

Van weten naar doen

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

Zoetermeer, 2005

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

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: Quantas, Rijswijk
Uitgave: 2005
ISBN 90-5732-155-6

U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net) of telefonisch via de RVZ (079 368 73 11) onder vermelding van publicatienummer 05/04.

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Snellere verspreiding van bewezen verbeteringen: betere kwaliteit van zorg en vaak minder kosten

Welk probleem lost dit advies op?

De verspreiding van verbeterde werkwijzen in de zorg verloopt langzamer dan algemeen wenselijk wordt geacht. Wanneer dit sneller zou verlopen, zou een aantal mensen langer leven of een betere kwaliteit van leven ervaren. Bovendien kan door snellere invoering van verbeterde werkwijzen op macroniveau kosten bespaard worden.

Wat zijn de gevolgen voor de consument?

Snellere verspreiding van verbeterde werkwijzen betekent voor de consument in principe een beter gezondheidsresultaat, grotere tevredenheid, en voor de verzekerde uiteindelijk een lagere premie. In bepaalde gevallen brengt meer kwaliteit ook meer kosten met zich mee.

Wat zijn de gevolgen voor de zorgverlener?

Zorgverleners moeten zich continu de vraag stellen of zij wel de best mogelijke zorg verlenen, en zo niet, zo snel mogelijk verbeteringen doorvoeren. Als ze dit niet doen, zullen ze hierop aangesproken worden. Zorgverleners dienen de noodzaak van het snel invoeren van verbeteringen te ervaren.

Wat kost het?

In de meeste gevallen leidt de toepassing van bewezen verbeteringen tot betere kwaliteit en lagere kosten. Er zijn bewezen verbeteringen die leiden tot een hogere kwaliteit, maar tegelijkertijd meer kosten met zich meebrengen.

Wat is nieuw?

Primair ligt de verantwoordelijkheid voor de (snelle) invoering bij zorgverleners en zorginstellingen. Intrinsieke prikkels blijken in de praktijk niet voldoende. Prikkels van buiten kunnen zorgaanbieders ertoe bewegen, sneller dan tot nu toe bewezen verbeteringen toe te passen. De overheid moet hiertoe het zorgsysteem zo inrichten dat hiervoor de juiste randvoorwaarden worden geschapen. Financiële prikkels spelen hierbij een belangrijke rol. Patiënten/cliënten en zorgverzekeraars/ zorgkantoren hebben mogelijkheden zorgaanbieders te beïnvloeden om bewezen verbeteringen snel in te voeren. Zij moeten daartoe wel over instrumenten beschikken, waaronder adequate informatie. De overheid moet hierin voorzien.

Inhoudsopgave

	Samenvatting	7
1	Adviesopdracht	11
1.1	Inleiding	11
1.2	Beleidsvragen	11
1.3	De functie van het advies	12
1.4	Definities en domein	12
1.5	Werkwijze	13
1.6	Leeswijzer	14
2	Probleemanalyse	15
2.1	Inleiding	15
2.2	Stakeholders	16
2.3	Belemmeringen voor verspreiding	17
2.4	Uitgangspunten	22
2.5	Conclusie	23
3	Oplossingsrichtingen	27
3.1	Inleiding	27
3.2	Oplossingsrichtingen die gericht zijn op het zorgsysteem	27
3.3	Oplossingsrichtingen die gericht zijn op de toepasser en zijn omgeving	31
3.4	Oplossingsrichtingen die gericht zijn op de kenmerken van de bewezen verbetering	34
3.5	Conclusie	35
4	Aanbevelingen	36
4.1	Inleiding	36
4.2	Maatregelen die gericht zijn op het zorgsysteem	37
4.3	Maatregelen die gericht zijn op de toepasser en zijn omgeving	40
4.4	Conclusie	41
	Bijlagen	
1	Adviesaanvraag	45
2	Verantwoording van de procedure van voorbereiding van het advies	47
3	Direct-to-Consumer Advertising	61
4	Overzicht VWS-activiteiten op het gebied van het versnellen van de implementatie van bewezen verbeteringen	63
5	Referenties en eindnoten	65
	Overzicht publicaties RVZ	71

Bij dit advies is een aparte publicatie (Weten wat we doen) uitgebracht met de volgende achtergrondstudies:

- Tien theorieën om de snelheid van de verspreiding van zorginnovaties te verklaren (A.J.P. Schrijvers)
- Zorgsystemen en inpasbaarheid van doelmatige innovaties (P. Jeurissen)
- Verspreiding van innovaties: stimulansen en barrières; een drietal casussen (L. Ottes)
- Verspreiding van vernieuwing: een empirische diagnose van de verspreiding van innovaties in Nederlandse ziekenhuizen (J.L.T. Blank en B.L. van Hulst)
- DBC's als middel om de diffusie van verbeterde werkwijzen in de zorg te versnellen (J. Zuurbier en E. van Gerven)

Van weten naar doen

Samenvatting

Snel en beter kan en moet De verspreiding van bewezen verbeteringen in de zorg verloopt langzamer dan algemeen wenselijk wordt geacht. Dit gaat ten koste van gezondheidswinst en het welbevinden van zorgconsumenten en leidt tot hogere kosten dan nodig.

Veel partijen zijn betrokkenen Veel partijen hebben invloed op deze verspreidingssnelheid. In de eerste plaats zijn dit de zorgprofessionals en de zorginstellingen. De ene professional of instelling past bewezen verbeteringen snel toe; de ander houdt vast aan de traditionele werkwijze. Andere partijen kunnen de aanbieder van zorg stimuleren om bewezen verbeteringen toe te passen. De zorgverzekeraar die dit aspect meeneemt bij de inkoop van zorg; de patiënt of cliënt in zijn contact met zijn zorgaanbieder. Niet in de laatste plaats ook de rijksoverheid die onder meer via wet- en regelgeving kan bevorderen of belemmeren dat een bewezen verbetering wordt toegepast.

Er is geen 'silver bullet' De adoptie van een bewezen verbetering blijkt een complex proces. Verschillende factoren die de adoptiesnelheid van bewezen verbeteringen bepalen, kunnen elkaar versterken of tegenwerken. Dit is afhankelijk van de kenmerken van de bewezen verbetering. Zo vraagt het toepassen van kijkoperaties om extra scholing, terwijl kleinschalig wonen om een andere bouw van voorzieningen vraagt. Ook andere aspecten, zoals de financiering van toepassing van een bewezen verbetering, kunnen voor de ene bewezen verbetering anders zijn dan voor een andere bewezen verbetering. Wanneer meerdere zorgaanbieders betrokken zijn bij de invoering van een bewezen verbetering dan kan dit tot het gevolg hebben dat de ene zorgaanbieder meer inspanningen en kosten heeft, terwijl de ander juist profijt heeft. Dit heeft tot gevolg dat er geen algemeen recept is om de toepassing van bewezen verbeteringen te versnellen.

Cultuur en geld hebben invloed Wel is een aantal algemene oorzaken aan te geven voor het feit dat de verspreiding van bewezen verbeteringen langzaam gaat. Zo is de cultuur in de zorgsector te veel risicomijdend en te weinig ondernemend, kost het degene die investeert in bewezen verbeteringen vaak meer geld dan dat het hem zelf oplevert en zien veel zorgaanbieders niet de patiënt of cliënt als klant, maar de zorgverzekeraar of het zorgkantoor.

De overheid kan randvoorwaarden scheppen voor een snelle adoptie van bewezen verbeteringen. Om aan te geven welke maatregelen de overheid hiertoe moet nemen, is het zinvol de factoren die de adoptiesnelheid bepalen in drie groepen te clusteren. Deze clusters zijn: de kenmerken

van de bewezen verbetering, de kenmerken van de toepasser en zijn omgeving en de kenmerken van het zorgsysteem.

Overheid blijft eindverantwoordelijk voor systeem

De overheid is primair verantwoordelijk voor het adequaat functioneren van het zorgsysteem. Daarmee is de overheid eindverantwoordelijk voor het resultaat dat het zorgsysteem oplevert. De overheid zal het zorgsysteem dusdanig moeten inrichten dat het snel invoeren van bewezen verbeteringen aantrekkelijk, of beter nog, noodzakelijk wordt gemaakt.

Verbeteraar moet beloond worden; achterblijver moet desnood failliet gaan

Het ministerie van VWS heeft hiertoe reeds verschillende activiteiten ondernomen. Het gaat hierbij om activiteiten als het bekendheid geven aan bewezen verbeteringen (best practices) en het geven van ondersteuning en begeleiding. Het is daarbij van belang dat het ministerie een goed evenwicht vindt tussen activiteiten die gericht zijn op het bekendheid geven aan bewezen verbeteringen enerzijds en het wegnemen van functionele belemmeringen voor de verspreiding ervan anderzijds. De overheid moet bewerkstelligen dat degenen die bewezen verbeteringen snel invoeren beloond worden en dat de achterblijvers gestraft worden.

Op drie terreinen maatregelen gewenst

Uit een reeks van mogelijk te nemen maatregelen geeft de Raad maatregelen op drie gebieden prioriteit. Deze maatregelen liggen in het verlengde van het huidige overheidsbeleid dat onder meer gereguleerde marktwerking en vraagsturing voorstaat. Deze maatregelen zijn erop gericht zorgaanbieders sterke externe prikkels te geven om bewezen verbeteringen toe te passen.

Financiële regels aanpassen

In de eerste plaats moet de overheid de beleidsregels zodanig aanpassen dat financiële regels niet langer een belemmering vormen voor de adoptie van bewezen verbeteringen. Dit moet ertoe leiden dat degene die investeert in bewezen verbeteringen, ook de baten (voor een bepaalde periode) kan behouden. Zo moet in de ziekenhuissector het systeem van Diagnose Behandel Combinaties (DBC) tijdig worden aangepast in die zin dat bewezen verbeteringen snel worden opgenomen en declareerbaar zijn en obsoleete DBC's komen te vervallen. In de AWBZ-sector geldt hetzelfde voor Individuele Zorgarrangementen (IZA's). Snelle invoering van bewezen verbeteringen waarbij verschillende organisatorische eenheden met een verschillende bekostiging betrokken zijn (zoals bij ketenzorg), moet financieel aantrekkelijk worden. Zowel in de cure als in de care moeten patiënten/cliënten hun zorgverzekeraar kunnen kiezen en moeten zorgverzekeraars geprikkeld worden bewezen verbeteringen, ook op het raakvlak van cure en care, in te kopen. Zorgverzekeraars kunnen zo geprikkeld worden om druk uit te oefenen op zorgaanbieders om bewezen verbeteringen (snel) te implementeren.

DBC's en IZA's up-to-date houden

Ook keuzevrijheid voor 'careverzekeraar'

In de tweede plaats is het openbaar maken van de performance van individuele zorgaanbieders van belang voor de snelheid waarmee bewezen

Voorlopers prijzen;
achterblijvers openbaar
maken

verbeteringen geadopteerd worden. Duidelijkheid hierover zal ‘achterblijvende’ zorgaanbieders ertoe aanzetten hun handelen aan te passen. Zorgverzekeraars en patiënten/cliënten biedt het informatie voor hun keuze.

Patiënten kunnen best
practice afdwingen

De derde cluster van maatregelen die prioriteit verdient, betreft het stimuleren van patient empowerment. Externe druk van goed geïnformeerde patiënten/cliënten zal zorgaanbieders ertoe bewegen bewezen verbeteringen sneller in te voeren.

Andere cultuur: primaat bij
het veld

Een andere cultuur in de zorg en adequate opleidingen die gericht zijn op vernieuwing en kwaliteitsverbetering zullen zeker bijdragen tot het snel implementeren van bewezen verbeteringen in de Nederlandse gezondheidszorg. Het primaat hierbij ligt bij het veld en niet zo zeer bij de overheid. Uiteraard kan deze laatste deze veranderingen zo nodig wel faciliteren.

1 Adviesopdracht

1.1 Inleiding

Betere en goedkopere zorg kan en moet

De adviesvraag van de minister van VWS in het Werkprogramma 2003 onder de titel ‘Weerstand tegen verandering in de gezondheidszorg’ vormt de basis voor dit advies (bijlage 1). Deze adviesvraag vloeit voort uit het algemene gevoel dat verbeteringen in de zorg traag of zelfs helemaal niet worden ingevoerd. Dit betekent dat kwaliteitsverbeteringen en/of doelmatigheidswinst te lang op zich laten wachten, waardoor patiënten betere zorg wordt onthouden en mogelijke kostenbesparingen niet worden gerealiseerd.

1.2 Beleidsvragen

De centrale vraag luidt: Hoe kan de verspreiding van verbeteringen in de werkwijzen binnen de gezondheidszorg worden versneld?

De RVZ leidt hieruit de volgende deelvragen af.

Probleemanalyse:

- a) Welke oorzaken liggen ten grondslag aan de trage verspreiding van deze verbeteringen?

Mogelijke oplossingen:

- b) Wat is nodig om deze oorzaken weg te nemen?
- c) Op welke wijze kan de rijksoverheid direct of indirect bevorderen dat de verspreiding van bewezen verbeteringen wordt versneld?

Mondige patiënt eist goede zorg

De centrale vraag wordt beantwoord binnen de context van een aantal recente ontwikkelingen in de zorg. Belangrijk hierbij is de introductie van gereguleerde marktwerking in een deel van de zorg. De vrije concurrerende markt heeft in andere sectoren bewezen dat hij innovatie bevordert. Ook culturele, sociale en maatschappelijke ontwikkelingen spelen een rol. Consumenten worden in het algemeen mondiger. De zorg neemt een groter deel van het BNP in beslag. Consumenten willen zien wat het geld dat aan zorg wordt besteed, oplevert en accepteren het steeds minder dat ondermaatse zorg wordt geleverd.

Overheid is al druk bezig

Naast het introduceren van gereguleerde marktwerking in de zorg ontplooit de overheid reeds een scala aan activiteiten dat direct gericht is op het stimuleren van vernieuwingen in de zorg, zoals het programma ‘Sneller beter’ in de cure en ‘Zorg voor beter’ in de care¹ en dat in het verlengde ligt van onder meer de modernisering van de AWBZ², de evaluatie van de kwaliteitwet zorginstellingen³, enz. De interdepartementale ICM-werkgroep onderzoekt op welke wijze VWS, zorgaanbieders en

andere betrokken partijen een constructieve bijdrage kunnen leveren aan de verhoging van de arbeidsproductiviteit en innovatie in de zorg.

1.3 De functie van het advies

Dit advies focust op de rol van de overheid

Ook vele organisaties in de zorg, zoals ZonMw, NHG, WOK, NIZW en CBO hebben programma's op het gebied van innovatie, of meer algemeen op het gebied van kwaliteit van zorg. Kortom er zijn reeds veel initiatieven en activiteiten op dit terrein. Deze activiteiten richten zich voornamelijk op de zorgaanbieder. Dit RVZ-advies richt zich echter niet direct op de zorgaanbieder, hoewel het duidelijk is dat de zorgaanbieder degene is die ervoor moet zorgen dat bewezen verbeteringen worden toegepast. Het gaat in het op te stellen RVZ-advies specifiek om de rol en de mogelijkheden van de rijksoverheid om de verspreiding van bewezen verbeteringen direct of indirect te stimuleren. Dit advies beoogt hiermee de overheid handvaten te geven voor de verdere invulling van haar taak op dit terrein.

1.4 Definities en domein

Wanneer we de tekst van de adviesvraag bezien dan wordt daarin gesproken over de weerstand tegen verandering in de gezondheidszorg. Dit advies concentreert zich op veranderingen die betrekking hebben op werkwijzen waarvan aangetoond is dat zij een verbetering van de zorg betekenen in de zin van verhoging van de kwaliteit van de zorg en/of besparing van de kosten. Dit heeft een relatie met het begrip 'innovatie'. Dit begrip innovatie of vernieuwing wordt in veel sectoren direct in verband gebracht met technische of industriële vernieuwing. Nu is het zo dat aan veel innovaties een nieuwe technologie ten grondslag ligt, maar het begrip is veel breder. Een innovatie is een idee, product of dienst die door een persoon of organisatie waarvoor deze innovatie relevant is als nieuw wordt ervaren. Het gaat daarbij vaak ook om verandering, waarbij gebruik gemaakt wordt van technische hulpmiddelen. Deze hoeven niet altijd nieuw en 'high-tech' te zijn. In een aantal gevallen zijn er helemaal geen nieuwe technische hulpmiddelen nodig en gaat het om het anders organiseren van processen. Dit is vaak het geval in de dienstensector. Het gaat in dit advies dus om innovaties die *een bewezen verbetering qua kwaliteit en/of kosten van zorg inhouden*. Verspreiding of diffusie van een innovatie is het proces waarmee een innovatie wordt geadopteerd door personen of organisaties waarvoor de innovatie relevant is.

Dit advies gaat niet over stimuleren van innovatie, maar over het toepassen van bewezen verbeteringen

Samengevat: dit advies heeft betrekking op de *verspreiding* van werkwijzen waarvan aangetoond is dat zij een verbetering van de zorg betekenen in de zin van verhoging van de kwaliteit van de zorg en/of besparing van de kosten. Het gaat daarbij om het primaire proces: de patiëntenzorg.

Het gaat dus *niet* om het *ontwikkelen* van verbeterde werkwijzen. De wijze waarop bepaald moet worden of een nieuwe werkwijze een bewezen verbetering is, is uiterst belangrijk, maar valt buiten de scope van dit advies. Het gaat daarbij zowel om het wetenschappelijke aspect, professionele kennis en kunde, als om maatschappelijke ontwikkelingen. Laatstbedoelde ontwikkelingen zijn vooral het ontstaan van grotere organisatorische verbanden in de zorgverlening, de groei van de kennis over medische zaken bij patiënten/cliënten en hun toenemende betrokkenheid bij het formuleren van wat goede zorg is⁴.

Het domein beperkt zich tot de zorgverlening die valt binnen de huidige ziekenfondswet c.q. de toekomstige basisverzekering en de AWBZ.

1.5 Werkwijze

Dit advies is voorbereid onder leiding van de raadsleden mr. A.A. Westerlaken en mevrouw J.M.G. Lanphen, huisarts.

Voor de adviesvoorbereiding hebben externe deskundigen een aantal aspecten onder de loep genomen. Deze deskundigen zijn prof. dr. A.J.P. Schrijvers die een achtergrondstudie opstelde met als titel: ‘Tien theorieën om de snelheid van de verspreiding van zorginnovaties te verklaren’ en dr. ir. J. Zuurbier die een achtergrondstudie opstelde, getiteld ‘DBC’s als middel om de diffusie van verbeterde werkwijzen in de zorg te versnellen’.

Beide studies zijn, samen met andere door secretariaatsmedewerkers opgestelde studies, opgenomen in de publicatie ‘Weten wat we doen; de verspreiding van innovaties in de zorg’.

Het Centre for Process Management and Simulation van de Faculteit Techniek, Bestuur en Management van de Technische Universiteit Delft organiseerde twee workshops over de adoptie van innovaties in de gezondheidszorg en legde de resultaten vast in het rapport ‘Vatbaar voor innovaties’. Aan deze workshops namen 19 deskundigen deel. Het verslag hiervan is via de RVZ-website opvraagbaar⁵.

ECORYS-NEI deed onderzoek naar de impact van kenmerken van ziekenhuizen op de verspreidingssnelheid van verbeteringen in Nederlandse ziekenhuizen. Dit heeft geleid tot het rapport ‘Verspreiding van vernieuwing, een empirische diagnose van de verspreiding van innovaties in Nederlandse ziekenhuizen’.

Het RVZ-secretariaat heeft twee studies verricht. Drs. P.P.T. Jeurissen onderzocht de mate waarin de zorgsystemen in het Verenigd Koninkrijk en Duitsland erin slagen om zich aan te passen aan veranderende externe

omstandigheden. Dit is verwoord in de studie ‘Zorgsystemen en inpasbaarheid van doelmatige innovaties’. Van de afstudeerscriptie die N. Bond schreef over het thema ‘Creëren van de juiste condities; stimuleren van kennisdisseminatie binnen het netwerk van de zorgsector’ maakte dhr. drs. L. Ottes, arts een beleidsgerichte vertaling, getiteld ‘Verspreiding van innovaties: stimulansen en barrières, een drietal casussen.’

Daarnaast heeft het secretariaat gesprekken met deskundigen en belanghebbenden gevoerd, literatuur bestudeerd en onderzoek laten verrichten. De resultaten hiervan zijn in twee bijeenkomsten met deskundigen en belanghebbenden uit het veld, te weten op 25 en 27 januari 2005 besproken.

Een gedetailleerde verantwoording van de adviesprocedure is opgenomen in bijlage 2.

1.6 Leeswijzer

Dit advies is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 gaat in op de problematiek van de trage verspreiding van bewezen verbeteringen in de zorg. Hierbij wordt aangegeven welke factoren invloed hebben op de snelheid van de verspreiding ervan. Hoofdstuk 3 beschrijft oplossingsrichtingen om deze oorzaken weg te nemen. Hoofdstuk 4 bevat aanbevelingen. In dit hoofdstuk wordt aangegeven op welke wijze de rijksoverheid de verspreidingsnelheid van bewezen verbeteringen kan verhogen.

Teneinde de tekst van dit advies beknopt te houden, wordt voor de onderbouwing van dit advies verwezen naar de publicatie ‘Weten wat we doen; de verspreiding van innovaties in de zorg’, waarin in dit advies genoemde achtergrondstudies zijn opgenomen.

2 Probleemanalyse

2.1 Inleiding

Bewezen verbeteringen worden niet snel genoeg toegepast

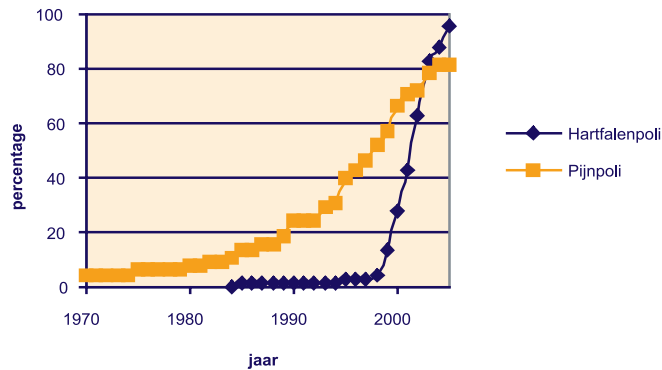
De verspreiding van toepassing van bewezen verbeteringen in de zorg verloopt traag, of in ieder geval langzamer dan algemeen wenselijk wordt geacht⁶. Daarmee is niet gezegd dat dit in de Nederlandse gezondheidszorg trager geschiedt dan in gezondheidszorgsystemen in andere westerse landen. Uit de studie van Schrijvers blijkt dat ook in een land als de Verenigde Staten de verspreiding van innovaties traag gaat⁷. Uit een analyse van de Agency for Healthcare Research and Quality van het Amerikaanse Ministerie van Volksgezondheid over 2004 blijkt dat de kloof tussen de best mogelijke zorg en feitelijke zorg in de Verenigde Staten groot blijft⁸. Ook is het de vraag of de zorgsector achterloopt in vergelijking met andere sectoren. Het blijkt dus moeilijk om een ijkpunt te vinden voor de mate van deze verspreidingssnelheid. Bekend is dat er ook in de zorg innovaties zijn die heel snel ingang vinden, denk bijvoorbeeld aan de influenzavaccinatie. Zelfs wanneer we binnen een sector kijken naar min of meer hetzelfde type innovaties, bijvoorbeeld op het gebied van multidisciplinaire diagnostiek en behandeling, dan kan vastgesteld worden dat de ene innovatie veel sneller gaat dan de andere (zie grafiek 2.1).

Hoe sneller hoe beter

Het is zowel van belang voor de patiënt/cliënt als voor de zorgverlener dat bewezen verbeteringen snel geïmplementeerd worden. Het gaat daarbij niet alleen om het voorkómen van onnodige kosten, maar vooral ook om langer leven en een betere kwaliteit van leven. Het spreekt dus voor zich dat voor een goede zorgverlening bewezen verbeteringen in het algemeen veel sneller in de praktijk moeten worden gebracht dan nu het geval is, met andere woorden er is zowel veel gezondheidswinst als financiële winst te behalen wanneer bewezen verbeteringen sneller worden ingevoerd.

Grafiek 2.1: Verspreiding pijnpoli's en hartfalen-poli's

(Percentage ziekenhuizen dat een pijn- resp. hartfalenpoli heeft)



Bron: Enquête onder 65 Nederlandse ziekenhuizen, RVZ, 2004

2.2 Stakeholders

Veel betrokkenen

Bij de verspreiding van bewezen verbeteringen zijn veel partijen betrokken. Het aantal stakeholders is niet voor elke bewezen verbetering hetzelfde. In het algemeen hebben de volgende partijen invloed op het al dan niet adopteren ervan:

- de beleidsmakers, inclusief ZBO's, die de veiligheid en werkzaamheid van een innovatie beoordelen en beslissen over de mate en wijze van financiering (inclusief het al dan niet opnemen van een innovatie in het verzekerde pakket);
- de betalers, doorgaans zijnde de zorgverzekeraars (of zorgkantoren) die zorg contracteren en die bepalen of een innovatie in aanvullende verzekerde pakketten wordt opgenomen; zorgverzekeraars dienen bij hun zorginkoop de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg te borgen;
- de zorginstellingen die bepalen of zij een innovatie al dan niet aanbieden en daartoe onder meer moeten voorzien in de geëigende scholing om de innovatie adequaat te kunnen inzetten;
- de beroepsbeoefenaren die bepalen of zij een innovatie al dan niet aanbieden, waarbij het kader voor hun handelen wordt gevormd door hetgeen binnen de beroepsgroep gebruikelijk is, meer in concreto door richtlijnen en protocollen;
- de patiënten die voldoende over de innovatie geïnformeerd moeten zijn om toestemming te kunnen geven deze te gebruiken c.q. de zorgaanbieder (en/of de betaler) onder druk te zetten om een innovatie te leveren;
- de toezichthouders die toezien op onder meer minimaal te leveren

kwaliteit en rechtmatigheid van de besteding van financiële middelen;

- de aanbieders/leveranciers van de innovatie;
- de intermediaire organisaties die - met name zorgaanbieders - ondersteunen bij het implementeren van bewezen verbeteringen.

Tegenstrijdige belangen werken remmend

Er is een grote verscheidenheid aan stakeholders; elk met verschillende, soms tegenstrijdige belangen. Deze stakeholders hebben op verschillende wijze invloed op de snelheid waarmee bewezen verbeteringen verspreid worden. Hun activiteiten kunnen de verspreiding stimuleren, maar ook belemmeren.

Dit advies concentreert zich op de rol van de overheid. Het behoort tot de verantwoordelijkheid van de overheid dat in Nederland een adequaat functionerend zorgsysteem bestaat. Onderdelen daarvan zijn onder meer financieringsregelingen en een infrastructuur die een toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede zorg waarborgen. Hiertoe behoort ook dat de kennisinfrastructuur adequaat is.

2.3 Belemmeringen voor verspreiding

Weel de lusten, niet de lasten

Kort samengevat kunnen we stellen dat veranderingen inspanningen vragen en dat, als het resultaat voor degenen die zich de inspanningen moeten getroosten in hun waarneming geen voordeel oplevert, zij weinig genegen zullen zijn veranderingen door te voeren. Het is dus belangrijk om inzicht te hebben in de achtergronden hiervan. Dit kunnen er vele zijn. Meestal is het een combinatie. Zonder een limitatieve opsomming te geven, willen we een aantal veel voorkomende redenen voor trage verspreiding van bewezen verbeteringen noemen.

Veel managers zijn niet ondernemend genoeg

Cultuur: risicomijdend of ondernemend?

Uit gesprekken met deskundigen blijkt dat de cultuur in de zorg een belangrijke factor is. Deze cultuur hangt deels samen met de wijze van aansturing via wet- en regelgeving. Het merendeel van de managers in de zorg is meer behoudend en risicomijdend dan ondernemend. Men richt zich op de zekerstelling van een budget en op de nakoming van de gemaakte productie-afspraken, meer dan op het resultaat, bijvoorbeeld in de vorm van een betere kwaliteit van leven (care). Het management wordt hierin doorgaans gestimuleerd door de Raad van Toezicht die zich op een kloppend kostenplaatje concentreert.

Raad van Toezicht kijkt vooral of het huishoudboekje klopt

In een aantal gevallen is de samenwerking tussen management en professionals niet optimaal. Professionals in de organisatie dekken zich dan in als gevolg van de signalen die zij van het management, van de inspectie of via ingediende klachten krijgen. Invoering van bewezen verbeteringen

vraagt om een samenspel tussen het management en de professionals. In de curesector hebben dergelijke verbeteringen immers veelal betrekking op zowel medisch-technische als organisatorische zaken. In de curesector is minder goed onderbouwd wat effectieve zorg is dan in de cure. Instellingen in de care worden niet, of in ieder geval onvoldoende door zorgkantoren geprikkeld om bewezen verbeteringen te implementeren. Zorgkantoren sturen op basis van CTG-beleidsregels vooral op volume en prijs van de productie en nog weinig op kosteneffectiviteit of op het optimale arrangement bij bepaalde klantgroepen⁹.

Voor dat laatste ontbreken de instrumenten. De overheid gaat ervan uit dat zorgkantoren voornamelijk koersen op de indicaties. Er is weinig aandacht voor prikkels tot inkoop van de meest passende en doelmatige zorg, met inbegrip van versnelde toepassing van lonende innovaties.

Slechte zorgverlening wordt niet bestraft

In het algemeen is men in de zorg te weinig geneigd om over de eigen muren heen te kijken. Het gevoel van urgentie om verbeteringen door te voeren is minder aanwezig dan in andere sectoren; een belangrijke reden hiervoor is dat de kans om als zorginstelling 'om te vallen' gering is. Opmerkelijk is dat - in tegenstelling tot veel andere sectoren - de zorg geen 'bedrijfsspionage' kent. Blijkbaar wordt geen noodzaak gevoeld om elders gerealiseerde verbeteringen over te nemen.

Wetgeving blokkeert vernieuwing

Het in het verleden gevoerde overheidsbeleid heeft bijgedragen aan de huidige cultuur. Zo conditioneerde de Wet Ziekenhuisvoorzieningen aantallen plaatsen in ziekenhuizen, het soort bouw, enz. Feitelijke bepaling geschiedde in hoge mate vanuit Den Haag en niet op basis van klantgericht denken.

Waarom hebben PC's een zogenoemd QWERTY-toetsenbord? Dit type toetsenbord stamt uit de tijd van de typemachines (rond 1870). Er moest een dusdanige constructie gekozen worden dat bij het (snel) typen de armen waaraan de letters zaten, elkaar niet raakten en vast kwamen te zitten. Rond 1940 wezen experimenten bij de Amerikaanse marine uit dat het gebruik van toetsenborden met een andere toetsvolgorde, gebaseerd op DSK (Dvorak Simplified Keyboard), de snelheid met 20-40% verhoogde¹⁰. Desondanks werken de meeste PC-gebruikers nog steeds met een QWERTY-toetsenbord.

Financieringssysteem straft verbeteraars

Levert het geld op of kost het geld?

Ook op bekostigingsgebied zijn er belemmeringen. Deels worden deze veroorzaakt door het huidige financieringssysteem dat instellingen weerhoudt om bewezen verbeteringen toe te passen omdat dit negatieve consequenties heeft voor hun budget. Het gaat daarbij met name om bewezen verbeteringen die kwaliteitsverhogend zijn en voor de zorgaanbieder financieel ongunstig uitpakken.

Het stellen van de diagnose appendicitis, ‘blindedarmontsteking’, bij acute buikklachten is op basis van uitsluitend de symptomen en het lichamelijk onderzoek niet gemakkelijk. In 20% van de 16.000 gevallen per jaar blijkt de blinde darm niet ontstoken¹¹. Het aantal foutieve diagnoses en daarmee het risico voor de patiënt kan sterk teruggedrongen worden door routinematig een CT-scan of echografie te maken van de ‘acute buik’¹². Per saldo levert dit ook een kostenbesparing op voor de gezondheidszorg. Tegenover de meerkosten van CT-scan of echografie staan minder ziekenhuisopnamen en ligdagen. Voor het ziekenhuis betekenen minder opnamen en ligdagen echter in principe een verlaging van het budget, terwijl de extra kosten van de CT-scans niet vergoed worden. Het bekostigingssysteem belooft het invoeren van de verbetering dan ook niet, integendeel.

Baten vallen vaak elders

Wanneer meerdere partijen betrokken zijn, komen de baten van een doorgevoerde verbetering in veel gevallen bij een ander terecht dan degene die in de verbetering geïnvesteerd heeft. Dit kan zijn een andere zorginstelling (bijvoorbeeld de huisarts investeert en het ziekenhuis profiteert), maar ook de zorgverzekeraar of het zorgkantoor die de verkregen besparing afroemt.

Freerider mogelijkheid remt verbetering

Ook zorgverzekeraars ervaren belemmeringen bij de financiering van verbeteringen in de zorg, en met name van ketenzorg. Wanneer zorgverzekeraars investeren in preventie en regionale activiteiten levert dit concurrentienadeel op doordat andere verzekeraars profiteren van de resultaten, terwijl ze zelf niet hoeven te investeren¹³. De Regeling initiatiefruimte ZFW is wel een mogelijkheid tot financiering, maar lost het freeridersfenomeen niet op. Als alternatieve oplossing kunnen zorgverzekeraars kiezen voor financiering via de lokale productiegebonden component die partijen ruimte geeft om in aanvulling op het genormeerde budget een toeslag overeen te komen voor de bekostiging van activiteiten die niet of onvoldoende in de traditionele budgetparameters worden vergoed¹⁴.

Ketenzorg voor CVA-patiënten blijkt een kosteneffectieve interventie. Het levert niet alleen betere resultaten, maar ook meer tevreden patiënten en hulpverleners. De kosten binnen de keten verschuiven echter. Het aantal verpleegdagen in het ziekenhuis wordt beperkt, waardoor de ziekenhuiskosten dalen; daar tegenover staat een duurder stroke-unitbed. De kosten in verpleeghuis, revalidatie-instelling of bij zorg thuis worden hoger. De totale kosten tussen ketenzorg en reguliere zorg verschillen niet significant, maar financiële schotten werken belemmerend om voor hetzelfde geld betere zorg te verlenen¹⁵.

Ontbreken van reguliere financiering doet succesvolle

Voor samenwerking tussen instellingen en tussen hulpverleners bestaat geen regulier budget. Als (voorlopige) oplossing wordt meer dan eens

verbeterprojecten de das om gekozen voor (gedeeltelijke) projectfinanciering van transmurale verbeteringen¹⁶. Projectfinanciering blijkt echter in de praktijk bij beëindiging van het project niet om te zetten in reguliere financiering, ook al was het project succesvol. Nevenwerking van deze gang van zaken zijn gedesillusioneerde en gefrustreerde professionals.

Subsidiëring maakt lui Daar komt bij dat projectfinanciering c.q. subsidiëring er in bepaalde gevallen toe leidt dat het doel van de innovatie (betere kwaliteit en/of lagere kosten) ondergeschikt raakt aan het binnenhalen van een subsidie. Dit kan tot een houding leiden dat men alleen moet innoveren als er een subsidie is. Zo'n houding werkt juist belemmerend op de verspreiding van bewezen verbeteringen.

Voor een nadere uitwerking van de financiële belemmeringen wordt verwezen naar het rapport van de zorgautoriteit die door het ministerie van VWS is gevraagd de financiering en bekostigingssystematiek te toetsen op innovatieve prikkels.

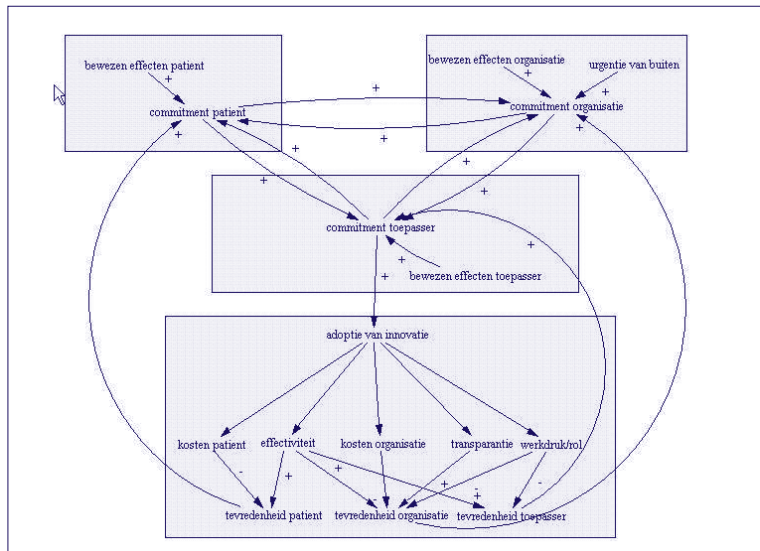
Wie is de klant: zorgverzekeraar/zorgkantoor of patiënt/cliënt?

Zorgaanbieder ziet de verzekeraar als klant in plaats van de patiënt In tegenstelling tot in andere sectoren is de macht van de klant c.q. de zorggebruiker gering. Veel (beheersgericht ingestelde) managers in de zorg zien de zorgverzekeraar en de overheid als hun klant, omdat zij de zorg financieren, terwijl zij de zorggebruiker als hun klant zouden moeten zien. Enerzijds heeft de zorggebruiker in het algemeen te weinig kennis als het om medische technische zaken gaat (cure) en heeft hij ook geen inkoopmacht, anderzijds maken zorgaanbieders onvoldoende gebruik van de kennis van zorggebruikers wanneer het gaat om hun ervaringsdeskundigheid en van hun wensen. Het ontbreken van een reële vraagzijde belemmert innoveren. Ondernemings georiënteerde managers zien zorggebruikers wel als hun klant.

Vele (andere) factoren spelen een rol

In 2002 voerde TNO onderzoek uit naar belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties¹⁷. Hierin komt naar voren dat 52 factoren een rol spelen bij de implementatie van zorginnovaties. Uit door het Centre for Process Management and Simulation van de Faculteit Techniek, Bestuur en Management van de Technische Universiteit Delft georganiseerde workshops zijn verbanden tussen van invloed zijnde factoren gedestilleerd¹⁸. Zonder te willen pretenderen dat het hier om een wetenschappelijk verantwoord model gaat, geeft navolgend model in ieder geval een idee van de wijze waarop factoren elkaar beïnvloeden.

Figuur 2.1: Adoptie van een innovatie is een complex proces



Bron: Centre for Process Management and Simulation, 2005 ¹⁹

In figuur 2.1 is te zien dat de adoptie van een innovatie een complex proces is. Afhankelijk van onder meer de aard van de innovatie kunnen bepaalde effecten een negatieve of een positieve uitwerking hebben en elkaar versterken of tegenwerken.

Onderzoek door ECORYS-NEI naar de relatie tussen de snelheid waarmee innovaties in ziekenhuizen worden geïmplementeerd en een aantal kenmerken van die ziekenhuizen leverde de volgende gegevens op²⁰. Ongeveer 90% van de ziekenhuizen heeft tussen de 40% en 80% van 63 onderzochte innovaties ingevoerd. Bijna 8% van de ziekenhuizen in 2004 had een innovatiescore lager dan 40%. Daarentegen is er ook een ziekenhuis met een innovatiescore van 95%.

De significante factoren die de verspreidingssnelheid bepalen verschillen per type innovatie. De meest voorkomende zijn:

- hoe meer bekendheid en informatie over een innovatie,
- hoe meer concurrentie tussen ziekenhuizen,
- hoe groter de omvang van het ziekenhuis en
- hoe meer belang het management van het ziekenhuis aan innoveren hecht, uitgedrukt in de aanwezigheid van een bureau zorgvernieuwing, des te sneller een innovatie geadopteerd wordt.

Competitie stimuleert verbetering

Uit dit ECORYS-NEI onderzoek blijkt dat toenemende concurrentie een significante bijdrage levert aan multidisciplinaire diagnostiek, technische kwaliteit, ketenzorg en logistiek. De omvang van het ziekenhuis

heeft ook een significante invloed op een aantal innovaties. Hoe groter het ziekenhuis des te sneller worden innovaties op het gebied van multidisciplinaire diagnostiek, technische kwaliteit, verpleegkundigensprekuren en ketenzorg geïmplementeerd. Waarschijnlijk is dit toe te schrijven aan de grotere financiële draagkracht van grote organisaties. Daar staat tegenover dat grote organisaties eerder kans lopen 'log' te worden, hetgeen veranderen bemoeilijkt.

Opleidingsziekenhuizen zijn meer verbeteringsgezind

Grote ziekenhuizen zijn vaak 'opleidingsziekenhuizen'. Dit geeft een zekere druk van buiten tot innovatie. Bovendien is er een toestroom van 'vers bloed'.

Het aandeel specialisten in opleiding heeft een positief effect op de introductie van multidisciplinaire diagnostiek, verpleegkundigensprekuren en ziekenhuisverplaatste zorg. Kennis, die direct vanuit de opleiding wordt meegenomen, zou hierin een rol kunnen spelen. Mogelijk weet deze groep (jonge) medici de bereidwilligheid tot veranderingen te vergroten. Ook kan de verklaring gezocht worden in verschillen in cultuur tussen opleidingsziekenhuizen en niet-opleidingsziekenhuizen.

Het aantal locaties heeft een significant positief effect op de introductie van technische kwaliteit. Meer locaties bieden meer mogelijkheden om bepaalde activiteiten te concentreren op een aparte locatie. Het onderzoek laat zien dat het huidige financieringssysteem (status: 2004) innovatie in ziekenhuizen niet stimuleert.

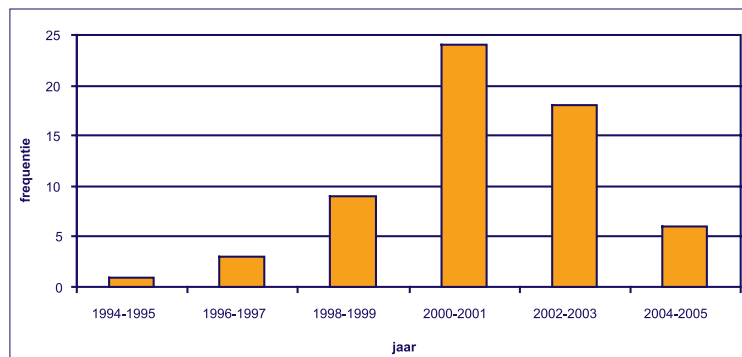
Uit het voorgaande mag duidelijk zijn geworden dat een interactief veranderingsproces niet uit het niets gestart of verordonneerd kan worden.

2.4 Uitgangspunten

De uit gesprekken met deskundigen en door onderzoek verkregen informatie sluit aan op de theorieën die in de literatuur over de verspreiding van innovaties zijn beschreven. Eén van de meest bekende theorieën is die van Rogers. De adoptie van een innovatie verloopt via een zogenaamde S-curve, zoals in grafiek 2.1 weergegeven. De snelheid in de tijd volgt een Gauss-kromme. Onderstaande grafiek met betrekking tot de adoptie van de COPD-verpleegkundige illustreert dat dit ook voor de zorg geldt.

Grafiek 2.2: Verspreidingssnelheid COPD-verpleegkundige

(Frequentie: aantal ziekenhuizen dat in betreffende periode gestart is met de inzet van een COPD-verpleegkundige)



Bron: Enquête onder 65 Nederlandse ziekenhuizen, RVZ, 2004

Rogers onderscheidt hierbij vijf typen van gebruikers al naar gelang hun geneigdheid om een innovatie wel of niet snel over te nemen. Deze vijf typen zijn: de innovatoren, de vroege volgers (early adopters), de vroege meerderheid (early majority), de rest van de meerderheid (late majority) en de achterblijvers (laggards).

2.5 Conclusie

Uit het voorgaande blijkt dat de cultuur in de zorg en de inrichting van het zorgsysteem invloed hebben op de snelheid van de toepassing van bewezen verbeteringen. Er zijn echter meer factoren die deze snelheid bepalen. Uit gesprekken en literatuur is een twaalfstal factoren aan te wijzen dat voor een snelle verspreiding van innovaties belangrijk is²¹. Deze factoren kunnen geclusterd worden naar kenmerken van de innovatie, kenmerken van de toepasser en kenmerken van het zorgsysteem.

Kenmerken van de innovatie

1. *Meerwaarde*: hoe groter de voordelen van de innovatie boven de bestaande praktijk zijn, des te sneller de innovatie ingang zal vinden. Het besluit om een innovatie toe te passen wordt beïnvloed door de mate waarin de potentiële gebruiker ervan in staat is te beoordelen of de voordelen van de innovatie groter zijn dan de risico's en in hoeverre de innovatie een verbetering van de bestaande werkwijze is.
2. *Mogelijkheid tot uitproberen*: hoe groter de mogelijkheden om zonder totaal commitment de innovatie uit te proberen en hoe kleiner de daarbij benodigde investeringen zijn, des te beter de kansen voor de adoptie en de verspreiding van de innovatie zijn. Door uit te proberen kunnen potentiële toepassers hun onzekerheid over de risico's en

over de voordelen verminderen. Persoonlijke ervaring kan belangrijker zijn dan elders verkregen bewijs. In hoeverre dit mogelijk is, is afhankelijk van de aard van de innovatie. Zo is voor een kijkoperatie uitgebreide scholing nodig. Een dergelijke innovatie leent zich dus niet voor uitproberen. Hetzelfde geldt voor innovaties waarvoor grote investeringen nodig zijn (in dergelijke gevallen kan soms wel gebruik gemaakt worden van demonstratieopstellingen elders). Ook innovaties die ingebed zijn in andere systemen, bijvoorbeeld organisatorische structuren of informatiesystemen vragen zoveel aanpassing van die systemen dat ze moeilijk stand alone uitgeprobeerd kunnen worden.

3. *Zichtbaarheid*: hoe beter potentiële gebruikers van een innovatie de adoptie van deze innovatie door hun collegae kunnen zien des te groter is de kans op verspreiding. Wanneer voor anderen goed te zien is dat de functionaliteit of het resultaat verbetert, zullen zij de innovatie eerder overnemen.
4. *Compatibiliteit*: hoe beter een innovatie aansluit op bestaande systemen en structuren des te groter is de kans op adoptie en verspreiding van de innovatie. Zo verloopt de verspreiding van een nieuwe technologie die voortbouwt op een in gebruik zijnde technologie in het algemeen sneller dan die van een geheel nieuwe technologie. Zo verliep de verspreiding van de röntgentechnologie langzamer dan die van CT en MRI.
5. *Reinvention*: bepaalde innovaties zijn relatief stabiel; andere ontwikkelen zich snel en worden gaandeweg door hun toepassers aangepast. In het algemeen stimuleert “re-inventing” de adoptie van een innovatie. Soms leidt een marginale lokale aanpassing van een innovatie tot toepassing.

Kenmerken van de toepasser en zijn omgeving

6. *Communicatie*: de wijze waarop over een innovatie gecommuniceerd wordt, beïnvloedt de snelheid en het patroon van de verspreiding van de innovatie. Medische specialisten/hogleraren in academische centra waren en zijn in belangrijke mate opinion leaders voor medische technische innovaties. Het internet heeft voor een nieuw communicatiekanaal gezorgd. Medische informatie is nu in principe voor iedereen toegankelijk. Deze ontwikkeling heeft er in combinatie met de aandacht die de pers besteedt aan innovaties in de zorg en de toegenomen eigen verantwoordelijkheid van consumenten toegeleid dat goed geïnformeerde patiënten eisen gaan stellen aan hun behandeling.
7. *Homogene groepen*: innovaties verspreiden zich sneller tussen homogene groepen (personen/organisaties met dezelfde karakteristieken) dan tussen heterogene groepen.
8. *Opinionleaders*: personen wier mening gerespecteerd wordt c.q. waarnaar geluisterd wordt door anderen, beïnvloeden de snelheid

van verspreiding in hoge mate. Een innovatie kan dus sneller verspreid worden wanneer men weet wie de opinieleiders op het betreffende gebied zijn; hen vervolgens te informeren en ervan te overtuigen de innovatie toe te passen en daarmee “early adopter” te worden.

9. *Cultuur: normen, rollen en sociale netwerken:* innovaties worden gevormd door de regels, formele hiërarchieën en informele communicatiemechanismen die bestaan binnen de sociale systemen waarin ze zich verspreiden. Gedragsnormen en verwachtingen over hun rol beïnvloeden professionals tot het al dan niet overnemen van een innovatie. Bekend is dat verschillen in de toepassing van bepaalde medisch-specialistische verrichtingen samenhangen met de plaats waar de medisch specialist zijn opleiding heeft genoten. Ook is de hiërarchie waarin bijvoorbeeld medisch specialisten werken in hoge mate bepalend voor de snelheid waarmee innovaties toegepast worden. Daarnaast kunnen richtlijnen, opgesteld door medisch wetenschappelijke verenigingen, mede bepalen of een innovatie toegepast wordt of niet. Verder kunnen innovaties statusverhogend, maar ook statusverlagend zijn.

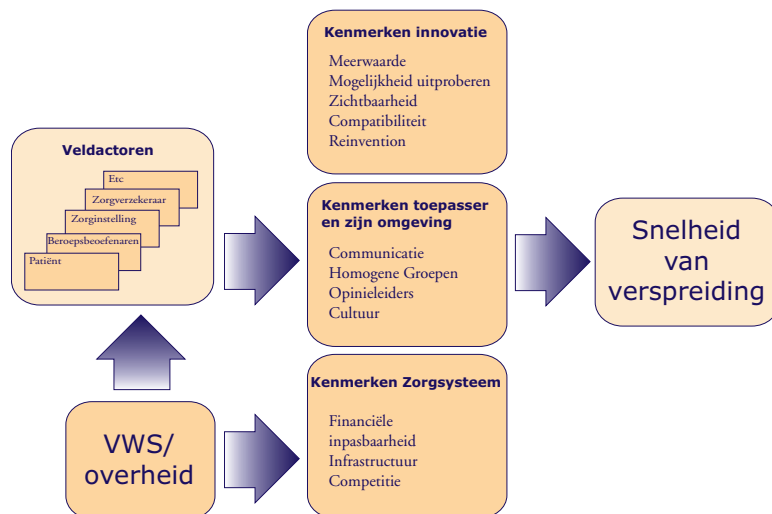
Kenmerken van het zorgsysteem

10. *Financiële inpasbaarheid:* wanneer een innovatie niet in de bestaande financiële kaders past, bijvoorbeeld omdat deze (nog) niet in het verzekerde pakket is opgenomen of omdat de baten bij een andere actor liggen dan bij degene die investeert, wordt de verspreiding van die innovatie bemoeilijkt.
11. *Infrastructuur:* de aanwezigheid van een infrastructuur of andere technologieën die samenhangen met een innovatie bepalen mede de snelheid waarmee een (technologische) innovatie geadopteerd wordt. Een bekend voorbeeld is de fax-machine die snelle verspreiding kende omdat deze technologie gebruikt maakt van het bestaande net van telefoonlijnen. Binnen de zorg bouwde de MRI-technologie voort op dezelfde infrastructuur die voor de display van CT-scans werd gebruikt.
12. *Competitie:* meer competitie leidt tot snellere adoptie van bewezen verbeteringen.

De overheid kan deze factoren deels beïnvloeden. Globaal gezien komt het erop neer dat de overheid de verspreiding van een bewezen verbetering direct kan beïnvloeden via het zorgsysteem, dat de overheid indirecte invloed heeft via de toepasser en zijn omgeving en weinig of geen invloed heeft op de verspreidingssnelheid als gevolg van de kenmerken van een innovatie. Laatstebedoelde kenmerken zijn in beginsel onlosmakelijk verbonden met de innovatie. Er is nieuwe innovatie nodig om deze te veranderen. Op het innovatieproces kan de overheid invloed uitoefenen, maar dit valt buiten de scope van dit advies.

In figuur 2.2 zijn de aangrijpingspunten voor de overheid schematisch weergegeven.

Figuur 2.2: Aangrijpingspunten



Bron: RVZ

Het ligt dus voor de hand de oplossingsrichtingen, en de aanbevelingen, te richten op het zorgsysteem en de toepasser en zijn omgeving.

3 Oplossingsrichtingen

3.1 Inleiding

Zorgaanbieder is zelf verantwoordelijk

In dit hoofdstuk worden oplossingsrichtingen in de vorm van mogelijke maatregelen voor het versnellen van de verspreiding van bewezen verbeteringen in kaart gebracht. Zoals in hoofdstuk 1 aangegeven behandelt dit advies de rol en de mogelijkheden van de rijksoverheid om de verspreiding van bewezen verbeteringen direct of indirect te stimuleren. Het zal duidelijk zijn dat de zorgaanbieder zelf verantwoordelijk is voor het (snel) invoeren van bewezen verbeteringen. Het is dan ook belangrijk dat er binnen zorginstellingen en praktijken hiertoe intrinsieke prikkels zijn. Dit advies gaat echter met name over externe prikkels: hoe kan de overheid de zorgaanbieder direct stimuleren tot snelle implementatie van bewezen verbeteringen dan wel hoe kan de overheid andere actoren stimuleren of faciliteren druk op de zorgaanbieder uit te oefenen om hier toe over te gaan. Een voorbeeld:

In Nederland worden minder laparoscopische operaties verricht dan in België. Als reden wordt aangegeven dat er in België veel artsen zijn. Patiënten hebben keuzevrijheid en chirurgen die geen laparoscopische operaties kunnen doen, vallen buiten de boot. Hieruit blijkt dat een gevoel van urgentie bij betrokkenen noodzakelijk is om een verbetering over te nemen.

Externe druk werkt

Dit voorbeeld geeft het belang van competitie aan, c.q. laat zien dat externe druk werkt. In een vrije concurrerende markt is competitie in sterke mate aanwezig: wie niet constant verbetert, prijst zich uit de markt en gaat failliet. De wil om te veranderen wordt in dit geval dus voor een belangrijk deel afgedwongen door de omgeving. Het resultaat van het in het vorige hoofdstuk besproken ECORYS-NEI-onderzoek illustreert dit²².

Er zijn verschillende manieren om ‘druk op de ketel’ te zetten c.q. externe druk te mobiliseren. Hierna worden oplossingsrichtingen geschetst in relatie tot de in het vorige hoofdstuk aangegeven aangrijpingspunten.

3.2 Oplossingsrichtingen die gericht zijn op het zorgsysteem

In het vorige hoofdstuk is aangegeven dat bewezen verbeteringen sneller toegepast worden wanneer er meer competitie is, de infrastructuur adequaat is en de bewezen verbeteringen financieel inpasbaar zijn. De overheid kan het zorgsysteem op deze punten aanpassen door gebruik te maken van klassieke (beleids)instrumenten als informeren, faciliteren, stimuleren en/of in extremis wettelijk voorschrijven.

De overheid kan ingrijpende maatregelen nemen. Op basis van een rapport dat in veel instellingen voor mensen met een verstandelijke handicap de zorg ver onder de maatschappelijke norm lag en de benodigde veranderingen niet door te voeren waren in het systeem van dat moment, besloot de Noorse regering in 1988 het institutionele systeem af te schaffen en de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking over te dragen aan gemeente en provincie. Op 1 januari 1991 werd begonnen met het ontmantelen van de instellingen. Dit moest in vijf jaar zijn afgerond. Ouderverenigingen hadden een belangrijke stem in dit proces. Noorwegen heeft nu geen grootschalige instellingen meer. Bij de hervormingen in de zorg werden alle inwoners van de instellingen verhuisd naar kleinschalige, individuele woonvoorzieningen in het land. Veelal gingen eerst de mensen met de meeste mogelijkheden en volgden de mensen met zwaardere handicaps later. Recent onderzoek laat overigens zien dat de mensen met de zwaarste handicaps niet goed af zijn. De structuur is dus wel veranderd, maar niet de kwaliteit.

Hierna worden mogelijke oplossingen op deze drie aspecten aangeduid.

Competitie

De opheffing van de contracteerplicht voor verzekeraars is een voorbeeld van veranderde regelgeving. Als een verzekeraar bijvoorbeeld geen contract sluit met een ziekenhuis waar geen of te weinig laparoscopische operaties verricht worden, is dit voor het ziekenhuis een sterke prikkel om ervoor te zorgen dat de betreffende chirurgen zich deze technieken eigen maken.

Dit werkt alleen bij voldoende aanbod

Hierbij moet evenwel aan een aantal randvoorwaarden voldaan zijn. Zo moet er voldoende aanbod zijn, anders is er nog steeds sprake van gedwongen winkelnering. Zorgaanbieders die willen veranderen, moeten ook kunnen veranderen.

Wet- en regelgeving wijzigen

Door bestaande wet- en regelgeving te veranderen kan de toetreding tot de markt van nieuwe zorgaanbieders gestimuleerd worden. Het gaat daarbij onder meer om nieuwe vormen van organisaties of diensten. Denk bijvoorbeeld aan voorzieningen op het grensvlak van cure en care, zoals op het gebied van disease management en flexibele organisatievormen, gerelateerd aan eerste en tweedelijns, zoals walk-in centra. In 2003 is de regelgeving voor de toetreding van ZBC's geliberaliseerd.

Infrastructuur

Soms is de harde hand van de overheid nodig

Soms kan het nodig zijn om een verbetering wettelijk af te dwingen. Een voorbeeld hiervan is de standaardisatie van het Elektronisch patiëntendossier (EPD). Deze is cruciaal voor een effectieve en efficiënte zorgverlening. De benodigde technologie is reeds vele jaren beschikbaar, maar de zaak stagneert onder andere op het punt van afspraken over de te

hanteren standaarden. In eerdere adviezen heeft de RVZ er voor gepleit dat de overheid het veld standaarden dwingend voorschrijft^{23,24}.

Technische standaarden zijn ook in de care belangrijk

In de caresector draagt het sturen op landelijke technische standaarden bij tot het sneller invoeren van bewezen verbeteringen gerelateerd aan het langer thuis kunnen blijven wonen; denk bijvoorbeeld aan standaarden voor alarm- en communicatietechnologie (voor ouderen), sleuteltechnologie, ICT-toepassingen voor nachtbewaking, internetstandaarden voor telemonitoring en technologie die ADL-zorg eenvoudiger kan maken, waardoor op personele inzet bespaard kan worden.

Met videocommunicatiesystemen wordt verpleegkundige zorg op afstand mogelijk. De noodzaak van face to face contact met cliënten met een chronische ziekte vermindert hiermee. Met videocommunicatie kan de zorg sneller gestart worden, hetgeen de cliënt meer zekerheid biedt, en kunnen zorgverleners doelmatiger worden ingezet. Dit leidt tot verbeterde kwaliteit en lagere kosten. Via een beleidsregel heeft het CTG verpleegkundig advies via video declarabel gemaakt. Opnemen van toepassing van het gebruik van open (internet)standaarden als voorwaarde voor de bekostiging van deze communicatie bevordert toepassing van zorg op afstand, aangezien een bepaalde aanbieder in dit geval niet het alleenrecht op een bepaald systeem heeft.

Om de markt goed te laten functioneren is het nodig om bepaalde gegevens verplicht te laten verstrekken. Dit is onder meer nodig om inzicht te krijgen in de geleverde prestaties in de vorm van prestatieindicatoren.

Op de internetwebsite van de Amerikaanse staat New York wordt per ziekenhuis en per specialist vermeld hoeveel bypassoperaties zijn uitgevoerd, hoeveel patiënten aan de operatie overleden en hoe groot de waargenomen mortaliteit, de verwachte mortaliteit en de risk-adjusted mortaliteit waren²⁵.

Het Staatstoezicht heeft een wettelijke taak om regels met betrekking tot de kwaliteit van zorg te doen naleven. Rapporten van de inspectie - denk bijvoorbeeld aan het rapport over de verpleeghuiszorg²⁶ - vormen een belangrijke externe prikkel voor zorgaanbieders om de door hen geboden zorg te verbeteren.

Onbekend maakt onbemind

De verspreiding van verbeterde werkwijzen begint met het bekendheid geven. Hoe meer bekendheid hoe groter de kans op adoptie. Het ministerie van VWS is verantwoordelijk voor een adequate kennisinfrastructuur en voor een goede regie. Analooq aan de inrichting van de Modernisation Agency in het Verenigd Koninkrijk, heeft de Minister ZonMw de opdracht gegeven om de verspreiding van bewezen verbeteringen te bevorderen door onder meer de awareness te vergroten, 'belie-

vers' en 'opinion leaders' te identificeren en te ondersteunen, ervaringen te verspreiden, en als kenniscentrum te fungeren²⁷. ZonMw dient zorgaanbieders faciliteiten te bieden: geven van voorlichting, overtuigen en zorgen voor hulpmiddelen.

Zorgaanbieder-bezoekers om verbeteringen aan te prijzen

Dit kan onder meer gerealiseerd worden door voorlichting te geven over 'best practices', zoals nu reeds gebeurt in de vorm van de programma's 'Sneller beter'²⁸ en 'Zorg voor beter'²⁹ en door te overtuigen via 'zorgaanbieders-bezoekers' die professionals en besturen van instellingen trachten te overtuigen van de zin van het gebruik van innovaties die hun meerwaarde bewezen hebben in de vorm van kwaliteitsverbetering en/of kostenbesparing.

ZonMw moet belemmeringen signaleren

Naast een overzicht van best practices, en van de zorgaanbieders die deze praktiseren, is het zinvol een overzicht van 'worst practices' te geven en van de zorgaanbieders die deze in praktijk brengen. Overigens blijkt uit de literatuur dat de nagestreefde verspreiding veelal het best via verschillende op elkaar aansluitende kanalen kan plaatsvinden, afhankelijk van het type innovatie³⁰. ZonMw zou daarnaast ook moeten signaleren op welke onderdelen wet- en regelgeving belemmerend werkt op de verspreiding van verbeterde werkwijzen in de zorg.

Financiële inpasbaarheid

Verbeteringen zullen in B-segment sneller gaan

Het ECORYS-NEI onderzoek leert dat het huidige financieringssysteem de verspreidingsnelheid van innovaties in ziekenhuizen niet bevordert. Verwacht mag worden dat de geïntroduceerde DBC-systematiek in de ziekenhuissector deze impulsen wel geeft, met name wanneer het gaat om innovaties die leiden tot doelmatigheidswinst. De diffusie van innovaties zal met name plaatsvinden langs de weg van het B-segment omdat daar niet alleen meer transparantie qua kosten ontstaat, maar ook vrije prijs-onderhandelingen mogelijk zijn³¹.

Risicozwangeren in dichtbevolkte gebieden kunnen heel goed thuis gemonitord worden in plaats van in het ziekenhuis. Dit is veel patiëntvriendelijker en goedkoper. Na invoering van (transmurale) DBC's ligt het voor de hand dat zorgverzekeraars deze vorm van behandeling eerder inkopen dan de duurdere behandeling in het ziekenhuis. Ziekenhuizen worden dan vanzelf geprikkeld thuismonitoring te leveren. Dit type zorg behoort echter thans tot het A-segment.

Voor de ziekenhuissector zijn de prikkels om te innoveren groter in het B-segment dan in het A-segment. Vanuit deze optiek ligt snelle uitbreiding van het B-segment voor de hand³².

In de caresector is een parallel te trekken met de voorgenomen invoering van individuele zorgarrangementen (IZA's³³) in 2007. Deze IZA's zijn

nochtans in hoge mate een instrument voor bekostiging. Het IZA-concept kan verrijkt worden door er twee componenten aan toe te voegen die de invoering van bewezen verbeteringen stimuleren, namelijk kwaliteitsindicatoren (zorg moet aan een ‘programma van eisen’ voldoen om gecontracteerd te worden) en varianten van zorgverlening, bijvoorbeeld diversiteit aan woonvormen.

Ook in de caresector moet de cliënt zijn verzekeraar kunnen kiezen

Overigens kan de vernieuwing in de AWBZ-sector gestimuleerd worden door verzekerden die zorg ontvangen die op basis van de AWBZ gefinancierd wordt, hun verzekeraar te laten kiezen (stemmen met de voeten) en de uitvoering van (delen van) de AWBZ te laten uitvoeren door risicodragende zorgverzekeraars à la de uitvoering van de Zorgverzekeringwet. In de care zijn, naast medische inhoudelijke kwaliteit, zaken als klantvriendelijkheid, privacy en autonomie van groot belang. Dergelijke aspecten zijn voor zorgvragers makkelijker te beoordelen dan veel curatieve zorg, waar het in sterke mate om medisch-inhoudelijke kwaliteit gaat³⁴.

Informatie-asymmetrie is bij cliënten in de care kleiner dan bij patiënten in de cure

In het huidige systeem ondervinden zorgkantoren onvoldoende prikkels om kwalitatief hoogwaardige en kosteneffectieve zorg in te kopen. Bijkomend voordeel van het in één hand leggen van de uitvoering van AWBZ- en ZVW-gefinancierde zorg is dat zorgverzekeraars casemanagement voor chronisch zieken vorm kunnen geven. De winst van casemanagement ligt vooral bij ketens van zorgverlening in de vorm van kwaliteitswinst voor de cliënt en doelmatigheidswinst voor het systeem.

Risicodragende uitvoering van zorgverzekering bevordert toepassing van verbeterde werkwijzen. Het vergroten van het nominaal deel van de zorgverzekeringspremie geeft druk op zorgverzekeraars om zich bij de zorginkoop te onderscheiden. Een en ander is onderdeel van de Zorgverzekeringwet die voorzien is in 2006 in werking te treden.

Structurele financiering na projectfinanciering

Het is van belang dat de overgang van projectfinanciering naar structurele financiering van bewezen verbeteringen soepel verloopt. Eén van de mogelijkheden hiertoe is gebruik te maken van de bepalingen van de WTG Expres die de mogelijkheid biedt tot tijdelijke vergoeding van innovatieve verstrekkingen.

3.3 Oplossingsrichtingen die gericht zijn op de toepasser en zijn omgeving

Informatie is cruciaal

Met name in een systeem van gereguleerde marktwerking en vraagsturing speelt performance-informatie een uitermate belangrijke rol. Zorgvragers en zorgaanbieders kunnen op basis van deze openbaar gemaakte informatie kiezen voor effectieve en efficiënte zorg. Dit vormt

een sterke prikkel voor zorgaanbieders om de kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg te verbeteren.

Patiënten/consumenten (en hun organisaties) en zorgverzekeraars kunnen zorgaanbieders onder druk zetten om 'best practices' toe te passen.

Een groot deel van de internetgebruikers vindt informatie over best practices belangrijk. Bijna 90% van hen is het eens met de stelling dat men zijn arts naar de beste behandeling zou vragen wanneer men zou weten welke de beste behandeling is. Ook zou bijna 80% voor de keuze van een specialist willen weten of hij de beste behandeling toepast. En als men er gemakkelijk, bijvoorbeeld via internet, achter zou kunnen komen welke behandelingsmogelijkheden er zijn dan zou tweederde van hen dit doen. Bijna de helft van de internetgebruikers vindt van zichzelf dat men zich ten opzichte van hun arts mondiger opstelt dan enkele jaren geleden³⁵.

Mondige, goed geïnformeerde patiënten kunnen dit in hun behandelingsrelatie aan de orde stellen. Goede informatie is hiervoor uiteraard voorwaarde. Patiënten moeten dan immers eerst wel weten welke de best practices zijn.

Prosumers zijn consumenten/patiënten die pro-actief zijn. Zij willen alles weten en vergelijken om zelf tot een oordeel te komen. Zij wachten niet op wat hen wordt aangeboden, maar gaan zelf op zoek. Volgens schattingen heeft een kwart van alle consumenten prosumer-trekken³⁶.

Aanbodscarste is vaak een probleem

Zorgverzekeraars zouden zorgaanbieders moeten contracteren die best practices toepassen³⁷. Door aanbodscarste is dit niet altijd mogelijk. Wanneer er wel voldoende aanbod is, kunnen patiëntenorganisaties zorgverzekeraars hiertoe stimuleren.

Ook patiëntenervaringen openbaar maken

Patiënten en cliënten hebben veel ervaring op het gebied van de verleende zorg en kennis over het omgaan met een ziekte. In een goed samenspel met de zorgprofessionals dient deze kennis gebruikt te worden om tot best practices te komen en verdere verbeteringen door te voeren. Eén concrete operationalisering hiervan is het op gestandaardiseerde wijze poolen van de gegevens over *ervaringen van patiënten* met zorgaanbieders en deze ter beschikking te stellen. Dit kan op termijn op basis van het digitaal ervaringendossier van CG-Raad en TNO. Een andere is het periodiek voeren van overleg tussen zorgaanbieder en 'lead-users', bijvoorbeeld in de vorm van panels, over innovatie, zoals dit ook in het bedrijfsleven gebeurt tussen bedrijfsleven en consumenten.

Zorgaanbieders gebruiken panels van zorgvragers

Laat zien dat het kan

Met name bij organisatorische veranderingen kan de wil of noodzaak tot verandering aanwezig zijn, maar speelt het niet weten hoe te veranderen en/of niet kunnen veranderen een belangrijke rol. Voorbeeldprojecten,

bijvoorbeeld de doorbraakprojecten van het CBO, kunnen hierbij een belangrijke rol spelen. Zij laten zien dat verbeteringen goed mogelijk zijn en geven betrokkenen vertrouwen³⁸. Dit is met name relevant voor het begin van de verspreiding van een bewezen verbetering.

Ongeveer 44.000 ouderen in de Nederlandse verzorgingshuizen gebruiken elk gelijktijdig vijf of meer geneesmiddelen (polyfarmacie). De kans dat dit tot negatieve effecten leidt is groot. In twee proeftuinen werden zowel het aantal gebruikte geneesmiddelen met 10-15% verminderd als de kosten ervan met ca. 150 Euro per patiënt per jaar. De Stichting DGV ondersteunt verzorgingshuizen om deze proeftuinen na te volgen³⁹.

Biedt hulp en ondersteuning

Daarnaast is hulp nodig bij het invoeren van de verandering. Bij organisatieveranderingen moet elke keer opnieuw het wiel uitgevonden worden, omdat elke organisatie anders is en andere oplossingen vereist. Het gaat om leer- en onderhandelingsprocessen. Leiderschap moet aanwezig zijn en verantwoordelijkheden moeten genomen worden. Allerlei ‘onder de oppervlakte borrelende zaken’, zoals verstoorde relaties, sluimerende conflicten, machtsspelletjes, schijncompromissen, moeten eerst aan de oppervlakte komen, voordat er constructief gewerkt kan worden.

In 1997 adviseerde de Gezondheidsraad om bij patiënten die een electieve ingreep moeten ondergaan ruim voor de operatiedatum een preoperatieve screening (POS), liefst poliklinisch, te verrichten onder medeverantwoordelijkheid van de anesthesioloog⁴⁰. Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat een POS-poli de kwaliteit van zorg verhoogt en kosteneffectief is^{41,42,43}. In 2001 screende slechts 20% van de Nederlandse ziekenhuizen alle operatiepatiënten op een POS-poli. 30% deed dit bij een deel, terwijl de helft in het geheel geen POS-poli had⁴⁴. In 2004 had in totaal 74% van de ziekenhuislocaties in Nederland een POS-poli: 52% heeft een volledige POS-poli (voor alle electieve patiënten) en 22% een gedeeltelijke POS-poli (voor een deel van de electieve patiënten). 26% van de ziekenhuislocaties heeft nog geen POS-poli. Als belangrijkste obstakels voor het implementeren van een POS-poli worden in een verkennende studie⁴⁵ genoemd: financiering, met name budgetoverheveling tussen specialisten en inkomstenderving bij bepaalde specialismen en de medewerking van alle betrokken partijen (motivatie); met name domeinstrijd vormt een probleem.

Ontwikkelen en gebruiken van richtlijnen

Ontwikkeling en het gebruik van standaarden, richtlijnen en gestandaardiseerde werkwijzen is van belang. Primair is dit een taak van beroepsverenigingen; de overheid kan dit stimuleren, zoals ook zorgverzekeraars dit kunnen via de in het kader van zorginkoop te sluiten contracten. Bij de zorginkoop dienen zorgverzekeraars daartoe niet alleen financieel-economische, maar ook medische deskundigheid in te zetten.

Verzekeraars moeten goede zorg inkopen

Zorgverzekeraars en zorgkantoren zouden zorg moeten inkopen die gericht is op verbetering van de zorg en de kwaliteit van leven (pay for performance). Zorgverzekeraars moeten bij de inkoop van zorg niet alleen oog hebben voor een goede toegankelijkheid van de zorg (wordt tijdig zorg verleend) en voor de betaalbaarheid ervan, maar ook voor een goede kwaliteit, meer specifiek het hanteren van best practices door de door hen gecontracteerde zorgaanbieders. In de caresector zegt de overheid dit te realiseren door zorgkantoren die in dit opzicht onder de maat presteren geen nieuwe concessie te verlenen.

Ook inzicht in de kwaliteit van de door verzekeraars ingekochte zorg nodig

Inmiddels is het mogelijk via internet inzicht te krijgen in de financiële prestaties van zorgverzekeraars. Hieraan zouden de inkoopprestaties op kwaliteitsaspecten moeten worden toegevoegd.

Zilveren Kruis Achmea heeft met de Stichting Cliënt en Kwaliteit, de Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC) en de Stichting Perspekt het Bronzen Keurmerk in de zorg voor verpleeghuizen en verzorgingshuizen ingevoerd. Dit moet deze huizen stimuleren de kwaliteit van hun zorg te verbeteren.

Accreditatie als verbeterinstrument

Implementatie van bewezen verbeteringen zou onderdeel moeten zijn van accreditatie en visitatie. Nu de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen heeft afgesproken dat alle ziekenhuizen in 2005 initieel geaccrediteerd zullen zijn, ligt het voor de hand dit aspect hierbij te betrekken. Zorginstellingen in andere cure- en caresectoren zouden dit moeten volgen. Overigens zouden de resultaten van accreditatie en visitatie publiek gemaakt moeten worden. Onderdeel van de nascholing zou kunnen zijn het meelopen bij een vernieuwende verbeterde werkwijze in een andere zorginstelling.

Resultaten van accreditatie en visitatie publiek maken

3.4 Oplossingsrichtingen die gericht zijn op de kenmerken van de bewezen verbetering

Doen is leren

De kenmerken van een innovatie zijn een gegeven, en een uiterst belangrijk gegeven. De specifieke kenmerken van de innovatie bepalen welke de (grootste) barrières voor de verspreiding ervan zijn⁴⁶. Afhankelijk hiervan moeten specifieke maatregelen genomen worden. Eén van de weinige mogelijkheden die de overheid op dit gebied heeft, is het faciliteren dat innovaties uitgetoetst kunnen worden wanneer deze om specifieke voorzieningen vraagt. Zo is bij laparoscopie de benodigde opleiding een bottleneck voor snelle verspreiding. In zo'n geval kan de verspreidingsnelheid verhoogd worden door "skilllabs" in te richten voor het trainen van beroepsbeoefenaren. Het ligt voor de hand dat dit meegenomen wordt in het kader van de activiteiten van de onderwijs- en opleidingsregio's (OOR).

3.5 Conclusie

Er blijkt een scala van maatregelen voorhanden om de verspreidingssnelheid van bewezen verbeteringen te verhogen. In het volgende hoofdstuk doet de Raad een aantal aanbevelingen om dit doel te bereiken. De keuze van de aanbevelingen sluit aan bij het huidige overheidsbeleid, waaronder stimulering van gereguleerde marktwerking en vraagsturing. Om te zorgen dat 'continu verbeteren' de norm wordt, moeten betrokkenen hierbij zelf baat hebben en een gevoel van urgentie ervaren. In de gezondheidszorg gaan de (wetenschappelijke) ontwikkelingen snel. Het mag niet zo zijn dat verbeteringen die in de zorg mogelijk zijn ver achterlopen bij hetgeen qua 'state of the art' mogelijk is. Dit onthoudt patiënten/cliënten immers van goede zorg, hetgeen ten koste gaat van hun gezondheid en - in het ergste geval - zelfs kan leiden tot voortijdig overlijden. Momenteel leiden intrinsieke prikkels bij zorgaanbieders onvoldoende tot een snelle adoptie van bewezen verbeteringen. Daarom is externe druk nodig om zorgaanbieders te bewegen sneller bewezen verbeteringen toe te passen. Hierop focust de Raad zich in de aanbevelingen.

4 Aanbevelingen

4.1 Inleiding

Uit de in de vorige twee hoofdstukken beschreven probleemanalyse en oplossingsrichtingen kan een aantal aanbevelingen voor de overheid gedestilleerd worden om bewezen verbeteringen in de zorg sneller ingevoerd te krijgen. Zoals hiervoor aangegeven kunnen daarmee zowel kwaliteitswinst als kostenbesparingen gerealiseerd worden.

Kort samengevat is de boodschap van dit advies: de overheid moet externe druk op zorgaanbieders uit (doen) oefenen om hen ertoe te bewegen snel bewezen verbeteringen te doen invoeren.

Gehele organisatie moet verbeteringsminded zijn

In feite moet de invoering van bewezen verbeteringen structureel een geïntegreerd onderdeel van de bedrijfs- en praktijkvoering zijn. Dit geldt voor alle niveaus: ministerie, brancheorganisatie, zorginstelling, zorgverzekeraar, enz. Voor de zorginstelling betekent dit onder meer dat dit onderwerp op de agenda van de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht staat, dat er een goed samenspel tussen management en professionals moet zijn, dat medewerkers betrokken zijn en dat het management professionals zonodig nieuwe veiligheden moet bieden. Het implementeren van bewezen verbeteringen als een geïntegreerd onderdeel van de bedrijfs- en praktijkvoering wordt onder meer gestimuleerd wanneer betrokken partijen (beroepsbeoefenaren, zorginstellingen, zorgverzekeraars, enz.) publiekelijk rekenschap hierover afleggen.

In het vorige hoofdstuk is een groot aantal oplossingsrichtingen genoemd. Een deel ervan is inmiddels reeds door het ministerie van VWS in activiteiten omgezet. Het gaat hierbij om activiteiten als het bekendheid geven aan bewezen verbeteringen (best practices), ondersteuning en begeleiding bieden, en dergelijke. In bijlage 4 zijn deze activiteiten die met name gericht zijn op zorgaanbieders, weergegeven. Het is daarbij van belang dat het ministerie een goed evenwicht vindt tussen activiteiten die gericht zijn op het bekendheid geven aan bewezen verbeteringen enerzijds en het wegnemen van functionele belemmeringen voor de verspreiding ervan anderzijds⁴⁷.

In de conclusie van hoofdstuk 2 zijn de aangrijpingspunten die de overheid heeft om de verspreidingssnelheid te verhogen grafisch weergegeven. In dit hoofdstuk worden de door de overheid te nemen maatregelen die naar het oordeel van de Raad op dit moment het meest prioriteit verdienen, aangeduid.

4.2 Maatregelen die gericht zijn op het zorgsysteem

De overheid is primair verantwoordelijk voor het adequaat functioneren van het zorgsysteem. Daarmee is de overheid eindverantwoordelijk voor het resultaat dat het zorgsysteem oplevert, ook al delegeert de overheid taken aan zorgverzekeraars, zorgaanbieders, kennisinstituten, enz.

De Raad beveelt de Minister de volgende maatregelen aan. Het gaat hierbij vooral om het creëren van randvoorwaarden, waaronder een wijze van bekostiging en een infrastructuur die een snelle verspreiding van bewezen verbeteringen faciliteren.

Adequaat financieren en bekostigen

Beloon degene die verbetert

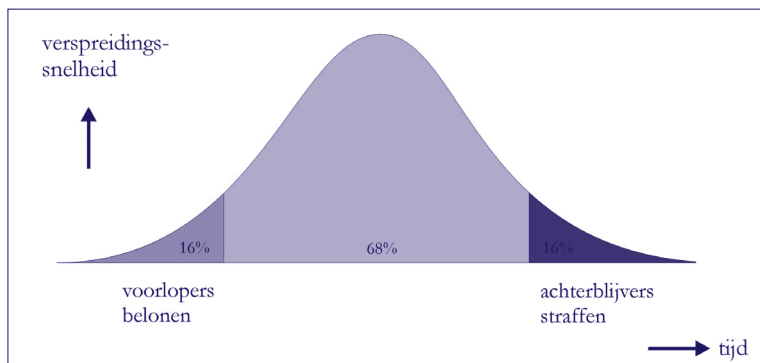
Realiseer toeigenbaarheid van baten: degene die investeert in bewezen verbeteringen, moet ook de vruchten ervan c.q. de baten (voor een bepaalde periode) kunnen houden. Dit geldt te meer wanneer de baten een ander toekomen dan degene die investeert.

Voor de realisering van deze aanbeveling dient het volgende te worden ondernomen:

Kies voor de 'carrot and stick' aanpak

- Het financieringssysteem dient zodanig ingericht te worden dat voorlopers beloond en achterblijvers gestraft worden (zie figuur 4.1).

Figuur 4.1: Voorlopers belonen, achterblijvers straffen



Bron: RVZ

DBC's up-to-date houden

- Dit houdt in dat de bekostiging van bewezen verbeteringen voldoende snel wordt aangepast. Zo dienen in de ziekenhuissector zorgprofielen van DBC's periodiek te worden aangepast door nieuwe onderdelen toe te voegen, normtijden dienen periodiek updated te worden en nieuwe DBC's voor nieuwe zorgproducten die een bewezen verbetering inhouden, dienen te worden toegevoegd. De DBC-zorgprofielen dienen tot het actieve onderhoud van de Stichting DBC Onderhoud te behoren. Het voorgaande impliceert

in concreto dat VWS de Stichting DBC Onderhoud (ondersteund door diens Wetenschappelijke Advies Raad)/CVZ dient te instrueren tijdig ertoe over te gaan bewezen verbeteringen als zodanig te kwalificeren, en het CTG te instrueren in vervolg hierop desbetreffende bewezen verbetering een declaratiecode te geven⁴⁸.

Voldoende snel houdt overigens ook in: snel, maar niet te snel, want degene die innoveren moeten een zekere tijd hebben om van het effect van hun vernieuwing c.q. van hun baten te profiteren. In Australië wordt hiervoor een periode van drie jaar aangehouden.

- Obsolete verrichtingen in DBC's en hun declaratiecodes dienen te vervallen, waardoor obsolete verrichtingen niet meer vergoed worden.
 - In extremis moet de overheid niet schuwen slecht presterende zorgaanbieders failliet te laten gaan.
 - Voor de caresector biedt het IZA-concept mogelijkheden om de adoptie van bewezen verbeteringen te versnellen. Het voorziene IZA-concept dient daartoe verrijkt te worden met twee componenten, namelijk kwaliteitsindicatoren en varianten van zorgverlening, bijvoorbeeld diversiteit aan woonvormen.
 - Teneinde de verspreiding van bewezen verbeteringen te stimuleren waarbij verschillende organisaties betrokken zijn, moeten (transmurale) zorgproducten integraal bekostigd worden. Dit houdt in dat, analoog aan de invoering van diagnosebehandelcombinaties (zorgproducten) in ziekenhuizen, dergelijke DBC's ook voor transmurale zorg gedefinieerd en bekostigd moeten worden⁴⁹. Dit houdt in dat zorgverzekeraars deze transmurale zorgproducten inkopen bij een zorgaanbieder (bijvoorbeeld een ziekenhuis of een verpleeghuis) die 'onderaannemers' inschakelt (bijvoorbeeld revalidatiecentrum en thuiszorg) om gezamenlijk ketenzorg te leveren of bij zorgaanbieders die dergelijke producten integraal aanbieden.
 - Samenhang dient te worden gebracht tussen de te onderscheiden financieringsstromen (ZFW/ZVW, AWBZ, WMO) zodat financiële schotten tussen de sectoren vernieuwing niet langer in de weg staan⁵⁰.
 - Teneinde de invoering van verbeteringen in de care te versnellen verdient het aanbeveling om cliënten (of hun zaakwaarnemers) niet alleen voor ZVW-, maar ook voor AWBZ-gefinancierde zorg (voor zover deze zorg niet naar de WMO wordt overgeheveld) keuze te bieden tussen de uitvoerders van deze verzekeringen. Tevens moeten deze uitvoerders risico dragen, teneinde ervoor te zorgen dat zij zorgaanbieders in de care stimuleren om best practice zorg te bieden. Dit kan gerealiseerd worden door delen van de AWBZ-zorg onder te brengen in de ZVW. Door uitvoering van ZVW en AWBZ in één hand te leggen wordt tevens een passend zorgaanbod met samenhang tussen cure en care bevorderd. Overigens zal de Raad eind 2005 adviseren over de AWBZ.
- Wie niet verbetert, moet voelen
- Transmurale zorg transmuraal bekostigen
- Financiële schotten wegnemen
- Ook in de care marktwerking

- Integraal zorg-PGB mogelijk maken - Zorgverzekeraars moeten de vrijheid hebben om hun patiënten (in de cure) met een voorspelbare zorgbehoefte een persoonsgebonden budget aan te bieden. Patiënten/cliënten kunnen dan beschikken over een ‘integraal zorg-PGB’, wanneer dit uit ZVW en AWBZ gefinancierd wordt. Patiënten/cliënten hebben dan de vrijheid te kiezen voor een zorgverzekeraar die een PGB aanbiedt. Voor zorgverzekeraars betekent het tevens een prikkel te meer om cliëntgerichte zorg in te kopen. Indien zij dit adequaat doen, hoeft er voor de patiënt/cliënt immers geen reden te zijn om dit zelf te doen, met alle administratieve rompslomp van dien.

Infrastructuur

De resultaten van het handelen in de zorgsector dienen voor alle actoren (patiënten/cliënten, zorgverzekeraars, collega-zorgaanbieders, enz.) transparant te zijn. Daarmee moet ook duidelijk worden wie welke bewezen verbeteringen in praktijk brengt. Het is dus niet alleen nodig dat inzicht bestaat in welke bewezen verbeteringen er zijn, maar ook dat bekend is welke zorgaanbieders welke bewezen verbeteringen daadwerkelijk toepassen.

Voor de realisering van deze aanbeveling dient het volgende te worden ondernomen:

- Heldere kwaliteitseisen stellen - Laat normen voor een goed ziekenhuis, een goed verpleeghuis, en andere voorzieningen opstellen. Normen kunnen gesteld worden via een AMvB op basis van artikel 6 lid 1 van de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Tot deze normen behoort structurele aandacht voor innoveren c.q. verbeteren. Dit zou geoperationaliseerd kunnen worden door als indicator te hanteren dat een aantal bewezen verbeteringen uit een lijst van omschreven verbeteringen (binnen zekere tijd) geïmplementeerd moet zijn. Deze lijst moet uiteraard regelmatig aangepast en goed gecommuniceerd worden met de instellingen. Het is aan het Staatstoezicht op er op toe te zien dat een zorginstelling aan de desbetreffende norm voldoet. Overigens zou ook in de huidige situatie het Staatstoezicht erop toe moeten zien dat verbeterde werkwijzen worden geïmplementeerd c.q. best practices worden toegepast.
- Ontwikkel specifieke prestatie-indicatoren die gericht zijn op de adoptie van verbeterde werkwijzen in de zorg; het betreft hier zowel medisch inhoudelijke als zorgorganisatorische verbeteringen⁵¹.
- Zorg ervoor dat per sector benchmarks worden uitgevoerd en dat de resultaten ervan openbaar gemaakt worden. Instellingen binnen elke sector dienen er zelf belang bij te hebben dat deze benchmarks worden uitgevoerd.
- Mogelijkheid tot manipulatie zo klein mogelijk maken - Deze benchmarks dienen het aanbod volledig te dekken, ofwel per meting wisselende indicatoren te bevatten (om te voorkómen dat zorgaanbieders zich uitsluitend concentreren op de indicatoren die gemeenten worden).

- Voer niet alleen benchmarks met een institutionele invalshoek, bijvoorbeeld verpleeghuizen of ziekenhuizen uit, maar ook benchmarks met een functionele invalshoek, bijvoorbeeld uitkomsten diabeteszorg. Daarmee wordt bereikt dat ook zorgaanbieders die niet binnen de bestaande instituties passen, zich kenbaar maken, denk bijvoorbeeld aan partijen die uitsluitend thuismonitoring aan chronisch zieken aanbieden.

4.3 Maatregelen die gericht zijn op de toepasser en zijn omgeving

Er is een punt waarbij de externe druk van patiënten/cliënten op de zorgaanbieder zo groot wordt dat hij zal gaan voldoen aan de wens van patiënten/cliënten om bewezen verbeteringen in praktijk te brengen. Hiervoor is het nodig dat een substantieel deel van de patiënten/cliënten deze druk uitoefent. De aanbevelingen van de Raad concentreren zich op dit omslagpunt.

Stimuleer patiënt empowerment

Patiënt empowerment is in hoge mate gerelateerd aan goede informatie. Wanneer patiënten weten wat bij een bepaald probleem best practice is, zal een deel van hen hierom vragen. Deze externe druk zal zorgaanbieders ertoe aanzetten best practice zorg te verlenen. Onder meer Direct-To-Consumer gerichte promotie van best practices in combinatie van de performance van aanbieders ten aanzien van verleende best practice zorg zal dit bevorderen (zie bijlage 3).

Consumenten/patiënten moeten over relevante informatie beschikken waarmee zij kunnen kiezen en druk kunnen uitoefenen op zorgaanbieders om ‘best practice zorg’ te verlenen. In de care, waar het in belangrijke mate om verblijf en verzorging en minder om medische inhoud gaat dan in de cure, is het in het algemeen makkelijker voor consumenten en/of hun familie om deze informatie te beoordelen en op basis ervan keuzen te maken dan voor consumenten in de cure, zeker wanneer het bijvoorbeeld om acute zorg gaat.

Naast de stappen die de minister van VWS op dit punt reeds heeft ondernomen, adviseert de Raad de volgende maatregelen te nemen:

- Niet alleen op basis van de IGZ-indicatoren voor de ziekenhuizen, maar ook voor andere sectoren deze indicatoren te ontwikkelen en de performance van zorgaanbieders op basis van deze indicatoren te verzamelen en openbaar te maken.
- De individuele patiënt te voorzien van informatie over ‘best practice zorg’ voor het gezondheidsprobleem waarmee betrokkene kampt, bijvoorbeeld via een health portal op internet⁵².

Patiënten stimuleren om informatie te gebruiken

- Patiënten te stimuleren zich goed te informeren en de zorgaanbieder aan te spreken op het verlenen van best practice zorg. Dit kan onder meer door richtlijnen in voor de patiënt/cliënt begrijpelijke taal ter beschikking te stellen. Wanneer een substantieel deel van de patiënten hun zorgaanbieder expliciet vraagt om de best practice voor hun situatie dan zullen zorgaanbieders gestimuleerd worden - ook bij andere patiënten - desbetreffende best practice toe te passen. Direct-To-Consumer promotie van best practices zal dit bevorderen.

Van 125 uitgevoerde kijkoperaties stelde 106 keer de arts voor dit type operatie uit te voeren; in de 19 andere gevallen, stelde de patiënt zelf een kijkoperatie voor⁵³. Zorgaanbieders bepalen of zij - als ziekenhuis - kijkoperaties aan hun patiënten aanbieden. Bij dit besluit op het niveau van de instelling spelen patiënten geen rol⁵⁴. Niet bekend is in welke mate de medisch specialist van een instelling die geen kijkoperaties aanbiedt, in zijn behandelrelatie zijn patiënt de keus biedt tussen een open- of een kijkoperatie. Doet hij dit wel dan heeft dit als mogelijke consequentie dat de patiënt voor behandeling door een andere specialist/ziekenhuis kiest.

- *Zelfmanagement en zelforganisatie* door zorggebruikers te stimuleren. Eén van de mogelijkheden hiertoe is de mogelijkheid bieden van een (integraal) PGB, dus ook voor die delen van de cure waarbij de af te nemen zorg voorspelbaar is⁵⁵.

In Trynwalden wordt ouderenzorg extramuraal verleend. 'Omtinkers' vertalen de werkelijke behoeften van de cliënten in te leveren zorgproducten en helpen hen bij het beheren van hun PGB. In feite worden de zorggebruikers hierdoor 'zelfmanagers'. Het beroep op de AWBZ daalde hierdoor met meer dan een kwart⁵⁶.

4.4 Conclusie

Gezien de verantwoordelijkheid van de overheid voor het zorgsysteem, meent de Raad dat de overheid met voorrang de beleidsregels zodanig moet aanpassen dat financiële regels niet langer een belemmering vormen voor de (snelle) adoptie van bewezen verbeteringen. Met name twee aspecten zijn hierbij van belang:

- degene die investeert in bewezen verbeteringen, moet ook de vruchten ervan c.q. de baten (voor een bepaalde periode) kunnen houden;
- snelle invoering van bewezen verbeteringen waarbij op dit moment verschillende organisatorische eenheden met een verschillende bekostiging betrokken zijn (zoals bij ketenzorg), moet financieel aantrekkelijk worden

Zowel in de cure als in de care moeten patiënten/cliënten hun zorgverzekeraar kunnen kiezen en moeten zorgverzekeraars geprikkeld worden

bewezen verbeteringen, ook op het raakvlak van cure en care, in te kopen. Op deze manier kunnen zorgverzekeraars geprikkeld worden om externe druk uit te oefenen op zorgaanbieders om bewezen verbeteringen snel(ler) te implementeren.

Openbaarmaking van de performance van individuele zorgaanbieders is van belang voor de snelheid waarmee bewezen verbeteringen geadopteerd worden. Duidelijkheid hierover zal ‘achterblijvende’ zorgaanbieders ertoe aanzetten hun handelen aan te passen.

Stimuleren van patient empowerment is de derde cluster van maatregelen die prioriteit verdient. Externe druk van goed geïnformeerde patiënten/cliënten zal zorgaanbieders ertoe bewegen bewezen verbeteringen sneller in te voeren.

Een andere cultuur in de zorg en adequate opleidingen die gericht zijn op vernieuwing en kwaliteitsverbetering zullen zeker bijdragen tot het snel implementeren van bewezen verbeteringen in de Nederlandse gezondheidszorg. Het primaat hierbij ligt bij het veld en niet zo zeer bij de overheid. Deze laatste kan deze veranderingen zo nodig wel faciliteren.

De Raad heeft zich uiteraard de vraag gesteld of deze aanbevelingen ook daadwerkelijk het beoogde effect zullen hebben. De Raad is van mening dat de hier voorgestelde externe druk wel degelijk tot gedragsverandering zal leiden, mits de aanbevelingen ook gericht worden uitgevoerd. Sommige aanbevelingen zoals het (financieel) belonen van de adoptie van bewezen verbeteringen en het straffen c.q. niet vergoeden van obsoleete handelwijzen, zullen snel kunnen werken. Andere, zoals het realiseren van een substantieel deel van de patiënten/cliënten die goed geïnformeerd zijn, zullen meer tijd vergen.

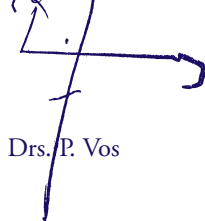
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,

Voorzitter,



Drs. F.B.M. Sanders

Algemeen secretaris,



Drs. P. Vos

Bijlagen

Bijlage 1

Adviesaanvraag

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

Weerstand tegen verandering in de gezondheidszorg

Een ander onderwerp betreft de weerstand tegen verandering in de gezondheidszorg. Het lijkt er op dat in de sector gezondheidszorg veranderingen met betrekking tot het vernieuwen van organisaties en het implementeren van betere en doelmatigere werkwijzen veel meer tijd vragen dan dat in andere sectoren het geval is. De beleidsvraag is of er mogelijkheden zijn de bestaande weerstanden tegen verandering te verkleinen. Het achterliggende doel is dat bewezen goede innovaties en zorgvernieuwing zo snel mogelijk in alle relevante zorginstellingen over geheel Nederland worden ingevoerd.

- Dhr. prof. drs. A.J.P. Schrijvers Universiteit Utrecht
- Dhr. G.A. de Valk College voor Zorgverzekeringen,
Diemen
- Drs. G. de Vries Cap Gemini / Ernst & Young

Deze contacten tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. Doel van het contact was niet de gesprekspartners zich aan het advies te laten committeren.

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

- Dhr. prof. dr. A.J.P. Schrijvers over 'Tien theorieën om de snelheid van de verspreiding van zorginnovaties te verklaren'
- Dhr. dr. ir. J. Zuurbier over 'DBC's als middel om de diffusie van verbeterde werkwijzen in de zorg te versnellen'.

Beide studies zijn, samen met andere - door secretariaatsmede-werkers opgestelde - studies, opgenomen in de publicatie Verspreiding van innovaties in de zorgsector.

Het Centre for Process Management and Simulation van de Faculteit Techniek, Bestuur en Management van de Technische Universiteit Delft organiseerde twee workshops over de adoptie van innovaties in de gezondheidszorg en legde de resultaten vast in het rapport: 'Verminderde weerstand?'. Aan deze workshops namen de volgende deskundigen deel:

Mw. F. Barbieri	VU Medisch Centrum, Amsterdam
Mw. drs. J. Bastiaenen	Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke gezondheidszorg (STOOM), Bunnik
Dhr. A. van Bellen	Stichting Bloedlink, patiëntenorga- nisatie erfelijke hart- en vaatziekten, Hoofddorp
Dhr. G. Beusmans, huisarts	Maastricht
Dhr. dr. A.J.M. Drenthen	Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht
Dhr. drs. A.G.L. van der Ende	Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad, Utrecht
Dhr. P. Epping	Epping Consultancy, Gouda
Mw. dr. M.A.H. Fleuren	TNO Preventie en Gezondheid, Leiden
Mw. N. Heerema	College voor Zorgverzekeringen, Diemen
Mw. C. van den Hoek	's Heeren Loo Zorggroep, Amersfoort

Dhr. R. Jorna	Menzis Zorg, Zwolle
Dhr. W.A. Keijser, arts	Nederlands Patiënten/Consumenten Platform, Baarn
Mw. drs. A.C.B.M. van der Laar	Catharina Ziekenhuis, Eindhoven Bureau Transmurale zorg
Mw. M. van Leeuwen, arts	Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o., Den Haag
Mw. J. Michielsen	Thuiszorgorganisatie Sensire, Terborg
Mw. drs. L. Raymakers	CZ-groep, Tilburg
Mw. L. Schouten	Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, Utrecht
Mw. M.J. Stroet, MBA	Johnson & Johnson Medical BV, Amersfoort
Mw. ir. G. Versprille-Schuiling	Kennemer Gasthuis, Haarlem

Het verslag van deze workshops is beschikbaar via de RVZ-website:
<http://www.rvz.net>

Andere bouwstenen voor het advies vormen de resultaten van onderzoek. ECORYS-NEI onderzocht in welke mate een aantal innovaties in Nederlandse ziekenhuizen geïmplementeerd is en wat de snelheid van de verspreiding van deze innovaties was. Nagegaan is welke determinanten zijn aan te wijzen voor de verspreiding van innovaties.

Het RVZ-secretariaat heeft twee studies verricht. Dhr. drs. P.P.T. Jeurissen onderzocht de mate waarin de zorgsystemen in het Verenigd Koninkrijk en Duitsland erin slagen om zich aan te passen aan veranderende externe omstandigheden. Dit is verwoord in de studie 'Zorgsystemen en inpasbaarheid van doelmatige innovaties'. Van de afstudeerscriptie die N. Bond schreef over het thema 'Creëren van de juiste condities; stimuleren van kennisdisseminatie binnen het netwerk van de zorgsector' maakte dhr. drs. L. Ottes, arts een beleidsgerichte vertaling, getiteld 'Verspreiding van innovaties: stimulansen en barrières, een drietal casussen'. In het kader van laatstgenoemd thema is overleg gevoerd met:

Mw. F. Barbieri	Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam
Mw. drs. J. Bastiaenen	Stichting Onderzoek en Ontwikkeling in de Thuiszorg, Bunnik
Mw. L. Beijer	Callcentrum Camcare, Doetinchem
Dhr. prof. dr. H.J. Bonjer	Academisch Ziekenhuis Rotterdam
Dhr. dr. I.A.M.J. Broeders, chirurg	Universitair Medisch Centrum Utrecht
Mw. W. van Dijk	Academisch Ziekenhuis Rotterdam

Mw. E. Esselink	Callcentrum Camcare, Doetinchem
Dhr. ir. P.C.A. Jeekel	Camcare BV, Amsterdam
Dhr. E.S.J. Kalter	College Voor Zorgverzekeringen, Diemen
Mw. mr. A. Le Cocq	College Voor Zorgverzekeringen, Diemen
d'Armandville	
Dhr. C. van der Marel	AGIS Zorgverzekeringen, Amersfoort
Dhr. dr. W.J.H. Meijerink, chirurg	Medisch Centrum Leeuwarden
Dhr. E. Mulder	Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam
Dhr. J. van Niekerk	Achmea Zorgverzekeringen, Amstelveen
Mw. S. Sewradje	Academisch Centrum Amsterdam
Dhr. P.G.J.J. Stevens	Ketennetwerk.nl, Amsterdam
Dhr. R. Striekwold	Sensire, Terborg
Dhr. E. Veldhuizen, radioloog	MRI centrum, Amsterdam
Dhr. prof. dr. A. van de Werf	Thuiszorg online, Dronten
Mw. S.H.R. Witteveen	Johnson & Johnson, Amersfoort
Dhr. W. van Zuilen	Tyco, Zaltbommel

In vervolg op voornoemde activiteiten heeft het projectteam een notitie met discussiepunten opgesteld. Deze notitie is aan de orde gesteld tijdens twee consultatieve bijeenkomsten die op 25 respectievelijk 27 januari 2005 in Utrecht zijn gehouden.

Aan de bijeenkomst op 25 januari 2005, waarin de curesector centraal stond, namen de volgende personen deel:

Leden Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Mw. J.M.G. Lanphen, huisarts
Dhr. mr. A.A. Westerlaken, voorzitter

RVZ-secretariaat

Dhr. drs. P.P.T. Jeurissen
Dhr. drs. L. Ottes, arts
Dhr. drs. A.J.G. van Rijen

Genodigden

Dhr. A. van Bellen	Stichting Bloedlink
Dhr. prof. dr. H.G. Bijker	Universiteit Twente, Bedrijf, Bestuur en Technologie, G&M
Dhr. drs. M.A.J.M. Bos	Zorgverzekeraars Nederland
Dhr. P.M. Burger, dermatoloog	Orde van Medisch Specialisten

Mw. dr. M.A.H. Fleuren	TNO Preventie en Gezondheid
Dhr. dr. F.J. Flier	Ministerie van VWS, IBE
Dhr. dr. ing. R. Friele	NIVEL
Dhr. P. de Graaf, chirurg	Reinier de Graaf Gasthuis, Delft
Dhr. prof. dr. J.H. Kingma	Inspectie voor de Gezondheidszorg
Dhr. prof. dr. G.J. Kok	Universiteit Maastricht, faculteit Psychologie
Dhr. prof. dr. M.T.H. Meeus	Universiteit Utrecht, Innovatie en Milieuwetenschappen
Mw. dr. J. Ravensbergen	ZonMw
Dhr. J. Reesink, huisarts	Landelijke Huisartsen Vereniging
Dhr. prof. dr. T.J.F. Savelkoul	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
Dhr. P. van Splunteren	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO
Dhr. O. Suttorp	Spaarne Ziekenhuis, Hoofddorp
Dhr. C. in 't Veld	Nederlands Huisartsen Genootschap
Dhr. M.F. Wesseling	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunde

Hierbij een kort resumé:

De voorzitter heet de aanwezigen welkom en licht het doel van de bijeenkomst toe: het peilen van de meningen van deskundigen teneinde zo goed mogelijk te adviseren over het thema ‘weerstand tegen verandering’.

Desgevraagd geven de aanwezigen in ‘one-liners’ aan wat in hun visie in het advies moet worden benadrukt en/of aan de orde moet worden gesteld. In het vervolg van de bijeenkomst komen veel van de gegeven suggesties aan de orde.

De voorzitter vraagt of de aanname dat de verspreiding van bewezen verbeteringen in de zorg te traag verloopt gelet op de potentie die in de sector aanwezig is, en trager verloopt dan in andere sectoren.

Gesteld wordt dat er geen indicaties zijn dat de gezondheidszorg wat dit betreft achterloopt. Van de 600.000 bedrijven in Nederland hebben slechts 17.000 bedrijven de activiteit innovatie belegd in de vorm van een R&D-budget. Overigens is het moeilijk verschillende sectoren op dit punt te vergelijken. Ook in de zorg zijn er innovaties die heel snel ingang vinden, denk bijvoorbeeld aan de influenzavaccinatie en de invoering van de huisartsen-dienstenstructuur. Daarentegen zijn er in andere gevallen vaak lange discussies over de vraag of een innovatie echt een bewezen verbetering is; soms duurt het lang hierover consensus binnen de beroepsgroep te bereiken.

Aangegeven wordt dat vele factoren bepalen hoe snel een bewezen verbetering zich verspreidt. Deze factoren zijn onder meer: het aantal betrokken actoren en het door de zorgprofessional ervaren belang (plezier in het werk, geld, aanzien, e.d.); er zijn echter nog vele andere. Zo kan bijvoorbeeld concurrentie innovatie stimuleren. In de praktijk blijkt 'evidence' minder belangrijk voor snelle verspreiding dan andere factoren.

Het is zinvol een onderscheid te maken tussen verschillende typen innovaties: medisch-technische, zorgorganisatorische en bestuurlijke.

Er wordt verschillend gedacht over de mate waarin de vraagkant een belangrijke driver is om de diffusiesnelheid van bewezen verbeteringen te verhogen. Enerzijds zijn er onder patiënten - zeker als het patiënten met een zeldzame of chronische ziekte betreft - veel experts; anderzijds zijn niet zij, maar de professionals degenen die een bewezen verbetering moeten implementeren.

Gesteld wordt dat het van groot belang is te analyseren welke overwegingen mensen hebben om een bewezen verbetering al dan niet te implementeren.

Opgemerkt wordt dat bedrijven moeten innoveren om te kunnen overleven; in de zorg speelt deze overweging niet of nauwelijks. In de praktijk hebben de verschillende actoren een verschillend gevoel over de mate van urgentie om een innovatie te implementeren. Eén van de problemen is dat het rendement van investeringen vaak op een andere plaats komt dan bij degene die investeert.

Ook projectfinanciering kan tot problemen leiden. Enthousiaste, gemotiveerde mensen raken gefrustreerd wanneer er geen structurele financiering gevonden wordt nadat een project succesvol is afgesloten. Een gevolg van efficiënt werken kan zijn dat hierdoor de mogelijkheid tot extra productie wordt gehinderd doordat deze extra productie niet gefinancierd wordt, hetgeen tot wachtlijsten kan leiden. Het mag niet zo zijn dat als gevolg van succesvol innoveren blokkades tegen de toeloop van patiënten worden opgeworpen.

Overigens zou men oude, dure behandelwijzen niet meer moeten vergoeden, wanneer er nieuwe, betere, goedkopere behandelwijzen mogelijk zijn.

Er wordt op gewezen dat het schrappen van delen van bestaande budgetten het management van instellingen onzeker maakt. Het is beter om een bepaalde periode financiële middelen te geven om te experimenteren en bij goed gevolg tot structurele financiering over te gaan. Het huidige financieringssysteem straft innovatie; men controleert op rechtmatigheid en niet op rendement.

Stijl van leiding geven wordt als belangrijk ervaren bij het doorvoeren van innovaties. Zowel in de cure als in de care zijn er immers voorbeelden van instellingen waar snel geïnnoveerd wordt.

Gesuggereerd wordt dat de overheid zou kunnen aangeven welke tien bewezen verbeteringen haars inziens te traag geïmplementeerd worden. Doorgaans zijn de knelpunten de structuur, de organisatie en/of de financiering. Men zou op deze gebieden onderzoeken in gang kunnen zetten die tot doel hebben oplossingen voor deze problemen aan te dragen (zonder dat dit tot de inzet van meer financiële middelen mag leiden). Overigens moeten dergelijke onderzoeken dan ook deelsectoren doorsnijden.

Een andere suggestie is om tot richtlijnen c.q. een standaard voor een goed ziekenhuis, een goed verpleeghuis, enz. te komen. Het staatstoezicht zou vervolgens deze richtlijnen doen naleven.

Ook de toeigenbaarheid van de baten aan degene die innoveert, kan de verspreidingsnelheid van een innovatie verhogen. De overheid zou dit mogelijk moeten maken, waarna individuele zorgverzekeraars dit met de door hen te contracteren instellingen kunnen invullen.

Opgemerkt wordt dat er verschil bestaat tussen verschillende typen innovaties: wanneer de overheid besluit dat een nieuw, erg duur geneesmiddel vergoed moet worden, doen alle zorgverzekeraars dit uiteraard. Wanneer echter een zorginstelling voor een zorgorganisatorische innovatie zijn zorgverzekeraar om geld vraagt, is doorgaans de eerste reactie van een zorgverzekeraar om na te gaan of een gelijksoortige innovatie in een belendende regio wordt betaald.

Externe prikkels, zoals het hanteren van prestatie-indicatoren door de inspectie, worden als een stimulans gezien. Dit leidt ertoe dat ook zorgverzekeraars informatie hieromtrent aan de zorginstelling vragen. Dit heeft herdefinitie van de relatie tussen bestuur en professionals van een instelling tot gevolg. Samenwerking tussen bestuur en professionals is belangrijk. Bestuurlijke vernieuwing wordt gezien als een belangrijke succesfactor voor het implementeren van verbeteringen. Een innoverende zorginstelling maakt vaak gebruik van aanjagers in zijn organisatie, dit uit zich bijvoorbeeld in de oprichting van een bureau zorgvernieuwing. De meningen over de noodzaak hiervan zijn echter verdeeld, aangezien het ook een bureaucratisch element heeft.

Gesteld wordt dat uit onderzoek is gebleken dat consumenten bereid zijn te betalen voor een beter gezondheidsperspectief. Probleem daarbij is dat zij hier zelf vaak niet individueel toe in staat zijn. Enerzijds is het belangrijk om de kennis van consumenten over gezondheid en zorg te

verbeteren; anderzijds moet van de expertise van patiënten over het omgaan met hun ziekte meer gebruik gemaakt worden. Door patiënten te informeren over behandelstandaarden, kunnen zij controleren of deze maatstaf wordt gehanteerd. Vastgesteld kan worden dat patiëntenverenigingen, zoals de diabetesvereniging, in toenemende mate op dit terrein actief worden. Zelforganisatie door de patiënt moet als positief gezien worden; alhoewel een deel van de zorgprofessionals op dit punt weerstand uitoefenen. Zelforganisatie verdient ondersteuning.

Opgemerkt wordt dat hi-tech bedrijven regelmatig overleg voeren met lead-users in het kader van hun innovatiebeleid. Een soortgelijke activiteit zou men ook in de zorg kunnen ondernemen. Ook websites met duidelijke FAQ's (met doorlinken naar goede websites) spelen een belangrijke rol.

Patiëntenverenigingen zouden zorgverzekeraars ook moeten stimuleren best-practice zorg in te kopen. In dit verband wordt gemeld dat Zorgverzekeraars Nederland en de NPCF nagaan hoe gebruik gemaakt kan worden van prestatie-indicatoren bij de zorgcontractering. Zo zegt het percentage liesbreuken die via dagbehandeling in een instelling worden verholpen iets over de innovatiestatus c.q. best practice toepassing in de desbetreffende instelling. Gewaarschuwd wordt voor wildgroei aan prestatie-indicatoren.

Aangegeven wordt dat een goed opererende zorginstelling een budget voor innovatie hoort te hebben op basis van eigen keuzen.

De overheid moet de communicatie over innovaties faciliteren c.q. stimuleren. Dit kan op vele manieren. Er zijn reeds activiteiten in de vorm van 'Sneller beter' en de databank zorgvernieuwing van het NIVEL. Hoe meer communicatie en bekendheid des te groter is de kans op verspreiding. Marketing dient niet geschuwd te worden.

De overheid kan zorginstellingen vragen aan te geven waarom een bepaalde bewezen verbetering wel of niet geïmplementeerd is. Organisaties die dit wel gedaan hebben kunnen in contact gebracht worden met organisaties die dit niet gedaan hebben.

Het is nuttig om het gezondheidsinnovatiesysteem in kaart te brengen en dit te evalueren. Overlap in functies zou tot herallocatie van financiële middelen kunnen leiden.

De zorg kenmerkt zich als een 'supplier dominated sector'. De sector zou er goed aan doen om als leidende gebruiker op te treden, bijvoorbeeld ten opzichte van toeleveranciers.

Opgemerkt wordt dat bij VWS een gebrek aan kennis over implementatie bestaat en dat de kloof tussen onderzoek en beleid bij VWS te groot is. Deze kloof dient gedicht te worden.

De voorzitter dank de aanwezigen voor hun bijdragen en sluit de bijeenkomst.

Aan de bijeenkomst op 27 januari 2005, waarin de caresector centraal stond, namen de volgende personen deel:

Leden Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Dhr. mr. A.A. Westerlaken, voorzitter

Mw. J.M.G. Lanphen, huisarts

RVZ-secretariaat

Dhr. drs. L. Ottés, arts

Dhr. drs. A.J.G. van Rijen

Genodigden

Dhr. P. van den Beemt

Dhr. dr. H.M. Becker

Stichting Arduin

Humanitas Thuiszorg &

Maatschappelijke Dienstverlening

Rotterdam

Dhr. N. de Boer

Verpleeghuis Overspaarne/ Anton

Pieckhofje

Mw. A. Rühl

Nederlandse Vereniging van

Verpleeghuisartsen (NVVA)

Dhr. F.J. de Jong

Trynwalden

Mw. A.A.M. Jonkers

Ministerie van VWS / DVVO

Dhr. mr. H. Kasius

Woon Zorgcentra Haaglanden

Dhr. P. Leeflang

Ministerie van VWS / DGB

Mw. K.I. Lieber

Stichting Oranje Nassau's Oord

Mw. A. de Kruif

Landelijk Expertisecentrum

Verpleging en Verzorging

Dhr. dr. H. Nies

NIZW Zorg

Mw. drs. J.E.A.M. Nooren

Vereniging Gehandicaptenzorg

Nederland

Mw. E. van Rest

Vereniging GGZ Nederland

Dhr. mr. C.M.E. van Schelven

Arcares/Stichting De Stroom

Mw. S. Schoemaker

Stichting de Wielborgh

Mw. drs. J.A.H. van Veen

Inspectie Verpleging Verzorging en

Thuiszorg

Mw. drs. C. van Weert

Kwaliteitsinstituut voor de Zorg

CBO

Hierbij een kort resumé:

De voorzitter heet de aanwezigen welkom en licht het doel van de bijeenkomst toe: het peilen van de meningen van deskundigen teneinde zo

goed mogelijk te adviseren over het thema ‘weerstand tegen verandering’.

Desgevraagd geven de aanwezigen in enkele zinnen aan wat in hun visie in het advies moet worden benadrukt en/of aan de orde moet worden gesteld. In het vervolg van de bijeenkomst komen veel van de gegeven suggesties aan de orde.

Beknopt wordt een beeld van de huidige situatie in de care geschetst. Cliënten hebben in het algemeen weinig te vertellen. Het zorgkantoor moet met zijn geld rond zien te komen en zijn eerste belang is niet de cliënt. De overheid heeft een aantal regels dat vernieuwing belemmert. Een instellingsdirecteur heeft bepaalde eigenschappen nodig om in weerwil hiervan toch te vernieuwen: bestuurlijk lef, ondernemerschap, eigenzinnigheid en een andere visie op kwaliteit dan wellicht gebruikelijk is. Veel bestuurders vertonen een beheersgerichte oriëntatie met als adagium: er is geen geld en er zijn te veel regels. Hier tegenover staat een ondernemende oriëntatie. Het woud van regels kan ook gebruikt worden om eigen doelstellingen te bereiken.

Gesteld wordt dat er in de care in beginsel genoeg geld is om goede kwaliteit te leveren. Als men de primaire processen goed monitort, dan kan men tot doelmatigheidswinst komen. Kwaliteit gaat vaak hand in hand met kostenbesparing. Dit vergt wel investeringen.

Een zorginstelling zou als een normaal bedrijf moeten werken. Men gaat investeren als dit tot rendement leidt. Een afschrijvingstermijn van 50 jaar voor een gebouw is geen prikkel om aan het gebouw veel aandacht te schenken.

Uit onderzoek blijkt dat de overhead bij care-instellingen slechts 11% van het budget bedraagt. Er is zo geen ruimte om te investeren. Gesteld wordt dat tenminste 15% nodig is om te kunnen innoveren. Verzekeraars zijn echter geneigd tarieven te verlagen.

Doorgaans mogen de reserves van een instelling (RAK) momenteel maximaal 12% zijn. Dit belemmert ondernemerschap en innoveren, zeker bij een kleine instelling met een klein budget.

Opgemerkt wordt dat bepaalde regelingen transformatie toch wel erg moeilijk maken. Zo krijgt men pas toestemming om een verzorgingshuis om te vormen in een woonzorgcomplex als men productie kan maken. Tegelijkertijd is er een productiestop.

Een bestuurder van een instelling heeft ook te maken met een Raad van Toezicht. Deze raad is nogal eens geneigd op de rem te trappen vanwege mogelijke risico's. Hij kijkt met name of het financiële plaatje klopt.

De rol van de overheid uit zich nu in straffen; de overheid zou juist moeten prikkelen en belonen.

Aangegeven wordt ook dat veel bestuurders het zorgkantoor en de overheid als betalers van de zorg en daarmee als klant beschouwen, terwijl de gebruikers van de zorg de klanten zijn.

Competitie in de sector moet gebaseerd zijn op keuzen van zorggebruikers. Overigens kiezen veel van hen niet voor innovatieve zaken. Vernieuwers creëren een markt en zoeken naar onderscheidend vermogen. Door hun noviteiten te tonen kan de klant kiezen.

Opgemerkt wordt dat de overheid ervoor zou kunnen zorgen dat bewezen verbeteringen snel verspreid worden door hiervoor geld te geven en de verbeteringen voor te schrijven.

Gewezen wordt op het verschil tussen technische veranderingen, die vrij snel verlopen en gedragsveranderingen die veel moeilijker zijn. In de doorbraakprojecten is gebleken dat verbeteringen bereikt kunnen worden door algemene doelen te stellen en een 'toolbox' beschikbaar te stellen waaruit men zelf middelen kan kiezen om de gestelde doelen te realiseren.

Momenteel ligt de nadruk op productieafspraken tussen instelling en zorgkantoor. Deze afspraken moeten gehaald worden, anders moet men geld inleveren. In de care moet kwaliteit van leven voorop staan in plaats van zorgproductie. Men zou met de zorgverzekeraar kwaliteitsafspraken moeten maken en deze achteraf steekproefsgewijs moeten toetsen.

Succesfactoren voor vernieuwing zijn visionair leiderschap, vermogen tot binden en tussentijds kleine successen boeken. Externe prikkels zijn beperkt tot incidenten (zoals Yolanda Venema), rechtszaken (zoals Egmontshof), rapporten van de inspectie (zoals over verplegingszorg) en keurmerken (zoals van Achmea).

Opgemerkt wordt dat er aan het huidige kwaliteits- en toetsingssysteem in de verpleging en verzorging veel verbeterd kan worden. Zo zijn de huidige kwaliteitsindicatoren verre van optimaal.

Gewezen wordt op het belang van een goed samenspel tussen management en professionals, de betrokkenheid van medewerkers en de binding met de werkvloer. In de huidige situatie plegen 'tussenlagen' in organisaties nogal eens remmend te werken.

Belangrijke elementen om tot vernieuwing te komen zijn: gedrevenheid, de aanwezigheid van een goed plan (het geld is secundair), successtories

(men moet tussentijds resultaat zien), een slechte Ausgangssituatie (dit leidt tot een gevoel van urgentie), positief ingestelde cultuur, publiciteit (krant, TV, buurvrouw die de verbetering meldt) en 'extended family approach' (betrokkenheid van cliënten en hun familie).

Voor mensen die lang in een instelling werken is de oorspronkelijke motivatie nogal eens op de achtergrond geraakt en kan het nodig zijn hun oorspronkelijke motivatie terug te brengen.

Bij professionals is een indekcultuur ontstaan als gevolg van de uitingen van hun bestuur, de inspectie, klachten, enz. Het is daarom belangrijk dat het management medewerkers bij innovatie nieuwe veiligheidsaanpakken biedt.

Het is ook belangrijk om de mening van de cliënten te kennen. Dit kan door 'managing by walking around', maar ook door gebruik te maken van panels van gebruikers (die niet in een afhankelijkheidsrelatie verkeren). Een combinatie van meerdere opties op dit terrein werkt doorgaans het beste.

Als duurzame 'driver' voor het doorvoeren van bewezen verbeteringen in de care wordt de macht van de klant gezien. De klant moet daartoe gefaciliteerd worden. Gesteld wordt dat er momenteel geen goede consumentenmacht in Nederland is. Voor de Consumentenbond heeft de AWBZ-sector geen prioriteit. Bij patiëntenorganisaties is de insteek veelal het uiten van klachten en niet wat de best practice is en hoe bereikt wordt dat deze wordt toegepast. Het is een misverstand te denken dat een klant in de zorg altijd meer wil consumeren. In Trynwalden is het management naar de klant overgeheveld in de vorm van 'omtinkers'. Dit heeft tot een daling van de consumptie met 26% geleid. Overigens zijn klanten vaak creatief in het bedenken van oplossingen.

Gesteld wordt dat de overheid voor halfslachtige oplossingen kiest. Gedoeld wordt hierbij op de WMO. Als men consequent was geweest, zou men de gemeente belastingen moeten laten heffen in plaats van dit via de AWBZ te regelen. De gemeente kan dan zelf beleid maken en er bijvoorbeeld voor kiezen om een verzorgingshuis te sluiten.

De vraag is hoe men de klant tot een drijvende kracht krijgt. Probleem is dat de zorg complex is en de zorgaanbieder vele rollen heeft. In de onroerend goed sector zijn deze rollen uit elkaar gehaald in de vorm van notaris, kadaster, makelaar, enz.

Klanten moeten ondersteuners hebben die onafhankelijk zijn: buddies/makelaars/omtinkers. Ouderenadviseurs zijn hiervan een voorbeeld; SPD's c.q. de huidige MEE's ook, maar deze zijn slechts actief tot de poort van de AWBZ.

Het feit dat de politiek zich in belangrijke mate met casuïstiek bezighoudt, heeft een verlamdende werking. De sector gaat in de verdediging.

Ook brancheorganisaties zouden innovatie kunnen stimuleren. Hierbij wordt vaak gedacht aan benchmarks, codes, enz. In de praktijk blijkt bijvoorbeeld de verplichting om aan benchmarks mee te doen binnen een brancheorganisatie tot spanningen te leiden. Ook een code kan contra-productief werken, wanneer bijvoorbeeld kwaliteitseisen te laag gesteld worden. Goed werkende instellingen met een hoger kwaliteitsniveau kunnen zich dan terugtrekken. Gesteld wordt dat veel brancheorganisaties interne toetsingsprojecten hebben. Er is een reservoir aan ervaringen. Hier zou meer gebruik van gemaakt kunnen worden. Brancheorganisaties zouden ook niet bang moeten zijn wanneer een deel van hun (slecht presterende) leden afhaakt.

Opgemerkt wordt dat het in de caresector moeilijker is dan in de curesector om aan te tonen dat een verandering een bewezen verbetering is. Men moet inzichtelijk maken dat winst behaald wordt, met name waar het gaat om de kwaliteit van leven. Vastgesteld kan worden dat altijd aan vernieuwers gevraagd wordt aan te geven wat de meerwaarde is en niet aan traditioneel werkende organisaties.

De overheid kan een rol spelen bij het bevorderen van innovatie door te belonen, door deze projecten in de 'etalage te zetten' en door een experimentenwet te hebben die innovatie faciliteert. De overheid zou instellingen een 5% regelvrij budget kunnen geven voor innovatie, en hierover verantwoording laten afleggen. Een andere mogelijkheid is om innovatie in de accreditatie op te nemen: men zou een bepaald aantal van een lijst van 10 tot 20 innovaties geïmplementeerd moeten hebben.

Ook de rol van de inspectie is belangrijk. Doorgaans komt alleen naar buiten wat slecht is. Men zou ook kunnen melden wat goed is. Probleem daarbij is dat het de taak van de inspectie is om de kwaliteit te bewaken door toezicht te houden en niet zo zeer om innovatie te stimuleren. Bovendien is de pers vooral geïnteresseerd in dat wat slecht gaat. Het gevolg is dat zorginstellingen bang worden dat er wat fout kan gaan en dat cliëntenorganisaties zich miskend voelen.

Een ander relevant aspect is dat het ketendenken van de jaren negentig is overgegaan in concurrentiedenken. Wat is dan het belang van een innoverende organisatie om hun best practice te verspreiden?

Tot slot worden suggesties gedaan die niet eerder aan bod zijn gekomen. Deze zijn:

- Organisaties moeten gestimuleerd worden tot een goed personeelsbeleid.
- Maak zichtbaar wie voorlopers en wie achterblijvers zijn.
- Volgers van verbeteringen moeten gesteund worden; de laatste achterblijvers niet; de consequentie zou moeten zijn dat deze organisaties 'omvallen'.
- Baten die bereikt worden met vernieuwing moeten ten goede komen aan de organisatie die deze verbetering bereikt heeft.
- Maak geen bureaucratische registratiesystemen die het geld dat aan zorg besteed wordt, verminderen, maar controleer steekproefsgewijs achteraf.

Gevraagd wordt of de RVZ voornemens is over cure en care aparte adviezen te maken. De care onderscheidt zich immers op belangrijke punten van de cure.

De voorzitter zegt dat vooralsnog vanuit een algemeen toepasbaar kader geredeneerd kan worden. Op bepaalde onderdelen zal het nodig zijn tot verbijzondering te komen.

De voorzitter dankt de aanwezigen voor hun bijdragen en sluit de bijeenkomst.

Op grond van voorgaande activiteiten is een conceptadvies opgesteld. Dit conceptadvies is op 17 februari 2005 door de Raad besproken. Na bijstelling van dit concept is het herziene concept ter becommentariëring aan een aantal bestuurders in de zorg voorgelegd.

Tijdens de adviesprocedure is contact onderhouden met dhr. dr. ir. C.M. Vos van het ministerie van VWS. Ter verifiëring van feiten en interpretatie is een conceptversie van het advies besproken met een aantal medewerkers van VWS te weten dhr. drs. P.A. Bootsma (IBE), dhr. dr. F.J. Flier (IBE), mw. A.A.M. Jonkers (DVVO), dhr. A. Kersten (MEVA), dhr. P. Leeflang (DGB), dhr. A.G. Pomp (CZ/MC), mw. drs. H.A. Post (MEVA) en dhr. dr. ir. C.M. Vos (MC).

In de eindfase van het adviestraject is de onderhavige materie besproken met dhr. ir. J.I.M. De Goeij, directeur-generaal volksgezondheid en drs. M.J. van Rijn, directeur-generaal gezondheidszorg van dit ministerie.

Op 21 april 2005 heeft de Raad dit advies vastgesteld.

Bijlage 3

Direct-to-Consumer Advertising

Er is weinig onderzoek gedaan naar de mate waarin geïnformeerde patiënten het gedrag van artsen kunnen veranderen. Herzlinger stelt dat, wanneer een substantieel deel van de patiënten (tenminste 16%) hun arts onder druk zet om een specifieke, best practice, interventie te leveren, dit het handelen van de arts beïnvloedt en uiteindelijk het gedrag van de arts verandert⁵⁷.

Direct-to-Consumer Advertising (DTCA) is één van de weinige gebieden waarop wel onderzoek is gedaan. DTCA betreft marketing van de farmaceutische industrie en leveranciers van diagnostische producten die gericht is op de consument. Met DTCA wordt beoogd via de consument de arts te bewegen om een product voor te schrijven.

Uit onderzoek onder 3.000 volwassenen bleek dat 35% van de ondervraagden in het jaar voorafgaand aan de enquête naar aanleiding van reclame een geadverteerd geneesmiddel of gezondheidsklacht met hun arts had besproken. 37% besprak een receptgeneesmiddel, 22% een gezondheidsprobleem en 36% stelde een eventuele wijziging van de in gang zijnde behandeling aan de orde. Het resultaat ervan was dat 73% van degenen die dit bespraken een geneesmiddel kreeg voorgeschreven; 43% kreeg het geneesmiddel waarvoor reclame was gemaakt⁵⁸.

Dezelfde onderzoekers deden ook onderzoek onder 643 artsen. Van hen zei 39% dat zij een geneesmiddel waarvoor reclame was gemaakt, had voorgeschreven aan patiënten die als gevolg van deze reclame hen hiernaar gevraagd had. 22% van hen had een ander geneesmiddel voorgeschreven⁵⁹.

Enkele andere effecten van DTCA, waargenomen in de Verenigde Staten zijn⁶⁰:

- Uit onderzoek bleek dat 47% van de vrouwen in de postmenopauze osteoporose heeft welke niet behandeld wordt; door DTCA verdubbelde het aantal bezoeken aan artsen voor osteoporose.
- DTCA beïnvloedt therapietrouw positief: men wordt eraan herinnerd medicatie in te (blijven) nemen.
- Meer dan 15 miljoen patiënten in de VS vroegen een arts om een geneesmiddel waarvoor reclame wordt gemaakt. In 80% van de gevallen honoreerden de artsen op enigerlei wijze het verzoek. In 50% van de gevallen was het onwaarschijnlijk geweest dat de arts uit eigen beweging het geneesmiddel had voorgeschreven.
- DTCA beïnvloedt de arts-patiëntrelatie: 46% van de ondervraagden

zei teleurgesteld te zullen zijn, wanneer hun arts hun verzoek afwees; 15% zei te overwegen in dat geval een andere arts te kiezen.

Uit onderzoek van de Kaiser Family Foundation bleek dat 30% van de in 2001 ondervraagde consumenten die reclame voor een geneesmiddel gezien hadden hierover met hun arts spraken; 13% zei dat de arts hen het geneesmiddel voorschreef waarom ze gevraagd hadden⁶¹.

Murray et al. komen in hun onderzoek tot lagere percentages dan voorgaande onderzoekers⁶². Hun onderzoek wees uit dat van 3.209 ondervraagde consumenten:

- 83% in de afgelopen 12 maanden reclame voor een geneesmiddel had gezien;
- 20% in deze periode een reclame voor een geneesmiddel had gezien dat voor hen persoonlijk relevant was;
- 10% tijdens een bezoek aan hun arts dit geneesmiddel ter sprake had gebracht;
- 5% naar aanleiding van deze reclame vroeg om één of meer specifieke interventies van de arts (4% om een geneesmiddel; 2% om een onderzoek; 2% om een verwijzing);
- 3% de interventie kreeg waarom gevraagd was.

Uit onderzoek over DTCA in relatie tot cholesterolverlagende middelen bleek geen significant effect van de reclame hiervoor op het aantal nieuwe en herhalingsrecepten. Wel zorgden TV-reclames ervoor dat het aantal cholesterolpatiënten dat succesvol behandeld werd, steeg. Dit suggereert dat reclame de therapietrouw bevordert⁶³. Andere studies laten zien dat DTCA voor cholesterolverlagende middelen leidt tot een verhoging van het aantal keren dat de diagnose hyperlipidemie wordt gesteld⁶⁴.

Onderzoek van Donohue en Berndt wijst in dezelfde richting. Zij keken naar de effecten van DTCA voor antidepressiva op de keuze van de medicatie. DTCA lijkt meer invloed te hebben op het geven van een medicatie dan op de aard van de medicatie. Wat dit laatste betreft lijkt artsbezoek meer invloed te hebben dan DTCA⁶⁵.

Met het voorgaande wordt niet beoogd een standpunt in te nemen over het al dan niet toestaan van reclame voor receptgeneesmiddelen gericht op patiënten. DTCA is hier uitsluitend bedoeld als illustratie van het feit dat een bepaalde vorm van voorlichting, namelijk reclame, aan het publiek ertoe kan leiden dat een deel van de patiënten een deel van de artsen weet te bewegen hun gedrag te veranderen. Over de mate waarin dit het geval is, is geen eenduidig antwoord te geven. Voor het verspreiden van best practices dienen inspanningen à la DTCA mede in de overwegingen betrokken te worden.

Bijlage 4

Overzicht VWS-activiteiten op het gebied van het versnellen van de implementatie van bewezen verbeteringen

1 Programma's gericht op zorgaanbieders

Curatieve sector: Programma "Sneller Beter"

Pijler 1 betreft agendering, bespreekbaar maken, benchmarking pilots met 9 ziekenhuizen en 4 huisartsenregio's, rapporten gezanten; gestructureerde inventarisatie best practices en deze ook beschikbaar stellen op een makkelijk te ontsluiten manier, prioritaire thema's zijn:

(patiënten)logistiek, veiligheid en zeggenschap ("weten wat kan").

Pijler 2 betreft indicatoren voor veilige en verantwoorde zorg van de IGZ ("meten is weten").

Pijler 3 betreft een gericht ondersteuningsprogramma voor 3 maal 8 ziekenhuizen op de prioritaire thema's, gebaseerd op de doorbraakmethodiek, gericht op aantoonbare verbetering, op interne verspreiding en bestendigheid en op externe verspreiding ("doen wat er kan").

Dit alles wordt ondersteund door een actuele website (www.snellerbeter.nl), persberichten, bijeenkomsten, aanwezigheid en openlijke steun van de minister, etc.

Coördinatie en opdrachtnemer door ZonMw; opdrachtgevers zijn VWS, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de Orde van Medisch Specialisten.

Sectoren: Verpleging & Verzorging en gehandicapten: Programma "Zorg voor Beter"

Zelfde opbouw als het programma "Sneller Beter" met 3 pijlers en onderscheiden activiteiten per pijler.

De drie thema's zijn hetzelfde, maar in uitwerking iets meer te onderscheiden activiteiten (bijv. landelijk dementieprogramma en activiteiten onder noemer maatschappelijke verantwoording). Zorg voor Beter is ook drager voor het uit het convenant voortgekomen programma Innovatie in de care.

Ook hier is ZonMw opdrachtnemer en coördinator. VWS is vooralsnog enige opdrachtgever.

Sector Openbare Gezondheidszorg - GGD'en: actieprogramma kwaliteit openbare gezondheidszorg.

Ook dit programma kent een gelijksoortige pijlerstructuur. De activiteiten in pijler 3 zijn meer gericht op certificeringsactiviteiten. Het programma heeft een brede steun van koepels; de VNG is actief betrokken.

Pijler 2 (Indicatoren) is nog in voorfase. Aan de Stichting HKZ is opdracht gegeven om harmonisatienormschema's te maken voor de WCPV-taken. Uitrol via kwaliteitsprogramma.

Farmacie: Programma Doelmatig Geneesmiddelgebruik is in voorbereiding
Zie hiervoor de VWS-beleidsnotitie 'Een doelmatiger gebruik van geneesmiddelen' van april 2005.

In dit programma is de pijlerstructuur herkenbaar. Het programma is vooral gericht op verbetering van de transparantie en het vergroten van de veiligheid. Het marktelement krijgt hier naast zorgdeel aandacht (m.n. binnen deel transparantie).

GGZ-sector

LAK-GGZ in concept aanwezig, maar uitwerking is op dit moment nog niet duidelijk.

In principe zelfde pijlerstructuur, maar extra aandacht voor ontwikkeling multidisciplinaire protocollen.

Sector jeugd

Stimuleringsprogramma om de regionale bureaus jeugdzorg versneld conform veldnormen te laten werken en dit te laten certificeren.

2 Activiteiten gericht op patiënten/cliënten

De meest in het oog springende activiteit is de bouw van de portalsite: www.kiesbeter.nl.

3 Activiteiten gericht op zorgverzekeraars

Ook zijn activiteiten ondernomen gericht op verbeteren van de kwaliteit van zorginkoop door verzekeraars middels het CVZ-programma Zorgverbetering en Doelmatigheid. Vooralsnog heeft dit een aantal modules opgeleverd, waaronder het kwaliteitskader zorginkoop. Een gericht ondersteuningsprogramma met indicatoren, benchmarking, certificeren, ed. zal nog worden opgestart.

Meer uitgebreide informatie is opgenomen in de brief van de minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer d.d. 19 oktober 2004 met als onderwerp "Kwaliteit van zorg - voortgang en nieuwe initiatieven" van 19 oktober 2004.

Bijlage 5

Referenties en eindnoten

- ¹ Brief van de staatssecretaris van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer van 28 januari 2005 betreffende Zorg voor beter.
- ² Zie onder meer: brief van de staatssecretaris van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer van 24 december 2004 betreffende zorginnovatie AWBZ en kwaliteitsimpulsen. Kamerstuk 26631 nr. 121.
- ³ Zie onder meer: brief van de bewindslieden van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer van 19 oktober 2004 betreffende de evaluatie kwaliteitswet zorginstellingen. Kamerstuk 28439 nr. 7.
- ⁴ Gezondheidsraad. Van implementeren naar leren; het belang van tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap in de gezondheidszorg. Den Haag: Gezondheidsraad, 2000.
- ⁵ <http://www.rvz.net>.
- ⁶ Schrijvers, G., et al. Moderne patiëntenzorg in Nederland; van kennis naar actie. Maarssen: Elsevier, 2002.
- ⁷ Schrijvers, G. Tien theorieën om de snelheid van de verspreiding van zorginnovaties te verklaren. In: Weten wat we doen; verspreiding van innovaties in de zorg. Zoetermeer: RVZ, 2005.
- ⁸ Agency for Healthcare Research and Quality. 2004 National Healthcare Quality Report. U.S. Department of Health and Human Services. AHRQ Publication No. 05-0013, December 2004.
- ⁹ Douwen, R., E. Mot en K. Folmer. Momentopname van de AWBZ; een analyse van de sterke en zwakke punten. Den Haag: Centraal Planbureau, 2004.
- ¹⁰ David, P.A. Understanding the economics of QWERTY. The Necessity of History. Oxford: Basil Blackwell, 1986.
- ¹¹ Kazemier, G. Diagnosis and Treatment of Acute Appendicitis, dissertatie. Rotterdam, 2005.
- ¹² Stroman, D.L. et al. The role of computed tomography in the diagnosis of acute appendicitis. Am. J. Surg., vol. 178, no. 6, p. 485-489, 1999.
- ¹³ College voor Zorgverzekeringen. Overzicht van knelpunten en signalen uit de uitvoeringsverslagen ZFW 2003. Diemen: CVZ, 2004.
- ¹⁴ College Tarieven Gezondheidszorg. Monitor lokale productiegebonden toeslag 2003. Utrecht: CTG, 2003.
- ¹⁵ Steinbusch, P., N.J.A. van Exel en R. Huijsman. Ketenzorg voor CVA-patiënten. Medisch Contact, vol. 60, no. 5, p. 200-201, 2005.
- ¹⁶ College voor Zorgverzekeringen. Signalement programma zorgverbetering en doelmatigheid. Diemen: CVZ, 2005.
- ¹⁷ Fleuren, M.A.H., C.H. Wiefferink en T.G.W.M. Paulussen. Belemmerende en Bevorderende Factoren bij de Implementatie van

Zorgvernieuwingen in Organisaties. TNO-rapport PG/PVZ 2002.203. Leiden: TNO, 2002.

- ¹⁸ Daalen, C.E. van, et al. Vatbaar voor innovaties; Resultaten van twee workshops over de adoptie van innovaties in de gezondheidszorg. Delft: Centre for Process Management and Simulation van de Faculteit Techniek, Bestuur en Management, Technische Universiteit Delft, 2004.
- ¹⁹ Centre for Process Management and Simulation. Vatbaar voor innovaties: resultaten van twee workshops over de adoptie van innovaties in de gezondheidszorg. Delft: CPS, 2005, www.rvz.net/data/download/vanwetennaardoen_cps.pdf.
- ²⁰ Blank, J.L.T. en B.L. van Hulst. Verspreiding van vernieuwing; een empirische diagnose van de verspreiding van innovaties in Nederlandse ziekenhuizen. In: Weten wat we doen; verspreiding van innovaties in de zorg. Zoetermeer: RVZ, 2005.
- ²¹ Zie onder meer hiervoor aangegeven referenties en:
Greenhalgh, T. et al. Diffusion of Innovations in Service organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly*, Vol 82, no 4, 2004, p. 581-629;
Cain, M. and R. Mittman. Diffusion of innovations in health care, Institute for the Future, May 2002;
Berwick, D.M. Disseminating innovations in health care. *Journal of the American Medical Association*, vol. 289, no. 15, p. 1969-1975, 2003.
Wensing, M. et al. Factors in theories on behaviour change to guide implementation and quality improvement in healthcare: a qualitative review. Nijmegen: WOK, 2004.
- ²² Blank, J.L.T. en B.L. van Hulst. Verspreiding van vernieuwing; een empirische diagnose van de verspreiding van innovaties in Nederlandse ziekenhuizen. In: Weten wat we doen; verspreiding van innovaties in de zorg. Zoetermeer: RVZ, 2005.
- ²³ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg: E-health in zicht. Zoetermeer: RVZ, 2002.
- ²⁴ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg: Briefadvies Standaardisering van het Elektronisch Patiënten Dossier. Zoetermeer: RVZ, 2005.
- ²⁵ <http://www.health.state.ny.us/nysdoh/consumer/heart/1996-98cabg.pdf>.
- ²⁶ Inspectie voor de Gezondheidszorg. Verpleeghuizen garanderen minimale zorg niet. Den Haag: IGZ, 2004, en Inspectie voor de Gezondheidszorg. Ondergrens van de zorg in verpleeghuizen beter bewaakt. Den Haag: IGZ, 2005.
- ²⁷ Brief van de minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer betreffende de evaluatie van ZonMw d.d. november 2004.
- ²⁸ <http://www.snellerbeter.nl/>.
- ²⁹ <http://www.zorgvoorbeter.nl/>.
- ³⁰ Grol, R. en M. Wensing. Disseminatie van richtlijnen en innovaties.

- In: Implementatie; effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier, 2001.
- ³¹ Zuurbier, J. en E. van Gerven. DBC's als middel om de diffusie van verbeterde werkwijzen in de zorg te versnellen. In: Weten wat we doen; verspreiding van innovaties in de zorg. Zoetermeer: RVZ, 2005.
- ³² Zuurbier, J. en E. van Gerven. DBC's als middel om de diffusie van verbeterde werkwijzen in de zorg te versnellen. In: Weten wat we doen; verspreiding van innovaties in de zorg. Zoetermeer: RVZ, 2005.
- ³³ VWS hanteert de afkorting IZA voor "intramurale zorgarrangementen"; in dit advies wordt gesproken over individuele zorgarrangementen om aan te geven dat het een op de persoon gericht arrangement betreft dat in principe niet tot de intramurale sector beperkt zou moeten zijn.
- ³⁴ Douwen, R., E. Mot E en K. Folmer. Momentopname van de AWBZ; een analyse van de sterke en zwakke punten. Den Haag: Centraal Planbureau, 2004.
- ³⁵ Rijen, O. van. Internetgebruiker en veranderingen in de zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2005.
- ³⁶ Dijk, H. van. Prosumers leven slow. Trouw, 31 december 2004.
- ³⁷ Custers, T. en N.S. Klazinga. Waar voor je geld; zorgverzekeraars kunnen kwaliteit van zorg stimuleren. Medisch Contact, jrg. 60, nr. 3, p. 115-117, 21 januari 2005.
- ³⁸ NIZW/CBO. Gewoon Beter; snel en breed verspreiden van innovaties in de care-sector. Utrecht: NIZW en Kwaliteitsinstituut voor de zorg CBO, 2004.
- ³⁹ Stichting Doelmatige Geneesmiddelenvoorziening. Activiteitenplan 2004. Utrecht: DGV, 2003.
- ⁴⁰ Gezondheidsraad. Commissie Preoperatief Onderzoek. Preoperatief onderzoek: een herijking van de uitgangspunten. 1997/02. Rijswijk: Gezondheidsraad, 1997.
- ⁴¹ Klei, W.A. van, et al. The effect of outpatient preoperative evaluation of hospital inpatients on cancellation of surgery and length of hospital stay. *Anesthesia Analg*, vol. 94, no.3, p. 644-649, 2002.
- ⁴² Pollard, J.B., P. Garnerin en R.L. Dalman. Use of out-patient preoperative evaluation to decrease length of stay for vascular surgery. *Anesthesia Analg*, vol. 85, p. 1307-1311, 1997.
- ⁴³ Roizen, M.F., J.F. Foss en S.P. Fisher. Preoperative Evaluation. In Miller, RD (ed.) *Anesthesia*, 5th Edition. New York: Churchill Livingstone, 2000, p. 824-883.
- ⁴⁴ Klei, W. van, et al. Gering effect van Gezondheidsrichtlijn over preoperatieve poliklinieken in Nederland; een inventariserend onderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, jrg. 145, p. 25-29, 2001.

- ⁴⁵ Lemmens, L.C. et al. Bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie van preoperatieve screeningspoliklinieken. Een verkennende studie in negen ziekenhuizen. *Nederlands Tijdschrift voor Anesthesiologie*, vol. 17, juni 2004.
- ⁴⁶ Ottes L. Verspreiding van innovaties: stimulansen en barrières; een drietal casussen. In: *Weten wat we doen; verspreiding van innovaties in de zorg*. Zoetermeer: RVZ, 2005.
- ⁴⁷ Jeurissen, PPT. Zorgsystemen en inpasbaarheid van doelmatige innovaties. In: *Weten wat we doen; verspreiding van innovaties in de zorg*. Zoetermeer: RVZ, 2005.
- ⁴⁸ In een vroegtijdig stadium geeft de Gezondheidsraad aan welke nieuwe technologieën mogelijk impact hebben op de doelmatigheid van de behandeling of op de macro-kosten (early warning).
- ⁴⁹ In een brief van 5 juli 2004 over “Diabeteszorg beter” van de minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer wordt aangekondigd dat de mogelijkheid zal worden geboden tot inkoop van goede diabeteszorg, onder andere met behulp van een speciale transmurale diagnosebehandelcombinatie (DBC) voor diabetes. Kamerstuk 2003-2004, 22894, nr. 41.
- ⁵⁰ Zo maakt in Engeland de Health Act van 1999 het mogelijk om geld uit de NHS samen met geld van de lokale overheid in te zetten voor zorg.
- ⁵¹ Zie ook: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *De Staat van het Stelsel*. Zoetermeer: RVZ, 2004.
- ⁵² Via <http://www.kiesbeter.nl>.
- ⁵³ Onderzoek Flycatcher/RVZ, Zoetermeer, 2004.
- ⁵⁴ Bond, N. Creëren van de juiste condities; stimuleren van kennisdisseminatie binnen het netwerk van de zorgsector TU Delft, 2004.
- ⁵⁵ Zie ook: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Van patiënt tot klant*. Zoetermeer: RVZ, 2003.
- ⁵⁶ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Zorgaanbod en cliëntenperspectief*. Zoetermeer: RVZ, 2003.
- ⁵⁷ Herzlinger, R.E. *Consumer-Driven Health Care; Implications for providers, payers and Policy Makers*. Jossey-Bass, April 2004.
- ⁵⁸ Weissman, J.S., et al. Consumers’ reports on the health effects of Direct-To-Consumer Drug Advertising. *Health Affairs*, Web Exclusive, 26 February 2003.
- ⁵⁹ Weissman, J.S., et al. Physician reports on patient encounters involving Direct-To-Consumer Advertising. *Health Affairs*, Web Exclusive, 28 April 2004.
- ⁶⁰ Mentzel, T. Direct to Consumer Advertising, presentation. 30 April 2003.
http://people.deas.harvard.edu/~dedwards/Direct%20Consumer%20Bioethics_Tamar%20Mentzel.ppt
- ⁶¹ Frank, R., et al. *Understanding the effects of Direct-to-Consumer*

Prescription Drug Advertising. USA: Kaiser Family Foundation, Menlo Park, 2001.

- ⁶² Murray, E., et al. Direct-to-Consumer Advertising: Public perceptions of its effects on behaviors, health care, and the doctor-patient relationship. *Journal of American Board for Family Practitioners*, vol 17, no. 1, p. 6-18, 2004.
- ⁶³ Calfee, J.E., C. Winston and R. Stempki. Direct-to-Consumer Advertising and the demand for cholesterol-reducing drugs. Joint Center, AEI Brookings Joint Center for regulatory studies, 2003.
- ⁶⁴ Iizuka, T. and G.Z. Jin. The Effects of Direct-to-Consumer Advertising in the Prescription Drug Markets, working paper, Vanderbilt University, 2003, en Zachry, W.M., et al. KA. Relationship Between Direct-to-Consumer Advertising and Physician Diagnosing and Prescribing, *American Journal of Health-System Pharmacy*, vol. 59, no. 1, p. 42-49, 2002.
- ⁶⁵ Donohue, J.M. and E.R. Berndt. Effect of Direct-to-Consumer Advertising on medication choice: the case of antidepressants. *Journal of Public Policy & Marketing*, vol. 23, no. 2, p. 115-127, 2004.

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 telefonisch aanvragen bij de RVZ (079 3 68 73 11).
De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn alleen telefonisch te bestellen.

Adviezen en achtergrondstudies

05/09	Internetgebruiker en veranderingen in de zorg	€	15,00
05/07	Medische diagnose: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid)	€	15,00
05/06	Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid	€	15,00
05/05	Weten wat we doen: verspreiding van innovaties in de zorg (achtergrondstudie bij het advies Van weten naar doen)	€	15,00
05/04	Van weten naar doen	€	15,00
05/03	Briefadvies Standaardisering Elektronisch Patiënten Dossier		gratis
05/02	De WMO in internationaal perspectief (achtergrondstudie bij briefadvies WMO)	€	15,00
05/01	Briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning		gratis
04/11	RVZ: sanus sine cure (rapport bij evaluatieverslag 2000-2004)		gratis
04/10	Evaluatierapport RVZ 2000-2004		gratis
04/09	De GHORdiaanse knoop doorgehakt (gezamenlijk advies met de Raad voor het openbaar bestuur)		gratis
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 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
04/01E	The state of the system (Engelse vertaling van het advies De Staat van het stelsel)		gratis
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 ziekenhuiszorg)	€	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	Verzekeraarbaarheid van nieuwe gezondheidsrisico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€	13,61
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren	€	13,61
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkenkende studie)	€	11,34
01/04E	Healthy without care	€	9,08
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)	€	19,29
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	€	13,61
00/03	De rollen verdeeld	€	13,61

Bijzondere publicaties

05/08E	The Dutch health care market: towards healthy competition (Engelse vertaling samenvattingen van de adviezen Winst en gezondheidszorg, Marktwerking in de medisch specialistische zorg en Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)		gratis
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
01M/03	Publieksversie Verzekerd van zorg	€	6,81
01M/02	De RVZ over het zorgstelsel	€	9,08
01M/01	Management van beleidsadvisering	€	11,34
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	€	6,81

Signalementen met achtergrondstudies

Sig 05/03	Risicosolidariteit en zorgkosten (achtergrondstudie bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg)	€	15,00
Sig 05/02	Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg	€	15,00
Sig 05/01	Het preventieconcert: internationale vergelijking van publieke gezondheid	€	15,00
Sig 03/01	Exploderende zorguitgaven	€	15,00

Publicaties Centrum Ethiek en Gezondheid

	Signalering Ethiek en Gezondheid 2003		gratis
	Signalering Ethiek en Gezondheid 2004		gratis
	De vertwijfeling van de mantelmeeuw 2004		gratis
	Bundel achtergrondstudies Economisering van zorg en beroepsethiek (2004)		gratis

Publicaties Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking

De commissie is een ad hoc adviescommissie ingesteld door de minister van VWS, ondersteund door het secretariaat van de RVZ.

VGW	Vrouwelijke genitale verminking nader bekeken	
05/04	(achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)	gratis
VGW	Bestrijding vrouwelijke genitale verminking: achtergrondstudie	
05/03	(achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)	gratis
VGW	Genitale verminking in juridisch perspectief	
05/02	(achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)	gratis
VGW	Bestrijding vrouwelijke genitale verminking	
05/01		gratis

Werkprogramma's en jaarverslagen

00/02	Werkprogramma RVZ 2001 – 2002	gratis
04/12	Jaarverslag 2002-2003 RVZ	gratis
02/08	Jaarverslag 2001 RVZ	gratis
01/06	Jaarverslag 2000 RVZ	gratis
00/01	Jaarverslag 1999 RVZ	gratis