

Leefstijl en de zorgverzekering

Achtergrondstudie



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



RVZ raad in gezondheidszorg

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg is een onafhankelijk adviesorgaan voor de regering en voor het parlement. Hij zet zich in voor de volksgezondheid en voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Daarover brengt hij strategische adviezen uit. Die schrijft hij vanuit het perspectief van de burger. Durf, visie en realiteitszin kenmerken zijn adviezen.

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Voorzitter

Prof. drs. M.H. (Rien) Meijerink

Leden

Mw. A. van Blerck-Woerdman

Mr. H. Bosma

Mw. prof. dr. D.D.M. Braat

Mw. E.R. Carter, MBA

Prof. dr. W.N.J. Groot

Prof. dr. J.P. Mackenbach

Mw. drs. M. Sint

Prof. dr. D.L. Willems

Algemeen secretaris

Drs. P. Vos

Leefstijl en de zorgverzekering

Achtergrondstudie

Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en
Zorg behorende bij de discussienota Zorg voor je gezondheid!

Den Haag, april 2010

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 19404
2500 CK Den Haag
Tel 070 340 50 60
Fax 070 340 75 75
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: Koninklijke Broese en Peereboom B.V.
Druk: Koninklijke Broese en Peereboom B.V.
Uitgave: 2010
ISBN-13: 978-90-5732-221-1

U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net) of telefonisch via de RVZ (070 340 50 60) onder vermelding van publicatienummer 10/07.

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Inhoudsopgave

1	Eigen schuld, dikke bult	5
1.1	Lastige vragen onder ogen zien	5
1.2	Ongezonde levensstijl volledig blijven verzekeren?	5
1.3	Internationale verkenning	6
2	Leefstijl en gezondheid	7
2.1	Het gezondheidsmodel van Lalonde	7
2.2	Ongezonde leefstijl en haar gevolgen: het voorbeeld van de VS	7
2.3	Nederland in een internationale context	8
2.4	Conclusies	10
3	Aangrijpingspunten voor verbetering	11
3.1	Ongezonde leefstijl is een collectief probleem	11
3.2	Ongezonde leefstijl is een probleem van publieke gezondheid	11
3.3	Overheid moet ook de zorgverzekering erbij betrekken	11
3.4	Conclusies	12
4	Leefstijl en de zorgverzekering	13
4.1	Programma's en diensten aanbieden	13
4.2	Gedrag bijsturen door financiële incentives	14
4.3	Dit gebeurt nog nergens systematisch	14
4.4	Verzekeraars zijn terughoudend	15
4.5	Effecten nog niet goed bekend	15
4.6	Conclusies	15
5	Risico en verantwoordelijkheid	17
5.1	Individuele verantwoordelijkheid	17
5.2	Collectieve verantwoordelijkheid	17
5.3	Resultaat telt	18
5.4	De opvattingen in Nederland verschuiven	18
5.5	Gezond gedrag belonen mag	19
5.6	Conclusies	19
6	Conclusies	21
	Noten	23
	Overzicht publicaties RVZ	25

1 Eigen schuld, dikke bult

1.1 Lastige vragen onder ogen zien

“We weten allemaal dat de leefstijl van mensen de gezondheid kan schaden. Iemand met COPD bijvoorbeeld, die stug blijft doorroken. Of iemand met obesitas. Sommige dingen zijn zo duidelijk dat je haast zou zeggen: ‘eigen schuld, dikke bult’... Moet je de schade, die mensen zichzelf toebrengen, volledig blijven verzekeren?”. Aan het woord is Dik Hermans, bestuursvoorzitter van het College voor zorgverzekeringen (CVZ), in een interview in het dagblad Trouw van 5 december 2009.¹

De reacties van krantenlezers² zijn divers.

- Goed idee, maar lastig door te voeren. Waar trek je de streep?
- Lastig te controleren en het begin van meer restricties die echt onwenselijk zijn.
- Ethisch absoluut onacceptabel en in strijd met de Eed van Hippocrates.
- Een goede vorm van solidariteit.
- Het is zuur dat ‘gezonde’ levensstijlen niet worden beloond, maar dat wil niet zeggen dat ‘ongezonde’ levensstijlen moeten worden gestraft.
- Eens dat mensen die moedwillig hun gezondheid verliezen, meer premie moeten betalen. Ik vrees echter dat mensen die toevallig slechte genen hebben ook meer moeten gaan betalen.
- Controleren of mensen gezond leven kost ook geld. Weegt dat wel op tegen de besparingen?
- Ik denk niet dat hier het probleem zit. De ziektekosten stijgen, door achterblijvende arbeidsproductiviteit, stijgende prijzen van geneesmiddelen en nieuwe technologie. We kunnen het systeem als geheel alleen goedkoper houden door meer preventie en
- minder intramurale zorg.

1.2 Ongezonde levensstijl volledig blijven verzekeren?

Moet je de schade die mensen zichzelf toebrengen, volledig blijven verzekeren? Die vraag duikt in de gezondheidszorg regelmatig op. Zoals verderop nog aan de orde komt, beantwoordde de Commissie Dunning haar in 1991 positief. Maar in 2005 zei bijvoorbeeld minister Hoogervorst: “Ook solidariteit heeft zijn grens, zeker als mensen ziek worden ten gevolge van een ongezonde levensstijl. Ik vind niet dat er zoiets is als een recht op ongezond leven.” Volgens hem moesten ziektekostenverzekeraars niet alleen rokers met hogere premies confronteren, maar ook burgers die teveel overgewicht hebben of ongezond veel alcohol drinken. Hoogervorst was overigens niet van plan om mensen met een ongezonde levensstijl uit te sluiten van bepaalde verstrekkingen.

Er is een aantal redenen waarom deze discussie actueel zal blijven. Een ervan is de beheersbaarheid van de uitgaven. Omdat er bezuinigd moet worden, vond Dik Hermans het bijvoorbeeld tijd om lastige vragen zoals het niet meer volledig verzekeren van een ongezonde leefstijl, onder ogen te zien. Een andere reden is de toename van het aantal chronische aandoeningen als gevolg van een ongezonde levensstijl. Er is gezondheidswinst te boeken door ongezond gedrag aan te pakken. Er moet overigens niet op worden gerekend dat daarmee op termijn ook de kosten van de gezondheidszorg omlaag gaan. Voorkomen is niet altijd goedkoper dan genezen.³

Het is verder een discussie die niet alleen in Nederland wordt gevoerd, maar in de hele westerse wereld. In alle welvarende landen waar mensen een zittend leven leiden en waar eten in overvloed aanwezig is, doen zich dezelfde gezondheidsproblemen voor als gevolg van een ongezonde levensstijl. En omdat dit ook de landen zijn waarin de overheid zich inspant om de toegang tot de gezondheidszorg voor iedereen open te stellen, rijst de vraag hoe collectief met de gevolgen van individueel gedrag moet worden omgegaan.

1.3 Internationale verkenning

In deze achtergrondstudie bij het advies Nieuwe ordeningen in de zorg verkennen we hoe landen met een vergelijkbaar levenspatroon als Nederland met deze problematiek omgaan en welke lessen Nederland daarvan kan leren. Achtereenvolgens bespreken we:

- De aard en omvang van de gezondheidsproblemen (hoofdstuk 2);
- Hoe deze problemen kunnen worden aangepakt (hoofdstuk 3);
- De rol die de zorgverzekering daarbij kan spelen en in het bijzonder de rol van financiële incentives in het kader van de zorgverzekering (hoofdstuk 4);
- In hoeverre het aanvaardbaar is om de zorgverzekering te gebruiken als middel om de leefstijl van individuen te beïnvloeden (hoofdstuk 5);
- Welke lessen hieruit voor de Nederlandse situatie zijn te trekken (hoofdstuk 6).

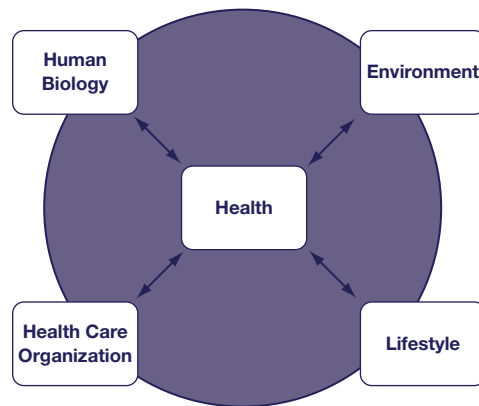
2 Leefstijl en gezondheid

2.1 Het gezondheidsmodel van Lalonde

Leefstijl is een van de vier belangrijke factoren die van invloed zijn op de gezondheid van mensen.⁴ Hieronder gaan we na welke impact iemands leefstijl heeft op zijn gezondheid, en hoe op haar beurt die leefstijl kan worden beïnvloed om de gezondheid van mensen te verbeteren.

Figuur 2.1

Lalonde's Health Field Concept



2.2 Ongezonde leefstijl en haar gevolgen: het voorbeeld van de VS

In 2005 had 43,8% van de Amerikaanse bevolking een of meer chronische aandoeningen.⁵ Hoge bloeddruk, een hoog cholesterolgehalte in het bloed en diabetes mellitus zonder complicaties kwamen onder volwassenen het meeste voor en maakten samen 31% uit van alle gerapporteerde chronische aandoeningen. In 10 jaar tijd namen chronische aandoeningen vooral toe onder jongvolwassenen en volwassenen: een toename van 32.4% tot 63.1% van personen met ten minste één chronische aandoening.

In 2006 besteedden de VS meer dan 2000 miljard dollar aan gezondheidszorg, waarvan drievierde aan de behandeling van chronische aandoeningen.⁶ Bijna tweederde van de groei van de uitgaven is te wijten aan de toename van ongezond gedrag, vooral de toenemende obesitas onder de bevolking. Sinds 1980 is het percentage Amerikanen dat obese is, toegenomen van 15% tot 34% van de volwassen bevolking. Tweederde van de volwassenen heeft overgewicht of is obese. Bijna 80% van degenen die obese zijn, heeft diabetes,

hart- en vaatandoeningen, te hoge cholesterolwaarden, hoge bloeddruk, galblaasaandoeningen of gewrichtsslijtage. Ongeveer 40% van hen heeft twee of meer van deze aandoeningen.⁷

Ongezonder gedrag zoals roken, teveel en ongezond eten en een zittend leven veroorzaakt in de VS 40% van het vroegtijdig overlijden, terwijl fouten in de zorgverlening slechts 10% hiervan voor hun rekening nemen. Alleen al door roken, de belangrijkste oorzaak van vroegtijdig overlijden, vallen jaarlijks 435.000 doden. Obesitas komt op de tweede plaats. Er zijn verschillende oorzaken, maar keuzen in het gedrag zijn duidelijk een belangrijke factor.⁸

2.3 Nederland in een internationale context

Tabel 2.1 Bijdrage van gedragsfactoren aan ziektebelasting

	bijdrage DALY's (%)
Roken	13
Overmatig alcoholgebruik	4,5
Lichamelijke inactiviteit	4,1
Voeding	6,9
Ongevallen	5,6
	34,1 %

Bron: RIVM, 2009.

Niet alleen Amerikanen gedragen zich ongezond. De WHO gaat in zijn World Health Report 2002 in op ongezond gedrag; overigens niet uit een perspectief van overvloed en rijkdom, maar uit een perspectief van armoede en schaarste. Niettemin verheldert het ook de consequenties van ongezond gedrag als gevolg van een westerse levensstijl. De WHO maakt onder andere onderscheid tussen lichamelijke inactiviteit/overconsumptie (bloeddruk, cholesterol, overgewicht, te weinig fruit en groente, inactiviteit) en verslavingsgedrag (roken, alcohol, drugs).

Hoge bloeddruk is wereldwijd verantwoordelijk voor 13% van het aantal doden als oorzaak van herseninfarcten en hart- en vaatziekten. In Nederland is een verhoogde bloeddruk verantwoordelijk voor 20 tot 30% van de totale sterfte aan beroerte, coronaire hartziekten en hartfalen.⁹ Van de totale ziektebelasting in Nederland is 7,8% toe te schrijven aan verhoogde bloeddruk. Daarmee is voor verhoogde bloeddruk de bijdrage aan de totale ziektebelasting relatief hoog vergeleken met die van het cholesterolgehalte in het bloed (circa 2,7%) en vergelijkbaar met die van overgewicht (9,7%).¹⁰

Hoge cholesterolwaarden zijn wereldwijd oorzaak van naar schatting 18% van de cerebrovasculaire aandoeningen en 56% van de ischemische hartaandoeningen. In Nederland is een te hoge bloedwaarde voor het LDL-cholesterol een belangrijke oorzaak van coronaire hartziekten. Hoe hoger het totaal

cholesterolgehalte, hoe hoger het risico op coronaire hartziekten. Een afname van de bloedwaarde voor totaal cholesterol met 1% leidt tot een daling van 2 tot 3% in de sterfte aan coronaire hartziekten.¹¹ Van de totale ziektelast in Nederland is 2,7% toe te schrijven aan verhoogde bloedwaarden voor LDL-cholesterol.

Overgewicht en obesitas hebben een ongunstige invloed op bloeddruk, cholesterol-, triglyceride- en insulineaarden. Ze verhogen het risico op hartinfarcten, herseninfarcten en diabetes 2. Verder het risico op borst-, darm-, prostaat-, baarmoederhals-, nier- en galblaaskanker. In Nederland zijn jaarlijks circa 40.000 gevallen van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2 en kanker en circa 7.000 sterfgevallen te wijten aan overgewicht. Naar verwachting geldt voor alle 40-jarige Nederlanders dat overgewicht een verlies in levensverwachting oplevert van 0,8 levensjaren (Verschuren et al., 2004). Wanneer niemand meer obesitas zou hebben, zou diabetes mellitus type 2 bij mannen 53% minder voorkomen en bij vrouwen 26% minder. Hartinfarcten zouden in dat geval 17% minder voorkomen bij mannen en 4% minder bij vrouwen. Beroerte zou bij afwezigheid van ernstig overgewicht 3% minder vaak voorkomen bij zowel vrouwen als mannen.¹²

Te weinig fruit en groente zijn wereldwijd de oorzaak van ongeveer 19% van de maag- en darmkankers, 31% van de ischemische hartziekten en 11% van de herseninfarcten. Wat Nederland betreft vermindert consumptie van groente en fruit waarschijnlijk zowel het risico op hart- en vaatziekten als op longkanker, slokdarmkanker en kanker in hoofd- en halsgebied.¹³ Te weinig fruit is verantwoordelijk voor 2,4% van het totale gezondheidsverlies in Nederland. Ter vergelijking: overgewicht draagt voor 9,7% bij aan de totale ongezondheid en roken voor 13,0%.¹⁴

Lichamelijke inactiviteit veroorzaakt wereldwijd naar schatting 10-16% van de gevallen van borst-, darm- en rectumkanker en diabetes mellitus. Verder ongeveer 22% van de ischemische hartziekten. Onvoldoende bewegen is in Nederland jaarlijks verantwoordelijk voor naar schatting ruim 8.000 sterfgevallen (ofwel circa 6% van totaal aantal sterfgevallen) en voor een aanzienlijk deel van de gevallen van coronaire hartziekten. Wanneer iedereen voldoende zou bewegen zou de gemiddelde levensverwachting voor alle 40-jarige Nederlanders met 0,7 jaar toenemen, waarvan 0,3 jaar ziektevrj.¹⁵

Roken is in geïndustrialiseerde landen de oorzaak van 90% van de longkanker bij mannen en 70% van de longkanker bij vrouwen; 50-80% van de chronische ademhalingsproblemen en 22% van de cardiovasculaire aandoeningen zijn er aan te wijten. In 2005 overleden in Nederland in totaal bijna 20.000 mensen ten gevolge van roken, wanneer wordt uitgegaan van acht 'aan roken gerelateerde aandoeningen'. Roken is bij mensen boven de twintig jaar verantwoordelijk voor een groot deel van de sterfgevallen door longkanker (86%), COPD (78%) en een aantal vormen van kanker in het

hoofdhalsgebied (75 tot 80%).¹⁶ Daarnaast is circa 22% van de sterfte aan coronaire hartziekten, 14% van de sterfte aan beroerte en 10% van de sterfte aan hartfalen te wijten aan roken. In vergelijking tot andere leefstijlfactoren is voor roken de bijdrage aan de totale ziektelast hoog. Hoe eerder een roker stopt met roken, hoe sterker het risico op voortijdige sterfte daalt. Een roker die voor het veertigste levensjaar stopt met roken, verlengt zijn leven gemiddeld met negen jaar. Bij stoppen voor het vijftigste jaar is dat zes jaar en voor het zestigste drie jaar.¹⁷

Alcohol is in Europa verantwoordelijk voor 8-18% van de ziektelast onder mannen en voor 2-4% van de vrouwen. Wat de mannen betreft kan 50-75% van het aantal verdrinkingsgevallen, slokdarmkanker, epilepsie, ongevallen, zelfmoord, auto-ongelukken en levercirrose worden toegeschreven aan alcohol. Ook in Nederland is alcohol een belangrijke determinant bij sterfte: in 2006 overleden 1.742 mensen aan oorzaken waarbij alcohol expliciet werd genoemd. In 42% van deze gevallen werd alcohol als primaire doodsoorzaak genoemd; in 58% van de gevallen was het een secundaire oorzaak. Afhankelijkheid en andere psychische stoornissen door gebruik van alcohol vormden de belangrijkste doodsoorzaak (61%), gevolgd door alcoholische leverziekten (34%). Alcoholsterfte kwam het meest voor in de leeftijdsgroep vijftig tot zeventig jaar. De meeste overledenen waren man (gemiddeld 74%).¹⁸ Via rijden onder invloed waren er in 2006 naar schatting honderd alcoholgerelateerde verkeersdoden¹⁹ (V&W, 2007). In vergelijking tot andere leefstijlfactoren draagt alcoholgebruik relatief sterk bij aan de totale ziektelast in DALY's. Na roken (13%), overgewicht (9,7%) en verhoogde bloeddruk (7,8%) komt alcoholgebruik namelijk op de vierde plaats van determinanten van ziekten, met een bijdrage van 4,5%.

2.4 Conclusies

1. Gedrag heeft een belangrijke invloed op de gezondheid van mensen.
2. De westerse levensstijl, die gekenmerkt wordt door weinig lichaamsbeweging en een overvloed aan voeding en genotsmiddelen, veroorzaakt gezondheidsproblemen.
3. Deze doen zich ook in Nederland voor.
4. De problemen zijn ernstig omdat zij:
 - a. toenemen;
 - b. chronisch zijn;
 - c. toenemend beslag leggen op zorgcapaciteit en financiële middelen.

3 Aangrijpingspunten voor verbetering

3.1 Ongezonde leefstijl is een collectief probleem

Ongezonder gedrag wordt sterk beïnvloed door de inrichting van de maatschappij waarin we leven. Daarom pakt een aantal landen leefstijlgerelateerde problemen over een breed front aan. Zo is de Duitse regering in 2008 gestart met een nationaal actieprogramma voor gezonde voeding en meer beweging, dat doorloopt tot 2020. Het is de bedoeling dat lokale en landelijke activiteiten op deze terreinen worden gebundeld en bestendigd.²⁰ Wat Nederland betreft wijzen we op de Preventienota Gezond Leven, waarvan het uitgangspunt is gezonde keuzen gemakkelijk te maken. Dat moet onder andere worden bereikt door gezonde producten makkelijker beschikbaar te maken en de leefomgeving te laten uitnodigen tot bewegen. De acties worden gericht op roken, diabetes, overgewicht, alcoholgebruik en depressie en gemikt wordt op samenwerking tussen verschillende sectoren zoals milieu, veiligheid, arbeid en onderwijs.

3.2 Ongezonde leefstijl is een probleem van publieke gezondheid

De RVZ constateert in zijn advies over publieke gezondheid²¹ dat een aantal van de publieke gezondheidsproblemen moeilijk is aan te pakken, omdat de kennis over de omvang van het risico en de beste aanpak nog ontbreekt en omdat het grote aantal actoren de aansturing lastig maakt. Complexe volksgezondheidsproblemen vereisen een beleidsstrategie waarmee maatwerk geleverd kan worden. Zij vragen inzet van vele partijen binnen en buiten de gezondheidszorg en binnen en buiten de overheid. Formeel is de overheid verantwoordelijk voor de aanpak van volksgezondheidsproblemen, maar initiatief en coördinatie zullen ook van andere actoren moeten komen. De overheid zal daarvoor dan de essentiële randvoorwaarden moeten realiseren: een goede kennisinfrastructuur, een geavanceerde informatievoorziening (onder andere de landelijke en regionale VTV) en een infrastructuur voor kosteneffectiviteitanalyses en integrale investeringsafwegingen.

3.3 Overheid moet ook de zorgverzekering erbij betrekken

De RVZ vindt dat ook de zorgverzekering moet worden ingeschakeld bij de aanpak van complexe volksgezondheidsproblemen. Engeland geeft daarin het goede voorbeeld. De National Health Service biedt de burger op zijn website uitgebreide informatie over gezond gedrag (meer dan honderd onderwerpen) en wijst de weg naar dienstverlening binnen en buiten het kader van de National Health Service. Ook in Duitsland zijn goede voorbeelden te vinden. Krankenkassen doen hun best om hun verzekerden voor een gezondere

levensstijl te motiveren met allerlei aanbod van preventieprogramma's en financiële bonussen. Dat is nodig, want volgens een enquête van de Techniker Krankenkasse²² (2009) geeft bijvoorbeeld 44% van de ondervraagde Duitsers aan dat zij niet sporten of er zelfs een hekel aan hebben. Ook in de VS beginnen verzekeringsmaatschappijen zich langzaam te realiseren dat zij aan een gezondere levensstijl van hun verzekerden kunnen bijdragen. De afgelopen tien jaar hebben zij allerlei leefstijl-programma's ontwikkeld voor hun verzekerden om chronische aandoeningen terug te dringen of te voorkomen. Verder hebben zij energie gestoken in preventief onderzoek naar en snelle opsporing en behandeling van leefstijlgerelateerde aandoeningen.²³

3.4 Conclusies

1. Gedrag is niet het enige aangrijpingspunt voor de aanpak van leefstijlproblemen. Gezond gedrag en gezonde keuzes moeten makkelijker worden gemaakt en ongezonde moeilijker. Dat vergt een gedifferentieerde aanpak, gericht op specifieke problemen, specifieke groepen en specifieke omgevingen, zoals school, werk en buurt.
2. Globaal denken, lokaal handelen. Naar analogie van deze slogan, geldt hier dat een combinatie van een nationaal framework en decentrale initiatieven aangewezen lijkt.
3. De gezondheidszorg en de zorgverzekeringen kunnen een bijdrage leveren door effectieve leefstijl-programma's²⁴ aan te bieden en het gebruik daarvan mogelijk te maken en te stimuleren.

4 Leefstijl en de zorgverzekering

4.1 Programma's en diensten aanbieden

Zorgverzekeringen kunnen op verschillende manieren bijdragen aan gedragsverandering bij hun verzekerden. De meest voorkomende en meest geaccepteerde handelswijze is dat zij programma's en diensten vergoeden die de verzekerden in staat stellen ongezond gedrag af te leren of gezond gedrag aan te leren. Deze programma's en diensten worden dus in het verzekerde pakket opgenomen. In het algemeen gaat het hier niet om het basispakket maar om vrijwillig af te sluiten verzekeringen. De criteria die het CVZ hanteert bij beslissingen over het basispakket, o.a. noodzakelijkheid, kwaliteit van leven, (kosten)effectiviteit en toepasbaarheid, laten toe dat bepaalde programma's of diensten daarin worden opgenomen.

In de VS worden veel zorgverzekeringen via de werkgever afgesloten. Het initiatief om het gezondheidsgedrag van de werknemer te beïnvloeden gaat vaak van de werkgever uit. Dit om de kosten van de gezondheidszorg te drukken en om de productiviteit van de werknemers op peil te houden. Het gaat meestal om obesitas. Werkgevers bieden sommige programma's zelf aan en laten andere via de verzekering lopen. Eigen programma's komen vaak neer op het bieden van gezonde snacks in automaten, bewegingsprogramma's, voedingsvoorlichting e.d. Van de verzekeringen waarop de meeste werknemers hebben ingeschreven, dekt 72% geneesmiddelen die worden voorgeschreven om onder toezicht van een arts af te vallen, 62% dieetadvies op doktersvoorschrift en 53% chirurgische ingrepen om gewicht te verliezen en een disease management programma om obesitas tegen te gaan.²⁵ In de meeste polissen worden speciale voorwaarden gesteld aan behandelingen. Vooral grote bedrijven bieden disease management programma's aan in de ziektekostenverzekeringen voor hun werknemers. Wat de effectiviteit van deze programma's betreft, biedt de combinatie van een dieet en lichamelijke oefeningen het meeste zicht op duurzaam resultaat.²⁶ Mensen vallen af door dieetprogramma's te volgen, maar het is vaak een probleem om vervolgens op gewicht te blijven.²⁷ Het succespercentage van langdurig gewichtsverlies is laag en varieert tussen 2–20%.²⁸ In een gestructureerde setting bleef echter 67% van de mensen die meer dan 10% waren afgevallen, een jaar later op gewicht of bleven afvallen.²⁹

4.2 Gedrag bijsturen door financiële incentives

Zorgverzekeringen kunnen ook door middel van financiële incentives het gedrag van hun verzekerden beïnvloeden. Deze kunnen verschillende vormen aannemen.

1. Premie: de premie relateren aan het risico dat de verzekerde vertegenwoordigt. Eventueel korting geven op de premie als de verzekerde actie onderneemt om zijn risico te verkleinen.
2. Verstrekking: alleen onder condities tot verstrekking overgaan. Voorbeeld: in de ziekenfondsverzekering werden de kosten van de tandarts alleen vergoed als je gebit eerst op eigen kosten gesaneerd was. Verder moest je gebit regelmatig worden gecontroleerd om de sanering te behouden.
3. Eigen risico: bepaalde kosten buiten het eigen risico houden.
4. Eigen betalingen of bonussen: negatieve of positieve prikkels bij bepaald gebruik van voorzieningen of bij bepaald gedrag.

Het hangt van de vormgeving van de verzekering af welke incentives wel of niet mogelijk zijn. De keuze voor risicosolidariteit in de Nederlandse basisverzekering laat individuele premieverschillen niet toe. Slechte risico's mogen ook niet worden geweerd. Zoiets als een saneringsverklaring is in principe mogelijk, maar wordt (nog) niet toegepast. Eigen betalingen zijn in de basisverzekering vervangen door een eigen risico. Uitzonderingen op het eigen risico zijn wel mogelijk. De zorgverzekeraars mogen bijvoorbeeld vanaf 2009 het eigen risico beperken als de verzekerde een preventieprogramma volgt voor diabetes, depressie, hart- en vaatziekte, chronisch obstructief longlijden of overgewicht. In de AWBZ heeft het individuele risico geen invloed op de premiehoogte. Eigen betalingen komen voor in de AWBZ, maar zijn niet gericht op beïnvloeding van gezondheidsgedrag.

4.3 Dit gebeurt nog nergens systematisch

In de VS worden financiële incentives tot nu toe vooral toegepast op artsen, ziekenhuizen en dergelijke om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Er zijn nog maar weinig systematische pogingen gedaan om financiële incentives toe te passen op patiënten om hun gedrag te beïnvloeden, maar hun aantal neemt toe.³⁰ Tot nu toe zijn incentives effectief gebleken op twee gebieden: het gebruik van preventieve zorg waarvoor de verzekerde een aantal malen naar een zorgverlener toe moet (bijvoorbeeld intraveneuze druggebruikers die driemaal een dosis hepatitis b vaccin moeten halen) en het beperken van het gebruik van verslavende middelen. Een ander reden om met incentives te experimenteren is, dat veel op zich zelf effectieve medische testen, behandelingen en medicijnen minder effectief worden omdat patiënten het advies van hun arts niet opvolgen of hun medicijnen niet innemen. Een Amerikaanse studie wees bijvoorbeeld uit dat de helft van de patiënten met een hartinfarct binnen een jaar stopte met het innemen van cholesterolpillen.³¹

4.4 Verzekeraars zijn terughoudend

Er is evenwel nog veel onbekend over het precieze effect van specifieke incentives.³² Dat staat een uitgebreidere toepassing in de weg. Het lijkt de moeite waard hiermee gecontroleerd te gaan experimenteren, zoals de RAND-corporation in de jaren tachtig heeft gedaan met eigen betalingen. Een andere reden waarom verzekeraars nog terughoudend zijn, is het verloop onder verzekerden en werknemers.³³ Betalen investeringen zich wel terug? Verder vragen verzekeraars zich af of de kosten van preventie niet komen bovenop de kosten voor het bestaande aanbod. Waar zit hun winst? Ook moet worden voorkomen dat verzekeraars gaan betalen voor wat verzekerden toch al zouden doen. Nederlanders blijken zich sterk verantwoordelijk te voelen voor de eigen gezondheid.³⁴

4.5 Effecten nog niet goed bekend

Incentives hebben waarschijnlijk het meeste effect als beloning voor gezond gedrag, omdat het aan gedrag een directe beloning koppelt, terwijl een beloning in de vorm van meer gezondheid pas later komt en minder tastbaar is. Psychologisch onderzoek³⁵ naar motivatie leert dat incentives beter werken als:

- Ze frequent en in kleine bedragen worden toegekend, liefst meteen volgend op het gewenste gedrag;
- Kleine bedragen niet worden gerelateerd aan grote: een beloning van 25 dollar werkt beter dan een korting van 25 dollar op een bedrag van 1000 dollar;
- Incentives positief zijn in plaats van negatief;
- Ze in de vorm van loten (kans op ..) worden toegekend dan in de vorm van kleine bedragen (peanutseffect);
- Ze aan de dokter en de patiënt gezamenlijk worden toegekend als beloning voor het bereiken van een bepaald doel, zoals het stoppen met roken.

4.6 Conclusies

1. Zorgverzekeringen kunnen een bijdrage leveren aan het bevorderen van gezond gedrag van hun verzekerden;
2. Dat gebeurt nog op bescheiden schaal, maar neemt wel toe;
3. Het gaat nog overwegend om vrijwillige verzekeringen en om positieve incentives (beloningen voor gewenst gedrag c.q. voor het behalen van een gewenst resultaat);
4. Het doel is vooral om de motivatie van de verzekerde en de hulpverlener op te wekken en over een langere periode in stand te houden;
5. Er is nog veel onbekend over het precieze effect van specifieke incentives. Dat staat een uitgebreidere toepassing in de weg. Het lijkt de moeite waard om hiermee gecontroleerd te experimenteren.

5 Risico en verantwoordelijkheid

De vraag wie het (financiële) risico van gezond en ongezond gedrag hoort te lopen houdt mensen over de hele wereld verdeeld. Grosso modo komen drie soorten antwoorden voor.

5.1 Individuele verantwoordelijkheid

Iedereen is verantwoordelijk voor zijn eigen gedrag. Veel Amerikanen huldigen dit standpunt. Een typerend citaat uit een column: “The data is compelling. How you choose to live your life plays a major role in how sick you become. If I can reduce my chances of contracting 4 of the largest causes of death and disability in this country by 80%, I want to be in an insurance pool with millions of others who are doing the same. Why should I pay \$ 12.000 a year while my coworkers smoke, lay around and eat potato chips all day. If they want to do that, that’s their right. It’s not my duty to help pay for their self inflicted disease. That’s up to them to deal with the consequences. ...I want an insurance cooperative based on my lifestyle choices. I want to pay my premiums knowing that I did everything I could to keep myself healthy. And I want the reward of paying less. ...I want a pool of premium payers who understand that health is not given to you. It’s earned. I want people to want to join my risk pool. To earn their way in and receive the benefits of drastically reduced premiums.”³⁶

5.2 Collectieve verantwoordelijkheid

Risicosolidariteit is de norm. De Commissie Dunning heeft in haar advies *Kiezen en delen* uit 1991³⁷ dit standpunt ingenomen. Staat tegenover het recht op een goede gezondheidszorg de plicht om verstandig en zinnig met de eigen gezondheid om te gaan, dan wel de gevolgen van riskant gezondheidsgedrag aan den lijve te ondervinden? De commissie beantwoordde de vraag met nee op grond van de volgende argumenten.

- Eigen schuld, dikke bult is niet van toepassing op medische zorg; daar telt de behoefte in termen van ziekte en beperking;
- Ongezond gedrag is niet altijd vermijdbaar of verwijtbaar, zodat ‘sancties’ niet op hun plaats zijn;
- Het verband tussen gedrag en risico is in individuele gevallen moeilijk aan te tonen, zodat ‘sancties’ moeilijk te rechtvaardigen zijn;
- De arts moet niet in de positie van ‘beoordelaar’ van individuele gedragsrisico’s worden gebracht.

5.3 Resultaat telt

Het gaat er om de verantwoordelijkheidsverdeling te kiezen waarmee de gezondheidsrisico's zoveel mogelijk worden beperkt. Zo pleit de Duitse Ärzte-Präsident Jörg-Dietrich Hoppe³⁸ er voor om mensen met ziekten waaraan ze zelf schuld hebben niet meer met voorrang te behandelen, maar achteraan te laten sluiten. Op het verwijt dat hij die mensen straft zegt hij: "Ik ben niet voor sancties, maar ik ben voor duurzame preventie. Wij moeten erin slagen om mensen te motiveren zorgvuldig met hun gezondheid om te gaan. Anders wordt de zorg onbetaalbaar". Prof. dr. Detlef Rüdiger, hoogleraar economie en ziektekostenverzekeringen aan het instituut voor het verzekeringswezen, pleit voor een op gezondheid gericht beleid. Dat is volgens hem meer dan een zorgverzekeringsbeleid, omdat het zich consequent op bepaalde doelstellingen richt. "Concreet denk ik daarbij aan de invoering van eigen bijdragen voor bepaalde aandoeningen, die in belangrijke mate door een ongezonde levensstijl worden veroorzaakt. Deze koerswijziging is des te wenselijker, omdat de jeugd van tegenwoordig zich nog ongezonder gedraagt dan de mensen van mijn generatie. Daardoor wordt als het ware voorgeprogrammeerd dat de kosten van de gezondheidszorg sterk gaan stijgen, ook al is dat vermijdbaar."³⁹

5.4 De opvattingen in Nederland verschuiven

Deze drie benaderingen representeren verschillende ideologische richtingen, die ook in de Nederlandse situatie herkenbaar zijn. Terwijl het standpunt van de Commissie Dunning nog steeds door velen wordt gedeeld, hebben andere uitgangspunten dan die van de commissie aan impact gewonnen, zodat een aantal van haar argumenten minder overtuigend zijn geworden dan wel achterhaald:

1. Toepassing van het beginsel 'Eigen schuld, dikke bult' stuit op weerstand in het medisch domein, omdat behandelingen worden toegepast naar behoefte en als ze werkzaam zijn. In het verzekeringsdomein gaat het om risico dragen en risico spreiden. Het is in dat verband min of meer vanzelfsprekend dat rekening wordt gehouden met door de verzekerde zelf gecreëerde risico's.
2. Solidariteit is minder vanzelfsprekend geworden, eigen verantwoordelijkheid vanzelfsprekender. Dat verzekerden de kosten dragen van de gevolgen van ongezond gedrag of kosten maken ter voorkoming van gezondheidsschade wordt minder als 'straf' gezien en meer als 'consequentie'.
3. Ongezond gedrag schept risico op gezondheidsschade. Als zowel de risico's als de schade groot zijn, is het verantwoord die risico's te verkleinen.
4. Naarmate het aantal gedragsgerelateerde aandoeningen toeneemt, zullen artsen en andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg zich meer met preventieve zorg en de gezondheidsrisico's van hun patiënten bezig moeten houden.

5.5 Gezond gedrag belonen mag

Een plicht om verstandig en zinnig met de eigen gezondheid om te gaan, wordt in Nederland nog niet als norm geaccepteerd. De opvatting dat de overheid gezond gedrag mag stimuleren, wordt steeds meer aanvaard, ook als daarbij gebruik wordt gemaakt van financiële incentives. Daarmee is een algemeen belang gemoeid, maar het is ook in het belang van het individu. De zorgverzekering is een van de middelen waarmee de overheid de gezondheid kan bevorderen door de leefstijl van individuen te beïnvloeden. Ook de zorgverzekeraar kan dit, zowel via de basisverzekering als via de vrijwillige zorgverzekering. Het is, zoals het voorbeeld van de VS laat zien, een terrein dat de zorgverzekeraar schoorvoetend betreedt. Ook verzekerden staan niet te trappelen om verzekeraars te laten interveniëren in hun manier van leven. Een van de redenen is dat maar weinig mensen (12%) zorgverzekeraars vertrouwen als verstrekkers van eerlijke, objectieve informatie over gezondheid en ziektepreventie. Dat pleit ervoor dat zorgverzekeraars zich terughoudend opstellen. Geen geboden of verboden, maar alleen belonen of bevorderen van gewenst gedrag, zoals ook in de VS gebeurt.

5.6 Conclusies

1. Verzekerden zijn niet verplicht gezond te leven.
2. Dat verzekerden op hun leefstijl worden aangesproken wordt meer dan vroeger geaccepteerd.
3. De overheid mag gezond gedrag stimuleren, ook met behulp van financiële incentives.
4. Dat geldt ook voor zorgverzekeraars, die – gegeven de inrichting van het zorgstelsel – een beperkte rol hebben, die momenteel vooral ligt op het vlak van de aanvullende verzekering. Die rol kan groter worden als gedragsgerelateerde interventies op ruimere schaal in het basispakket worden opgenomen.
5. Het mag worden betwijfeld of verzekerden op dit gebied regie van hun verzekeraar accepteren.

6 Conclusies

Moet je de schade die mensen zichzelf toebrengen, volledig collectief blijven verzekeren? Die vraag wordt zowel in Nederland als in andere westerse landen opgevat als: moet je de gezondheidsproblemen die het gevolg zijn van een levensstijl van weinig lichaamsbeweging en veel voeding en genotsmiddelen, volledig blijven verzekeren? Het is zinvol om de vraag toe te spitsen op de gevolgen van deze leefstijl, omdat de problemen omvangrijk en langdurig zijn, nog steeds toenemen en voortdurend meer beslag leggen op de zorgcapaciteit en de financiële middelen.

Het aantal mensen dat als gevolg van deze leefstijl gezondheidsproblemen ondervindt, is groot. De gedragscomponenten zijn divers en de causaliteit van de gevolgen complex. Mensen vanwege hun leefstijl of componenten daarvan niet meer volledig verzekeren – dat wil zeggen geheel of gedeeltelijk uitsluiten van bepaalde verstrekkingen of de kosten daarvan niet of slechts gedeeltelijk vergoeden – zal daarom op grote bezwaren stuiten:

- Ethisch: niet behandelen van behandelbare patiënten;
- Financieel: voor eigen rekening laten komen van noodzakelijke zorg;
- Juridisch: ingewikkelde causaliteit leidt tot arbitraire keuzes;
- Politiek: gevolgen treffen vele kiezers en raken doel en functie van de basisverzekering.

Er zijn ook geen voorbeelden gevonden van landen waar mensen vanwege hun leefstijl geheel of gedeeltelijk van verstrekkingen worden uitgesloten. Er zijn wel voorbeelden waar mensen als gevolg van overgewicht, roken of alcoholgebruik moeten bijbetalen of een hogere premie moeten betalen dan wel financieel worden beloond als ze hun gedrag veranderen.

Eigen bijdragen of financiële beloningen zijn financiële incentives die in het Nederlandse zorgstelsel passen. In de basisverzekering geldt voor de zorgverzekering een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie. Dit om risicoselectie te voorkomen. Risicoselectie vindt evenmin plaats in de AWBZ. Het voorstel om een uitzondering op het verbod op premiedifferentiatie te maken voor zelf veroorzaakte risico's, is hiermee in strijd. Het stelt een van de uitgangspunten van het zorgstelsel (geen risicoselectie) ter discussie. Daar is op zich niets mis mee. Maar wel moet worden overwogen dat als eenmaal een uitzondering wordt toegestaan, het moeilijker wordt om andere uitzonderingen tegen te houden.

In verschillende landen wordt een leefstijlbeleid gevoerd, dat erop is gericht gezond gedrag en gezonde keuzes makkelijker te maken en ongezonde moeilijker. Zorgverzekeringen kunnen hieraan een bijdrage leveren door leefstijl-programma's aan te bieden en het gebruik ervan mogelijk te maken en te stimuleren. Waar dit gebeurt maken zorgverzekeraars vooral gebruik

van positieve incentives, die erop zijn gericht verzekerden tot gezond gedrag te motiveren en dat over een langere periode in stand te houden. Denk bijvoorbeeld aan het belonen van een motivational interview door de arts. Een positieve aanpak verdient ook in Nederland de voorkeur, omdat het minder weerstand oproept en het effect ervan groter lijkt dan van een negatieve aanpak.

Verzekeraars blijken overigens terughoudend. Daarvoor zijn verschillende redenen:

- Er is nog veel onbekend over het precieze effect van specifieke incentives;⁴¹
- De kosten van preventie komen bovenop de kosten voor het bestaand aanbod. Het is dus onzeker of investeringen worden terugverdiend;
- Het verloop onder verzekerden. Daardoor bestaat het risico dat een andere verzekeraar profiteert van de gedane investeringen.

De overheid kan eraan bijdragen dat zorgverzekeraars zich minder terughoudend opstellen. Een van de mogelijkheden is dat bepaalde preventieve maatregelen (dieetadvies op doktersvoorschrift of disease management programma's om obesitas tegen te gaan) in het basispakket worden opgenomen. Een andere mogelijkheid is dat de kosten van preventieve maatregelen die passen in een nationaal leefstijlprogramma, geheel of gedeeltelijk door de verzekeraar kunnen worden gedeclareerd bij het Zorgverzekeringsfonds of het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten.

Al met al biedt de zorgverzekering wel degelijk mogelijkheden om een gezonde leefstijl te bevorderen. Het hangt echter vooral van de overheid af of de zorgverzekeraars daar gebruik van gaan maken.

Noten

- 1 http://www.trouw.nl/nieuws/nederland/article2932427.ece/_Geen_taboes_bij_bezuinigingen_zorg_.html
- 2 http://www.spitsnieuws.nl/archives/binnenland/2009/12/ongezonde_mensen_minder_verzek.html
- 3 Polder, J.J. (2007). De verlies- en winstrekening van (on)gezonder gedrag. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 84(5), 4-7.
- 4 Hoe gedrag de gezondheid beïnvloedt is niet altijd duidelijk. Meer hierover in het RVZ-advies *Gezondheid en gedrag en de bijbehorende achtergrondstudies* (www.rvz.net).
- 5 Kathryn Anne Paez, Lan Zhao en Wenke Hwang: *Rising out-of-Pocket Spending for chronic conditions: a ten-year trend*, *Health Affairs* 28, 1 (2009)
- 6 Ron Z. Goetzel: *Do prevention or treatment services save money? The wrong debate*, *Health Affairs* 28, 1 (2009)
- 7 Jon R. Gabel, Heidi Whitmore, Jeremy Pickreign, Christine C. Ferguson, Anjali Jain, Shova KC en Hilary Scherer: *Obesity and the workplace: current programs and attitudes among employers and employees*, *Health Affairs* 28, 1 (2009)
- 8 Kevin G. Volpp, Mark V. Pauly, George Loewenstein en David Bangsberg: *P4P4P: an agenda for research on pay-for-performance for patients*, *Health Affairs* 28, 1 (2009)
- 9 Polder JJ, Takken J, Meerding WJ, Kommer GJ, Stokx LJ.: *Kosten van ziekten in Nederland. De zorgeuro ontrafeld. Themarapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. RIVM-rapport nr. 270751005. Bilthoven: RIVM, 2002.*
- 10 Tenzij anders vermeld zijn de gegevens over de Nederlandse gezondheidssituatie ontleend aan het Nationaal Kompas Volksgezondheid van het RIVM.
- 11 Law MR, Wald NJ, Thompson SG.: *By how much and how quickly does reduction in serum cholesterol concentration lower risk of ischaemic heart disease?* *BMJ*, 1994; 308(6925): 367-72.
- 12 Gezondheidsraad: *Overgewicht en obesitas*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2003a; 07.
- 13 Engelfriet P, Hoekstra J, Hoogenveen R, Büchner F, van Rossum C, Verschuren M.: *Food and vessels: the importance of a healthy diet to prevent cardiovascular disease*. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.*, 2009; Jul 9.
- 14 Verschuren WMM, Hoogenveen RT, Kramers PGN, Kromhout D, Ocké MC.: *Te behalen gezondheidswinst door verbeteringen in de voeding. In: Ons eten gemeten. Gezonde voeding en veilig voedsel in Nederland. RIVM-rapport nr. 270555007. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2004.*

- 15 Kreijl CF van, Knaap AGAC, Busch MCM, Havelaar AH, Kramers PGN, Kromhout D, Leeuwen FXR van (eds), et al.: *Ons eten gemeten. Gezonde voeding en veilig voedsel in Nederland. RIVM-rapport nr. 270555007. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2004*
- 16 CBS *Doodsoorzakenstatistiek*. Gegevens omtrent de doodsoorzaken van alle in Nederlandse bevolkingsregisters ingeschreven overledenen. (bewerkt door het RIVM)
- 17 Bemelmans WJE, Mulder I, Hoogenveen RT., *Het risico van roken: epidemiologie*. In: Tabaksgebruik: gevolgen en bestrijding. Knol et al. (red). Utrecht: LEMMA BV, 2005
- 18 Laar MW van, Cruts AAN, Verdurmen JEE, Ooyen-Houben MMJ van, Meijer RF (red.): *Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2007*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2008
- 19 V&W, Ministerie van Verkeer en Waterstaat: *Rijden onder invloed in Nederland in 1999-2006*. Den Haag: V&W, 2007
- 20 Bundesministerium für Gesundheit: 1e Jahrestag des Nationalen Aktionsplans 'IN FORM' – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung Prävention – 25 Juni 2009.
- 21 RVZ: *Publieke gezondheid*, advies aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- 22 www.forium.de/redaktion/techniker-krankenkasse-engagierte-sich-fuer-gesundheitspraevention/
- 23 Rhonda Day: *Should health insurance companies dictate lifestyle choices*. <http://www.helium.com/items/604760-should-health-insurance-companies-dictate-lifestyle-choices>
- 24 Vijgen, S.M.C., Busch, M.C.M., de Wit, G.A. van Zoest, F. en Schuit, A.J., Econoische evaluatie van preventie; kansen voor het Nedrlandse volksgezondheidsbeleid, RIVM rapport 270091001/2005
- 25 Jon R. Gabel, Heidi Whitmore, Jeremy Pickreign, Christine C. Ferguson, Anjali Jain, Shova KC en Hilary Scherer: *Obesity and the workplace: current programs an attitudes among employers and employees*, Health Affairs 28, 1 (2009)
- 26 Wikipedia bevat een mooi overzicht van de onderzoeken die zijn gedaan naar de effectiviteit van diverse interventies om obesitas terug te dringen. <http://en.wikipedia.org/wiki/Obesity>
- 27 Strychar I (January 2006). "Diet in the management of weight loss". CMAJ 174 (1): 56–63. doi:10.1503/cmaj.045037. PMID 16389240. PMC 1319349.
- Shick, S.M. et al (April 1998). "Persons successful at long-term weight loss and maintenance continue to consume a low-energy, low-fat diet". J Am Diet Assoc 98 (4): 408–13. doi:10.1016/S0002-8223(98)00093-5. PMID 9550162.
- Tate, D.F. et al (1 April 2007). "Long-term weight losses associated with prescription of higher physical activity goals. Are higher levels of physical activity protective against weight re-gain?". Am. J. Clin. Nutr. 85 (4): 954–9. PMID 17413092.

- 28 Wing, Rena R; Phelan, Suzanne (1 July 2005). "Science-Based Solutions to Obesity: What are the Roles of Academia, Government, Industry, and Health Care? Proceedings of a symposium, Boston, Massachusetts, USA, 10–11 March 2004 and Anaheim, California, USA, 2 October 2004". *Am. J. Clin. Nutr.* 82 (1 Suppl): 207S–273S. PMID 16002825.
- 29 Weiss EC, Galuska DA, Kettel Khan L, Gillespie C, Serdula MK (July 2007). "Weight regain in U.S. adults who experienced substantial weight loss, 1999–2002". *Am J Prev Med* 33 (1): 34–40. doi:10.1016/j.amepre.2007.02.040. PMID 17572309.
- 30 Kevin G. Volpp, Mark V. Pauly, George Loewenstein en David Bangsberg: *P4P4P: an agenda for research on pay-for-performance for patients*, *Health Affairs* 28, 1 (2009)
- 31 P.M. Ho et al.: *Impact of Medication Therapy Discontinuation on Mortality after Myocardial Infarction*, *Archives of Internal Medicine* 166, no. 17 (2006).
- 32 Kevin G. Volpp, Mark V. Pauly, George Loewenstein en David Bangsberg: *P4P4P: an agenda for research on pay-for-performance for patients*, *Health Affairs* 28, 1 (2009)
- 33 Zie W. Groot en H. Maarsen van den Brink: De economische effecten van (on)gezond gedrag, RVZ publicatie 02/15, www.rvz.net
- 34 Zie de onderzoeksresultaten van Flycatcher ten behoeve van het advies Nieuwe ordeningen van de RVZ.
- 35 Kevin G. Volpp, Mark V. Pauly, George Loewenstein en David Bangsberg: *P4P4P: an agenda for research on pay-for-performance for patients*, *Health Affairs* 28, 1 (2009)
- 36 The Happy Hospitalist: *Is lifestyle insurance a solution to health care finance?*, <http://thehappyhospitalist.blogspot.com/2009/09/is-lifestyle-insurance-solution-to.html>
- 37 Commissie Keuzen in de zorg: *Kiezen en delen*, Staatsuitgeverij Den Haag, 1991. ISBN 90 346 268 30
- 38 Veronika Hackenbroch und Markus Grill: *Ärzte würden zu Polizisten*, *Der Spiegel* 29/2009
- 39 *Die Gesundheitsreform – Eine Herausforderung für die private Krankenversicherung*, 11. Kölner Versicherungssymposium, 3.11.2006, http://www.f04.fh-koeln.de/imperia/md/content/hpf04/ivw/forschungundevents/symposium/2006/pkv_symposium.pdf
- 40 De Telegraaf 7 mei 2009.
- 41 Kevin G. Volpp, Mark V. Pauly, George Loewenstein en David Bangsberg: *P4P4P: an agenda for research on pay-for-performance for patients*, *Health Affairs* 28, 1 (2009)

Overzicht publicaties RVZ

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de website van de RVZ (www.rvz.net). Tevens kunt u de adviezen per mail aanvragen bij de RVZ (mail@rvz.net). Publicaties van vóór 2007 staan op de website van de RVZ en CEG.

De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn te bestellen bij het CEG per mail info@ceg.nl

Publicaties RVZ vanaf 2007

- 10/07 Leefstijl en de zorgverzekering (achtergrondstudie bij discussienota), april 2010
- 10/06 Een nieuwe ordening door het naar voren schuiven van zorg (achtergrondstudie bij discussienota), april 2010
- 10/05 Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening (discussienota), april 2010
- 10/04 De patiënt als sturende kracht
- 10/03 De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg
- 10/02 Health 2.0: It's not just about medicine and technology, it's about living your life (achtergrondstudie bij advies Gezondheid 2.0), februari 2010
- 10/01 Gezondheid 2.0 (advies), februari 2010
- 09/14 Investeren rondom kinderen, september 2009
- 09/13 Numerus Fixus Geneeskunde: loslaten of vasthouden, januari 2010
- 09/12 Brochure Numerus Fixus, januari 2010
- 09/11 Werkprogramma 2010, november 2009
- 09/10 Steunverlening zorginstellingen (advies), juni 2009
- 09/09 Buiten de gebaande paden. Advies over Intersectoraal gezondheidsbeleid, mei 2009
- 09/08 Buiten de gebaande paden: Inspirerende voorbeelden van intersectoraal gezondheidsbeleid (brochure,) mei 2009
- 09/07 Evaluatie RVZ 2004-2008, april 2009
- 09/06 Geven en nemen in de spreekkamer. Rapportage over veranderende verhoudingen, maart 2009
- 09/05 Tussen continuïteit en verandering. 27 adviezen van de RVZ 2003-2009, februari 2009
- 09/04 Governance en kwaliteit van zorg (advies) maart 2009
- 09/03 Werkprogramma 2009, maart 2009
- 09/02 Farmaceutische industrie en geneesmiddelengebruik: evenwicht tussen publiek en bedrijfsbelang (debatverslag), januari 2009
- 09/01 De verzekeraar en de patiënt: een succesvolle coalitie: goede voorbeelden van patiëntgestuurde zorginkoop (in samenwerking met de NPCF), januari 2009
- 08/11 Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg (advies), december 2008

- 08/12 Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg: achtergrondstudies, december 2008
- 08/10 Versterking voor gezinnen. Preadviezen Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (Versterken van de village: preadvies over gezinnen en hun sociale omgeving) en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (Zorg in familieverband: preadvies over zorgrelaties tussen generaties), september 2008
- 08/08 Schaal en zorg (advies), mei 2008
- 08/09 Schaal en zorg: achtergrondstudies mei 2008
- 08/05 Zorginkoop (advies), maart 2008
- 08/07 Onderhandelen met zorg (achtergrondstudie bij het advies Zorginkoop), maart 2008
- 08/06 Zorginkoop heeft de toekomst: maar vraagt nog een flinke inzet van alle betrokken partijen (achtergrondstudie bij het advies Zorginkoop), maart 2008
- 08/03 Screening en de rol van de overheid (advies), april 2008
- 08/04 Screening en de rol van de overheid: achtergrondstudies, april 2008
- 08/02 Leven met een chronische aandoening (Acht portretten behorend bij het RVZ advies Beter zonder AWBZ?), januari 2008
- 08/01 Beter zonder AWBZ? (advies), januari 2008
- 07/06 Adviseren aan de overheid van de toekomst (verslag van de invitational conference, 22 mei 2007)
- 07/05 Werkprogramma 2008, december 2007
- 07/04 Rechtvaardige en duurzame zorg (advies), oktober 2007
- 07/02 Vertrouwen in de arts (advies), mei 2007
- 07/03 Vertrouwen in de arts: achtergrondstudies, mei 2007
- Sig 08/01a Publiekversie Vertrouwen in de spreekkamer, februari 2008
- Sig 07/02 Goed patiëntschap, februari 2008
- Sig 07/01 Uitsstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?, maart 2007
- Sig 07/01a Publiekversie signalement Uitsstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?, oktober 2007

Publicaties CEG vanaf 2007

- Sig 09/11 Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden.
- Sig 09/05 Met de camera aan het ziekbed. Morele overwegingen bij gezondheidszorg op televisie, mei 2009
- Sig 08/02 Dilemma's op de drempel. Signaleren en ingrijpen van professionals in opvoedingssituaties (signalement), september 2008
- Sig 08/01 Afscheid van de vrijblijvendheid. Beslissystemen voor orgaandonatie in ethisch perspectief (studie in het kader van het Masterplan Orgaandonatie VWS), juni 2008
- Sig 07/04 Passend bewijs. Ethische vragen bij het gebruik van evidence in het zorgbeleid (signalement), januari 2007
- Sig 07/03 Financiële stimulering van orgaandonatie (signalement), november 2007
- Sig 07/02 Formalisering van informele zorg. Over de rol van 'gebruikelijke zorg' bij toekenning van professionele zorg (signalement), juli 2007

