

Gepaste-zorgpolissen in het ziekenfonds

Auteur(s):

Ven, W.P.M.M., van de
Hoogleraar sociale ziektekostenverzekering aan het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam. De auteur dankt C. Birkhoff, I. van den Boomen, E.W.M. Grijseels, J.M. van der Most, F.F.H. Rutten, F.T. Schut en R.C.J.A. van Vliet voor de stimulerende discussies.

Verschenen in:

ESB, 85e jaargang, nr. 4245, pagina 172, 3 maart 2000

Rubriek:

Trefwoord(en):

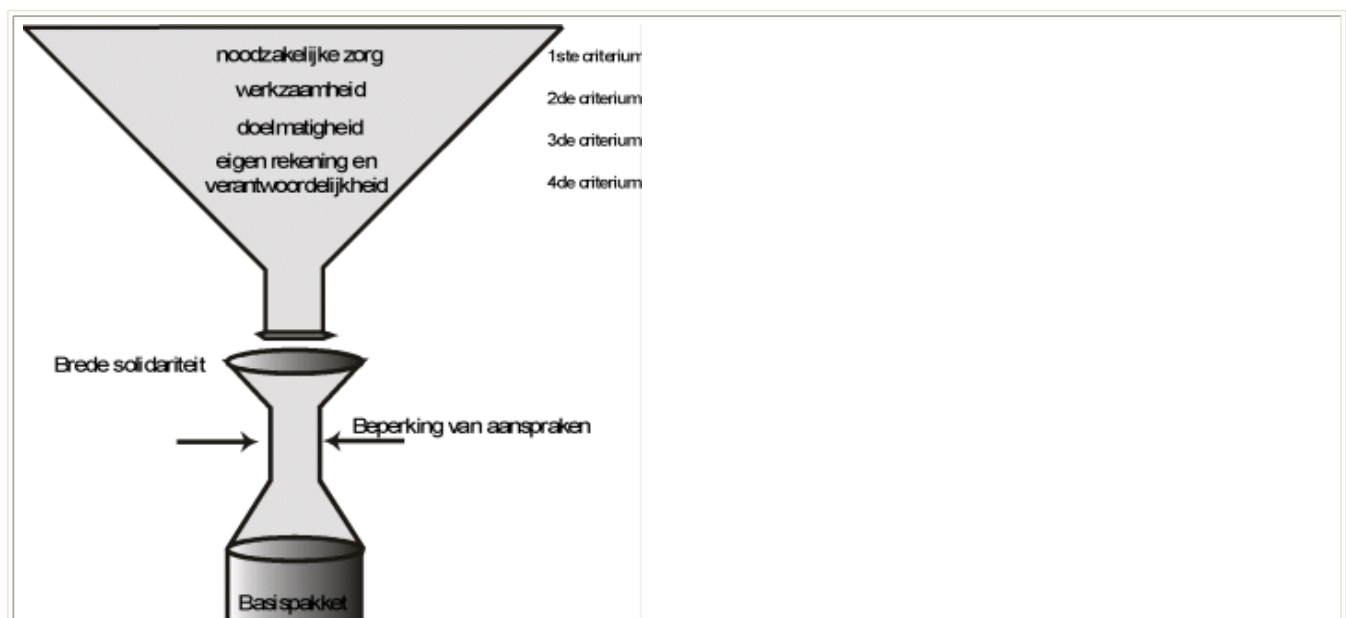
Een gepaste-zorgpolis vergoedt noodzakelijke zorg die werkzaam en doelmatig is. Niet meer en niet minder. Voorgesteld wordt om dergelijke polissen in het ziekenfonds in te voeren. Wie voor een vrijheid-blijheid-polis kiest die ook ongepaste zorg vergoedt, betaalt een hogere premie.

Het beleid voor de gezondheidszorg is al jaren gericht op het vergroten van doelmatigheid, keuzevrijheid en eigen verantwoordelijkheid van de burger. Om dit te realiseren zijn in de jaren negentig diverse maatregelen genomen, met name in de ziekenfondssector. Zo kunnen ziekenfondsverzekerden jaarlijks van ziekenfonds veranderen en is de premieconcurrentie tussen ziekenfondsen toegenomen. Ziekenfondsen zijn niet langer verplicht om met elke arts in hun werkgebied een contract te sluiten; en zorg verleend door niet-gecontracteerde artsen behoeft het ziekenfonds niet te vergoeden. In tegenstelling tot bij particuliere verzekeringen bestaat in de ziekenfondsverzekering (nog) geen polisdifferentiatie. Het *Regeerakkoord 1998* biedt hiertoe evenwel een opening. Daarin is aangekondigd dat binnen de bestaande ziekenfondsverzekering zal worden geëxperimenteerd met een gepaste-zorgpolis (gepaste-zorgmodaliteit). Deze polis biedt hetzelfde verstrekkingenpakket als de reguliere ziekenfondsverzekering, maar verschilt in de toepassing van de verstrekking en in het gedrag van zorgaanbieders, verzekerden en verzekeraars. Tot nu toe heeft het kabinet geen nadere uitwerking gegeven aan de gepaste-zorgpolis.

Dit artikel bespreekt de ratio van een gepaste-zorgpolis, en doet voorstellen voor mogelijke vormgevingen ervan in de ziekenfondsverzekering. Voorts gaat het in op de maatschappelijke consequentie: leidt een gepaste-zorgpolis in het ziekenfonds tot elitaire zorg voor hogere inkomens? Betoogd wordt dat ongepaste zorg een miljardenkwestie is en dat de voorgestelde polisdifferentiatie een noodzakelijk sluitstuk is om meer doelmatigheid in de zorg te realiseren.

Ongepaste zorg

De commissie Keuzen in de zorg (de 'commissie-Dunning') adviseerde in 1991 dat zorg in het ziekenfondspakket aan vier criteria moet voldoen: de zorg is noodzakelijk, werkzaam, doelmatig, en kan niet voor eigen rekening en verantwoording blijven¹. Alleen zorg waarvan de werkzaamheid is bewezen en gedocumenteerd, hoort volgens de commissie in het basispakket thuis. Aangenomen werkzaamheid moet alsnog worden aangetoond. Voorts adviseerde de commissie een ondergrens van doelmatigheid te hanteren, die wordt bereikt bij een lage effectiviteit met zeer hoge kosten. De voorgestelde methode van toetsing vormt als het ware een trechter met vier zeven, waarin bepaalde vormen van zorg blijven hangen en waar andere doorheen gaan (de trechter van de commissie-Dunning; zie [figuur 1](#)).



Figuur 1. De trechter van de Commissie Dunning. Deze trechter geeft aan welke vormen van zorg volgens de commissie Keuzen in de zorg (commissie Dunning) aan het criterium van 'gepaste zorg' voldoen en daarom thuis horen in het basispakket van de ziekenfondsverzekering

Na toepassing van de trechter op een aantal verstrekkingen kwam de commissie tot de conclusie dat het niet eenvoudig is op grond van de vier criteria hele verstrekkingen buiten het ziekenfondspakket te laten. Het is van groot belang het criterium 'werkzaamheid' te beschouwen in relatie tot de indicatie. Zo zijn borstkas-foto's en echoscopieën bij bepaalde ziektebeelden zeer werkzaam. De verstrekking als zodanig behoort daarom niet buiten het ziekenfondspakket te worden geplaatst. Toepassingen buiten het bewezen indicatiegebied, zoals routine-matige borstkasfoto's bij gezonde patiënten en echoscopieën bij ongecompliceerde zwangerschappen behoren echter niet vergoed te worden door het ziekenfonds.

Hier ligt het grote knelpunt. In de praktijk blijken ziekenfondsen een belangrijk deel van hun uitgaven te besteden aan ongepaste zorg, dat wil zeggen zorg die niet door de trechter kan. Zo gebruiken een half miljoen Nederlanders langdurig kalmerende middelen en slaappillen op voorschrift van de dokter, terwijl de effectiviteit slechts is bewezen voor korte periodes. Bij langdurig gebruik treden nadelen op als verminderde alertheid, verslechtering van het geheugen, verslaving en verhoogde kans op valpartijen en verkeersongevallen. De kosten van de voorgeschreven geneesmiddelen bedragen alleen al 320 á 380 miljoen gulden per jaar². Volgens de commissie-Dunning staat vast dat dikwijls sprake is van ondoelmatig, nodeloos of zinloos medisch handelen. Er is overmatig gebruik van diagnostische mogelijkheden en de indicaties voor behandeling, vooral bij het voorschrijven van geneesmiddelen, worden 'ongepast' uitgebreid³. Volgens recente schattingen zou een gepast voorschrijven van medicijnen een besparing van ruim een miljard gulden opleveren⁴. In zijn afscheidscollege gaf de orthopedisch chirurg Van Linge diverse voorbeelden van ongepaste zorg: tenminste veertig procent van de meniscusoperaties is onnodig, operatieve behandeling van de verstuikte enkel kan beter helemaal achterwege blijven, en geen van de voor een tenniselleboog gebruikte therapieën is wetenschappelijk voldoende getoetst⁵. In veel lezingen heb ik artsen de vraag voorgelegd: "Van welk gedeelte van de zorg die door ziekenfondsen wordt vergoed, is volgens u de werkzaamheid bewezen en gedocumenteerd?" De meeste antwoorden betreffen percentages tussen twintig en veertig procent. Ik heb nooit een percentage hoger dan vijftig procent gehoord. Door het ontbreken van wetenschappelijk bewijs bestaat een grijs gebied tussen bewezen werkzaamheid en bewezen onwerkzaamheid. De conclusie van bovenstaande bloemlezing, die door insiders moeiteloos kan worden aangevuld, kan niet anders zijn dan dat ongepaste zorg een miljardenkwestie is. Dit brengt ons tot de vraag: hoe kan gepast gebruik van zorg worden bevorderd?

Hoe gepaste zorg bevorderen?

Een groot probleem bij de bevordering van 'gepaste zorg' is een gebrek aan gegevens over de werkzaamheid van diagnostiek en therapie. Ook hebben artsen veelal financieel belang bij ongepaste zorg en is het veelal de patiënt die er om vraagt, hiertoe gestimuleerd door de al dan niet verkapte reclame van de beroepsgroep en medische industrie. De verzekeraars dragen daaraan bij, omdat zij bij het beoordelen of een verrichting al of niet wordt vergoed, het gebruikelijkheids criterium (dat wil zeggen: is de zorg gebruikelijk in de kring der beroepsgenoten?) hanteren in plaats van bewezen doeltreffendheid.

Voorgestelde oplossingen

De commissie-Dunning adviseerde diverse strategieën voor gepaste zorg, onder andere protocollen, consensusafspraken, richtlijnen en formularia; verplichte deelname aan gestructureerd overleg, na- en bijscholing en intercollegiale toetsing; onafhankelijk extern toezicht en certificatie. De commissie wil uitdrukkelijk het voortouw bij de vaststelling wat gepaste zorg is, aan de medische professie geven. Ook pleitte zij voor toepassing van bonus-malus regelingen voor artsen, en voor invoering van polissen die gepast gebruik bevorderen.

De Gezondheidsraad adviseert dat alleen bewezen doeltreffendheid maatstaf mag zijn bij de invoering van nieuwe verrichtingen⁶. Volgens de raad kan goed medisch handelen aanzienlijk worden bevorderd door vertaling ervan in financiële prikkels. Het gebruik van technologie mag per tijdseenheid niet hoger worden beloond dan het gesprek met de patiënt of het lichamelijk onderzoek.

De Ziekenfondsraad, tenslotte, heeft 126 medische verrichtingen waarvan de werkzaamheid en doelmatigheid onvoldoende vaststaan, geprioriteerd voor onderzoek naar effectiviteit en efficiëntie⁷.

Gepaste-zorgpolissen

Idealiter biedt een gepaste-zorgpolis uitsluitend aanspraak op de verstrekkingen in het ziekenfondspakket voorzover de zorg door de trechter kan. Het beperken van de aanspraken van de verzekerden kan in beginsel op twee manieren.

Impliciete normering

De meest voor de hand liggende manier is dat een ziekenfonds op basis van beschikbare proces-, structuur- en uitkomstmaatstaven en kostengegevens een panel van voorkeuraanbieders selecteert met een praktijkstijl die gepaste zorg het meest benadert. Vervolgens worden voor de meeste alledaagse vormen van zorg impliciete normen voor gepaste zorg bepaald door de protocollen, formularia, voorschrijf- en verwijsgedrag zoals die gebruikelijk zijn in de kring van de gecontracteerde voorkeuraanbieders. Zorg verleend door niet-gecontracteerden wordt niet vergoed. Net als bij de huidige ziekenfondsverzekering zal via jurisprudentie een expliciete grensverkenning plaatsvinden van de impliciete criteria.

Expliciete normering

Een alternatief is dat een ziekenfonds in een verzekeringsreglement expliciet vastlegt onder welke voorwaarden en bij welke indicaties zorg wel of niet vergoed wordt. Hoewel dit wellicht meer juridische duidelijkheid en rechtszekerheid geeft, heeft dit alternatief een aantal nadelen. Allereerst is het onpraktisch omdat gepaste zorg zich niet tot in alle details laat vastleggen, en bovendien een dynamisch

concept is dat afhangt van de laatste stand van kennis in de medische wetenschap. Ten tweede bestaat het gevaar dat dan de normen voor gepaste zorg meer door financiële dan medisch-inhoudelijke overwegingen worden bepaald. Ten derde is het commercieel onverstandig als een ziekenfonds eenzijdig zou bepalen wat wel of niet gepaste zorg is. Geen enkel ziekenfonds kan zich langdurig de negatieve publiciteit veroorloven als gevolg van het niet vergoeden van zorg die volgens de behandelend arts noodzakelijk zou zijn. De markt zal op deze wijze voorkomen dat ziekenfondsen eenzijdig expliciete normen formuleren. Willen de normen voor gepaste zorg effectief zijn, dan moeten artsen (financieel) gemotiveerd zijn voor een gepaste-zorgverlening.

Preferenties

Indien er groepen verzekerden zijn die hun zorg bij voorkeur ontvangen van een bepaald netwerk van zorgaanbieders dat bepaalde normen van gepaste zorg hanteert, ligt het in de rede dat ziekenfondsen speciale, aan dit netwerk gekoppelde, polissen met bijpassende premies aanbieden. Daartoe is wel van belang dat de burger voldoende geïnformeerd is (of: kan zijn) over de gehanteerde normen van gepaste zorg. Op deze wijze zullen verzekerden op basis van een prijs-kwaliteit afweging, hun preferenties, hun opvattingen over gezondheidszorg, hun leefstijl of levensovertuiging kunnen kiezen voor de ene of de andere polis.

Experimenten

In het *Regeerakkoord* zijn experimenten aangekondigd met een gepaste-zorgpolis in de ziekenfondsverzekering. Tot nu toe is hier overigens geen enkele uitvoering aan gegeven. Verwacht mag worden dat bij de komende stelselwijziging dergelijke experimenten opnieuw ter discussie komen. De experimenten kunnen het beste kleinschalig en op basis van vrijwilligheid geschieden. Blijkt de vraag naar dergelijke polissen groot te zijn dan neemt de omvang vanzelf toe. Gegeven dat ziekenfondsverzekerden zich moeten inschrijven bij een zelf gekozen huisarts is het pragmatisch om een gepaste-zorgpolis te koppelen aan een panel van voorkeur-huisartsen. Het ligt voor de hand dat de voorkeur-huisartsen het ziekenfonds vervolgens adviseren omtrent de specialisten, fysiotherapeuten en apothekers met wie zij bij voorkeur samenwerken, gegeven hun eerdere ervaringen met de kwaliteit en doelmatigheid van de aan hun patiënten, verleende zorg. De voorkeurchuisartsen zouden geselecteerd kunnen worden via één of meer goede gezondheidscentra. Gezondheidscentra claimen dat zij door hun werkwijze minder ongepaste zorg leveren dan niet-gezondheidscentra, en dat hun werkwijze leidt tot lagere totale zorgkosten voor de bij gezondheidscentra ingeschreven verzekerden⁸. Naar de mate waarin dit juist is, kan een ziekenfonds de huisartsen belonen met een doelmatigheidsbonus en de bij het gezondheidscentrum ingeschreven verzekerden met een premiekorting.

Een tweede optie is dat het ziekenfonds de voorkeur-huisartsen selecteert op basis van hun praktijkstijl. Er blijkt een grote variatie te zijn in praktijkstijlen. De totale ziekenfondsuitgaven van de verzekerden ingeschreven bij huisartsen met een zogenaamde 'geïntegreerde werkstijl' (deze stijl behelst veel noodzakelijke en weinig overbodige diagnostische handelingen, een terughoudend voorschrijfgedrag en een gericht medicijn voorschrijfgedrag. De stijl benadert het meest het criterium van gepaste-zorg) waren 20 tot 25 procent lager dan die van de overige verzekerden⁹.

De vrijwilligheid van alle betrokkenen - ziekenfondsen, huisartsen, verzekerden - staat voorop. Wil een bepaald ziekenfonds niet ingaan op een verzoek van bijvoorbeeld een gezondheidscentrum om voorkeurcentrum te worden voor een gepaste-zorgpolis, dan kan het gezondheidscentrum zich wenden tot een ander ziekenfonds, dat vervolgens alle bij het centrum aangesloten patiënten collectief een gepaste-zorgpolis aanbiedt. Een alternatief is dat een keten van gezondheidscentra of huisartsen zelf een ziekenfonds opricht en de administratie uitbesteedt. Verzekerden die bij de betrokken huisartsen staan ingeschreven, maar geen gepaste-zorgpolis willen, kunnen zich vrijwillig inschrijven bij een andere huisarts, die het wellicht niet zo nauw neemt met verwij斯卡arten, voorschrijfgedrag en standaarden, en geen structurele samenwerking heeft met specialisten en apotheek. Goede informatie aan de burger omtrent de verschillende alternatieven en de gehanteerde normen van gepaste zorg is van groot belang.

Belemmeringen

Invoering van een gepaste-zorgpolis stuit thans nog op enkele (mogelijke) belemmeringen. Allereerst worden ziekenfondsen geconfronteerd met kartelvorming bij de huisartsen. Hierdoor zijn gedifferentieerde beloningsafspraken en selectief contracteren binnen een regio niet mogelijk. De district-huisartsverenigingen maken collectieve tariefafspraken voor alle huisartsen in een regio en voeren een spreidings- en vestigingsbeleid¹⁰. Indien dit gedrag in strijd is met de Mededingingswet, moet de Nederlandse Mededingingsautoriteit hiertegen optreden.

Ten tweede kan een belemmerende werking uitgaan van het huidige 'gebruikelijkheids criterium'. Weliswaar hebben de ziekenfondsen de wettelijke taak "de nodige maatregelen te treffen ter voorkoming van onnodige verstrekkingen en van uitgaven, welke hoger dan noodzakelijk zijn" (artikel 13 Ziekenfondswet), maar er kan inconsistentie optreden indien ongepaste zorg gebruikelijk is in de kring van huisartsen of specialisten (bijvoorbeeld routinematig diagnostisch onderzoek of het langdurig voorschrijven van slaapmiddelen). De commissie-Dunning adviseerde in dit verband in de wet op te nemen dat ziekenfondsen een vergoeding van kosten mogen weigeren indien de zorg niet door de trechter kan, dat wil zeggen redelijkerwijs overbodig, onvoldoende werkzaam of onnodig kostbaar is.

Ten derde moet een ziekenfonds thans aan al zijn verzekerden dezelfde nominale premie vragen. Een ziekenfonds zou deze bepaling kunnen omzeilen door voor de 'gepaste-zorgpolis' een nieuw ziekenfonds op te richten met een lagere premie. Teneinde de administratieve lasten te verminderen, verdient het aanbeveling ziekenfondsen rechtstreeks de benodigde premiedifferentiatie toe te staan. Een vierde belemmering is gelegen in de tarievenwetgeving in de gezondheidszorg. Invoering van doelmatigheidsbonussen als onderdeel van de prijs voor zorgverlening vereist op dit moment ingewikkelde en langdurige procedures en onderhandelingen, met bovendien een onzekere afloop. Voorzover ziekenfondsen binnenkort eigen instellingen mogen oprichten, vervalt deze belemmering. Voor zorg geleverd door een eigen instelling aan de eigen verzekerden geldt de tarievenwetgeving namelijk niet¹¹. Een vijfde belemmering is dat een ziekenfonds slechts een beperkt gedeelte (in 1999 gemiddeld zestien procent) van een doelmatigheidswinst bij ziekenhuis- en specialistenzorg zelf mag behouden¹². Het is derhalve de vraag of schadelastbeperking voor deze zorgvormen voor het ziekenfonds op dit moment een kosteneffectieve activiteit is. Naarmate het financieel risico voor ziekenfondsen de komende jaren stijgt, onder gelijktijdige verbetering van de normuitkeringen, neemt de mogelijkheid van premiedifferentiatie en de financiële aantrekkelijkheid van een gepaste-zorgpolis toe.

Noodzaak

Men kan zich afvragen of het wel echt nodig is om gepaste-zorgpolissen in het ziekenfonds in te voeren. Immers, de ziekenfondsen hebben de wettelijke taak de ziekenfondsverzekering zo doelmatig mogelijk uit te voeren. Dus, zo zou men kunnen stellen, zou er geen onderscheid mogen zijn tussen de reguliere ziekenfondsverzekering en een gepaste-zorgpolis. Dit is helaas niet zo. Gezien de huidige omvang van de ongepaste zorg, is de reguliere ziekenfondsverzekering blijkbaar niet effectief in het tegengaan van ongepaste zorg. De mogelijke inconsistentie in de ziekenfondswet tussen het doelmatigheids criterium en het huidige gebruikelijkheids criterium kan hierbij een rol spelen. Maar vooral is van belang dat niet alle artsen op hetzelfde moment in dezelfde mate gemotiveerd (zullen) zijn voor gepaste-zorgverlening. Als patiënten onnodige diagnostiek, geneesmiddelen en verwijfsbriefjes blijven eisen, kan de situatie ontstaan dat de gemotiveerde artsen uiteindelijk hun patiënten zien weglopen naar andere artsen die wel tegemoet komen aan de eisen van de patiënt. De voorgestelde polisdifferentiatie reduceert dergelijk gedrag, omdat de verzekerde dan een hogere premie moet betalen. Zodoende moet men een afweging maken tussen de kosten en hetgeen hiervoor wordt geboden. Een gepaste-zorgpolis creëert aldus de nodige prikkels om (versneld) het gedrag van artsen en verzekerden te wijzigen, en is een noodzakelijk sluitstuk van de bovengenoemde reeks van maatregelen om gepaste zorg te bevorderen.

Elitaire zorg?

Een kritiek op de voorgestelde polisdifferentiatie in het ziekenfonds kan zijn dat dit tot elitaire zorg zou leiden: hogere inkomens kunnen zich een uitgebreider of luxer pakket veroorloven dan lagere inkomens. Van belang is evenwel dat bij de voorgestelde polisdifferentiatie alle verzekerden aanspraak hebben op alle verstrekkingen die in de ziekenfondswet staan omschreven. Wel is het zo dat iemand die een gepaste-zorgpolis kiest geen aanspraak heeft op niet-werkzame of niet-doelmatige zorg. Is dit een maatschappelijk probleem?

Het eerste lijkt mij zeker niet. Ik denk dat iedereen het met droge ogen kan aanzien als een ander geen toegang heeft tot niet-werkzame zorg. Ik kan geen enkel motief bedenken waarom de samenleving niet-werkzame zorg collectief zou moeten bekostigen. Wel is het van groot belang dat aan betrokkene wordt uitgelegd waarom de betreffende zorg niet collectief door de samenleving wordt bekostigd, namelijk omdat de zorg niet-werkzaam is.

In het tweede geval, van de niet-doelmatige zorg, ligt het anders. Hierbij kan het gaan om zorg met zeer hoge kosten en een zeer lage kans op succes. Stel dat voor een bepaald ziektebeeld voor een bepaalde categorie patiënten drie verschillende behandelmethoden of geneesmiddelen bestaan met verschillende kansen op succes en verschillende kosten:

- » Methode 1: 85 procent kans op succes, kosten 200 euro;
- » Methode 2: 95 procent kans op succes, kosten 2000 euro;
- » Methode 3: 99 procent kans op succes, kosten 20.000 euro.

Een gepaste-zorgpolis met een lage nominale premie vergoedt in die situatie methode 2 en niet methode 3, terwijl de vrijheid-blijheid-polis met een hoge nominale premie wel methode 3 vergoedt.

Voor velen zal het concept van een dergelijke gepaste-zorgpolis nieuw zijn, omdat men het idee heeft dat alles wat medisch-technisch haalbaar is, ook voor iedereen beschikbaar moet zijn. Dit idee dreigt de gezondheidszorg echter onbetaalbaar te maken. Er moeten, ook in de gezondheidszorg, keuzen worden gemaakt. De commissie-Dunning heeft daarom geadviseerd om zorg waarvan de kosten zeer hoog en de kans op baten zeer klein zijn - niet-doelmatige zorg - niet collectief door de samenleving te laten bekostigen. Met financiële steun van Minister Borst vindt thans onderzoek plaats om kosteneffectiviteit een expliciete plaats te geven bij de ontwikkeling van medische richtlijnen ¹³. Bij de tweede herziening van de *consensus Cholesterol* was het de eerste keer dat bij de opstelling van een consensusrichtlijn expliciet een afkappunt op basis van kosten-effectiviteit een rol heeft gespeeld ¹⁴. Er werd een bovengrens gehanteerd van f 40.000 per gewonnen levensjaar. In de richtlijnenontwikkeling is dit revolutionair. Tijdens een hoorzitting in december 1997 reageerden veel artsen geschokt: uiteindelijk zou de prijsontwikkeling van het cholesterolverlagende middel bepalend zijn voor de vraag hoeveel mensen het voorgeschreven krijgen! ¹⁵.

Economische keuzen over gezondheid, leven en dood zijn echter niets nieuws. In andere branches is het niet ongebruikelijk dat gezondheidbevorderende zaken die technisch haalbaar zijn, economisch niet haalbaar blijken te zijn, omdat de samenleving na een afweging van de kosten en de baten niet bereid of in staat is hiervoor te betalen. Bijvoorbeeld: milieu, verkeersveiligheid (wegen, treinen, luchthavens), kerncentrales, bedrijfsveiligheid en de hoogte van de dijken. Een complicerende factor is dat het in de gezondheidszorg veelal gaat om identificeerbare individuen die nu bepaalde zorg niet ontvangen, en niet om anonieme toekomstige slachtoffers. Voor zover het als 'elitaire' zorg wordt beschouwd dat een miljonair desgewenst wel de behandeling van 20.000 euro kan ondergaan, is het goed erop te wijzen dat andere gezondheid-beïnvloedende zaken met waarschijnlijk een groter gezondheidseffect (bijvoorbeeld veilige auto's en goede huisvesting) al sinds jaar en dag in Nederland te koop zijn voor degenen die het kunnen en willen betalen. Ook kan gewezen worden op het relatief geringe effect van de niet-vergoede zorg in relatie tot het effect op de gezondheid van zaken die men zelf kan beïnvloeden zoals roken, eten, drinken, ontspanning, rijgedrag en vuurwerk afsteken.

Conclusie

Tot nu toe heeft het kabinet nog geen nadere uitwerking gegeven aan de, in het *Regeerakkoord* aangekondigde, experimenten met gepaste-zorgpolissen. Dergelijke zorgpolissen vormen evenwel een noodzakelijk sluitstuk bij het maken van keuzen in de zorg. Uiteindelijk ontkomt ook de burger niet aan het maken van keuzen ten aanzien van de zorg die hij ontvangt. Voorkeur-huisartsen kunnen een spelfunctie vervullen bij de in het *Regeerakkoord* aangekondigde experimenten met een gepaste-zorgpolis. De huisartsen zelf worden beloond met een doelmatigheidsbonus en hun patiënten met een premiekorting. Hoe gepaster de zorg, des te groter de beloningen. Deze financiële prikkels zullen het aanbod van en de vraag naar ongepaste zorg doen afnemen. Gepaste-zorgpolissen bieden ook de mogelijkheid om de recente voorstellen op het gebied van gepast medicijngebruik te realiseren. Van groot belang is dat voor de consument betrouwbare informatie uit onafhankelijke bron beschikbaar is omtrent de (in)effectiviteit (inclusief neveneffecten) van veel

voorkomende of kostbare vormen van zorg. Aldus zal de voorgestelde polisdifferentiatie dynamiek in de zorgmarkt brengen, de keuzevrijheid en eigen verantwoordelijkheid van de ziekenfondsverzekerden vergroten en een impuls geven tot meer doelmatige zorg

- 1 Rapport *Kiezen en delen*, Commissie Keuzen in de zorg, 1991, Distributiecentrum DOP, Postbus 11594, 2502 AN, 's Gravenhage.
- 2 Gezondheidsraad, *Naar een doelmatig gebruik van benzodiazepines*, nr. 1998/20, Den Haag, 19 november 1998.
- 3 Rapport *Kiezen en delen*, blz. 61.
- 4 *NRC Handelsblad*, 29 november 1999.
- 5 B. van Linge, Het bewegingsstelsel: doel van zorg, bron van winst, afscheidscollege, Erasmus Universiteit Rotterdam, 12 maart 1993.
- 6 Gezondheidsraad, *Medisch handelen op een tweesprong*, Den Haag, 1991.
- 7 Ziekenfondsraad, *Advies inzake kosten-effectiviteitsevaluatie van bestaande verrichtingen*, Amstelveen, 28 oktober 1993.
- 8 D. Wijkkel, *Samenwerken en verwijzen*, dissertatie, Rijksuniversiteit Utrecht, 1986.
- 9 H.G.A. Mokkink, *Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen*, dissertatie, Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986.
- 10 R. Crommentuyn, De zorgsector is één groot kartel, *Medisch Contact*, 26 november 1999, blz. 1620-1622.
- 11 Brief *Opheffen verbod op eigen instellingen ziekenfondswet* van Minister Borst aan de Tweede Kamer, 15 juli 1999, Tweede Kamer 1998-1999, 26683, nr. 1.
- 12 Voor overige verstrekkingen (onder andere huisartszorg, geneesmiddelen, fysiotherapie) bedraagt dit percentage 63.
- 13 A.F. Casparie et al., Ontwikkeling en implementatie van kosteneffectieve richtlijnen, *Medisch Contact*, 1998, blz. 88-90.
- 14 A.F. Casparie, B.A. van Hout en M.L. Simoons, Richtlijnen en kosten, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 19 September 1998, blz. 2075-2077.
- 15 E.M. de Bruijn, N.S. Klazinga en R.J.M. Dillmann, Passend kiezen in de gezondheidszorg, *Medisch Contact*, 24 april 1998, blz. 586-589.