Stoddart stelt dan ook dat op basis van de Randstudie niet geconcludeerd mag worden dat de kosten van het gehele zorgsysteem dalen door eigen bijdragen.<sup>51</sup>

Starmans<sup>52</sup> komt op basis van een latere literatuurstudie evenwel toch tot de conclusie dat een procentuele eigen bijdrage van 50% tot een kostenreductie van 30% leidt, zonder dat er schadelijke gezondheidseffecten optreden. Hoge eigen bijdragen stuiten evenwel op problemen van toegankelijkheid. Starmans stelde dan ook een inkomensafhankelijk maximum voor van 5-15% van het inkomen.

Het stellen van limieten begrenst echter het effect van eigen bijdragen. Zodra de limiet is bereikt, valt de prikkel weg. De meeste kosten in de zorg worden gegenereerd door een relatief kleine groep (chronische) patiënten. Zij zullen snel de limiet bereikt hebben, of in het geval van een systeem van korting bij geen gebruik van zorg, snel de korting ‘verspeeld’ hebben. De grote groep waar het wel effect sorteert genereert evenwel relatief weinig kosten, waardoor het effect in zijn totaliteit gezien beperkter is.

De conclusie van Starmans dat zelfs forse eigen bijdragen niet tot schadelijke effecten leidt, is in tegenspraak met ander onderzoek. In de Randstudie bleek dat de percentages van ongepast antibioticagebruik, ziekenhuisopnamen en verblijf niet verschilden tussen de verschillende groepen.<sup>53,54</sup> De mortaliteit van patiënten bleek in de groep met eigen bijdragen evenwel hoger te zijn.<sup>55</sup>

Veel onderzoek is verricht naar het effect van eigen bijdragen voor geneesmiddelen. Het gebruik van essentiële geneesmiddelen bleek af te nemen bij hogere eigen bijdragen, hetgeen de gezondheid kan schaden.<sup>56,57</sup> Zo is bij non-compliment hartpatiënten de prognose slechter en de mortaliteit hoger<sup>58,59</sup>. In een grootschalig onderzoek onder ouderen en uitkeringsgerechtigden in Canada vond Tamblyn dat de introductie van eigen bijdragen het gebruik van essentiële geneesmiddelen verminderde, hetgeen leidde tot een toename van ongewenste effec-

ten, zoals een toename van bezoeken aan de spoedeisende hulp, acute en langdurige ziekenhuisopnamen en mortaliteit.<sup>60</sup>

Ook andere onderzoeken geven aan dat de verlaging van de zorgconsumptie zowel een vermindering van overconsumptie geeft als een verhoging van de onderconsumptie<sup>61,62</sup>.

Kennelijk kunnen patiënten niet goed beoordelen of hun zorgvraag terecht of onterecht is.

Bij nadere beschouwing is dit niet verwonderlijk. Een belangrijk verschil met vele producten en diensten uit andere sectoren, is dat men zorg in de regel niet ‘voor zijn plezier’ consumeert.

Titmuss formuleerde het ruim 30 jaar geleden als volgt<sup>63</sup>:  
Medical care is uncertain and unpredictable: many consumers do not desire it, do not know they need it, and cannot know in advance what it would cost them. They cannot learn from experience.

They must rely on the supplier to tell them if they have been wel served, and cannot return the service to the seller or have it repaired. Medical services are not advertized as other goods, and the producer discourages comparisons. Once the purchase is made, consumers cannot change their minds in mid-treatment.

Medische onderzoeken zijn meestal niet zonder pijn en ongerief en behandelingen hebben vaak ongewenste bijwerkingen. In deze situaties zit er een natuurlijke rem op de consumptie van zorg. Een patiënt zal, een uitzondering daargelaten, niet nodeloos de galblaas laten verwijderen.

Een ander punt is dat een gezondheidsprobleem vaak onzekerheid en angst met zich meebrengt. Dit is met name afhankelijk van de kennis en ervaring die de patiënt of zijn of haar omgeving heeft. Zo zal een jong gezin met een kind met hoge koorts eerder bezorgd zijn als het een eerste kind betreft dan wanneer men eerdere ervaring heeft opgedaan. Als er een ervaren grootouder in de buurt is, zal dit ook een groot verschil maken. Men kan en mag van deze ouders niet verwachten dat zij een eigen bijdrage een rol laten spelen bij hun beslissing een arts te raadplegen. Stel dat zij het bezoek omwille van de eigen bijdrage uitstellen en het kind blijkt uiteindelijk hersenvliesontsteking te hebben.

In veel situaties heeft de patiënt geen keuze. Als men een blindedarmontsteking heeft, dan zal men geopereerd moeten worden en een eigen bijdrage zal geen verandering in deze beslissing (mogen) brengen. Een ander voorbeeld is de behandeling van chronische patiënten. De hulpverlener bepaalt hierbij veelal wanneer de patiënt terug moet komen, bijvoorbeeld eens in de drie maanden bloeddruk opmeten. Het (evidence based) behandelingsprotocol is c.q. behoort hierbij bepalend te zijn. Prikkel die dit proces verstoren, zoals eigen bijdragen bij gebruik of kortingen bij geen gebruik van zorg, bevorderen onderconsumptie, dat op termijn juist tot hogere zorgkosten kan leiden.

Eigen bijdragen veranderen ook de arts-patiëntrelatie. Zo is het in België gebruikelijk dat men de eigen bijdrage bij bijvoorbeeld de huisarts direct moet afrekenen. De patiënt is zich hierdoor welbewust dat hij of zij moet betalen en zal dan ook 'waar voor zijn geld' willen, bijvoorbeeld in de vorm van een receipt of een verwijsbrief. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor het eerder genoemde paradoxale effect in figuur 3.2.

Kutzin en Barnum concluderen dat prikkels voor aanbieders een veel grotere invloed op het gebruik van zorg zullen hebben dan prikkels aan de vraagzijde<sup>64</sup>.

### 3.3 Niet financiële prikkels

Uit de voorgaande paragraaf kan geconcludeerd worden dat (potentiële) patiënten in het algemeen geen goede afweging kunnen maken tussen (financiële) kosten en de consumptie van zorg. Zorginhoudelijke prikkels gericht op de (potentiële) patiënt bieden dan ook meer perspectief. In de vorige paragraaf is een aantal inhoudelijke factoren genoemd dat het gebruik van zorg door de patiënt beïnvloedt, zoals kennis en ervaring en de arts-patiëntrelatie. Deze factoren vormen dan ook een aangrijpingspunt. Met name in de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk zijn initiatieven op dit terrein.

#### *Telefonische triage*

In een aantal landen zijn initiatieven genomen om de (potentiële) patiënt (of familieleden) te informeren.

Het Verenigd Koninkrijk loopt voorop met een telefonische hulpdienst in de vorm van NHS-Direct, een landelijke telefonische service waar men gratis terecht kan met vragen over



gezondheid en gezondheidszorg. Een aantal verzekeraars in Nederland heeft soortgelijke call centers opgezet voor hun verzekerden. In het RVZ-advies Taakherschikking in de gezondheidszorg is uitgebreid aandacht hieraan besteed<sup>65</sup>. Dergelijke call centers kunnen een belangrijke prikkel voor gepast gebruik vormen: zij helpen de zorgvrager bij de beoordeling van de zorgvraag: is professionele hulp nodig of niet. Een belangrijke functie is dan ook het geruststellen van de patiënt.

Uit een studie in het Verenigd Koninkrijk bleek dat een goed werkend call center het aantal telefonische consulten door de arts met 68% verminderde. Het aantal huisbezoeken daalde met 38%, terwijl het aantal bezoeken aan de spoedeisende hulp met 25% afnam<sup>66</sup>.

In het Verenigd Koninkrijk wordt ook geëxperimenteerd met laagdrempelige toegang tot de zorg, zoals walk-in clinics. Deze initiatieven zijn nog in een beginstadium, zodat er nog weinig bekend is over de effecten op gepast gebruik van zorg.

#### *Huisarts als poortwachter*

In het voorbeeld van het geneesmiddelengebruik in België en Frankrijk versus Nederland en Denemarken is het belang van een poortwachter voor gepast gebruik genoemd. In Nederland is dit van oudsher de huisarts. De poortwachtersfunctie krijgt gestalte in de arts-patiëntrelatie. Hierbij spelen zowel prikkels die inwerken op de arts als op de patiënt een rol. In paragraaf 2.2 is het honoringsstelsel als prikkel voor de arts besproken. Een andere prikkel is bijvoorbeeld de inschrijving van de patiënt op naam. Hierdoor wordt een langdurige relatie tussen patiënt en huisarts bevorderd. Voor de patiënt is dit een prikkel voor gepast gebruik: door het onnodig raadplegen van de huisarts zet de patiënt de vertrouwensrelatie op het spel, terwijl de patiënt op hulp kan vertrouwen bij een gereede hulpvraag. Belangrijk hierbij is dat wat als een gereede hulpvraag gezien moet worden en wat niet binnen de arts-patiëntrelatie bepaald wordt en dus er rekening gehouden kan worden met de omstandigheden van de patiënt, diens kennis en ervaring etc. Het is de taak van de (huis)arts om de patiënt te leren in welke gevallen hij of zij de hulp van de arts in moet roepen.

Uit een internationale vergelijking van dertien geïndustrialiseerde landen komen Starfield en Shi tot de conclusie dat hoe sterker de eerste lijn is, des te lager de kosten zijn. Daarnaast presteren landen met een zeer zwakke eerstelijns infrastructuur slechter<sup>67</sup>. Ze laten bijvoorbeeld een hogere mortaliteit en een

hogere vroegtijdige sterfte als gevolg van astma en bronchitis, pneumonie, en hart- en vaatziekten zien<sup>68</sup>.

Forrest schrijft het feit dat Europese landen met een poortwachterssysteem lagere zorgkosten hebben dan landen zonder dit systeem echter niet toe aan de poortwachtersfunctie van de huisarts. Volgens hem is er een sterkere regulering in landen met een poortwachtersfunctie, waardoor er minder zorgaanbod is. Tegelijkertijd geeft hij aan dat de kans op niet gepaste diagnostisch onderzoek en therapeutische verrichtingen bij directe toegang tot de specialist groter is. Hij acht de gidsfunctie van de huisarts bij een steeds complexer wordend zorgsysteem noodzakelijk en stelt dat deze huisarts zorg kan dragen voor een evenredige verdeling van het aanbod door beschikbare diensten te matchen met de zorgbehoefte<sup>69</sup>.

Om het effect van de poortwachtersfunctie goed te kunnen bepalen moeten andere factoren min of meer gelijk zijn. In een onderzoek in Californië werden twee verschillende managed care modellen vergeleken met elkaar op de mate van bezoek aan de medisch specialist. Een model met een poortwachter (HMO) – primary care arts c.q. huisarts - werd vergeleken met een ‘open panel point-of-service’ zonder poortwachter. Het eerste model leidde tot meer bezoeken aan de primary care arts. Er werd echter geen verschil gevonden in de mate van specialistenbezoek<sup>70</sup>.

In een ander onderzoek, waarbij een Health Plan het poortwachterssysteem afschafte, bleek dat 18 maanden later zich geen substantiële verandering in het gebruik van medisch specialistische zorg had voorgedaan<sup>71</sup>.

De resultaten van deze onderzoeken kunnen echter niet zonder meer veralgemeniseerd worden voor de Nederlandse situatie. Daarvoor verschillen de gezondheidszorgsystemen in de Verenigde Staten en Nederland te veel. Het is dan ook wenselijk dat een gerandomiseerd, prospectief onderzoek wordt verricht naar de effectiviteit van de poortwachtersfunctie van de huisarts in Nederland.

#### *Patient initiated care*

In het voorgaande is aangegeven dat kennis en ervaring van patiënten van grote invloed zijn op de beslissing om al of niet een arts te raadplegen. Veel chronische patiënten bouwen in de loop der tijd een grote hoeveelheid kennis en ervaring op. Dergelijke patiënten zijn dan ook vaak zeer goed in staat zelf

te beoordelen wanneer zij door de hulpverlener gezien moeten worden in plaats van dat de hulpverlener bepaalt wanneer de patiënt voor controle moet komen.

Uit een gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek in Bristol werd deze *patient initiated care* vergeleken met de traditionele zorg bij patiënten met reumatoïde artritis. Na zes jaar follow-up bleek het aantal consulten bij de patient initiated care groep 30% lager te liggen dan bij de andere groep, terwijl er geen verschil in klinische uitkomsten werd gevonden<sup>72</sup>. Dit voorbeeld ondersteunt tevens de notie dat patiënten zo weinig mogelijk zorg willen, alleen als het echt nodig is.

#### *Zelfmanagement*

Morrison stelt dat patiënteneducatie, waarvan zelfmanagement en 'empowerment' deel uitmaken, kosteneffectief is. Door de patiënt adequaat informatie voor zelfzorg te geven kan het gebruik van zorgvoorzieningen met 7% tot 17% verminderd worden<sup>73</sup>. Ook ander onderzoek bevestigt dit. In een drie jaar durend onderzoek kregen drie groepen patiënten met osteoarthritis sociale ondersteuning en een educatieprogramma; één groep kreeg dit niet. Na drie jaar bleken er geen verschillen in de gezondheidstoestand van de groepen patiënten. De kosten per patiënt per jaar waren in het derde jaar US\$ 1.279 lager voor patiënten met programma dan voor de patiënten in de controlegroep zonder programma<sup>74</sup>.

In het Stanford Patient Education Research Center werden aan meer dan 1000 chronisch zieken zelfmanagement programma's gegeven. Dit gebeurde via workshops (2½ uur per week, gedurende 6 weken). Degenen die hieraan deelnamen werden minder in het ziekenhuis opgenomen, verbleven er korter als ze werden opgenomen en brachten minder bezoeken aan een arts dan degenen die de workshops niet gevolgd hadden. Uit de verzamelde gegevens werd geconcludeerd dat de kosten-batenverhouding van het programma ongeveer 1:10 was, genomen over een periode van drie jaar<sup>75</sup>. Reeds in 1988 was in een onderzoek onder Medicare-patiënten reeds vastgesteld dat een educatieprogramma dat gericht was op zelfzorg per geïnvesteerde dollar 2,19 dollar aan besparingen opleverde, terwijl de kwaliteit van de gezondheid van de deelnemers op hetzelfde niveau bleef<sup>76</sup>.

In de literatuur zijn veel voorbeelden te vinden waaruit blijkt dat zelfmanagement bij gelijkblijvende gezondheidstoestand tot lagere kosten leidt<sup>77</sup>. Mogelijk zijn er uitzonderingen, zoals blijkt uit een dissertatie van Monnikhof en Van der Valk. Zij

onderzochten het zelf managen van COPD en concludeerden dat hun vorm van zelfmanagement weliswaar tot minder ziekenhuisbezoek en 42% minder bezoeken aan longartsen leidde, maar dat er geen verbetering van kwaliteit van leven werd gevonden en de kosten van het zelfmanagement, € 800 per jaar, waren twee keer zo hoog als die van reguliere zorg<sup>78</sup>.

#### *Shared decision making*

Zorgconsumptie komt tot stand binnen de arts-patiëntrelatie. Er zijn verschillende wijzen waarop de beslissing om al dan niet zorg en zo ja welke zorg te consumeren tot stand kan komen. Shared decision making, waarbij arts en patiënt gezamenlijk tot het besluit komen, blijkt de beste condities te geven voor gepast gebruik. Zo is het een sterke prikkel voor de patiënt voor bijvoorbeeld therapietrouw. In de studie De arts, de patiënt en het gebruik van zorg wordt nader ingegaan op shared decision making<sup>79</sup>.

#### *Bevordering gezonde levensstijl*

Bevordering van een gezonde levensstijl vermindert de vraag naar zorg en daarmee de kosten. Naar dit laatste is in Australië onderzoek verricht<sup>80</sup>. Hierbij is de levensstijl gerelateerd aan de kosten, waarbij de onderzochte populatie in drie groepen is verdeeld: high-, medium en low-risk lifestyle. De laag-risico groep had de laagste zorgkosten, gemiddeld AU\$ 377, de kosten van de middengroep bedroegen gemiddeld AU\$ 484, terwijl de hoog-risico groep de hoogste kosten had, namelijk AU\$ 661. Geconcludeerd wordt, dat bevordering van een gezonde levensstijl niet alleen de gezondheid van mensen verbetert, maar ook tot vermindering van gezondheidszorgkosten leidt.

## 4 Prikkels voor verzekeraars: marktwerking

### 4.1 Inleiding

Met name in de jaren negentig van de vorige eeuw werd marktwerking gezien als de oplossing voor de problemen in de gezondheidszorg: stijgende kosten met achterblijvende doelmatigheid en doeltreffendheid.

Binnen een vrije concurrerende markt zijn er prikkels voor aanbieders om consumenten die producten te leveren die zij wensen tegen een prijs die door onderlinge concurrentie zo laag mogelijk wordt. Het systeem heeft ingebouwde prikkels voor doelmatigheid en doeltreffendheid. Reinhardt<sup>81</sup> definieerde het als volgt:

A competitive marketsystem is a social arrangement, whereby life is made hell for providers to make life cheap and easy for consumers.

In veel landen zag de politiek dan ook marktwerking en daarmee verbonden privatisering als panacee voor problematische sectoren, waaronder de zorgsector.

In het vorige hoofdstuk is reeds een aantal experimenten met marktwerking in de zorg beschreven in het Verenigd Koninkrijk, Zweden, Tsjechië en Nieuw-Zeeland. Deze experimenten zijn helaas weinig succesvol gebleken. In dit hoofdstuk wordt gekeken naar mogelijke oorzaken waarom marktwerking faalde in het genereren van prikkels voor gepast gebruik.

Daarnaast wordt gekeken naar de ervaringen in het ‘land van de vrije markt’, de Verenigde Staten. Hierbij zal wat uitgebreider ingegaan worden op enkele recent verschenen onderzoeken waarin de prestaties van een verzekeraar binnen de vrije concurrerende markt van de VS, namelijk Kaiser Permanente, wordt vergeleken met de NHS in het Verenigd Koninkrijk.

Als contrast, dat ook zorg die door de overheid uitgevoerd wordt effectief en efficiënt kan zijn, wordt tot slot de US Veterans Health Administration kort besproken.

## 4.2 Oorzaken van falen van de markt

Het doel van de veranderingen in de eerder genoemde landen was om meer druk op zorgaanbieders te zetten door middel van het scheppen van wat genoemd wordt quasi-markten<sup>82</sup>. Hierbij treedt een derde partij, verzekeraar of overheidsorganisatie, op als inkoper van zorg namens de patiënt. Concurrerende zorgaanbieders dingen naar de gunst van de zorginkoper op basis van kwaliteit en prijs. Aangezien de kwaliteit veelal moeilijk is vast te stellen, speelt prijs de belangrijkste rol.

De OECD noemt als oorzaken van het falen van de zorgmarkt<sup>83</sup>:

- Gebrek aan (over)capaciteit, al of niet in combinatie met wachtlijsten.
- Gebrek aan managementkwaliteiten bij zorginkopers.
- Centrale controle over inkoopbeslissingen.
- Hoge transactiekosten.
- Bezorgdheid over de toegankelijkheid, waardoor het marktmechanisme gefrustreerd wordt (bijvoorbeeld faillissement en sluiting van ziekenhuizen is kan de overheid vanuit het oogpunt van toegankelijkheid van zorg vaak niet toestaan).
- Moeilijkheid om reële kostprijzen vast te stellen in situaties waar er weinig concurrentie is.
- Machtspositie van beroepsbeoefenaren, met name artsen en verpleegkundigen.

Dit resulteerde veelal in het bestaan van een 'sellers market', waarbij de zorgaanbieders de prijs en het volume dicteerden, terwijl er geen of weinig concurrentie was tussen de zorginkopers c.q. de zorgverzekeraars.

## 4.3 Kosten van marktwerking

Zoals in paragraaf 2.4 is beschreven, leidde de introductie van marktwerking in het Verenigd Koninkrijk en Nieuw-Zeeland tot een sterke toename van de administratieve kosten. Marktwerking leidt tot hogere transactiekosten, omdat er meer op decentraal niveau onderhandeld moet worden. Woolhandler et al. heeft de transactiekosten vergeleken tussen de Verenigde Staten en Canada. Van elke dollar die in de VS aan gezondheidszorg wordt uitgegeven is slechts 69 cent beschikbaar voor de daadwerkelijke zorg, 31 cent gaat op aan administratieve kosten. In Canada met een meer centraal gestuurd systeem zijn

de administratieve kosten 16,7 cent per bestede dollar. De overheadkosten van verzekeraars in de VS bedroegen 11,7%, terwijl die in Canada, waarbij de overheid contracten afsluit, 1,3% bedragen. Ook binnen de VS zijn er verschillen: het Medicare programma dat door de overheid wordt beheerd, heeft een overhead van 3,6%<sup>84</sup>.

Het voorgaande betekent dat het invoeren van marktwerking tot hogere kosten leidt als de toename van transactiekosten niet wordt terugverdiend door doelmatigheidsverhoging. Daarnaast bestaat het gevaar dat door het bestaan van marktimperfections, de invoering van marktwerking juist tot een afname van de doelmatigheid leidt, waardoor de kosten extra stijgen.

#### 4.4 Marktwerking in de Verenigde Staten

Als gevolg van de stijgende kosten van zorg is de VS geleidelijk aan overgegaan van een systeem van vrije artskeuze en een restitutie-systeem naar een systeem van managed care. Dit kan diverse vormen aannemen waarbij er verschillen zijn in het verzekerde pakket, eigen bijdragen en premie<sup>85</sup>. Het spectrum varieert van *health maintenance organisations* (HMO's) die als verzekeraar in eigen beheer zorg aanbieden, *independent practice associations*, waarbij er niet-exclusieve contracten zijn met onafhankelijke aanbieders, tot *preferred provider organisations* of *point of service plans* waarbij de verzekerde een grotere keuze van aanbieders heeft (tegen een hogere premie en eigen bijdrage).

Managed care betekent dat de verzekerde in meer of mindere mate beperkt is in zijn of haar keuze van zorgaanbieder. Verder wordt de toegang tot zorg via instrumenten als poortwachter, toestemmingsvereiste van de verzekeraar en toezicht op zorgaanbieders gereguleerd.

Uit onderzoek blijkt dat managed care tot 10-15% lagere kosten leidt door minder ziekenhuisgebruik (zowel minder opnamen als kortere opnameduur)<sup>86</sup>. De kwaliteit van de zorg lijkt niet verslechterd, alhoewel dit moeilijk te meten is<sup>87</sup>.

Ongeveer 95% van de verzekerden zijn op basis van een of andere vorm van managed care verzekerd<sup>88</sup>. Er is grote ontevredenheid onder de verzekerden, met name over de HMO's. Er is dan ook een trend van verzekerden om over te stappen

naar een minder stringent regime, zoals preferred provider organisations en point of service plans. Onder andere als gevolg hiervan stijgen de premies in de VS op dit moment weer sterk.

#### *Death spiral*

In de VS sluiten werkgevers voor werknemers collectieve verzekeringen af. Hierbij geldt voor de verzekeraars een acceptatieplicht. Dit voorkomt echter niet zelfselectie door de verzekerden. Verzekerden met een laag ziekterisico blijken vooral op basis van de hoogte van de verzekeringspremie te kiezen, terwijl de verzekerden met een grotere kans op ziekte eerder kiezen voor een uitgebreidere verzekering. Hierdoor ontstaat er een neerwaartse spiraal, de zogenoemde *death spiral*.<sup>89</sup> Dit fenomeen trad bijvoorbeeld op bij de Harvard University Health plans en de Federal Employees Health Benefits programme. De verzekerden met een hoger gezondheidsrisico kozen voor het uitgebreidere pakket, waardoor de premies stegen. Dit leidde tot een (verdere) uittocht van laag-risico verzekerden, waardoor de premies nog sterker stegen en de hoog-risico verzekerden noodgedwongen een minder uitgebreid pakket moesten nemen. Hierdoor stegen de premies van de minder uitgebreide pakketten, waardoor de laag-risico verzekerden op zoek gingen naar een goedkopere, nog beperktere verzekering.

Hetzelfde verschijnsel deed zich voor tussen managed care en traditionele, op restitutie gebaseerde verzekeringen. De laag-risico verzekerden kozen meer voor de goedkopere managed care, waardoor de premies voor de traditionele verzekeringen sterk stegen. Verzekerden worden hierdoor gedwongen naar managed care over te gaan.

Dit verklaart ook de grote ontevredenheid in de VS: verzekerden willen keuzevrijheid en vraagsturing, maar door de death spiral neemt deze juist steeds meer af en komt de solidariteit steeds meer onder druk te staan.

## **4.5 Kaiser Permanente**

Als er een plaats is in de wereld waar de condities voor marktwerking aanwezig zijn, is het wel de Verenigde Staten. Met name in en rond de grote steden zijn de marktcondities voor een concurrerende markt aanwezig: een veelheid van (grote)



aanbieders en verzekeraars alsmede een groot aantal verzekerden.

De resultaten van de Amerikaanse gezondheidszorg als geheel zijn ronduit slecht: hoge kosten en lage performance<sup>90,91</sup>. De gezondheidszorg in de Verenigde Staten bestaat evenwel niet uit één systeem, maar er zijn verschillende systemen, die vaak met elkaar concurreren. Sommige hiervan doen het zeker niet slecht. Dit geldt met name voor het systeem van concurrerende HMO's in de staat Californië.

Eén van de succesvolste HMO's is Kaiser Permanente. Vanuit de aanname dat concurrentie tot prestaties prikkelt, vormt deze HMO dan ook het onderzoeksobject van menig onderzoeker. Met name interessant zijn de vergelijkingen tussen de performance van Kaiser Permanente en zorgsystemen in een niet-competitieve omgeving, zoals de NHS in het Verenigd Koninkrijk. Alvorens nader in te gaan op deze vergelijking in de volgende paragraaf, wordt eerst nader op Kaiser Permanente ingegaan.

Kaiser Permanente geldt als overkoepelende term voor het zogenoemde *Kaiser Permanente Medical Care Programme*. Dit bestaat uit het *Kaiser Foundation Health Plan*, de *Kaiser Foundation Hospitals* en de *Permanente Medical Groups*. Meer dan 10.000 artsen maken deel uit van de medical groups. Kaiser Permanente heeft meer dan 8,2 miljoen verzekerden - leden van het Health Plan -, waarvan 6,1 miljoen in Californië<sup>92</sup>.

Kaiser Permanente is een van de oudste – 50 jaar oud – non-profit health maintenance organisations in de Verenigde Staten. De artsen zijn partners binnen de medical groups en zijn hierbij in loondienst. De meeste ziekenhuizen en ambulante zorgvoorzieningen waar zorg wordt geleverd, zijn eigendom van de Kaiser Foundation Hospitals.

Kenmerkend voor de werkwijze van Kaiser Permanente is de integratie op verschillende niveaus.

Ten eerste levert het als verzekeraar zelf zorg. Voor de zorgverleners betekent dit dat het budget bepaald wordt door het aantal verzekerden dat men weet aan te trekken. Ze hebben dus een direct belang bij het succes van het programma.

Ten tweede zijn eerste- en tweedelijnszorg geïntegreerd. De patiënt kan zo gemakkelijk overgaan van ziekenhuis op ambulante zorg en omgekeerd. Medisch specialisten zijn ontkoppeld

van ziekenhuizen. Zij werken samen met generalisten c.q. huisartsen in de medical groups. Deze zijn dus multidisciplinair samengesteld. De prikkel ontbreekt om patiënten onnodig of langer dan noodzakelijk op te nemen in het ziekenhuis.

Ten derde is preventie, diagnose, behandeling en zorg geïntegreerd. Zo kan integrale zorg geleverd worden aan chronische patiënten. Deze zorg vindt plaats op basis van evidence based protocollen, die actief gemanaged worden. Artsen hebben snelle toegang tot diagnostische faciliteiten, waardoor ziekenhuisopnamen worden voorkomen.

Het zorgproces wordt strikt gemanaged: managed care. Er ligt grote nadruk op het zo kort mogelijk houden van ziekenhuisopnames. Voor de verschillende categorieën patiënten zijn er vaste schema's. Voor bijvoorbeeld patiënten die een nieuwe heup krijgen is er een draaiboek waarin precies is aangegeven wat er op elk moment moet gebeuren. Er zijn speciale functionarissen die zich met het ontslag van de patiënt bezighouden om te voorkomen dat de patiënt onnodig lang in het ziekenhuis ligt. Uit het ziekenhuis ontslagen patiënten worden ondersteund en geleerd om zoveel mogelijk selfsupporting te kunnen zijn. Taakherschikking is sterk doorgevoerd, waarbij het overigens wel opvallend is dat bij Kaiser Permanente verlosingen door de gynaecoloog en niet door de verloskundige verricht worden.

Binnen de VS is Kaiser Permanente als HMO populair doordat het een relatief 'egalitaire' organisatie is in vergelijking met andere meer 'kostenagressieve' aanbieders<sup>93</sup>. Vergelijkingen tussen Kaiser Permanente en andere zorgaanbieders binnen Californië en de Verenigde Staten als geheel voor wat betreft de kwaliteit van zorg laten zien dat de kwaliteit hetzelfde of beter is<sup>94,95</sup>.

#### **4.6 De National Health Service en Kaiser Permanente vergeleken**

In een aantal studies zijn de prestaties van Kaiser Permanente vergeleken met die van de Engelse National Health Service.

Feachem, et al. hebben de kosten en performance vergeleken en kwamen tot de conclusie dat qua kosten per verzekerde beide elkaar niet veel ontliepen. Wat performance betreft bleken de Kaiser Permanente-verzekerden meer en betere ambu-

lante zorg te krijgen en veel sneller toegang hadden tot specialistische medische zorg en opname in het ziekenhuis. Zo wordt binnen de NHS 80% van de verwezen patiënten binnen drie weken door de medisch specialist gezien, terwijl dit bij Kaiser Permanente binnen twee weken is. Eenderde van de NHS-patiënten wacht meer dan vijf maanden op een ziekenhuisopname, terwijl bij Kaiser Permanente 90% binnen drie maanden is opgenomen. Het aantal ligdagen bij acute opnamen bij Kaiser Permanente bleek eenderde te zijn van het aantal bij de NHS<sup>96</sup>.

Ham, et al. hebben dit laatste nader onderzocht en ondersteunen de bevindingen van Feachem<sup>97</sup>. Het aantal ligdagen voor een 11-tal ziektebeelden (CVA, COPD, bronchitis, coronair bypass, acuut myocardinfarct, hartfalen/shock, angina pectoris, heupvervanging, knie vervanging en urineweginfectie) bleek in Engeland 3,5 maal groter te zijn dan bij Kaiser Permanente. Kaiser Permanente bereikt dit door minder en kortere ziekenhuisopnames.

#### **4.7 De US Veterans Health Administration**

Een geheel andere organisatie dan Kaiser Permanente is de US Veterans Health Administration (VA). De VA is een overheidsorganisatie die medische zorg en revalidatie levert aan militaire veteranen. Begin jaren negentig verslechterde het publieke imago na rapporten over slecht functioneren en mismanagement. Private concurrentie kwam opzetten.

De crisis leidde tot een grote herstructurering, waarbij er een eenvormige ambulante zorg kwam en geïntegreerde zorgnetwerken. Alle zorgaanbieders binnen de VA in een bepaald gebied werden in één unit ondergebracht. Daarnaast werd een *measurement-based performance management program* ingevoerd. Er werd sterk geïnvesteerd in informatietechnologie en het gebruik van protocollen en richtlijnen. De kwaliteit van zorg nam sterkt toe, terwijl de kosten daalden.

Zo werd in een ziekenhuis het aantal medicatiefouten door het gebruik van IT met 70% verminderd<sup>98</sup>. In een periode van vier jaar nam de mortaliteit bij operaties met 9% af en de compliance met geaccepteerde preventieve zorgstandaarden nam toe van 34% tot 81%<sup>99</sup>. In een vijfjaarsperiode daalde de kosten per patiënt met 25%<sup>100</sup>.

## 5 Conclusie

Uit het voorgaande blijkt dat er geen ‘silver bullet’ bestaat voor het genezen van de problemen in de zorg. Alle prikkels blijken bijwerkingen te hebben en soms zijn deze erger dan de kwaal.

Belangrijk is op te merken dat bij de vergelijking tussen landen geen echte uitspraak gedaan kan worden over effectieve prikkels voor *gepast* gebruik. De analyses blijven in de meeste gevallen beperkt tot: stimuleert of remt een bepaalde prikkel het gebruik. Er kan veelal geen uitspraak gedaan worden over de mate van gepastheid, omdat hierover geen informatie beschikbaar is, bijvoorbeeld over de mate waarin patiënten volgens evidence based protocollen en richtlijnen worden behandeld. Er is wel een onderzoek van McGlynn naar de mate waarin zorg volgens de geldende standaarden wordt geleverd in de VS. De onderzochte populatie ontving slechts in 54% de aanbevolen zorg<sup>101</sup>.

Sommige prikkels blijken minder effectief dan verwacht. Een voorbeeld hiervan zijn eigen bijdragen. De kostenbesparingen die hiermee bereikt kunnen worden, moeten niet worden overschat, terwijl de negatieve effecten op gepast gebruik niet onderschat moeten worden. Ze prikkelen patiënten slechts in relatief geringe mate minder zorg te consumeren, waarbij weliswaar overconsumptie tegengegaan wordt, maar tegelijkertijd onderconsumptie gestimuleerd wordt.

De zorgaanbieder blijft de belangrijkste bepalende factor voor de zorgconsumptie en de wijze van honorering blijkt hierop van invloed te zijn. Zo gaan van een fee-for-servicesysteem prikkels uit om meer te doen dan strikt noodzakelijk, terwijl bij een vast salaris het omgekeerde het geval is. Een abonnement-systeem, 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 de output kan bestaan.

Zoals Barnum, et al. stellen, is een mengvorm van de verschillende honoreringssystemen het meest aangewezen<sup>102</sup>. De optimum mix kan verschillen per situatie. Zo zal in een situatie van onderconsumptie ten gevolge van een aanbodschaarste een fee-for-service systeem met vrije tarieven het snelst een groter volume genereren, weliswaar tegen relatief hoge kosten.

Wat opvalt is dat in de HMO's in de VS, die zich in een concurrerende markt bevinden, artsen, zowel de general practitioners als medisch specialisten, hoofdzakelijk in loondienst zijn (dit geldt overigens ook voor de Veterans Health Administration). Bij nader inzien is dit echter niet verwonderlijk, aangezien dit normaal is binnen een vrije markt: verreweg de meeste werknemers in het bedrijfsleven zijn in loondienst bij een onderneming. Dit is blijkbaar de meest efficiënte manier om de doelstellingen van de onderneming te realiseren en als onderneming de concurrentie aan te kunnen. Samenwerking binnen de onderneming is belangrijk. Uit onderzoek blijkt dat individuele prestatiebeloning deze samenwerking frustreert<sup>103</sup>.

De zorg blijkt wat dit betreft geen uitzondering. Zoals het voorbeeld van Kaiser Permanente laat zien, ligt de nadruk op samenwerking tussen hulpverleners: medisch specialisten zijn ontkoppeld van ziekenhuizen en werken samen met generalisten in multidisciplinaire groepen. De betreffende zorg wordt verleend door de zorgverlener met de beste prijs/prestatieverhouding, hetgeen een sterke prikkel is voor taakherschikking

Zoals hiervoor reeds gesteld, valt het effect van eigen bijdragen voor het stimuleren van gepast gebruik tegen. Andere prikkels, zoals voorlichting en 'opvoeding' van de (potentiële) patiënt verdienen vooral aandacht. Het gaat daarbij vooral om het reduceren van gezondheidsrisico's, te weten wanneer er een beroep op een arts moet worden gedaan, zelfmanagement en patiënt initiated care. Initiatieven zoals call centers - NHS-direct - in het Verenigd Koninkrijk zijn veelbelovend. Onderzoek geeft aan dat naast het bevorderen van gepast gebruik, de genoemde niet-financiële prikkels grote kostenbesparingen in de zorg kunnen geven.

De huisarts speelt een belangrijke rol bij gepast gebruik, met name het tegengaan van onnodige consulten. Bij honorering op basis van een abonnement- of salarissysteem is er een prikkel aanwezig om deze tegen te gaan.

Een andere effectieve prikkel voor gepast gebruik is shared decision making.

De negatieve ervaringen met marktwerking in een aantal landen geeft aan dat het een instrument is met forse bijwerkingen als marktimperfections onvoldoende worden opgeheven. De hoge(re) transactiekosten die marktwerking met zich mee-

brengt kunnen dan onvoldoende terugverdiend worden door doelmatigheidsverbetering, waardoor het per saldo extra geld kost.

Geconstateerd kan worden dat in Nederland (en andere landen!) in ieder geval aan de cruciale voorwaarde van voldoende performance informatie niet wordt voldaan. Zonder deze informatie kan het marktmechanisme niet goed functioneren.

Feitelijk kan geen enkel systeem, centraal gestuurd of op de vrije concurrerende markt, goed functioneren zonder goede performance informatie. Het gaat hierbij om zowel output- als procesinformatie. Concreet kan bij het eerste gedacht worden aan outcomes van behandelingen, bijvoorbeeld van hartinfarcten, CVA, kanker, en ingrepen, zoals heup-, galblaas-, bypassoperaties, en het optreden van complicaties hierbij, zoals wondinfecties. Bij het tweede kan gedacht worden aan wachttijden, de mate van volgen van protocollen en richtlijnen etc. Hoe meer en diverser de parameters, hoe beter beeld verkregen wordt van de performance van zorgaanbieders.

Afhankelijk van het gekozen besturingssysteem kunnen de performancegegevens verbijzonderd worden naar bijvoorbeeld verzekeraars, indien men heeft gekozen voor een systeem van concurrerende verzekeraars. De verzekerde kan dan een gefundeerde keuze maken voor een bepaalde verzekeraar.

Het voorbeeld van Kaiser Permanente toont aan dat er met een systeem van concurrerende verzekeraars zeker doelmatigheids- en kwaliteitswinst te behalen valt. Het is evenwel niet gemakkelijk deze concurrentie te realiseren, zoals de OECD in een recent rapport concludeert: *'Value-based competition among insurers has been hard to achieve'*<sup>104</sup>. Een belangrijke vraag is of de Nederlandse zorgmarkt hier voldoende omvang voor heeft.

Binnen een systeem van concurrerende zorgverzekeraars zullen alleen effectieve prikkels voor gepast gebruik 'kunnen overleven'. Immers die verzekeraars, die het beter lukt om verzekerden en zorgaanbieders te stimuleren tot gepast gebruik, zullen succesvol zijn.

Het is dan ook aan de concurrerende verzekeraars om te bepalen of en zo ja op welke wijze bijvoorbeeld eigen bijdragen aan de patiënt gevraagd worden. Het is interessant te zien dat bij HMO's deze voornamelijk worden ingezet voor het sturen van patiënten richting doelmatige zorg: als men naar een andere

zorgaanbieder dan de preferred provider wil, moet men bijbetalen.

In Nederland is een dergelijke ontwikkeling ook in gang. Zo gaat zorgverzekeraar CZ korting geven als de verzekerde zich laat behandelen bij door de verzekeraar aanbevolen instellingen. Illustratief voor de beoordeling van de effectiviteit van eigen bijdragen voor het afremmen van de consumptie van zorg, is het feit dat zorgverzekeraar AGIS de door de overheid voorgestelde eigen bijdragen voor bijvoorbeeld operaties niet bij de patiënt in rekening wenst te brengen, omdat zij stelt dat als een patiënt een blindedarmontsteking heeft, de patiënt geopereerd moet worden en een eigen bijdrage hier geen verandering in kan en mag brengen.

In het kader van marktwerking lijkt de constatering dat systemen onder direct overheidsbestuur, zoals de Veterans Administration in de VS, zeer patiëntgericht en innovatief kunnen zijn, nogal paradoxaal. Het lijkt erop dat juist de uitersten van het continuüm met aan de ene zijde sterke centrale sturing en aan de andere zijde volledige marktwerking met sterke concurrentie, effectiever functioneren dan zwakke centrale sturing en onvolledige marktwerking.

Een groot probleem bij marktwerking is de negatieve kwaliteitsspiraal, de death spiral: verzekeraars die goede kwaliteit leveren prijzen zich uit de markt doordat ze vooral hoog-risico verzekerden aantrekken.

## Literatuur

- <sup>1</sup> Foundation for Accountability. Innovators and Visionaries: Strategies for Creating a Person-centered Health System. Portland: FACCT, 2003, [www.facct.org](http://www.facct.org).
- <sup>2</sup> Busse, R. and S. Schlette Health Policy Developments: International Trends and Analyses. Gütersloh: Bertelsmann Foundation, 2003.
- <sup>3</sup> McGuire, T.G. Physician Agency. In: Culyer, A.J. en J.P. Newhouse. Handbook of Health Economics. Amsterdam: Elsevier, 2000.
- <sup>4</sup> Donaldson, C. en K. Gerard. Economics of health care financing: the visible hand. London: The MacMillan Press Ltd., 1993.
- <sup>5</sup> Evans, R.G. Strained mercy: The economics of Canadian health care. Toronto: Buttersworths, 1984.
- <sup>6</sup> Hickson, G.B., W.A. Altmeier en J.M. Perrin. Physician reimbursement by salary of fee-for-service: effect on physician practice behavior in a randomized prospective study. Pediatrics, 80, 1987, no. 3, p. 344-350.
- <sup>7</sup> 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.
- <sup>8</sup> Phelps, C.E. Health economics. Reading, MA: Addison-Wesley Educational, 1997.
- <sup>9</sup> Dijkman, J. Overconsumptie door claimcultuur? In: Met het oog op gepaste zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004.
- <sup>10</sup> Wouters, A., et al. Alternative Provider Payment Methods: Incentives for Improving Health Care Delivery. Bethesda: Partnerships in Health Reform, 1998.
- <sup>11</sup> World Health Organisation. European Health Care Reforms: Analysis of Current Strategies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1996.
- <sup>12</sup> Gosden, T., et al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. Cochrane Library, Issue 1, 2004.
- <sup>13</sup> Hughes, J. Health expenditure and cost containment in Ireland. In: Mossialos and E., J. Le Grand. Health Care and Cost Containment in the European Union., Aldershot: Ashgate, 1999.
- <sup>14</sup> Miller, R. and H. Luft. HMO performance update: an analysis of the literature 1997-2001. Health Affairs, 21, 2002, no. 4, p. 63-86.



- 15 Sociaal Cultureel Planbureau. Sociaal en Cultureel Rapport 2000, Nederland in Europa. Den Haag: SCP, 2000.
- 16 Hurst, J.W. The Reform of Health Care: a Comparative Analysis of Seven OECD Countries. Paris: OECD, 1992.
- 17 Bumgarner, R.J. (ed.) China: Long-Term Issues and Options in the Health Transition. Washington DC, World Bank, 1992.
- 18 Barer, M.L., R.G. Evans en R.J. Labelle. Fee Controls as Cost Control: Tales from the frozen north. Vancouver: University of British Columbia, 1988.
- 19 Geyndt, W. de, Managing Health Expenditures under National Health Insurance: The Case of Korea. Technical Paper 156. Washington DC: World Bank, 1991.
- 20 World Bank, The Organization, Delivery and Financing of Health Care in Brazil, Report 12655-BR. Washington DC: World Bank, 1994.
- 21 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming. Zoetermeer: RVZ, 1996.
- 22 Maceira, D. Provider Payment Mechanisms in Health Care: Incentives, Outcomes, and Organizational Impact in Developing Countries. Bethesda: Partnerships for Health Reform Project, 1998, p. 5.
- 23 Mays, N., et al. The British quasi-market in health care: a balance sheet of the evidence. *Journal of Health Services Research and Policy*, 5, 2000, no. 1, p. 49-58.
- 24 Proper, C., S. Burgess en K. Green. Does competition between hospitals improve the quality of care? Hospital death rates and the NHS internal market. CMPO Working Paper, no. 00/027. Bristol: University of Bristol, 2002.
- 25 Smee, C. United Kingdom, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 25, 2000, no. 5, p. 945-951.
- 26 Cumming, J., Mays, N., Reform and counter reform: how sustainable is New Zealand's latest health system restructuring. *Journal of Health Services Research and Policy*, 7, 2002, suppl. 1, p. 46-55.
- 27 Nyfer. *Zorg voor het Ziekenhuis*, 2002. Breukelen: Nyfer, 2002.
- 28 OECD. *New Directions in Health Policy*. Paris: OECD, 1995.
- 29 Gerdtham, U.G., et al. Intenal markets and health care efficiency: a multiple-output stochastic frontier analysis. *Health Economics*, 8, 1999, no. 2, p. 151-164.
- 30 Gerdtham, U.G., et al, The impact of intenal markets on health care efficiency: evidence from heath care reforms in Sweden. *Applied Economics*, 31, 1999, no. 8, p. 935-945.

- <sup>31</sup> Forsberg, E., R. Axelsson en B. Arnetz. Financial incentives in health care. 'The impact of performance-based reimbursement, *Health Policy*, 58, 2001, no. 3, p. 243-262.
- <sup>32</sup> 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.
- <sup>33</sup> Beck, R.G.en J.M. Horne. Utilization of publicly insured public health services in Saskatchewan before, during and after copayment. *Medical Care*, 18, 1980, p. 787-806.
- <sup>34</sup> Stoddart, G.L., et al. Why Not User Charges? The real issues. Centre for Health Services and Policy Research. Vancouver: University of British Columbia, 1993.
- <sup>35</sup> Jung, K-T. Influence of the introduction of a Per-Visit Copayment on Health Care Use an Expenditures: The Korean Experience. *The Journal of Risk and Insurance*, 65, 1998, no. 1. p. 35-58.
- <sup>36</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Eigen betalingen in perspectief: beschrijving van de theorie achter eigen betalingen en de praktijk in België en Frankrijk. Den Haag: Ministerie VWS, 2001, p. 114.
- <sup>37</sup> Idem, p. 28-67.
- <sup>38</sup> Mosseveld, C.J.P.M van en P. van Son. International comparison of health care data: methodology development and application. Dordrecht: Kluwer, 1999.
- <sup>39</sup> Sociaal Cultureel Planbureau. Sociaal en Cultureel Rapport 2000, Nederland in Europa. Den Haag: SCP, 2000, p. 260.
- <sup>40</sup> Belgische spoedartsen willen af van remgeld. *Medisch Contact*, 59, 2004, no. 12.
- <sup>41</sup> Reichmann, G. en M. Sommersguter-Reichmann. Co-payments in the Austrian social health insurance system. Analysing patiënt behaviour and patients views' on the effects of co-payments'. *Health Policy*, 67, 2004, no. 1, p. 75-91.
- <sup>42</sup> Ryan, M. en S. Birch. Charging for health care: evidence on the utilisation of NHS prescribed medicines. *Social Science and Medicine*, 33, 1991, p. 681-687.
- <sup>43</sup> Walley, T. Prescription charges: change overdue? *British Medical Journal*, 317, 1998, p. 487-488.
- <sup>44</sup> Duits artsenbezoek daalt na hervormde zorg, *Nederlands. Tijdschrift voor Geneeskunde*, 148, 2004, no. 11, p. 540.
- <sup>45</sup> Docteur, E. en H.Oxley. Lessons from the Reform Experience. Paris: OECD, 2003.
- <sup>46</sup> Vliet, R.C.J.A. van. Effects of price and deductibles on medical care demand estimated from survey data. *Applied Economics*, 33, 2001, no. 12, p. 1515-1524.

- <sup>47</sup> O'Brien, B. The Effect of Patient Charges on the Utilization of Prescription medicines. *Journal of Health Economics*; 8, 1989, no. 1, p. 109-132.
- <sup>48</sup> Newhouse, J., et al. *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge: Harvard University Press, 1993.
- <sup>49</sup> Manning, W.G., et al. Health insurance and the demand for medical care: Evidence from a randomized experiment, *American Economic Review*, 77, 1987, no. 3, p. 251-277.
- <sup>50</sup> idem.
- <sup>51</sup> Stoddart, G.L., et al. *User Charges, Snares and Delusions: Another look at the literature Centre for Health Services and Policy Research*. Vancouver: University of British Columbia, 1993.
- <sup>52</sup> Starmans, B. en A. Paulus. Eigen betalingen voor medische zorg. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 77, 1999, no. 7.
- <sup>53</sup> Siu, A.L., et al. Inappropriate use of hospitals in a randomized trial of health insurance plans. *New England Journal of Medicine*, 315, 1986, p. 1259-1266.
- <sup>54</sup> Foxman, B., et al. The effect of cost sharing on the use of antibiotics in ambulatory care: results from a population-based randomized controlled trial. *Journal of Chronic Disease*, 40, 1987, no. 5, p. 429-437.
- <sup>55</sup> Brook, R.H., et al. Does free care improve adults' health? Results from a randomized controlled trial. *New England Journal of Medicine*, 309, 1983, no. 23, p. 1426-1434.
- <sup>56</sup> Soumerai, S.B., et al. Payment restrictions for prescription drugs under Medicaid. Effects on therapy, cost and equity. *New England Journal of Medicine*, 317, 1987, no. 9, p. 550-556.
- <sup>57</sup> Stuart, B. en J. Grana. Ability to pay and the decision to medicate. *Medical Care*; 36, 1998, no. 2, p. 202-211.
- <sup>58</sup> Horowitz, R.I., et al. Treatment adherence and risk of death after myocardial infarction. *The Lancet*, 336, 1990, p. 542-545.
- <sup>59</sup> Psaty, B.M., et al. The relative risk of incident coronary heart disease associated with recently stopping the use of beta-blockers. *Journal of the American Medical Association*, 263, 1990, no. 12, p. 1653-1657.
- <sup>60</sup> Tamblyn, R., et al. Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. *Journal of the American Medical Association*, 285, 2001, no. 4, p. 421-429.

- <sup>61</sup> Richardson, J. The effects of consumer co-payments in medical care, National Health Strategy Background Paper no. 5. Melbourne: National Health Strategy, 1991.
- <sup>62</sup> Idem als noot 45.
- <sup>63</sup> Abel-Smith, B., K. Titmuss en M. Miller. *Philosophy of Welfare: Selected writing of Richard M. Titmuss*. New York: Routledge & Kegan Paul, 1987.
- <sup>64</sup> 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.
- <sup>65</sup> Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Taakherschikking in de gezondheidszorg*. Zoetermeer: RVZ, 2002.
- <sup>66</sup> 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. *Family Practice*, 20, 2003, p. 311-317.
- <sup>67</sup> Starfield, B. en L. Shi. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 60, 2002, no. 3, p. 201-218.
- <sup>68</sup> Macinko, J., B. Starfield en L. Shi. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. *Health Services Research*, 38, 2003, no. 3, p. 831-865.
- <sup>69</sup> Forrest, C.B. Primary care gatekeeping and referrals: effective filter of failed experiment. *British Medical Journal*, 326, 2003, p. 692-695.
- <sup>70</sup> Joyce, G.F., et al. Visits to primary care physicians and to specialists under gatekeeper and point-of-service arrangements. *American Journal of Managed Care*, 6, 2000, no. 11, p. 1189-1196.
- <sup>71</sup> Ferris, T.G., et al. Leaving gatekeeping behind – Effects of opening access to specialists for adults in a HMO. *New England Journal of Medicine*, 43, 2001, no. 18, p. 1312-1317.
- <sup>72</sup> Hewlett, S., et al. RCT of patient-initiated review versus regular physician-initiated follow-up in rheumatoid arthritis, extended to 6 years. *Arthritis & Rheumatism*, 48, 2003, no. 9, S232.
- <sup>73</sup> Morrison, E.M. and H.S. Luft. Health maintenance organization environments in the 1980s and beyond. *Health Care Financing Review*, 12, 1990, no. 1, p. 81-90.
- <sup>74</sup> Cronan, T.A., et al. *Arthritis Care and Research*, 11, 1998, no. 5, p. 326-334.

- <sup>75</sup> 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.
- <sup>76</sup> Vickery, D.M., et al. The effect of self-care interventions on the use of medical service within a medicare population. *Medical Care*, 26, 1998, no. 6, p. 580-588.
- <sup>77</sup> Fries, J.F. et al. Beyond Health Promotion: Reducing Need And Demand For Medical Care. *Health Affairs*, 17, 1998, no. 2, p. 70-84.
- <sup>78</sup> Zelf COPD managen niet zinvol. *Medisch Contact*, 59, 2004, no. 7, pag. 242.
- <sup>79</sup> Rijen, A.J.G. van en W. van der Kraan. Arts, patiënt en gebruik van zorg. In: *Met het oog op gepaste zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg*, 2004.
- <sup>80</sup> Musich, S., et al. The association between health risk status and health care costs among membership of an Australian health plan. *Health Promotion International*, 18, no. 1, p. 57-65.
- <sup>81</sup> Reinhart, U.E. Financing Health Care: Competition versus regulation. The papers and proceedings of the sixth private sector conference, march 23-24. Pensacola: Ballinger, 1981, p. 23.
- <sup>82</sup> Grand, J. le. Competition, cooperation, or control? Tales from the British National Health Service, *Health Affairs*, 18, 1999, no. 3, p. 27-37.
- <sup>83</sup> OECD. *Towards High-performing Health Systems*. Paris: OECD, 2004.
- <sup>84</sup> Woolhandler, S., et al. Cost of Health Care Administration in the United States and Canada. *New England Journal of Medicine*, 349; 2003, p. 768-775.
- <sup>85</sup> Gleid, S. Managed care. In: Culyer, A. en J. Newhouse. *Handbook of Health Economics*, Elsevier, 2000.
- <sup>86</sup> Miller, R. en H. Luft. HMO plan performance update: an analysis of the literature 1997 – 2001. *Health Affairs*, 21, 2002, no. 4, p. 7-25.
- <sup>87</sup> Miller, R. en H. Luft. Does managed care lead to better or worse quality of care. *Health Affairs*, 16, 1997, no. 5, 17-25.
- <sup>88</sup> Gabel, et al. Job-based health benefits in 2002: some important trends. *Health Affairs*, 21, 2001, no. 5, p. 143.
- <sup>89</sup> Kennedy, E.M., en B. Thomas. Dramatic improvement of Death Spiral – Two Members of Congress Asses the Medicare Bill. *New England Journal of Medicine*, 350, 2004, no. 8, p. 747-751.

- <sup>90</sup> Anderzon, G. en P.S. Hussey. Comparing health system performance in OECD countries. *Health Affairs*, 20, 2001, p. 219-232.
- <sup>91</sup> World Health Organization. *World Health report 2000- health systems: improving performance*. Geneva: WHO, 2000.
- <sup>92</sup> Kaiser Permanente, [www.kaiserpermanente.org](http://www.kaiserpermanente.org)
- <sup>93</sup> Shapiro, J. en S. Smith. Lessons for the NHS from Kaiser Permanente. *British Medical Journal*, 327, 2003, p. 1241-1242.
- <sup>94</sup> US News Online, HMO honor roll, 1999. [www.usnews.com/usnews/nycu/health/hehmohon.htm](http://www.usnews.com/usnews/nycu/health/hehmohon.htm)
- <sup>95</sup> Pacific Business Group on Health, Pursuit of high quality care recognized by PBGH-Kaiser Foundation Health Plan and Nine Medical Groups given blue ribbon awards, San Francisco: PBGH, 2000, [www.pbgh.org/news.asp#release11](http://www.pbgh.org/news.asp#release11)
- <sup>96</sup> Feachem, R.G.A., N.S. Sekri en K.L. White. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *British Medical Journal*, 324, 2003, p. 135-141.
- <sup>97</sup> Ham, C., et al. Hospital bed utilisation in de NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data. *British Medical Journal*, 327, 2003, p. 1252-1257.
- <sup>98</sup> Agency for Health Care Research and Quality. *Reducing and Preventing Adverse Drug Events To Decrease Hospital Costs*. Rockville: AHRQ, 2001. [www.Ahrq.gov/qual/aderia/aderia.htm](http://www.Ahrq.gov/qual/aderia/aderia.htm)
- <sup>99</sup> Khuri, S.F., et al. NSQIP: the first national, validated, outcome based, risk-adjusted, and peer-controlled program for the measurement and enhancement of the quality of surgical care.' National Veterans Affairs Surgical Quality Improvement Program. *Annals of Surgery*, 228, 1998, no. 4, p. 491-507.
- <sup>100</sup> Kizer, K.W. Reengineering the Veterans Healthcare System. In: Ramsaroop, et al. *New York: Advancing Federal Healthcare*, Springer, 2000.
- <sup>101</sup> McGlynn, E.A., et al. The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 348, 2003, no. 26.
- <sup>102</sup> Barnum, H. J. Kutzin en H. Saxenian. *Incentives and Provider Payment Methods in the health sector*. Washington DC: World Bank, 1995.

- <sup>103</sup> Vijfeijken, H. van. Managing Team Performance: interdependence, goals and rewards. Eindhoven: TUE, 2004.
- <sup>104</sup> OECD. Towards High-performing Health Systems, Summary report on the OECD Health Project. Paris: OECD, 2004.





# Bijlagen



## Bijlage 1

### Lijst van afkortingen

ACE-remmers	Angiotensin-converting enzyme
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ASAT	aspartate aminotransferase
BBP	Bruto Binnenlands Product
BIG	Beroepen in de individuele gezondheidszorg
BMI	Body Mass Index (kg/m <sup>2</sup> )
BNP	Bruto Nationaal Product
BW	Burgerlijk Wetboek
CABG	Coronary Artery Bypass Grafting
CBO	Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CHD	Coronary Heart Disease
COPD	Chronic Obstructive Pulmonair Disease
CVA	cerebraal vasculair accident
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DBC	diagnose behandelcombinatie
DRG	diagnosis related groups
DTO	Diagnostisch Toets Overleg
EVS	electronisch voorschrijfsysteem
FACTT	Foundation for Accountability
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
gvo	gezondheidsvoorlichting en opvoeding
HbA1c	Hemoglobine-A1c
HDL-cholesterol	High Density Lipoproteine cholesterol
HMO's	health maintenance organisations
iBMG	Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
IgE	totaal immunoglobuline E
ISCED	International Standard Classification of Education
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst
KNO	Keel, neus en oor
KZI	Kwaliteitswet Zorginstellingen
LDH	Lactate dehydrogenase
LDL-cholesterol	Low Density Lipoproteine cholesterol

LINH	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg
MRI	Magnetic resonance imaging
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Clinical Excellence
NIED	Nationaal Instituut voor Effectiviteit en Doelmatigheid
NIPO	Nederlands Instituut voor de Publieke Opiniepeiling
NIVEL	Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg
NSAID	Non-steroidal anti-inflammatory drugs
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
pgb	persoonsgebonden budget
PPO	Preferred provider organization
PSA	Prostaat Specifiek Antigen
PTCA	Percutane Transluminale Coronaire Angioplastiek
QALY	quality adjusted life year
RCT	randomised controlled trial
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
SSA	Social Security Act
SSRI	Serotonine Heropname Remmers
TAS	Toetsen aan Standaarden
TIA	Transient Ischaemic Attack
UMC	Universitair Medisch Centrum Utrecht
USA	United States of America
VA	Veterans Health Administration
VS	Verenigde Staten
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Ministerie)
WAO	Wet op de arbeidsongeschiktheid
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum
WOK	Centre for Quality of Care Research (WOK), UMC St Radboud Nijmegen
WW	Werkloosheidswet

## Bijlage 2

### Overzicht publicaties RVZ

De publicaties t/m 02/08 zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op bankrekeningnummer 19.23.24.322 t.n.v. VWS te Den Haag, o.v.v. RVZ en het desbetreffende publicatienummer (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)	€	15,00
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	Verzekerbareid 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
<b>Bijzondere publicaties</b>			
04/05	Tot de klant gericht (conclusies van de invitational conference Van patiënt tot klant)	€	15,00
03/11	De wensen van zorgcliënten in Europa	€	15,00
02/16	Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen	€	15,00
01M/02	Meer tijd en aandacht voor patiënten? Hoe een nieuwe taakverdeling kan helpen		gratis
01M/01E	E-health in the United States	€	11,34
01M/01	E-health in de Verenigde Staten	€	9,08
01/03	Publieksversie Verzekerd van zorg	€	6,81
01/02	De RVZ over het zorgstelsel	€	9,08
01/01	Management van beleidsadvies	€	11,34
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	€	6,81
<b>Signalementen</b>			
Sig 03/01	Exploderende zorguitgaven	€	15,00
<b>Publicaties Centrum Ethiek en Gezondheid</b>			
	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](mailto:mail@rvz.net)  
URL [www.rvz.net](http://www.rvz.net)

**Colofon**

Ontwerp: 2D3D, Den Haag  
Fotografie: Eric de Vries  
Druk: Quantas, Rijswijk  
Uitgave: 2004  
ISBN: 90-5732-135-1

*U kunt deze publicatie bestellen via onze website ([www.rvz.net](http://www.rvz.net)) of telefonisch via de RVZ (079 3 68 73 11) onder vermelding van publicatienummer 04/07*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg