

Zelfzorg

Via empowerment tot zelfredzaamheid

Opdrachtgever: Nprofarm

Rotterdam, 30 september 2011



Zelfzorg

Via empowerment tot zelfredzaamheid

Opdrachtgever: Nprofarm

Drs. Mathijs Romme
Drs. Arthur ten Have
Prof. dr. Marcel Canoy

Rotterdam, 30 september 2011

Over Ecorys

Met ons werk willen we een zinvolle bijdrage leveren aan maatschappelijke thema's. Wij bieden wereldwijd onderzoek, advies en projectmanagement en zijn gespecialiseerd in economische, maatschappelijke en ruimtelijke ontwikkeling. We richten ons met name op complexe markt-, beleids- en managementvraagstukken en bieden opdrachtgevers in de publieke, private en not-for-profit sectoren een uniek perspectief en hoogwaardige oplossingen. We zijn trots op onze 80-jarige bedrijfsgeschiedenis. Onze belangrijkste werkgebieden zijn: economie en concurrentiekracht; regio's, steden en vastgoed; energie en water; transport en mobiliteit; sociaal beleid, bestuur, onderwijs, en gezondheidszorg. Wij hechten grote waarde aan onze onafhankelijkheid, integriteit en samenwerkingspartners. Ecorys-medewerkers zijn betrokken experts met ruime ervaring in de academische wereld en adviespraktijk, die hun kennis en best practices binnen het bedrijf en met internationale samenwerkingspartners delen.

Ecorys Nederland voert een actief MVO-beleid en heeft een ISO14001-certificaat, de internationaal erkende kwaliteitsstandaard voor milieumanagementsystemen. Wij hebben onze doelen op het gebied van duurzame bedrijfsvoering vertaald in ons bedrijfsbeleid en in praktische maatregelen, zoals het printen van onze documenten op FSC-gecertificeerd papier en het compenseren van onze CO2-voetafdruk.

ECORYS Nederland BV
Watermanweg 44
3067 GG Rotterdam

Postbus 4175
3006 AD Rotterdam
Nederland

T 010 453 88 00
F 010 453 07 68
E netherlands@ecorys.com
K.v.K. nr. 24316726

W www.ecorys.nl

Ecorys Macro- & Sectorbeleid
T 010 453 87 53
F 010 452 36 60

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
Medicalisering, zelfzorg en zelfredzaamheid	5
Zelfredzaamheid bevorderen: wat levert het op?	6
Wat kunnen we doen om zelfredzaamheid te bevorderen?	6
Hoe nu verder?	7
1 Inleiding	9
1.1 Aanleiding voor dit onderzoek	9
1.2 De opzet van het onderzoek	9
2 De context van zelfzorg	11
2.1 Medicalisering en zelfzorg: communicerende vaten	11
2.2 Definitie van zelfzorg	12
2.3 Zelfzorg omvat een breed scala	13
2.4 Zekerheid, verzorging, eigen verantwoordelijkheid	14
2.5 Zelfredzaamheid	15
2.6 Kabinetsvoornemens	15
2.7 Een prominentere rol voor zelfzorg?	16
3 Zelfzorg prominent: wat betekent dat voor de betrokkenen?	17
3.1 Consument	17
3.2 Huisarts	17
3.3 Ziekenhuis en medisch specialist	18
3.4 Apotheker	18
3.5 Drogist	19
3.6 Zorgverzekeraar	19
3.7 Overzicht van gevolgen	20
4 Zelfzorgeffecten: gezondheid en economie	21
4.1 Gezondheidseffecten	21
4.1.1 Theoretische nadelige effecten	21
4.1.2 Risicogroepen	22
4.1.3 Waargenomen risico's	23
4.1.4 Maatregelen tegen gezondheidsschade	24
4.2 Economische effecten	25
4.2.1 Economische schatting zelfmedicatie EU25	25
4.2.2 Economische en public health effecten zelfmedicatie Verenigd Koninkrijk	26
4.3 Consumenteneffecten	27
4.4 Concreet besparingspotentieel Nederland	29
4.4.1 Patiëntencontacten van huisartsen	29
4.4.2 Voorgeschreven geneesmiddelen in verband met kleine kwalen	30
4.4.3 Opvallende aandoeningen en voorschriften	31
4.5 Conclusie	32
5 Wat vinden de stakeholders ervan?	33
5.1 Huisartsen	33

5.2	Drogisten	34
5.3	Apothekers	35
5.4	Zorgverzekeraars	36
5.5	Perspectief consument	37
5.6	Conclusie	38
6	Besparingen: wat kunnen we concreet doen?	41
6.1	Het begint met zelfredzaamheid	41
6.2	Consumenten	42
6.3	Zorgprofessionals	42
6.4	Zorgverzekeraars	43
	Bijlage I: Zelfredzaamheidsbevordering in het buitenland	45
	Bijlage II: Afleverstatus zelfzorggeneesmiddelen	47
	Bijlage III: Taken en bevoegdheden apothekers en drogisten	49
	Bijlage IV: Vergoeding zelfzorggeneesmiddelen aanvullende ziektekostenverzekeringen	51
	Bijlage V: Toelichting berekeningswijze besparingspotentieel	53
	Wat zijn zelfzorgwaardige gezondheidsklachten	53
	Hoeveel formele zorg wordt gevraagd bij zelfzorgwaardige gezondheidsklachten	53
	Wat is het besparingspotentieel van zelfzorg	54
	Bijlage VI: Maatregelen om de balans te herstellen	55
	Maatregelen	55
	Gericht op de consument	55
	Gericht op de zorgverlener	56
	Gericht op de zorgverzekeraar	58
	Flankerend beleid	59

Samenvatting

Medicalisering, zelfzorg en zelfredzaamheid

De medicalisering die sinds het begin van de twintigste eeuw onder invloed van voortschrijdende medische kennis en toenemende technologische mogelijkheden heeft plaatsgehad, heeft een niet te overschatten invloed gehad op onze gezondheid, onze levensstandaard en onze welvaart. In de afgelopen honderd jaar is ons opleidingsniveau toegenomen, onze koopkracht vergroot, de algemene hygiëne verbeterd, de beschikbaarheid van zorgverleners en van zorgvoorzieningen gewaarborgd en de verkrijgbaarheid van betrouwbare gezondheidsinformatie verruimd. Maar overmatige medicalisering leidt tot onnodig gebruik van medische zorg en tot afname van de zelfredzaamheid. Omdat de nadelen van de medicalisering langzaam de overhand beginnen te krijgen over de voordelen, moeten we op zoek naar een nieuw optimum tussen medische zorg en zelfzorg.

Zelfstandig zorg dragen voor je eigen gezondheid en die van mensen in je directe omgeving is een primaire verantwoordelijkheid van iedereen. Door meer ruimte te geven aan de eigen verantwoordelijkheid van consumenten in de behandeling van kleine kwalen, kunnen aanzienlijke maatschappelijke besparingen worden gerealiseerd en krijgen zorgprofessionals ruimte voor een doelmatiger tijdsbesteding en betere onderlinge afstemming van hun werkzaamheden. Wij formuleren concrete maatregelen om deze doelstellingen te bereiken. De maatregelen vergroten de zelfredzaamheid van consumenten, helpen zorgprofessionals hun rol daarbij te vinden en mobiliseren de zorgverzekeraars.

Omdat het verschuiven van de balans tussen zelfzorg en formele zorgverlening zoveel betrokkenen raakt, hebben wij in kaart gebracht hoe de stakeholders tegen een aanpassing kunnen aankijken. De stakeholders signaleren dat de zelfredzaamheid van de consument afneemt, wat leidt tot onnodig hoge belasting van het zorgcircuit met hoge kosten tot gevolg. Met de juiste voorbereiding en ondersteuning kunnen consumenten meer verantwoordelijkheid aan.

De bestaande balans wordt bepaald door culturele, historische en beleidsmatige factoren. Dit maakt het wijzigen van de balans een complex maatschappelijk proces. Maar het betekent ook dat we de mogelijkheid hebben om de balans te beïnvloeden als deze niet voldoet aan de maatschappelijke wensen van vandaag.

Een verschuiving van de balans heeft gunstige effecten en leidt tot verschuivingen binnen de gehele zorgkolom. Daarbij hebben we de bestaande kennis over economische en gezondheidseffecten in kaart gebracht. Voor consumenten, huisartsen, ziekenhuizen, apothekers, drogisten en zorgverzekeraars hebben wij de effecten van een verbetering van de balans concreet voor de Nederlandse situatie benoemd.

Ons onderzoek naar het besparingspotentieel van zelfzorg en empowerment van de consument sluit goed aan op actuele ontwikkelingen in het denken over het zorgstelsel. Recent heeft de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) het 'Perspectief op gezondheid 20/20' uitgebracht, waarin het onvermijdelijk blijkt om een deel van de collectieve lasten terug te leggen bij de individuele burger, en "liefst zo dat de eigen verantwoordelijkheid van de burger voor zijn gezondheid wordt bevorderd ...". Volgens de RVZ begint gezondheid bij de burger en niet bij de werkgever, onderwijzer, verzekeraar of overheid. In deze lijn passen ook de Beleidsagenda 2012 van het

ministerie van VWS¹ en het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord van 4 juli 2011². In het voorliggende rapport hebben we geprobeerd passende maatregelen te concretiseren en de economische (niet louter financiële) opbrengsten te schatten.

Zelfredzaamheid bevorderen: wat levert het op?

Kleine kwalen zijn lichte klachten van voorbijgaande aard, maar die definitie is onvoldoende eenduidig voor beleidsmatige beslissingen en economische analyses. Dus om de vraag te beantwoorden wat zelfredzaamheidsbevordering kan opleveren, moesten we eerst bepalen over welke zorgvragen we het eigenlijk hebben. Daarom hebben wij kleine kwalen preciezer laten bepalen via een wetenschappelijk gevalideerde feedbackmethode onder huisartsen en apothekers. Daardoor kunnen we kleine kwalen nu uitdrukken in de internationale codering van aandoeningen in eerstelijns zorg, ICPC. Door deze objectieve en professionele afbakening van het begrip kleine kwalen is toegepast op de zorgregistratie van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg, en de gevonden zorgvolumes hebben we vermenigvuldigd met de door de NZa vastgestelde tarieven.

Als we een uitspraak doen over het besparingspotentieel willen we er echt zeker van zijn dat we geen luchtkastelen bouwen. Daarom baseren wij ons uitsluitend op zeer voorzichtige aannames en berekeningen. Zo komen wij tot een besparingspotentieel van 96 miljoen euro aan huisartsenzorgkosten voor kleine kwalen in 2009. Dat is ongeveer een achtste van de landelijke omzet op basis van consulttarieven.³ We zien bovendien een sterke stijging van de kleine kwalen in de huisartsenpraktijk vanaf 2003. Dat is een kostbare trend, maar we kunnen hem keren als kleine kwalen vaker en succesvoller met zelfzorg worden beantwoord. Huisartsen kunnen meer complexere zorgvragen vaker in eigen beheer houden en hoeven minder vaak door te verwijzen. Dit is het begin van een keten van besparingen. =

Wat kunnen we doen om zelfredzaamheid te bevorderen?

Er zijn heel diverse belanghebbenden die elk hun eigen perspectief op de mogelijkheden en maatregelen hebben. Toch zien wij naar aanleiding van onze verkenning mogelijkheden voor een eenduidig pakket maatregelen. Consumenten zullen hun gedrag moeten veranderen, meer eigen tijd moeten investeren en 'gratis' formele zorgverlening moeten loslaten. Hier staan een grotere zelfredzaamheid en meer keuzevrijheid tegenover. Artsen zullen een toenemende zelfredzaamheid van consumenten toejuichen en bovendien meer werktijd overhouden voor patiënten die de zorg harder nodig hebben. Apothekers zien kansen om bij te dragen aan de nieuwe balans door het geven van advies aan zelfzorgconsumenten. De geraadpleegde drogisten wijzen op onvolkomenheden in de bestaande balans. Zij waarschuwen voor overspannen verwachtingen. De zorgverzekeraars onderschrijven de maatschappelijke voordelen van een verbetering in de balans, maar zullen sterker dan nu het geval is geprikkeld moeten worden om deze voordelen te helpen realiseren.

¹ De minister van VWS benoemt 'het maximal stimuleren van zelfzorg' als een van de maatregelen die nodig zijn om te beantwoorden aan de zware maatschappelijke opgave waar het zorgsysteem voor staat (Beleidsagenda 2012, p. 4).

² De minister van VWS heeft afgesproken met de besturen van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) dat doelmatige substitutie tussen tweede lijn, eerste lijn en zelfzorg wordt bevorderd (Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012-2015, p. 4).

³ www.zorgcijfersdata.cvz.nl/tabelPagina.asp?label=00-totaal&tabel=i2009&geg=kost&item=201506.

Na de grondige analyse waarvan wij in dit rapport verslag doen, benoemen wij tien maatregelen om het nieuwe optimum in zelfzorg te bereiken. Deze maatregelen zijn te rubriceren in acties voor consumenten, voor zorgverleners en voor zorgverzekeraars. Wij denken dat iedereen een verantwoordelijkheid kan oppakken en ook de overheid kan een bijdrage leveren. Uiteindelijk profiteert iedereen (de zorggebruiker, de zorgverlener, de zorgverzekeraar, de overheid en de premie-/belastingbetaler) van de voordelen. Sommige maatregelen kunnen op betrekkelijk korte termijn van kracht worden, zoals nieuwe werkafspraken tussen zorgverleners. Andere maatregelen zijn bedoeld voor de langere termijn, zoals gedragsveranderingen door voorlichting en training.

Hoe nu verder?

Onze maatregelen vormen een eerste maar noodzakelijke aanzet om de zelfredzaamheid van de Nederlandse zorgconsument te vergroten en het beroep op collectieve voorzieningen te rationaliseren. Deze aanzet biedt alle ruimte voor aanvulling, verfijning en specificatie. Het is onze overtuiging dat dit in het maatschappelijk debat kan worden gerealiseerd. De hoofdrolspelers in dit debat zijn de consumenten (zowel bij sporadisch als bij frequent gebruik van geneesmiddelen). Zij vervullen de centrale positie in een netwerk tussen huisartsen, apothekers, drogisten, zorgverzekeraars en producenten van zelfzorgmiddelen en zelfzorggeneesmiddelen.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding voor dit onderzoek

Is het maatschappelijk voordelig om bij onze dagelijkse zorg voor gezondheid een groter beroep te doen op de eigen verantwoordelijkheid van mensen? Is dit ook haalbaar en veilig? Welke voorzieningen en veiligheidswaarborgen zijn eventueel nodig? Tot op welke hoogte zijn zelfzorg en formele zorgverlening communicerende vaten? Waar ligt de wenselijke balans?

Deze vragen staan centraal in het onderzoek, dat ECORYS Nederland B.V. (Ecorys) heeft uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Vereniging van de Farmaceutische Industrie van Zelfzorggeneesmiddelen en Gezondheidsproducten (Neprofarm).

Zelfzorg staat voor alles wat consumenten zelf, op eigen initiatief en voor eigen verantwoordelijkheid, kunnen doen om herkenbare, tijdelijke gezondheidsklachten te verminderen of te genezen. Daarbij hoort ook het zoeken van deskundig advies indien noodzakelijk om zelf de juiste beslissingen te kunnen nemen. Op basis van kennis van het eigen lichaam en goede informatie over (de ernst van) klachten, zijn de meeste mensen in staat om 'kleine kwalen' zelf te diagnosticeren en te behandelen.

Zelfstandig zorg dragen voor je eigen gezondheid en die van mensen in je directe omgeving is een primaire verantwoordelijkheid van iedereen. Dit betekent niet dat iedereen deze verantwoordelijkheid op dezelfde manier kan of moet invullen. De één leeft gezonder dan de ander, sommigen willen graag bij elk ongemak het oordeel van een dokter betrekken en anderen dokteren eerst liever zelf.

1.2 De opzet van het onderzoek

In dit rapport worden de volgende vragen beantwoord:

Hoeveel kan er in Nederland bespaard worden door een verbetering van de balans tussen zelfzorg en zorgverlening?

- Wie kan welke maatregelen treffen om deze balans te verbeteren?
- Moeten we aanvullende maatregelen treffen om veilige zelfzorg te bevorderen? Wie moeten daarbij betrokken worden?

De verschillende onderzoeksmethoden corresponderen grotendeels met de verschillende hoofdstukken in dit rapport.

- De maatschappelijke context en de *case* voor zelfzorg zijn in kaart gebracht (hoofdstuk 2);
- Het huidige stelsel (positie en relaties) van stakeholders, en de manier waarop dit stelsel wijzigt bij een verschuiving van de balans tussen zelfzorg en formele zorgverlening is geanalyseerd (hoofdstuk 3);
- De economische en gezondheidseffecten van zelfzorg zijn geïnventariseerd op basis van (wetenschappelijke) literatuur (hoofdstuk 4);
- Er is een stakeholderanalyse uitgevoerd waarin inzicht is verkregen in de verschillende manieren waarmee stakeholders tegen een verschuiving van de balans kunnen aankijken (hoofdstuk 5);
- Al deze inzichten zijn gecombineerd tot effectieve en haalbare maatregelen (hoofdstuk 6).

De inzichten in dit rapport zijn op verschillende soorten informatiebronnen gebaseerd:

- Literatuurstudie: publiek toegankelijke Nederlandstalige en Engelstalige schriftelijke informatie over de onderwerpen 'de afbakening tussen zelfzorg en formele zorgverlening', 'zelfzorggeneesmiddelen', 'maatregelen om zelfzorg te bevorderen', 'maatschappelijk besparingspotentieel van onnodig zorggebruik'.
- Gesprekken met deskundigen: face-to-face interviews met CBD, KNMP en ZN; telefonische interviews met drie apothekers en twee drogisten; expertmeeting met vijf drogisten (een zelfstandige, twee internetdrogisten, twee drogisten werkzaam in een supermarktdrogisterij); expertmeeting met zeven huisartsen (landelijke spreiding over stedelijke en landelijke gebieden).
- Beleidsdocumenten: met name het Regeerakkoord VVD-CDA, de VWS-Beleidsagenda 2012, het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord, verschillende onderzoeksrapporten en evaluaties ten behoeve van beleidsvorming.
- Twee Delphi expert sessies met artsen en apothekers: een onder verantwoordelijkheid van prof. Marcel Bouvy⁴ extern uitgevoerd onderzoek waarin op gevalideerde wijze een selectie van ICPC-codes is gemaakt die overeenkomen met gezondheidsklachten die primair door zelfzorg kunnen worden behandeld.
- LINH-database⁵: een onder verantwoordelijkheid van NIVEL uitgevoerde berekening van het beroep dat wordt gedaan op de huisarts in verband met gezondheidsklachten die primair door zelfzorg kunnen worden behandeld.

Met name ten aanzien van de representativiteit van onze inschatting van de gezichtspunten van stakeholders op de maatregelen en mogelijkheden om zelfredzaamheid te bevorderen, past enige terughoudendheid. We hebben geen consumenten, medisch specialisten of vertegenwoordigers van ziekenhuizen gesproken. We hebben evenmin met de branchevereniging of wetenschappelijke vereniging van huisartsen gesproken. Het gezichtspunt van de zorgverzekeraars hebben wij opgetekend uit een gesprek met de branchevereniging van zorgverzekeraars. In sommige gevallen kan de intentie van partijen worden opgemaakt uit beleidsdocumenten, zoals het geval is met de verenigingen van aanbieders van medisch specialistische zorg en de zorgverzekeraars, die hun Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord met een overheid een inspanningsverplichting zijn aangegaan om doelmatig te substitueren tussen tweede lijn, eerste lijn en zelfzorg.

Wij zijn kortom voldoende zeker over onze bevindingen om ze als basis voor dit adviesrapport te gebruiken, maar we pretenderen niet 'de visie' van een groep stakeholders te kunnen verwoorden. Dit rapport moet dan ook niet gezien worden als het eindpunt van een 'rondje langs de partijen', maar als het startpunt van een maatschappelijke ontdekkingstocht naar de mogelijkheden en onmogelijkheden van zelfredzaamheid in de zorg.

⁴ SIR Institute for Pharmacy Practice and Policy, Leiden; tevens hoogleraar Farmaceutische Patiëntenzorg, Universiteit Utrecht.

⁵ Het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) telt 84 geautomatiseerde huisartspraktijken met meer dan 330.000 ingeschreven patiënten (juli 2009). LINH gebruikt gegevens uit de elektronische patiëntendossiers van deze praktijken over aandoeningen, verrichtingen, geneesmiddel-voorschriften en verwijzingen. (www.nivel.nl/linh)

2 De context van zelfzorg

2.1 Medicalisering en zelfzorg: communicerende vaten

De verworvenheden van de moderne medische wetenschap en het zorgstelsel zijn groot. Sinds pakweg honderd jaar maken verbeteringen in de diagnostiek en diagnostische apparatuur het mogelijk om aandoeningen steeds specifiek en in een steeds vroeger stadium vast te stellen. Nieuwe behandelmethoden, nieuwe geneesmiddelen en andere innovaties zorgen ervoor dat steeds meer aandoeningen tijdelijk in plaats van blijvend of chronisch in plaats van dodelijk zijn geworden. Uitgebreide sociale verzekeringen en voorzieningen hebben ervoor gezorgd dat effectieve en veilige professionele medische zorg voor steeds meer mensen bereikbaar en betaalbaar is geworden. Hiermee is de medicalisering van klachten en aandoeningen die vroeger als normaal en onvermijdelijk werden gezien, actief gestimuleerd. De voordelen van medicalisering zijn evident: snellere en effectievere diagnosestelling en behandeling van aandoeningen. Dit heeft bijgedragen aan de enorme toename van het gezondheidsniveau en de levensstandaard van de Nederlandse bevolking.

Deze ontwikkeling heeft ook nadelen. Overmatige medicalisering leidt tot onnodig gebruik van medische zorg en tot afname van de zelfredzaamheid. In het sociale Nederlandse stelsel leidt onnodig gebruik tot onnodig hoge kosten, en tot dure administratieve systemen die de bereikbaarheid en betaalbaarheid garanderen maar tevens onnodig gebruik moeten tegengaan. Een groot nadeel op het persoonlijke niveau is de afname van zelfredzaamheid. Doordat we steeds meer op de dokter zijn gaan bouwen en vertrouwen, zijn we steeds minder in staat om onze 'eigen gezondheidsboontjes' te doppen. We doen een groeiend beroep op de medische zorg, zelfs voor de werkelijk eenvoudige gezondheidsklachten die onze voorouders honderd jaar geleden met hun beperkte middelen wél konden oplossen.

De tijden zijn in honderd jaar sterk veranderd. Het opleidingsniveau en de koopkracht van de bevolking zijn vele malen hoger. De hygiënische toestand is zeer sterk verbeterd waardoor het plotselinge infectierisico van besmettelijke ziektekiemen is geminimaliseerd. De variëteit aan gespecialiseerde gezondheidswerkers (fysiotherapeuten, apothekers, diëtisten, psychologen, etc.) is nog nooit zo groot geweest. De informatie- en communicatietechnologie brengt medische kennis en inzichten steeds dichterbij de consument. Dit alles maakt dat wij nu over veel meer niet-medische middelen beschikken om onze eigen gezondheid in stand te houden of te bevorderen, dan onze voorouders honderd jaar geleden. Omdat de nadelen van de medicalisering langzaam de overhand beginnen te krijgen over de voordelen, moeten we op zoek naar een nieuw optimum. Om die reden is het de moeite waard om te exploreren in hoeverre we de trend van overmatige medicalisering kunnen ombuigen. Het volgende rapport doet verslag van een langdurige beleidsmatige studie over de balans tussen zelfzorg en formele zorgverlening. Aspecten van deze balans zijn:

- Herwaardering van zelfzorg: kijk eerst eens wat je zelf kunt doen om gezondheidsklachten aan te pakken. Veilige middelen en betrouwbare informatie zijn ruimschoots beschikbaar. Zelf of met mensen in je omgeving kun je al heel veel doen. En achtervang door zorgprofessionals is in Nederland nooit ver weg.
- Verbreding van de 'eerste lijn': als je toch professionele hulp of professioneel advies inschakelt, moet dit dan altijd medische hulp zijn? Met een klein beetje begeleiding of sturing door een andere deskundige kun je misschien net zo effectief zelf aan je gezondheid werken. Vaak is dit zelfs nog sneller en goedkoper dan een bezoek aan een arts.

2.2 Definitie van zelfzorg

Zelfzorg staat voor alles wat consumenten zelf, op eigen initiatief en voor eigen verantwoordelijkheid, kunnen doen om herkenbare, tijdelijke gezondheidsklachten te verminderen of te genezen. De zelfzorgconsument stelt zelf de diagnose, bepaalt zelf om er wel of niet iets aan te doen, en kiest vervolgens zelf een “zelfzorgtherapie” en voert deze therapie zelf uit. De risico's van zelfzorg zijn dusdanig beperkt, dat zelfzorg veilig in eigen beheer en onder eigen verantwoordelijkheid kan worden uitgevoerd.

Zelfzorgtherapieën bestaan uit een groot scala van acties en handelingen, zoals rust, voeding, beweging, of het gebruik van een persoonlijk verzorgingsproduct, een gezondheidsproduct of een zelfzorggeneesmiddel. Maar ook activiteiten om gezond te blijven zonder dat er al een klacht is (preventie maatregelen), zijn vormen van zelfzorg. In historisch perspectief geldt zelfzorg als ‘de eerste vorm van zorg’. In het verleden waren mensen vaak aangewezen op zelfzorg omdat de medische zorg nog ontbrak of ontoegankelijk was. Lange tijd heeft deze traditie zich voortgezet doordat de kennis over zelfzorg nog steeds paraat was en een beroep op medische zorg lang werd uitgesteld. Pas in de laatste generaties verandert dit substantieel en neemt de medicalisering van gezondheidsklachten langzaam toe.

Door zelfzorg kunnen zorgvraag en zorgaanbod op de meest effectieve manier bij elkaar komen zonder ingewikkelde afstemmingsmechanismen, omdat de aanbieder en de vrager in principe zelfde persoon zijn. Een betere aansluiting op de wensen van de gebruiker, qua tijdstip, aard en intensiteit van zorg is niet denkbaar. Zelfzorg draagt bij aan de zelfredzaamheid en het nemen van eigen verantwoordelijkheid, doordat mensen beseffen dat ze in belangrijke mate zelf de controle (kunnen) hebben over hun gezondheid en zelf beslissingen nemen over behandeling. Op maatschappelijk niveau is zelfzorg voordelig, omdat de kosten doorgaans lager zijn dan de kosten van zorgverlening. Op individueel niveau geldt dit voordeel meestal niet, omdat zelfzorg voor eigen rekening komt van de consument, en formele zorgverlening doorgaans vergoed wordt uit de verzekering.

De keerzijde van die eigen verantwoordelijkheid is dat mensen de verkeerde zelfzorgbeslissingen kunnen nemen. Bijvoorbeeld doordat ze de situatie niet goed inschatten, omdat ze over onvoldoende informatie over de (on)mogelijkheden van zelfzorg beschikken, of door te lang te wachten met het inschakelen van de formele zorgverlening.

Met de stijgende welvaart en de toenemende technologische mogelijkheden van de formele zorgverlening, heeft Nederland een indrukwekkend zorgstelsel opgebouwd waarin kwalitatief hoogstaande zorg op zeer korte termijn en tegen geen of lage eigen kosten beschikbaar is voor nagenoeg iedereen. Dit is een verworvenheid, maar heeft ook een keerzijde. De verzorgingsstaat maakt dat mensen minder hoeven terugvallen op zelfredzaamheid en inventiviteit. Daardoor worden ook zorgvragen die best binnen zelfzorg beantwoord kunnen worden, in het formele circuit opgenomen. Met het oog op de financiële houdbaarheid van de overheidsuitgaven is een nieuw beroep op zelfredzaamheid actueler geworden.⁶

⁶ De urgentie van de financiële houdbaarheid blijkt bijvoorbeeld uit een uitspraak van Minister van Financiën Jan Kees de Jager, dat de (on)stuitbaarheid van de kostenontwikkeling in de zorg hem meer zorgen baart dan de kredietcrisis (12 mei 2011, behandeling financieel verslag 2010).

2.3 Zelfzorg omvat een breed scala

Zelfzorgtherapieën omvatten een breed scala aan handelingen.

De meest eenvoudige vormen van zelfzorg bestaan uit normaal gedrag, dat tevens een curatieve of preventieve werking heeft. Voorbeelden zijn warm aankleden bij koorts, op tijd naar bed gaan bij vermoeidheid of een warm bad nemen bij spierpijn.

- De volgende categorie zelfzorgtherapieën bestaat uit 'huis-, tuin- en keukenmiddeltjes' en -handelingen die specifiek op het beschermen of verbeteren van de gezondheid zijn gericht. Voorbeelden zijn een geraspte appel met kaneel eten tegen diarree, zout water snuiven bij een verstopte neus of pijnlijke spieren masseren.
- De derde categorie omvat het gebruik van 'geprefabriceerde' zelfzorgproducten, zoals voedingssupplementen of verband- en ontsmettingsmiddelen. Wat deze producten van de eerdere gradaties onderscheidt, is dat de zelfzorger ze niet zelf maakt. Er is een producent die een commercieel belang heeft bij het gebruik, en de gebruiker vertrouwt erop dat het product op veilige wijze doet wat de producent belooft.
- De laatste categorie is in feite een verbijzondering van de derde, namelijk het gebruik van zelfzorggeneesmiddelen. Zelfzorggeneesmiddelen zijn geneesmiddelen met een aangetoonde therapeutische werking, die afhankelijk van de gezondheidsrisico's bij onjuist gebruik in drie groepen zijn ingedeeld.⁷

Tabel 1 toont de mate van vrijheid en veiligheidsmaatregelen die bij de verschillende categorieën van zelfzorg van kracht zijn.

Tabel 1 Zelfzorg en regulering

	Inhoud	Vrijheid en veiligheid
1	Normaal gedrag dat tevens een curatieve of preventieve werking heeft	Volledig eigen verantwoordelijkheid
2	Huis-, tuin- en keukenmiddeltjes en gedragingen, die specifiek op het beschermen of verbeteren van de gezondheid zijn gericht	Volledig eigen verantwoordelijkheid
3	Zelfzorgproducten, die door een ander dan de eindgebruiker zijn gefabriceerd	Volledige eigen verantwoordelijkheid voor diagnose en uitvoering van zelfzorgtherapie. Regulering van reclame-uitingen om ongewenste beïnvloeding van de therapie- en productkeuze te voorkomen
4	Zelfzorggeneesmiddelen, ingedeeld in drie afleverstatussen: 4a) AV 4b) UAD 4c) UA	Volledige eigen verantwoordelijkheid voor diagnose en uitvoering van zelfzorgtherapie, 4a) én regulering van reclame-uitingen om ongewenste beïnvloeding van de therapiekeuze te voorkomen, 4b) én alleen verkrijgbaar waar (assistent-) drogisten of apothekers aanwezig zijn om desgewenst over de productkeuze te adviseren, 4c) én alleen verkrijgbaar waar een apotheker de medicatiebewaking uitvoert.

De lichtste categorieën van zelfzorg (1 en 2) worden in Nederland volledig aan de eigen verantwoordelijkheid van de gebruiker overgelaten. Iedereen beslist zelf of en hoe hij zelfzorg

⁷ Voor meer informatie over de afleverstatus van zelfzorggeneesmiddelen, zie de bijlage Afleverstatus zelfzorg-geneesmiddelen.

toepast. Het zelfstandige beoordelingsvermogen staat ook niet ter discussie, wat blijkt uit de vrijheid die iedereen heeft om een ander te adviseren over het toepassen van deze eenvoudige zelfzorgtherapieën.

Binnen de categorieën 3 en 4 wordt de eigen verantwoordelijkheid in de keuze voor een therapie ondersteund door aanvullende regelgeving. Zo zijn de regels voor reclame-uitingen met betrekking tot gezondheidsproducten en zelfzorggeneesmiddelen strenger dan de algemeen geldende regels in het economisch verkeer.⁸ Hierbij speelt een rol dat de beslissingen in deze categorieën complexer kunnen zijn, of verkeerde beslissingen ernstiger gevolgen kunnen hebben. Daarom zijn er extra waarborgen om ervoor te zorgen dat de gebruiker volledig en juist wordt geïnformeerd.

Zelfzorggeneesmiddelen (categorie 4) zijn geneesmiddelen. Aan alle geneesmiddelen zijn risico's verbonden. Zelfzorggeneesmiddelen zijn echter zo veilig bevonden, dat de gebruiker zelf beslist om een zelfzorggeneesmiddel te gebruiken, en zelf een keuze maakt tussen de beschikbare alternatieven. Daar komt geen arts aan te pas. Wel wordt binnen de zelfzorggeneesmiddelen een nader onderscheid gemaakt in de mate waarin er controle is op de omgeving waarin deze geneesmiddelen verkrijgbaar zijn. Een deel van de zelfzorggeneesmiddelen is algemeen verkrijgbaar omdat de risico's ervan verwaarloosbaar zijn. De grootste groep zelfzorggeneesmiddelen mag echter alleen verkocht worden in drogisterijen en apotheken, waar altijd gekwalificeerde adviseurs in de buurt zijn om een consument desgewenst van advies te voorzien. Het doel is de gebruiker in staat te stellen een juiste beslissing te nemen. Zelfzorggeneesmiddelen in de categorie UA zijn alleen verkrijgbaar in een apotheek, opdat de apotheker kan beoordelen of de gebruiker niet het gevaar loopt op interactie met een gelijktijdig gebruikt recept- of zelfzorggeneesmiddel.

2.4 Zekerheid, verzorging, eigen verantwoordelijkheid

Ondanks de ruimte die het huidige stelsel biedt, lijken consumenten niet altijd gericht op het nemen van eigen verantwoordelijkheid. Dit past in een meer algemene trend, waarin mensen steeds meer zekerheden in hun leven willen inbouwen. Politici vertalen deze voorkeur naar collectieve maatregelen die vangnetten bieden of het optreden van ongewenste onzekerheden uitsluiten. Dit leidt tot de perceptie dat alle kwaad uit te bannen is: een 'maakbare risicomaatschappij' met sociale instituties die het individuele risico collectiviseren.

Dit komt ook tot uiting in de inrichting van het zorgsysteem. De toenemende professionalisering, voortschrijdende medische technologie en mondige burgers, leiden ertoe dat mensen graag het zekere voor het onzekere nemen en tevens de best mogelijke zorg en aandacht verwachten. Een beroep op de arts is daarbij makkelijk gedaan omdat het zorgsysteem zeer beperkte prikkels kent om onnodig gebruik van (huisartsen-) zorg te ontmoedigen. In een recent onderzoek⁹ onder Nederlandse huisartsen blijkt dat de artsen zelf vinden dat ongeveer 29 procent van het huisartsenbezoek kleine kwalen betreft die van voorbijgaande aard zijn. Ongeveer twee-derde van de huisartsen vindt dat consumenten zelf meer aan zelfzorg kunnen doen.

⁸ Geneesmiddelenwet, hoofdstuk 9 (Geneesmiddelenreclame).

⁹ Duursma Healthcare Research (2010). De HuisartsenOmnibus van mei 2010.

2.5 Zelfredzaamheid

De zelfredzaamheid van gebruikers van zorg is bepalend voor hoeveel verantwoordelijkheid gebruikers kunnen dragen. Tegelijkertijd is de mate zelfredzaamheid ook een gevolg van verantwoordelijkheid aan mensen wordt gegeven. In vraaggestuurde zorgsystemen waarin consumenten door het maken van keuzes de regie voeren, speelt de zelfredzaamheid een belangrijke rol in de effectiviteit, veiligheid en betaalbaarheid van het zorgsysteem.

Met gezondheidsvaardigheden wordt de combinatie van cognitieve en sociale vaardigheden bedoeld, die nodig is om adequaat met informatie over gezondheid, ziekte en zorg om te gaan. Heel veel Nederlanders hebben beperkte gezondheidsvaardigheden. De groep is bijvoorbeeld niet uitsluitend beperkt tot de anderhalf miljoen laag- en ongeletterden in Nederland. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden hebben vaak moeite met het begrijpen van informatie van hun zorgverlener, met preventieboodschappen en met het vinden van hun weg in de zorg, met als gevolg meer ongezondheid en een hogere sterfte. Beperkte gezondheidsvaardigheden kunnen dus leiden tot gezondheidsachterstanden.¹⁰

Gezondheidsvaardigheid veronderstelt behalve toereikende competenties, ook dat mensen interesse en aandacht hebben voor hun eigen gezondheid, dat ze informatie over gezondheid kunnen en willen verzamelen, lezen of horen, begrijpen en toepassen. Met name allochtonen, mensen met een lage opleiding en ouderen ondervinden problemen in het vinden en gebruiken van informatie. Maar ook voor hoger opgeleiden geldt dat zij binnen het gezondheidsdomein niet altijd alle beschikbare, vaak specifieke, informatie begrijpen en kunnen of willen toepassen.¹¹

2.6 Kabinetsvoornemens

In het Regeerakkoord van het Kabinet Rutte-Verhagen erkennen de coalitiepartners het belang van kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg. Het Kabinet formuleert de doelstelling om de kwaliteit verder te laten toenemen, de kosten beter te beheersen en een antwoord te bieden op de forse dreigende personeelstekorten. Daartoe zet het Kabinet in op 'betere basiszorg dichterbij huis' en op het uit het basispakket verwijderen van aandoeningen met een lage ziektelast.¹²

De eerste inzet is om tweedelijns ziekenhuiszorg waar mogelijk te vervangen voor eerstelijns basiszorg (onder andere de huisarts). Het Kabinet signaleert daarbij echter dat de basiszorg al zwaar belast is en dat deze belasting in de toekomst zal toenemen (onder andere tot uitdrukking komend in toenemende personeelstekorten). De vraag is hoe de gewenste verschuiving dan toch kan worden gerealiseerd. Een betere balans tussen zelfzorg en formele zorgverlening kan bijdragen aan het wegnemen van de niet strikt noodzakelijke zorgvragen bij de huisarts. Daardoor krijgt de huisarts meer ruimte om betere basiszorg dichterbij huis te bieden.

De tweede inzet is om de collectieve zorguitgaven te beheersen door een stringenter beheer van het verzekerde basispakket. Een van de aangekondigde pakketmaatregelen is het niet langer vergoeden van de zorgverlening bij aandoeningen met een lage ziektelast. Wat "aandoeningen met een lage ziektelast" zijn, is nog niet gedefinieerd. Daartoe zal het CVZ een uitvoeringstoets uitbrengen. Het is duidelijk dat het afschaffen van de vergoeding voor patiënten met een lage

¹⁰ RIVM, Loket Gezond Leven (<http://www.loketgezondleven.nl/infopunt/gezondheidsvaardigheden/>)

¹¹ *Werkdocument gezondheidsvaardigheden en diversiteit (Health Literacy)*, Nationaal Instituut Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) 2007.

¹² Vrijheid en verantwoordelijkheid – Regeerakkoord VVD-CDA, Den Haag 30 september 2010.

ziektelast tot hogere kosten voor eigen rekening zal leiden.¹³ Zelfzorg biedt een voordelig alternatief voor (een deel van de) zorgverlening. Het is onze verwachting dat een deel van de huidige zorgverlening bij aandoeningen met een lage ziektelast kan worden vervangen door zelfzorg. Aangezien de patiënten na de pakketmaatregel zelf voor de kosten opdraaien, biedt de voordeliger zelfzorg een voor hen aantrekkelijk alternatief voor het uit eigen zak betalen van de duurdere formele zorgverlening.

De Beleidsagenda 2012 van het ministerie van VWS sluit hierop aan, door 'het maximaal stimuleren van zelfzorg' als een expliciete beleidsdoelstelling te benoemen. De vertegenwoordigers van de zorgverzekeraar en de aanbieders van medisch specialistische zorg hebben op hun beurt in hun Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord afgesproken dat zij de doelmatige substitutie van tweede naar eerste lijn en zelfzorg zullen bevorderen.

2.7 Een prominentere rol voor zelfzorg?

Kunnen we op een veilige manier demedicaliseren en zelfzorg een meer prominente rol geven? De Nederlandse regelgeving rondom zelfzorg biedt ruimte aan consumenten om zelf de basale verantwoordelijkheid te nemen voor een goede gezondheid. Naast de huis-, tuin- en keukenmiddeltjes en –handelingen, is er een uitgebreid aanbod van producten beschikbaar om de consument in zijn zelfzorg te ondersteunen. Er is toezicht op de veiligheid van de zelfzorgproducten en er zijn regels voor de manier waarop zelfzorgproducten aangeprezen en verkrijgbaar gesteld worden. Dit zijn allemaal positieve randvoorwaarden die het mogelijk maken om in een betrekkelijk veilige omgeving stappen te nemen richting een andere balans tussen zelfzorg en formele zorgverlening.

Wij hebben daarom onderzocht hoe groot het besparingspotentieel van zelfzorg en empowerment van de consument is en hoe dit op korte termijn gerealiseerd kan worden. Dit sluit ook aan bij het recente 'Perspectief op gezondheid 20/20', waarin de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) een toekomstvisie geeft op de zorg in Nederland. Zij stelt hierin dat het onvermijdelijk is om een deel van de collectieve lasten terug te leggen bij de individuele burger, en "liefst zo dat de eigen verantwoordelijkheid van de burger voor zijn gezondheid wordt bevorderd ...". Volgens de RVZ begint gezondheid bij de burger en niet bij de werkgever, onderwijzer, verzekeraar of overheid.

Wij hebben onderzocht welke maatregelen binnen het bestaande krachtenveld realistisch haalbaar zijn en op relatief korte termijn van kracht kunnen worden. Dit impliceert dat wij bewust binnen de randvoorwaarden van het huidige stelsel blijven, zoals de bestaande verdeling van taken en bevoegdheden tussen artsen, apothekers en drogisten, en de huidige wijze van toekenning van afleverstatussen van zelfzorggeneesmiddelen. Dit impliceert ook dat we rekenschap geven van de standpunten van de stakeholders in het krachtenveld rondom zelfzorg, omdat het balanceren van vrijheid en veiligheid een maatschappelijke 'coproductie' is waarbij alle stakeholders belangen hebben en betrokken moeten zijn. De maatregelen zijn beschreven in hoofdstuk 6.

¹³ Overigens is er ook discussie of het criterium 'lage ziektelast' het juiste criterium is voor uitsluiting van vergoeding. Zie hierover bijvoorbeeld een opiniërend artikel van de hoogleraren Bleichrodt en Haes in NRC Handelsblad 29-11-2010 (www.eur.nl/fileadmin/ASSETS/ese/Nieuws/media/101129_criteriumbasispakket.jpg).

3 Zelfzorg prominent: wat betekent dat voor de betrokkenen?

Een verschuiving in de balans in zelfzorg en formele zorgverlening zal verschillende gevolgen hebben voor alle betrokken partijen. Om de vraag te kunnen beantwoorden of dit tot een maatschappelijk wenselijke uitkomst leidt, zetten wij in dit hoofdstuk een raamwerk op van directe gevolgen en de daarmee samenhangende indirecte gevolgen voor alle stakeholders. In de opbouw van dit raamwerk beredeneren we hoe de toekomstige situatie verschilt van de huidige, namelijk wanneer consumenten meer zelfredzaam zijn dan nu en zelfzorg een grotere rol inneemt in het totale zorggebruik.

Per stakeholder volgt een beschrijving van de gevolgen. De gevolgen worden onderverdeeld naar directe effecten en indirecte effecten. Indirecte effecten zijn de gevolgen van directe effecten. We maken onderscheid naar de betrokken stakeholders (Tabel 2). Stakeholders ervaren indirecte effecten als gevolg van “eigen” directe effecten, en als gevolg van effecten bij andere stakeholders.

3.1 Consument

Bij een groter beroep op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt zal de patiënt of consument meer tijd moeten besteden aan het stellen van de zelfdiagnose en het kiezen en uitvoeren van de zelftherapie. Dat betekent hogere eigen ‘zoekkosten’ omdat er geen zorgverlener meer voor wordt ingeschakeld. Een deel van de huidige zorgvragen aan de formele zorgverlening, komt voort uit onzekerheid van consumenten en kan worden gezien als een vraag om geruststelling. De beschikbaarheid van de informatie die consumenten daarbij gebruiken wordt ruimer, waarbij internet een steeds belangrijkere rol inneemt naast de eigen parate kennis en die van de omgeving van de consument. Voor informatie over het gebruik van zelfzorgproducten kan de consument zich ook richten tot het personeel in apotheken en drogisterijen.

In de gevallen waarin de consument voorgeschreven en vergoede geneesmiddelen inruilt voor zelfzorggeneesmiddelen, betekent dit additionele persoonlijke uitgaven. Hiertegenover zouden op termijn een verlaging (of minder grote verhoging) van de premie voor de basisverzekering kunnen staan. Bovendien wint de consument tijd (geen wachttijd in de wachtkamer van de huisarts – men hoeft überhaupt geen afspraak meer te maken). Gedeeltelijk kan dit ook werkzame tijd zijn waardoor de persoonlijke productiviteit omhoog gaat en werkgevers minder ziekmeldingen hebben. Hogere arbeidsproductiviteit is voordelig voor de werkgever en op langere termijn ook voor de werknemer.

De consument zal ervaren dat hij met de juiste ondersteuning goed in staat is zijn eenvoudige gezondheidsklachten zelf op te lossen. Dit vermindert de ongerustheid over klachten en de afhankelijkheid van zorgverleners voor geruststelling. Gelijktijdig nemen het gevoel van controle en het besef dat het mogelijk is om het ‘heft in eigen hand te nemen’ toe.

3.2 Huisarts

Het directe effect op de huisartsenzorg bestaat uit een vermindering van het aantal consulten waarin de consument om raad of geruststelling vraagt. Dit leidt in eerste instantie tot lagere

financiële opbrengsten voor een huisartsenpraktijk. De inkomsten uit het abonnementstarief blijven gelijk, maar er worden minder consulten uitgevoerd.¹⁴ Ten aanzien van de te behandelen zorgvragen, geldt dat vooral de relatief eenvoudige zorgvragen zullen wegvallen.

Er staat een aantal voordelen voor de huisarts tegenover de mogelijke inkomstendaling. Door de verminderde druk op de beperkte tijd van huisartsen, heeft hij meer tijd om relatief zware of belastende gevallen uitgebreider te behandelen. Dit kan een positief effect op de kwaliteit van de zorg hebben voor deze patiënten. Door de beschikbare gekomen tijd heeft de huisarts ook meer mogelijkheden eenvoudige verrichtingen uit te voeren waarvoor de patiënt anders naar een ziekenhuis had moeten, zoals M&I-verrichtingen.¹⁵ Deze substitutie van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg is financieel en inhoudelijk interessant voor een huisarts en maatschappelijk efficiënter. De tarieven voor eenvoudige ingrepen in een ziekenhuis zijn namelijk vaak hoger dan wanneer deze door de huisarts worden uitgevoerd. Een toename van het volume waarin huisartsen deze handelingen verrichten, leidt tot meer ervaring en betere kwaliteit. Een groter volume biedt tevens betere mogelijkheden voor specialisatie binnen huisartsenpraktijken met meerdere huisartsen. De verbeterde mogelijkheden voor de huisarts om eenvoudig werk uit handen te nemen van medisch specialisten kan het begin zijn van een betere inhoudelijke samenwerking waardoor deze verschillende zorgvormen voor de patiënt beter op elkaar zullen aansluiten.

3.3 Ziekenhuis en medisch specialist

Het effect van een uitbreiding van zelfzorg voor de ziekenhuiszorg is dat er minder relatief gemakkelijke gevallen zullen worden doorverwezen, omdat de huisarts ruimte krijgt die zelf te gaan behandelen.¹⁶ Dit leidt tot een volumedaling en tot een stijging van de zorgzwaarte van de resterende patiënten. Door de stijging van de zorgzwaarte zullen de gemiddelde kosten per patiënt waarschijnlijk stijgen. De totale kosten zullen in eerste instantie dalen.

Het uiteindelijke effect is dat er schaarse specialistentijd beschikbaar komt. Die kan worden ingezet om nieuwe patiënten aan te nemen (meer volume), om de resterende patiënten meer aandacht te geven (meer kwaliteit) en om bestaande werkwijzen en behandelingen te verbeteren (meer innovatie).¹⁷

3.4 Apotheeker

Apothekers zullen in eerste instantie merken dat het gebruik van receptgeneesmiddelen in de eerstelijns zorg licht daalt. Dit leidt tot iets minder inkomsten uit receptregelvergoedingen. Het is – zeker op de korte termijn – waarschijnlijk dat consumenten vaker ondersteuning bij zelfzorgbeslissingen vragen. Het aantal zelfzorgvragen in de apotheken neemt toe omdat het gebruik van zelfzorgproducten toeneemt (overstap van receptgeneesmiddel). Meer zelfzorgadvies leidt tot hogere praktijkkosten waar niet altijd directe inkomsten tegenover staan (het is nog niet gebruikelijk om een adviestarief te vragen), maar er zullen waarschijnlijk meer zelfzorggeneesmiddelen verkocht worden. Dat leidt tot hogere volumes en omzet in de ‘handverkoop’. Voor

¹⁴ Door het duale tariefsysteem in Nederland is het financiële effect voor huisartsen kleiner dan in landen waar de huisarts 100% op basis van consulten wordt gefinancierd.

¹⁵ M&I staat voor modernisering en innovatie. M&I-verrichtingen zijn een aparte categorie, meer gespecialiseerde medische verrichtingen die huisartsen onder voorwaarden kunnen uitvoeren om de ziekenhuiszorg te ontlasten.

¹⁶ Het is de verwachting dat maatregelen die het kabinet neemt, tevens dit effect zullen hebben.

¹⁷ Van deze drie effecten is het volume-effect het minst waarschijnlijk, omdat het impliceert dat het ziekenhuis niet reeds de zwaarste patiënten geprioriteerd zou hebben.

consumenten wordt het vragen van advies bij zelfzorgbeslissingen, zeker wanneer er zelfzorg-producten worden gebruikt, steeds belangrijker. Apothekers hebben een beter imago dan drogisten als het gaat om medische kennis en betrouwbaarheid. Hierdoor kunnen zij waarschijnlijk een sterkere positie bij consumenten opbouwen.

Op de langere termijn wordt het voor de apothekers belangrijk om op de juiste manier aan te sluiten op de mix van gradaties van zelfzorg. Consumenten hoeven en willen niet alleen van zelfzorggeneesmiddelen voorzien te worden. De apotheker(-assistent) kan zich ontplooien als een all round adviseur bij zelfzorgaangelegenheden, bijvoorbeeld door consumenten te ondersteunen bij het vinden en beoordelen van zelfzorginformatie.

Op de langere termijn, wanneer huisartsen de vrijgekomen werktijd inzetten voor het behandelen van patiënten die voorheen in de tweede lijn werden behandeld, komt het gebruik van receptgeneesmiddelen in de eerste lijn weer op peil, mogelijk zelfs op een hoger peil dan voorheen. De aard van de voorgeschreven geneesmiddelen kan veranderen, doordat patiënten met een zwaardere casemix langer in de eerste lijn blijven.

3.5 Drogist

De drogist zal in eerste instantie merken dat consumenten over de volle breedte van het zelfzorgassortiment een grotere vraag naar advies en zelfzorgproducten hebben. Daarmee zal zelfzorg een relatief belangrijker onderdeel van hun onderneming worden. De groeiemarkt zelfzorg kan ruimte bieden voor specialisatie. Bepaalde drogisten zouden zich uitsluitend op het bieden van ondersteuning bij zelfzorg kunnen gaan richten – en de overige werkzaamheden binnen de drogisterij aan andere kunnen overlaten. Mogelijk ontstaat er zelfs ruimte voor een focus op bepaalde gezondheidsklachten, zoals ‘bewegen’, ‘mentaal’ en ‘huid’.

Op marktniveau geldt dat zelfzorg als groeiemarkt nieuw ondernemerschap zal aantrekken. De hiervoor beschreven toenemende betrokkenheid van apothekers en huisartsen bij de zelfredzaamheid van consumenten, maakt dat drogisten vaker en intensiever met deze partijen te maken zullen krijgen.

In lijn met de toenemende neiging tot specialisatie in het drogistenvak, kan de toenemende zelfredzaamheid van de consument de apothekers en drogisten tot meer samenwerking aanzetten. Drogisten die gevestigd zijn in een gebied met consumenten met sterke zelfzorgcompetenties zouden sterkere concurrentie op de markt voor advies en zelfzorgproducten kunnen bemerken.

3.6 Zorgverzekeraar

In eerste instantie merken zorgverzekeraars lagere zorgkosten, doordat het aantal huisartsen-consulten, receptregelvergoedingen en voorgeschreven geneesmiddelenkosten afneemt. Als indirect effect bemerken zorgverzekeraars dat de betere samenwerking tussen zorgverleners (met name huisartsen en ziekenhuizen) kan leiden tot betere uitkomsten van zorg; zoals snellere behandelingen, minder complicaties en meer tevreden verzekerden.

Afhankelijk van de mate waarin compensatiemechanismen de verschillen tussen zorgverzekeraars verevenen, kan de premieconcurrentie toenemen omdat zorgverzekeraars de bespaarde zorgkosten via de premie aan verzekerden doorgeven. Dit kan echter ook tot een nadeel voor zorgverzekeraars leiden, als zij een oververtegenwoordiging hebben van verzekerden voor wie

eenzelfde investering in zelfzorg minder besparingen oplevert. Dit kan in theorie zelfs tot een oneerlijk ongelijk speelveld leiden waarvoor een nieuwe compensatie zou kunnen worden opgezet.

3.7 Overzicht van gevolgen

Tabel 2 Effecten per stakeholder

Stakeholder	Effecten
Consument	• Meer eigen tijd investeren in zelfdiagnose en zelftherapie • Minder verlies arbeidstijd door uitgespaard bezoek aan huisarts • Lagere premie basisverzekering • Hogere arbeidsproductiviteit • Hogere persoonlijke uitgaven voor zelfzorgproducten • Geleidelijke toename van zelfzorgervaring leidt tot grotere zelfredzaamheid • Hogere kwaliteit van bij huisarts resterende niet-zelfzorg • Betere aansluiting tussen huisartsenzorg en medisch specialistische zorg • Verbeterd toegankelijk zelfzorgaanbod via drogisterijen en apotheken
Huisarts	• Meer aandacht voor zwaardere consultaties • Meer tijd voor eenvoudige ziekenhuisgrepen (M&I verrichtingen) • Financieel en inhoudelijk interessantere werkzaamheden • Betere afstemming specialist en huisarts
Ziekenhuis	• Minder 'onnodige' patiënten • Meer tijd resterende patiënten, nieuwe patiëntencategorieën en voor innovatie
Apotheek	• Initieel minder inkomsten receptregelvergoeding, komt later weer op niveau • Hogere volumes en omzet zelfzorgproducten • Meer advies zelfzorg gevraagd • Verdere versterking van imago apotheek ten opzichte van drogist • Verschuiving in eerstelijns geneesmiddelengebruik door verzwaring gemiddelde casemix
Drogist	• Zelfzorg relatief belangrijker in onderneming • Effect op concurrentie onvoorspelbaar • Mogelijk intensievere samenwerking apotheek • Mogelijk meer op zelfzorg gespecialiseerde drogisterijen • Marktdiversificatie: toeleggen op segmenten als 'mentaal', 'bewegen' of 'huid'
Zorgverzekeraar	• Lagere kosten (huisartsen, apotheken, geneesmiddelen) • Betere samenwerking tussen zorgaanbieders leidt tot betere uitkomsten van zorg • Mate van zelfzorgbevordering wordt een nieuw criterium waarmee zorgverzekeraars zich van elkaar onderscheiden • Aandacht voor de gelijkmatige verdeling van voordelen over zorgverzekeraars om risicoselectie op zelfredzaamheid te voorkomen

4 Zelfzorgeffecten: gezondheid en economie

In de voorgaande hoofdstukken hebben we uiteengezet dat wij denken dat er ruimte is voor meer eigen verantwoordelijkheid en meer zelfredzaamheid. Ook hebben we een theoretisch raamwerk van gevolgen opgebouwd waarin we aangeven wat deze ontwikkelingen zullen betekenen voor alle direct betrokkenen. In het volgende hoofdstuk verzamelen we inzichten uit de literatuur over de effecten van zelfzorg. Deze effecten bestaan uit gezondheidseffecten en economische effecten.

Bij gebrek aan reeds beschikbaar bewijsmateriaal (zoals later in dit hoofdstuk blijkt), maken we een voorspelling van het besparingspotentieel van een betere zelfzorgbalans. Dit doen wij op basis van het zorggebruik in Nederland met betrekking tot 'kleine kwalen'. Dit zorggebruik heeft NIVEL voor ons in beeld gebracht, gebruik makend van de gegevens in de LINH database en een afbakening van gezondheidsklachten die onder wetenschappelijke verantwoordelijkheid is opgesteld door het SIR Institute for Pharmacy Practice and Policy. De gegevens waarop wij onze berekeningen baseren zijn openbaar beschikbaar in een publicatie van NIVEL.¹⁸

4.1 Gezondheidseffecten

In de literatuur is geen systematische beschrijving gevonden van de gezondheidseffecten van een verbetering in de zelfzorgbalans. De literatuur die wél gevonden is, heeft betrekking op de gezondheidsrisico's van zelfzorggeneesmiddelen. Over de positieve gezondheidseffecten van zelfzorggeneesmiddelen en over alle gezondheidseffecten van niet-farmaceutische zelfzorg kunnen we geen effecten beschrijven.

Bovendien is er geen sluitend kwantitatief inzicht in het feitelijk optreden van gezondheidsschade als gevolg van het gebruik van zelfzorggeneesmiddelen. De bestaande inzichten stoppen bij een registratie van vergiftigingsgevallen die op de spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen zijn behandeld, en het aantal informatievragen dat bij het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum is binnengekomen.

De eenzijdige opsomming van de theoretische gezondheidsrisico's van zelfzorggeneesmiddelen zoals die hierna volgt, roept al snel een negatief beeld op van zelfzorggeneesmiddelen. Dat beeld is vertekend. Het belangrijk om te beseffen dat alle geneesmiddelen gezondheidsrisico's veroorzaken, variërend tussen van tijdelijke ongemakken tot ernstige blijvende schade. Zelfzorggeneesmiddelen zijn juist bijzonder veilig bij normaal gebruik. Om die reden zijn ze zonder recept verkrijgbaar. Toch vinden we het voor de objectiviteit van deze rapportage noodzakelijk het eenzijdige beeld van de gezondheidsrisico's van zelfzorggeneesmiddelen te presenteren.

4.1.1 Theoretische nadelige effecten

In de medisch wetenschappelijke literatuur zijn verschillende publicaties over de mogelijke nadelen van zelfzorggeneesmiddelen verschenen. De belangrijkste zijn:

1. incorrecte zelfdiagnose;
2. vertraging in hulpzoekend gedrag;
3. interactie met andere geneesmiddelen;

¹⁸ J. Korevaar, S. Dorsman, R. Davids, S. Visser, W. Opstelten, M. Bouvy en I. Stirbu-Wagner, 2011. *Kleine kwalen in de huisartsenpraktijk – Contacten, verwijzingen en geneesmiddelenvoorschriften 2003-2009*. NIVEL, Utrecht.

4. verkeerd gebruik van zelfzorgmiddelen (dosering en toediening);
5. maskering van ernstige aandoeningen;
6. te lang gebruik (vaak bij chronisch zieken);
7. ernstige bijwerkingen;
8. verkeerde type zelfzorggeneesmiddel voor klachten;
9. risico's op verslaving en misbruik (recreatief en suïcidaal).^{19, 20}

Met deze nadelen wordt rekening gehouden bij de indeling van (zelfzorg)geneesmiddelen.

Afhankelijk van de kans op onjuist gebruik, worden geneesmiddelen in meer of mindere mate vrij verkrijgbaar gemaakt. De ware omvang van risico's is lastig te voorspellen of te kwantificeren. Een belangrijke reden daarvoor is dat artsen en apothekers zijn niet altijd op de hoogte zijn van het gelijktijdige gebruik van recent- en zelfzorggeneesmiddelen door hun patiënt, waardoor incidenten met zelfzorggeneesmiddelen niet altijd als zodanig worden geïdentificeerd. Als gevolg daarvan worden bijwerkingen van zelfzorggeneesmiddelen waarschijnlijk minder vaak bij de toezicht-houdende organen voor farmacovigilantie gemeld dan wanneer er een arts of apotheker betrokken is, wat de analyse bemoeilijkt.²¹

Zelfzorggeneesmiddelen die in verband met gezondheidsrisico's relatief vaak worden genoemd zijn paracetamol en NSAID's. De gemelde gezondheidsproblemen zijn leveraandoeningen en maagdarmplicaties.²² Dit zijn ernstige complicaties, maar dat wil niet zeggen dat het onveilige geneesmiddelen zijn. Ten eerste behoren paracetamol en NSAID's tot de meest gebruikte geneesmiddelen – zodat complicaties in absolute aantallen ook vaker optreden. Ten tweede treden de complicaties voornamelijk op bij chronisch gebruik in hoge doses. De complicaties treden daardoor vaak juist niet op bij zelfzorg (sporadisch, lage dosis) naar bij voorgeschreven gebruik (chronisch, hoge dosis).

4.1.2 Risicogroepen

Ouderen worden gezien als een risicogroep met betrekking tot het bevorderen van zelfzorg. Deze groep verkeert meer dan gemiddeld in een slechte gezondheid en gebruikt vaak meerdere soorten medicatie tegelijk. Het gebruik van zelfzorggeneesmiddelen zonder kennisgeving aan arts of apotheker kan tot interactie tussen medicijnen leiden.

Daarnaast vormen kinderen, en vooral pasgeborenen, een risicogroep, aangezien de werking van medicijnen bij hen kan verschillen van de werking bij volwassenen. Dit vergroot de kans op onverwachte interacties, ook bij correct gebruik van zelfzorggeneesmiddelen. Ook de wijze waarop geneesmiddelen thuis bewaard worden is een aandachtspunt. Geneesmiddelen moeten altijd buiten het bereik van kinderen worden bewaard. Er zijn geen cijfers bekend over de Nederlandse situatie. In een analyse van Australische gegevens bleek dat *unintentional use* 'substantieel' vaker voorkomt bij zelfzorggeneesmiddelen dan receptgeneesmiddelen, maar ook dat dit bij zelfzorggeneesmiddelen minder vaak tot een ziekenhuisopname leidt.²³

¹⁹ Carmel M. Hughes, James C. McElnay and Glenda F. Fleming - Benefits and Risks of Self Medication, Drug Safety 2001; 24 (14): 1027-1037.

²⁰ Ruiz, ME – *Risk of Self-Medication Practices*, Curr Drug Saf. 2010 Jul 2.

²¹ In Nederland verzamelt en analyseert Lareb de meldingen van bijwerkingen van alle geneesmiddelen, die door zorgverleners, patiënten en registratiehouders worden doorgegeven. Per jaar ontvangt Lareb ruim 6000 meldingen. In twintig procent van de gevallen gaat het om ernstige bijwerkingen. Dit houdt in dat er bijvoorbeeld sprake is van ziekenhuisopname, blijvende invaliditeit of aangeboren afwijkingen. Om bekendheid te geven aan de resultaten van het werk van Lareb verschijnen per jaar ongeveer dertig publicaties, zowel in Nederlandse als in internationale tijdschriften.

²² L. van Dijk, M. Vervloet, M. Plas, E. Breuning, E. van den Ende, Negatieve effecten van normaal en verkeerd gebruik van zelfzorggeneesmiddelen, Een literatuurstudie, NIVEL 2005

²³ Chien C, Marriott JL, Ashby K, Ozanne-Smith J. 2003. Unintentional ingestion of over the counter medications in children less than 5 years old. J Paediatr Child Health 39(4):264-9.

Een laatste groep die aandacht verdient in relatie tot het gebruik van zelfzorggeneesmiddelen, zijn vrouwen die onbewust zwanger kunnen zijn. Concreet zijn dit zeer jonge vrouwen in de vruchtbare leeftijd en vrouwen in de leeftijd rond het begin van de menopauze. Bij beide groepen komen onbewuste zwangerschappen relatief meer voor. Het gebruik van geneesmiddelen in het begin van de zwangerschap kan de ontwikkeling van het kind schaden.²⁴ De risicogroep is nadrukkelijk beduidend kleiner dan alle potentieel zwangere vrouwen. Potentieel zwangere vrouwen zijn er doorgaans juist zeer goed van op de hoogte dat het gebruik van alle geneesmiddelen tijdens de zwangerschap tot een minimum moet worden beperkt. Wie zwanger is of probeert te worden, zal daar doorgaans goed rekening mee willen houden.

4.1.3 Waargenomen risico's

Beschreven gezondheidsrisico's van zelfzorggeneesmiddelen

Nivel (2005) analyseerde de wetenschappelijke literatuur met betrekking tot de concrete gezondheidsrisico's die samenhangen met het gebruik van zelfzorggeneesmiddelen.²⁵ Zij inventariseerden de beschreven gezondheidsrisico's van paracetamol, NSAID's, aspirine, maagmiddelen en een restcategorie overige zelfzorggeneesmiddelen en maakten daarbij onderscheid naar normaal en overmatig gebruik.²⁶ Deze analyse leidde tot een totaal van 46 afzonderlijke gezondheidsrisico's, namelijk 15 beschreven risico's bij verkeerd gebruik en 31 beschreven risico's bij normaal gebruik. Met betrekking tot de vier belangrijkste zelfzorggeneesmiddelen, werden 11 (verkeerd gebruik) en 29 (normaal gebruik) beschreven gezondheidsrisico's gevonden.²⁷ Naar aanleiding daarvan pleit Nivel voor meer onderzoek naar het optreden van de risico's, juist ook omdat de risico's lang niet altijd zouden optreden als gevolg van bewust verkeerd gebruik.

Incidentie gezondheidsrisico's zelfzorggeneesmiddelen in Nederland

Nivel (2010) analyseerde in de evaluatie van de indeling van zelfzorggeneesmiddelen het verband tussen de per 2007 ingevoerde afleverstatus AV en de stijging van het aantal meldingen over gevaarlijke doses paracetamol en ibuprofen.²⁸ Het aantal blootstellingen aan ibuprofen nam toe voordat het middel algemeen verkrijgbaar werd, en kan dus niet aan de afleverstatus AV worden toegeschreven. Het aantal blootstellingen aan paracetamol nam toe na de invoering van de afleverstatus AV, maar de onderzoekers stelden niet te kunnen vaststellen of deze paracetamol voornamelijk gekocht werd in supermarkten (kleine verpakkingen) of drogisterijen en apotheken (grote verpakkingen).

Wij nemen hier de in de evaluatie gebruikte getallen niet over, omdat het onderzoek naar het feitelijk optreden van risico's wordt bemoeilijkt door de beperkte beschikbaarheid van gegevens. De beschikbare data zijn afkomstig van het Letsel Informatie Systeem (LIS) dat slachtoffers van ongevallen, geweld en zelfmutilatie op SEH-afdelingen in ziekenhuizen registreert, en van het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) van het RIVM dat voor zorgverleners bereikbaar is om informatie te verstrekken over hun bij (mogelijke) acute vergiftigingen.

LIS registreert alleen de gevallen die op de SEH binnenkomen, waardoor de registratie geen volledig beeld geeft van alle vergiftigingen en alleen de ernstige gevallen bevat. NVIC is geen

²⁴ Zie bijvoorbeeld de brochure Zelfzorg tijdens zwangerschap en borstvoeding, KNMP 2007.

²⁵ L. van Dijk, M. Vervloet, M. Plas, E. Breuning, E. van den Ende, Negatieve effecten van normaal en verkeerd gebruik van zelfzorggeneesmiddelen, Een literatuurstudie, NIVEL 2005

²⁶ Hierbij wordt opgemerkt dat deel van de negatieve effecten optreedt bij gebruik van zelfzorggeneesmiddelen op voorschrift van een arts.

²⁷ Voor een compleet overzicht verwijzen wij naar §4.4 van het betreffende literatuurstudierapport.

²⁸ Dijk, L. van; Maat, M. van der; Salimans, R.; Bouvy, M. De balans tussen verkrijgbaarheid en veiligheid. Evaluatie van de indeling van zelfzorggeneesmiddelen en de rol van drogist en apotheek bij de verstrekking. Utrecht: NIVEL, 2010.

meldpunt voor vergiftigingen maar een telefonisch informatiecentrum dat de aard van het informatieverzoek registreert, waardoor het alleen de informatieverzoeken bevat van de hulpverleners die een informatiebehoefte hadden, op de hoogte waren van het bestaan van het NVIC, in staat waren contact op te nemen met NVIC en het NVIC op dat moment verkozen boven een andere informatiebron.

Naast de beperkte beschikbaarheid van gegevens zijn er ook kanttekeningen te plaatsen bij de conclusies die het ministerie naar aanleiding van de evaluatie trekt. Zo wordt niet onderzocht of het feit dat de blootstellingen aan ibuprofen al voor 2007 begonnen toe te nemen, te maken kan hebben met een minder goede taakuitvoering door apothekers en drogisten, in plaats van de invoering van de AV-status. Met betrekking tot paracetamol, zou het zinvol zijn geweest om te onderzoeken of de toevoeging van de supermarkt als distributiekanaal ertoe geleid heeft dat apothekers en drogisten minder voorzichtig zijn geworden bij het verkopen van grootverpakkingen paracetamol.

4.1.4 *Maatregelen tegen gezondheidsschade*

Maatregelen tegen het optreden van gezondheidsschade vallen uiteen in het informeren van de gebruiker over het juiste gebruik van zelfzorggeneesmiddelen, en het aanpassen van de verkrijgbaarheid zodat er enige controle is over wie welke geneesmiddelen kan krijgen, wanneer en hoeveel. De hoofdregel blijft echter dat zelfzorggeneesmiddelen bij normaal gebruik voldoende veilig zijn om aan de eigen verantwoordelijkheid van consumenten over te laten.

De verkrijgbaarheid is gereguleerd op grond van de Geneesmiddelenwet. Voorlichting aan consumenten komt deels voort uit verplichtingen van producenten van zelfzorggeneesmiddelen, en deels uit eigen initiatief van producenten. Voorbeelden zijn de verbeterde leesbaarheid van de bijsluiter, de vermelding van de belangrijkste informatie op de verpakking van het zelfzorggeneesmiddel, en de beschikbaarheid van de zelfzorgapp voor iPhones.

Daarnaast zijn maatregelen genomen om de kwaliteit van de advisering van apothekers en drogisten bij de aankoop van zelfzorggeneesmiddelen te waarborgen, waarvan de zelfzorgstandaarden de belangrijkste zijn. Deze standaarden (elk gespecificeerd naar de specifieke taak en competenties van de apotheker en de drogist) voorzien de adviseur van relevante vragen en informatie die ter plekke aan de consument kan worden geboden. Tot dezelfde categorie maatregelen behoren de WASA-vragen voor drogisten en de WHAM-vragen voor apothekers. Dit zijn controlevragen die drogisten en apothekers bij elke verstrekking van een zelfzorggeneesmiddel kunnen stellen.

De indeling van zelfzorggeneesmiddelen (herzien in 2007) en de afschaffing van de toonbankverplichting (in 2002) zijn recent door Nivel geëvalueerd.²⁹ Uit de evaluatie volgt dat het principe van de indeling van de zelfzorggeneesmiddelen in drie categorieën breed wordt gedragen. Er zijn weinig gegevens voorhanden als het gaat om veiligheidseffecten van zelfzorggeneesmiddelen in Nederland. De stijging in het aantal meldingen van met name paracetamolvergiftigingen vraagt om aandacht. Consumenten lijken hun kennis over zelfzorggeneesmiddelen te overschatten. Voorlichting dient hiermee rekening te houden. Drogisten informeren consumenten vooral over gebruik en werking van zelfzorggeneesmiddelen en minder over de mogelijke risico's.

²⁹ Van Dijk, Van der Maat, Salimans, Bouvy 2010. De balans tussen verkrijgbaarheid en veiligheid – Evaluatie van de indeling van zelfzorggeneesmiddelen en de rol van drogist en apotheek bij de verstrekking. Utrecht, september 2010.

Uit een enquête van TNS Nipo in 2007 blijkt de helft van het Nederlandse publiek een voorkeur te hebben voor verstrekking van zelfzorggeneesmiddelen via het zelfbedieningsschap, met advies van een apotheker of drogist op verzoek beschikbaar.³⁰ Een derde van de ondervraagden geeft de voorkeur aan de verplichte verstrekking van zelfzorggeneesmiddelen over de toonbank.

De evaluatie van de indeling van zelfzorggeneesmiddelen besteedt verder aandacht aan de verschillende organisatie van toezicht op de drogisten en apothekers. Het CBD vervult zelf een belangrijke rol in het toezicht op drogisten en heeft toezicht hierop geregeld. Tegen de wens van het CBD ziet de IGZ voor zichzelf geen grote rol in het toezicht op drogisten. Apothekers staan als BIG-geregistreerde zorgverleners wel onder toezicht van de IGZ. Het CBD en KNMP pleiten beide voor 'verantwoord mystery guest onderzoek' om kwaliteit te meten en als prikkel voor verbetering.

Minister Schippers zag in de uitkomsten van de evaluatie geen aanleiding voor een aanpassing van de driedelige indeling van zelfzorggeneesmiddelen of voor een herinvoering van de toonbank-verplichting.³¹ Wel heeft zij het CBG gevraagd de huidige norm voor de UAD-verpakkingsgrootte van paracetamol te bezien in het licht van veilig gebruik. Het CBG heeft op 1 september 2011 het voorgenomen besluit genomen om de verpakkingsgrootte van paracetamol 500 mg in het UAD verkoopkanaal te limiteren tot 50 stuks. In oktober vinden consultatiebijeenkomsten plaats waarop belanghebbenden hun visie kenbaar kunnen maken. Het definitieve besluit wordt voorzien op 24 november 2011.

4.2 Economische effecten

De gepubliceerde metingen en schattingen waarnaar in de voorgaande hoofdstukken al is verwezen, hebben voornamelijk betrekking op relatief eenvoudig kwantificeerbare grootheden zoals de directe zorgkosten en de 'tijdprijs' die de patiënt 'betaalt' bij formele zorgverlening. Dit betreft slechts een deel van de grootheden waarop een verbetering van de balans tussen zelfzorg en zorgverlening effecten kan hebben. Andere grootheden die waarschijnlijk een grote maatschappelijke waarde vertegenwoordigen zijn niet of moeilijk kwantificeerbaar. Wij denken bijvoorbeeld aan de manier waarop zorgaanbieders in de eerste en tweede lijn samenwerken, en de ruimte voor innovaties die in de ziekenhuissector kan ontstaan (lange-termijneffecten zijn soms pas jaren later meetbaar en meestal is op dat moment toewijzing aan een bepaalde interventie discutabel).

4.2.1 Economische schatting zelfmedicatie EU25

De Europese brancheorganisatie van fabrikanten van zelfzorggeneesmiddelen (AESGP) onderzocht in 2004 de effecten voor de publieke gezondheid en de economische effecten van een uitbreiding van het gebruik van zelfzorggeneesmiddelen. Hierin wordt voor Oostenrijk, Frankrijk, Duitsland, Italië, Portugal, Spanje en het Verenigd Koninkrijk het effect berekend van een verschuiving van vijf procent (in omzet) van de voorgeschreven geneesmiddelen naar de categorie van zelfzorggeneesmiddelen. Ter onderbouwing verwijzen de onderzoekers naar Duitse en Italiaanse onderzoeksresultaten die een stellen dat 14, resp. 15 procent van alle geneesmiddelenvoorschriften betrekking hebben op kleine kwalen. Er wordt een potentiële besparing berekend van in totaal EUR 11 miljard. Dat is ongeveer EUR 35 per hoofd van de bevolking van de betreffende

³⁰ Petra Kramer 2007. OTC achter de toonbank of in het zelfbedieningsschap?. TNS Nipo, november 2007.

³¹ Aanbiedingsbrief standpunt evaluatie indeling zelfzorggeneesmiddelen en rol drogist. Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer, d.d. 5 november 2010, kenmerk GMT/MVG 3030545.

landen. Een vergelijkbare besparing zou voor de Europese Unie als geheel³² oplopen tot ruim EUR 16 miljard per jaar.

De becijferde besparingen worden onderverdeeld in besparingen op publieke middelen en besparingen voor werkgevers en de economie als geheel. In de eerste categorie vallen vermeden kosten van:

- artsenbezoek;
- recepten die door artsen worden voorgeschreven;
- eigen bijdragen bij recepten in sommige landen (netto).³³

De tweede categorie bestaat uit:

- de mogelijke substitutie van huisartsenzorg voor specialistische zorg in de vrijgekomen tijd,
- verhoogde productiviteit door minder absentie bij minder artsenbezoek tijdens werktijden,
- verhoogde arbeidsproductiviteit door versnelde terugkeer op het werk³⁴;
- een verhoging van beschikbare tijd door het verminderen van reistijd en reiskosten, omdat een bezoek aan de dokter wordt vermeden.

Een belangrijk punt van kritiek op dit onderzoek richt zich op het veronderstelde verschuivingspercentage van 5 procent. Het is discutabel of er in andere landen in vergelijkbare mate geneesmiddelen voorgeschreven worden bij kleine kwalen als in Duitsland en Italië. Tevens is het niet onwaarschijnlijk dat de gemiddelde kosten van de voorgeschreven geneesmiddelen bij kleine kwalen lager zijn dan bij een ander voorschrift. Ten slotte is de extrapolatie van de resultaten van de zeven onderzochte landen naar de 25 lidstaten op niet apart getoetste aannames gebaseerd. Ondanks deze methodologische kwesties, is duidelijk dat het besparingspotentieel aanzienlijk is.

4.2.2 Economische en public health effecten zelfmedicatie Verenigd Koninkrijk

Een meer recente studie uit 2009 beschrijft de mogelijke impact van meer zelfzorg in het Verenigd Koninkrijk.³⁵ Op basis van een binnen het Verenigd Koninkrijk gehanteerde definitie voor kleine kwalen is berekend dat kleine kwalen in 57 miljoen van de totale 290 miljoen huisartsconsulten aan de orde komen. 51,4 miljoen consulten zouden zelfs geheel aan kleine kwalen gewijd worden. Daarbij worden ook geneesmiddelen voorgeschreven. Met deze 51,4 miljoen consulten zijn de volgende kosten voor de National Health Service (NHS) gemoeid: GBP 1,5 miljard consultkosten en GBP 0,3 miljard geneesmiddelenkosten. In tijd uitgedrukt besteedt een Engelse huisarts ongeveer een uur per dag aan kleine kwalen.

Deze studie beschrijft dus het maximale potentieel (GBP 1,8 miljard, ofwel circa 2 miljard euro³⁶) dat overgeheveld zou kunnen worden als – theoretisch gesproken – alle bezoeken aan de huisarts voor kleine kwalen voorkomen zouden kunnen worden en mensen voorgeschreven recepten zelfstandig kopen bij de apotheker of drogist. De daadwerkelijke besparing ligt lager maar er is geen onderzoek gedaan naar de concrete mogelijkheden tot besparingen. De studie geeft verder nog een aantal interessante observaties voor het Verenigd Koninkrijk:

³² In 2004 bestond de Europese Unie nog uit 25 lidstaten.

³³ In enkele landen was de eigen bijdrage voor sommige voorgeschreven geneesmiddelen zo hoog dat patiënten per saldo toch minder gaan betalen, omdat de gemiddelde prijs van het middel Over-The-Counter (OTC) lager was dan de eigen bijdrage voor het voorgeschreven middel.

³⁴ De studie veronderstelt dat mensen die zelf 'gedokterd' hebben eerder besluiten om weer aan de slag te gaan dan mensen die voor advies of bevestiging een dokter hebben geraadpleegd.

³⁵ PAGB: Driving the Self Care Agenda, IMS Health Management Consulting

³⁶ Wisselkoers EUR - GBP (april 2011).

De top tien van kleine kwalen is goed voor 78 procent van de totale collectieve kosten voor de behandeling van kleine kwalen. Binnen deze top tien zijn rugpijn, brandend maagzuur, eczeem, verkoudheid en obstipatie de belangrijkste kwalen;

65-plussers en vrouwen gaan met kleine kwalen significant vaker naar een dokter dan mannen jonger dan 65 jaar.

De studie beschrijft een aantal voorbeelden van positieve effecten van een toenemende nadruk op zelfzorg. Los van de vermeden kosten voor artsbezoek en het voorschrijven van medicijnen voorziet de studie in de volgende effecten (voor het Verenigd Koninkrijk):

- Onmiddellijke toegang tot een apotheker of drogist in tegenstelling tot twee a drie dagen wachttijd bij de huisarts;
- Vermindering van reistijd en reiskosten voor de patiënt;
- Minder verlies van werktijd door overslaan van huisarts;
- Eenvoudiger toegang tot GP voor patiënten met zwaardere kwalen door minder drukte bij GP
- Meer aandacht bij GP voor patiënten met zwaardere kwalen;
- Lagere kosten van voorschrijven van geneesmiddelen;
- Mogelijk lagere kosten van gebruik geneesmiddelen als GP duurder middelen voorschrijft dan noodzakelijk;
- Besparing op ziekenhuiszorg door mogelijkheid voor GP om additionele diensten aan te bieden uit de ziekenhuiszorg die zij mogelijk goedkoper kunnen aanbieden dan ziekenhuizen (bv. eenvoudige chirurgische ingrepen, bloedtesten, anticonceptie);
- Verhoogde werktevredenheid bij huisartsen.

4.3 Consumenteneffecten

In een Vlaams consumentenonderzoek (2009) is gekeken naar het oordeel van consumenten over de advisering door de apotheker bij Over The Counter (OTC) verstrekking van niet-receptplichtige geneesmiddelen.³⁷ Dit onderzoek werd uitgevoerd in het licht van een voorgenomen beleidswijziging die apotheken in staat zou stellen webstores met thuisbezorging te starten. Uit het onderzoek blijkt onder meer dat Vlaamse consumenten niet lijken in te stemmen met een verstrekking van geneesmiddelen via een ander kanaal dan de apotheek. De 'community pharmacy' kwam als enige distributiekanaal positief uit het onderzoek, waar 'internet order and pick-up in pharmacy', 'drugstore', 'supermarket' en 'internet order and home delivery' allen negatief beoordeeld worden door de Vlaamse consument.

De onderzoekers concluderen dat de Vlaamse consument tevreden is met de bestaande indeling, waarin hij sommige geneesmiddelen eventueel zonder tussenkomst van de arts en met advies van de apotheker kan krijgen. De consumenten kennen aan de arts én aan de apotheker een belangrijke adviserende rol toe. Om een efficiënt en veilig gebruik van zelfzorggeneesmiddelen te bevorderen, zijn de onderzoekers van mening dat de communicatie tussen arts en apotheker over het geneesmiddelengebruik van een patiënt moet verbeteren. Zij pleiten tenslotte voor een patiëntgebonden medicatiedossier waarin zowel prescriptie- als OTC-medicatie wordt bijgehouden.

Ondanks de verschillen tussen Nederland en België (geen zelfzorggeneesmiddelen bij drogist verkrijgbaar, cultuurverschillen m.b.t. gezondheidsbeleving), is dit Vlaamse onderzoek informatief, omdat dit onderzoek als enige in de wetenschappelijke literatuur is aangetroffen dat betrekking heeft op het vrijer verkrijgbaar maken van geneesmiddelen die al zonder recept verkrijgbaar zijn.

³⁷ Steven Simoens, Marieke Lobeau, Koen Verbeke and Arthur van Aerschoot 2009. *Patient experiences of over-the-counter medicine purchases in Flemish community pharmacies*. Pharmacy World & Science. Volume 31, Number 4, 450-457.

Over de Nederlandse situatie zijn zeer recent gegevens over het gebruik van online informatie over zelfzorg door Nederlandse consumenten bekend geworden. Uit deze cijfers blijkt dat de beschikbare informatie op een verstandige manier gebruikt wordt. Online-informatiegebruikers vinden vaker dat ze een goede keuze hebben kunnen maken uit de soorten en merken zelfzorggeneesmiddelen, en vinden vaker dat ze precies weten hoe ze zelfzorggeneesmiddelen veilig kunnen gebruiken.³⁸

Over het niet-receptplichtig maken van geneesmiddelen (ofwel de “Rx-to-OTC switch”) is beduidend meer gepubliceerd. Hemwall benoemt in een beschouwing van Rx-to-OTC switches in de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk en Europa de factoren die een dergelijke statusverandering bemoeilijken of tot een succes maken.³⁹ Met name opvallend noemt Hemwall de vooruitstrevende wijze van vrijgeven door de Britse geneesmiddelenautoriteit MHRA waar de gecentraliseerde autoriteit van de Europese Unie, EMA, maar moeizaam via de gecentraliseerde procedure in 2009 de middelen pantoprazol en orlistat heeft vrijgegeven. De verklarende factoren achter deze verschillen zouden bestaan uit verschillende cultuurnormen, business modellen, en weerstand vanuit de medische stand en regelgevende instanties. In de visie van deze auteur zal zelfzorg in de toekomst een significante bijdrage aan de publieke gezondheid leveren, veel meer dan de rol die zelfzorggeneesmiddelen aanvankelijk waren toebedeeld: symptoombestrijding van aandoeningen die ook vanzelf wel zouden overgaan. Voorwaarde is echter *patient empowerment*: onder meer dat de consument werkelijk verantwoordelijk moet zijn voor het naleven van voorschriften over het gebruik van geneesmiddelen en afkapmomenten waarop professioneel advies gevraagd moet worden.

De Oostenrijkse branchevereniging van zelfzorggeneesmiddelenfabrikanten (IGEPHA) heeft in 2010 een consumentenonderzoek laten uitvoeren waarin is onderzocht wat consumenten onder kleine kwalen verstaan⁴⁰, en hoe zij aankijken tegen veilig gebruik van zelfzorggeneesmiddelen, de rol van artsen en apothekers, en de toekomstige rol van zelfzorggeneesmiddelen binnen het Oostenrijkse zorgstelsel.⁴¹ Dit levert een interessant inzicht, namelijk een besparingspotentieel van ruim 6 procent van de Oostenrijkse consumenten dat bij een typische kleine kwaal in eerste instantie een dokter bezoekt. Echter de consumenten zijn ook bereid, binnen hun financiële mogelijkheden, zelf verantwoordelijkheid te nemen en voor zelfzorggeneesmiddelen te betalen.

Synovate heeft recent in opdracht van Neprofarm aan het Nederlandse publiek vragen gesteld over hoe vaak eenvoudige gezondheidsklachten voorkomen en hoe zij daarmee omgaan,⁴² Synovate concludeert:

1. Spier- en gewrichtspijn komen veel voor en mensen ervaren er veel last van;
2. Huisartsen schrijven bij eenvoudige klachten vaak receptgeneesmiddelen voor;
3. Nederlanders geven het lichaam bij voorkeur eerst zelf de kans te herstellen, dan pas gebruiken ze een zelfzorgmiddel;

³⁸ J. Hermesen, L. van Dijk. Factsheet Gebruik van internet als informatiebron bij gecombineerd gebruik van zelfzorg- en receptgeneesmiddelen. Utrecht, NIVEL 2011.

³⁹ E L Hemwall 2010. *Increasing Access to Nonprescription Medicines: A Global Public Health Challenge and Opportunity*. Clinical Pharmacology & Therapeutics (2010) 87 3, 267–269.

⁴⁰ Ook benoemd als: non-serious illnesses, minor illnesses of alledaagse aandoeningen.

⁴¹ De 664 personen in dit onderzoek denken bij kleine kwalen vooral aan een verkoudheid (89,5%) en pijn (42,9%). In de meeste gevallen (40,2%) wachten de respondenten in eerste instantie het beloop af. Een minderheid (6,6%) gaat in eerste instantie naar een dokter. Drie kwart van de respondenten denkt niet dat zelfzorggeneesmiddelen minder bijwerkingen hebben dan voorgeschreven geneesmiddelen. Ongeveer 60% van de respondenten geeft aan, binnen de eigen financiële mogelijkheden, een hoge of gemiddelde betalingsbereidheid te hebben voor zelfzorggeneesmiddelen, om kosten te besparen voor het zorgstelsel.

⁴² *Huisarts of zelfzorg? Hoe gaan consumenten om met eenvoudige klachten?* Synovate in opdracht van Neprofarm. Amsterdam, juni 2011.

4. Nederlanders beschikken voor hun gevoel meestal wel over voldoende kennis om hun klachten te kunnen behandelen, en anders vragen ze de apotheker.

4.4 Concreet besparingspotentieel Nederland

Het besparingspotentieel van een land is sterk afhankelijk van lokale regulering en cultuur. Het zou daarom niet goed zijn om schattingen voor de Nederlandse besparingsmogelijkheden te baseren op metingen van andere landen (paragraaf 4.2). Wij hebben het besparingspotentieel van de huidige Nederlandse situatie berekend door gebruik te maken van een gevalideerde definitie van 'kleine kwalen' en betrouwbare cijfers over het gebruik van huisartsenzorg. Het noodzakelijke onderzoekswerk is door onafhankelijke onderzoekers uitgevoerd. Voor een uitgebreide omschrijving van de berekening verwijzen wij naar Bijlage V. Het mooie van deze methode is dat dezelfde werkwijze in andere landen ook toepasbaar is. En dat zal resultaten opleveren die internationale vergelijkingen mogelijk maken.

Zoals uit hoofdstuk 3 valt op te maken, zijn veel van de effecten van een betere balans in zelfzorg en formele zorgverlening niet van materiële aard, en/of niet goed meetbaar. In deze studie kiezen we voor een voorzichtige aanpak in de schatting van het Nederlandse besparingspotentieel. We zijn zo voorzichtig om geen overspannen verwachtingen te wekken. Het hierna berekende besparingspotentieel van de herbalancering tussen zelfzorg en formele zorgverlening is een (mogelijk forse) onderschatting van het werkelijk potentieel.

Het NIVEL heeft de tijdsbesteding van huisartsen in verband met kleine kwalen geïnterviewd.⁴³ De verzamelde gegevens hebben betrekking op alle gezondheidsklachten (uitgedrukt in ICPC-codes) waarvan naar professionele inschatting gemiddeld meer dan 50% van de aan huisartsen gepresenteerde klachten met zelfzorg afdoende behandeld kan worden. Het NIVEL heeft een beschouwing gepubliceerd op alleen de ICPC-codes waarbij minstens 75% van de klachten 'zelfzorgwaardig' is. Wij baseren onze berekening op alle ICPC-codes die uit de Delphi-rondes van de experts volgden, omdat dit een beter beeld geeft van de totale omvang van het zorggebruik in kwestie. Als een ICPC-code een 'lage zelfzorgscore' heeft (tussen 50 en 75%), wil dat niet altijd zeggen dat de zelfzorgwaardigheid twijfelachtig is. Een lage zelfzorgscore kan ook veroorzaakt zijn doordat de betreffende ICPC-code heel breed gedefinieerd is wan daardoor een heterogeniteit aan meer en minder zelfzorgwaardige klachten omvat.

4.4.1 Patiëntencontacten van huisartsen

In 2009 hadden de Nederlandse huisartsen bij 12,5 miljoen patiëntcontacten in verband met een kleine kwaal. Zij zagen ongeveer 6,8 miljoen keer een patiënt op het spreekuur, schreven 3,5 miljoen herhaalrecepten uit en hadden bijna 1,8 miljoen telefonische consulten. Daarnaast waren er kleinere aantallen visites en emailconsulten. In 2006 waren er in totaal ruim 9,2 miljoen patiëntcontacten voor kleine kwalen. De totale zorgkosten van deze contacten zijn gestegen van 71 miljoen euro in 2006 naar bijna 96 miljoen euro in 2009. Ongeveer 12,5% van het aantal en de kosten van patiëntcontacten van huisartsen in 2009 had betrekking op kleine kwalen, tegen ongeveer 10,8% van het aantal contacten in 2006. Het totaal aantal patiëntcontacten van huisartsen (dus niet uitsluitend voor kleine kwalen) was ongeveer 100,9 miljoen in 2009 en 85,2 miljoen in 2006.⁴⁴ De totale kosten die daarmee gemoeid waren in 2009 zijn ongeveer 770 miljoen

⁴³ J. Korevaar, S. Dorsman, R. Davids, S. Visser, W. Opstelten, M. Bouvy en I. Stirbu-Wagner, 2011. *Kleine kwalen in de huisartsenpraktijk – Contacten, verwijzingen en geneesmiddelenvoorschriften 2003-2009*. NIVEL, Utrecht.

⁴⁴ Verheij RA; Van Dijk CE; Stirbu-Wagner I; Dorsman SA; Visscher S; Abrahamse H; Davids R; Braspenning J; Van Althuis T; Korevaar JC. Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland.

euro.⁴⁵ De toename in het aantal contacten en in de kosten van huisartsenzorg bij kleine kwalen bedraagt 35% ten opzichte van 2006 en 45% ten opzichte van 2003. De grootste toename heeft plaatsgevonden in de herhalingsreceptuur (+95% ten opzichte van 2003). Het huisartsenzorggebruik bij kleine kwalen neemt dus niet alleen toe, maar groeit ook nog sneller dan het totale huisartsenzorggebruik. Huisartsen worden dus ook in een toenemend deel van hun werktijd benaderd voor kleine kwalen.

Tabel 3 Volume en kosten patiëntcontacten in verband met kleine kwalen

		2003	2006	2009
Consulten <20 min.	Aantal	5.354.701	4.995.917	6.170.985
	Kosten	€ 48.192.311	€ 44.963.255	€ 55.538.867
Consulten > 20 min.	Aantal		282.415	671.164
	Kosten		€ 5.083.467	€ 12.080.953
Visites <20 min.	Aantal	261.031	201.562	237.333
	Kosten	€ 3.523.921	€ 2.721.081	€ 3.203.996
Visites > 20 min.	Aantal		74.973	53.086
	Kosten		€ 1.686.894	€ 1.194.424
Telefonische consulten	Aantal	1.169.782	1.090.621	1.789.553
	Kosten	€ 5.264.020	€ 4.907.795	€ 8.052.989
Emailconsultent	Aantal		2.777	5.880
	Kosten		€ 12.496	€ 26.461
Herhalingsrecept	Aantal	1.810.539	2.594.166	3.530.594
	Kosten	€ 8.147.427	€ 11.673.746	€ 15.887.673
Totaal huisartsraadplegingen	Aantal	8.596.054	9.242.431	12.458.595
	Kosten	€ 65.127.679	€ 71.048.735	€ 95.985.363

Bron: NIVEL 2011, bewerking Ecorys.

Voor de goede orde onderstrepen we dat dit een voorzichtige schatting is: slechts de klachten waarvan de experts verwachten dat ten minste de helft van de gevallen zelfzorgwaardig is, zijn meegeteld. In de kostenberekening richten we ons alleen op de directe (variabele) kosten van huisartsenzorg, namelijk de verrichtingentarieven.⁴⁶ De kosten voor herhalingsreceptuur maakten met bijna 16 miljoen euro een belangrijk onderdeel uit van de totale kosten. Vanaf 2010 zijn herhalingsrecepten geen afzonderlijk declarabele verrichting van huisartsen meer, maar worden bekostigd uit de vaste inkomsten per ingeschreven patiënt (abonnementstarieven).⁴⁷

4.4.2 Voorgescreven geneesmiddelen in verband met kleine kwalen

Het totale voorgeschreven geneesmiddelengebruik in verband met kleine kwalen is op basis van de gegevens van het NIVEL niet exact te bepalen. Om die reden kennen wij er ook geen besparingspotentieel aan toe. Een van de problemen bij de bepaling van het zelfzorgwaardige aandeel in de geneesmiddelenvoorschriften is de fundamentele vraag of een bepaalde klacht zelfzorgwaardig kan zijn, als een huisarts besloten heeft een geneesmiddel voor te schrijven. Deze vraag kunnen wij binnen dit onderzoek niet beantwoorden. De totale waarde van het

Utrecht/Nijmegen: NIVEL/IQ, 2009, [http://www.nivel.nl/oc2/page.asp?pageid=14062], bezocht op 29 september 2011. Bewerking landelijke cijfers door Ecorys.

⁴⁵ CVZ Zorgcijfers, Huisartsenzorg – Consulttarieven 2006-2010 [http://www.zorgcijfersdata.cvz.nl/tabelPagina.asp?label=00-totaal&tabel=jjaar&geg=kost&item=201506], bezocht 30 september 2011.

⁴⁶ Ongeveer de helft van de macrohuisartsenkosten bestaat uit abonnementstarieven (vaste bedragen per jaar per ingeschreven patiënt).

⁴⁷ Deze kosten zullen in 2010 dus niet meer afzonderlijk te onderscheiden zijn. Desalniettemin zullen huisartsen nog tijd blijven besteden aan herhaalreceptuur – wat natuurlijk ook een kostenpost vertegenwoordigt.

voorgeschreven geneesmiddelengebruik (apothekerskosten plus geneesmiddelenkosten) is dermate hoog

In aanvulling op de analyse van NIVEL, waarin wordt gerapporteerd dat er een geneesmiddel wordt voorgeschreven bij 55% van de consulten bij een klacht met een zelfzorgscore groter dan 75%, hebben wij berekend dat er in 2009 in totaal 37 miljoen recepten zijn uitgeschreven bij de 55 ICPC-codes met een zelfzorgscore van minstens 50% (22.495 voorschriften per 10.000 ingeschreven patiënten). Gegeven het totaal van 12,5 miljoen huisartscontacten in verband met kleine kwalen in 2009, roept dit de vooralsnog onbeantwoorde vraag op hoe het kan dat er ongeveer 3 voorschriften per contact worden afgegeven.

4.4.3 Opvallende aandoeningen en voorschriften

ICPC-codes voor kleine kwalen die opvallen met het oog op het gebruik van huisartsenzorg zijn dermatomycosen (S74), hoesten (R05), wratten (S03) en hooikoorts/allergische rhinitis (R97). Dermatomyosen en hoesten komen beide voor in de top-3 wat betreft aantal consulten en aantal herhaalrecepten. Wratten zijn de derde meest voorkomende aandoening bij de consulten; hooikoorts/allergische rhinitis is de meest voorkomende aandoening bij herhaalrecepten. Protonpompremmers zijn bij kleine kwalen de meest voorgeschreven geneesmiddelen.

Wij schatten de totale geneesmiddelen- en verstrekingskosten bij de voorschriften voor [hooikoorts/allergische rhinitis](#) op ongeveer 63 miljoen euro. De meest voorgeschreven geneesmiddelen bij deze klacht zijn corticosteroiden (ATC-code R01AD) met 514 voorschriften per 10.000 ingeschreven patiënten. Dit komt overeen met ongeveer 37% van het totaal aantal voorschriften, ofwel ongeveer 19,8 miljoen euro.

De kosten van huisartscontacten in verband met [dermatomycosen](#) in 2009 bedragen ongeveer 15 miljoen euro. De kosten van de voorgeschreven geneesmiddelen zijn ongeveer 180 miljoen euro. Bovendien valt de grote stijging van de geneesmiddelenkosten op, want in 2006 bedroegen deze kosten nog ongeveer 60 miljoen euro. Deze kostenstijging houdt verband met de sterk toegenomen gemiddelde kosten per voorschrift van imidazool- en triazoolderivaten, die tussen 2006 en 2010 verdrievoudigd zijn.⁴⁸

De kosten van huisartscontacten in verband met [hoesten](#) in 2009 bedragen ongeveer 9,5 miljoen euro. De kosten van voorgeschreven geneesmiddelen zijn ongeveer 32 miljoen euro. De kosten van huisartscontacten in verband met [wratten](#) in 2009 bedragen ongeveer 4,8 miljoen euro.

[Protonpompremmers](#)⁴⁹ (ATC-code A02BC) werden in 2009 bedroeg bijna 10,2 miljoen keer voorgeschreven voor kleine en niet-kleine kwalen, wat ongeveer 226 miljoen euro aan gedeclareerde kosten vertegenwoordigt.⁵⁰ Protonpompremmers zijn de meest voorgeschreven geneesmiddelen in Nederland. Protonpompremmers zijn in 2009 ruim 1.300 keer voorgeschreven per 10.000 ingeschreven patiënten in verband met kleine kwalen – omgerekend naar landelijk niveau komt dat overeen met ruim 2 miljoen voorschriften. Dus ongeveer 20% van de voorschriften voor protonpompremmers houdt verband met een kleine kwaal. Ook voor kleine kwalen zijn protonpompremmers de meest voorgeschreven geneesmiddelen.

⁴⁸ Bron: GIP/College voor zorgverzekeringen 2011.

⁴⁹ Protonpompremmers hebben een bepaalde moleculaire structuur waardoor zij bijvoorbeeld gebruikt kunnen worden om de zuurgraad van maagzuur te verlagen. Ze worden daarom veel chronisch gebruikt bij maagzweren en refluxklachten.

⁵⁰ Bron: GIP/College voor zorgverzekeringen 2011.

4.5 Conclusie

De economische effecten van een optimale balans tussen zelfzorg en zorgverlening zijn theoretisch goed te voorspellen (zie hoofdstuk 3). Aan empirische metingen is er echter beperkt bruikbaar materiaal beschikbaar. Internationale vergelijkingen zijn beperkt mogelijk vanwege verschillen in zorgsystemen en methodologische kwesties in de beschikbare publicaties. Bovendien is de reikwijdte van betrokken gezondheidsklachten vaak niet duidelijk gedefinieerd.

Wij hebben een voorzichtige schatting gemaakt van de kwantificeerbare baten van een optimalisatie van de balans in zelfzorg en zorgverlening. Het besparingspotentieel van zelfzorg op het gebruik van huisartsenzorg in 2009 bedraagt 96 miljoen euro. Hierin zijn de kosten van apothekerszorg en de kosten van de voorgeschreven geneesmiddelen niet meegenomen. Met name de geneesmiddelkosten die ook uit de basisverzekering worden betaald, zijn een veelvoud van 96 miljoen euro.

De potentiële gezondheidsrisico's van zelfzorggeneesmiddelen trekken veel aandacht van onderzoekers en zijn daardoor regelmatig onderwerp van publicatie. Het daadwerkelijk optreden van negatieve effecten wordt echter slecht gemeten en de metingen die er zijn, zijn dan ook met veel onzekerheid omgeven. Dat de risico's onder controle zijn blijkt uit dat de recente evaluatie van de indeling van zelfzorggeneesmiddelen, waarna de minister van VWS *geen* aanleiding zag om de indeling te herzien.

5 Wat vinden de stakeholders ervan?

Maatschappelijk en professioneel wordt breed onderschreven dat de formele zorgverlening belast wordt met zorgvragen die niet per se op dat zorgniveau thuishoren. Met name huisartsen worden belast met kleine kwalen en eenvoudige terugkerende handelingen. Als een deel van deze werkbelasting zou kunnen worden ondervangen door beter gebruik te maken van zelfzorg, kan dit tot besparingen leiden. Om deze besparingen te realiseren, zullen de verschillende betrokken partijen (stakeholders) samen actie moeten ondernemen. Want zelfzorg en individuele gezondheidszorg hangen met elkaar samen, en de manier waarop gezondheidszorg wordt uitgevoerd bepaalt mede de manier waarop zelfzorg uitgevoerd kan worden.

5.1 Huisartsen

De huisartsen oordelen heel positief over zelfzorg en over het bevorderen van de zelfredzaamheid van consumenten.⁵¹ Zij beschouwen zelfzorg als een normale vorm van eigen verantwoordelijkheid, maar betreuren het dat mensen deze steeds minder nemen. Enerzijds komt dit doordat mensen niet meer over de juiste kennis en vaardigheden beschikken (afgenomen zelfredzaamheid). Anderzijds komt dit door de verdienstelijking van de gehele samenleving (het wordt steeds gebruikelijker voor individuele zaken extern advies 'in te huren', liefst 7 x 24 uur). Een overmatig beroep op de formele zorgverlening leidt tot onnodig hoge zorgkosten. Artsen onderschrijven dat de formele zorgverlening vaak met minder urgente vragen en problemen wordt belast.^{52,53} Patiënten lijken dus veeleisender en mondiger geworden, maar niet noodzakelijk ook meer zelfredzaam.

Met name de afnemende zelfredzaamheid van patiënten vormt volgens huisartsen een obstakel om zonder meer een uitbreiding van zelfzorg te stimuleren. Ten eerste wijzen de huisartsen erop dat 80% van de eenvoudige klachten die hen gepresenteerd worden, vanzelf over gaan. Maar het lukt steeds minder mensen om deze symptomen te onderkennen. Daarnaast missen mensen de vroeger vanzelfsprekende kennis over huis-, tuin- en keukenmiddeltjes bij alledaagse aandoeningen. Een van de verklaringen hiervoor is het verdwijnen van het driegeratiegezin, waarin met name grootmoeders een actieve rol speelden met betrekking tot zelfzorg en hun jarenlange ervaring op het gebied van huis-, tuin- en keukenmiddeltjes doorgaven aan jonge moeders. Ze wijzen er daarom op dat 'echte zelfzorg' (volledig zelfstandig zonder advies of begeleiding van opgeleide professionals) steeds minder voorkomt. Binnen deze status quo leidt een verruiming van het gebruik van zelfzorggeneesmiddelen zonder maatregelen ter bevordering van de zelfredzaamheid, volgens de huisartsen tot gezondheidsrisico's.

Hier staat tegenover dat de houding van patiënten ten opzichte van de huisarts veranderd is. Voorheen namen patiënten gemakkelijker aan wat de arts zei. Tegenwoordig verzamelen veel patiënten thuis informatie en verwachten zij van de arts dat hij/zij hun vermoedens bevestigt of hen van het tegendeel overtuigt.

⁵¹ De inzichten in deze paragraaf zijn gebaseerd op een expertmeeting met 7 huisartsen in september 2010.

⁵² Duursma Healthcare Research (2010). De HuisartsenOmnibus van mei 2010.

⁵³ Onderzoek naar de werkbelasting van huisartsen uit 2009 signaleert echter dat huisartsen in 2001 minder met 'wissewasjes' bezocht werden dan in 1987. [<http://www.nivel.nl/oc2/page.asp?PageID=13111>]

In maatregelen die bedoeld zijn om de balans terug te brengen tussen zelfzorg en zorgverlening, moet aandacht zijn voor de rol van artsen. Zij willen niet verantwoordelijk gehouden worden voor gezondheidsschade van verkeerde zelfzorgbeslissingen, maar hebben nu niet de middelen om individuele gevallen te monitoren en begeleiden.

Ten aanzien van de actuele zelfzorggeneesmiddelenvoorziening zijn huisartsen overwegend kritisch. De meeste zelfzorggeneesmiddelen zijn weliswaar veilig bij normaal gebruik, maar zijn echte medicijnen met serieuze risico's. De kwaliteit van advies van drogisten bij UAD-geneesmiddelen is volgens hen onvoldoende om juist gebruik te garanderen.

Oplossingsrichtingen voor een verantwoorde uitbreiding van zelfzorg, liggen vooral in het vergroten van de zelfredzaamheid. Concrete mogelijkheden hiervoor zijn informatievoorziening door middel van een publiekscampagne, door kinderen op school iets te leren over zelfredzaamheid bij ziekte en door betere informatie te geven over het veilige gebruik van zelfzorggeneesmiddelen. Onder dit laatste punt wordt met name informatie over "afkappunten" verstaan: wanneer moet je stoppen, hoe lang kun je doorgaan, wanneer moet je een middel niet gebruiken. Dat kan bijvoorbeeld door een webapplicatie en door kleurcoderingen op de verpakkingen van zelfzorggeneesmiddelen. Ten aanzien van de indeling van geneesmiddelen benoemen de huisartsen enkele middelen die minder gemakkelijk verkrijgbaar zouden moeten zijn (met name NSAID's) en die meer gemakkelijk verkrijgbaar gemaakt zouden kunnen worden (corticosteroïd crème, intieme preparaten, schimmelpreparaten en shampoos tegen huidaandoeningen).

5.2 Drogisten

Evenals de huisartsen onderschrijven de drogisten dat zelfzorg onder de eigen verantwoordelijkheid van mensen valt.⁵⁴ De rol die de drogist daarbij speelt is wettelijk vastgelegd in de Geneesmiddelenwet. De drogisten die wij voor deze analyse gesproken hebben, maken zich echter unaniem zorgen over de verstrekking van zelfzorggeneesmiddelen.

Opleiding

De drogistenopleiding zou steeds verder zijn ingeperkt. De opleiding zou zijn ingekort en aan de belangrijkste onderwerpen zou minder aandacht gegeven worden. Drogisten en assistent-drogisten zijn jong en slecht voorbereid voor de verantwoordelijkheden die zij krijgen in drogisterijen. Het gebrek aan kennis betreft niet alleen parate kennis over zelfzorggeneesmiddelen, maar ook communicatie- en adviesvaardigheden zoals doorvragen en overtuigingskracht, en een voldoende ethisch besef van de duale rol van de drogist als verkoper en adviseur.

Systeem

Ook de regels die gelden voor de verstrekking van zelfzorggeneesmiddelen zouden niet bijdragen aan het verkleinen van de risico's.

Zo zijn er enkele zelfzorggeneesmiddelen die in kleine verpakkingen met lage doses algemeen verkrijgbaar zijn (status AV) zonder toezicht van een drogist. De grotere verpakkingen en zwaardere doses van dezelfde middelen hebben de UAD status. Drogisten stellen dat deze situatie voor een ongelijk speelveld tussen enerzijds supermarkten en benzinestations en anderzijds drogisterijen zorgt, als gevolg waarvan consumenten de rol van een drogist niet meer serieus nemen.

⁵⁴ De inzichten in deze paragraaf zijn gebaseerd op een expertmeeting met 5 drogisten in september 2010, 2 interviews met drogisten in december 2010 en een interview met een vertegenwoordiging van het Centraal Bureau Drogisterijbedrijven in januari 2011.

Ten tweede wijst een deel van de drogisten op sterke scheiding tussen apotheken en drogisterijen, die er in hun visie voor zorgt dat een groot deel van het potentieel van apotheken en drogisterijen onbenut blijft. Onder toezicht of begeleiding van een apotheker zouden drogisten meer taken en verantwoordelijkheden kunnen krijgen. Een intensievere samenwerking zou leiden tot laagdrempelig aanbod van farmaceutisch advies en geneesmiddelen, waar de consument op het juiste moment de juiste intensiteit van begeleiding geboden kan worden.

Uitvoering

Een derde belangrijke observatie na raadpleging van de drogisten, is dat sommige drogisten een tweedeling in het vak waarnemen. Bepaalde drogisterijen en supermarkten met een drogisterijafdeling zouden het minder nauw nemen met de opleidingseisen voor winkelpersoneel of de uitvoering van de voorschriften zoals het stellen van de WASA-vragen. Het toezicht op de naleving van de voorschriften laat in de optiek van deze drogisten ook te wensen over, wat een ongelijk speelveld tussen 'prijzvechters' en 'kwaliteitsdrogisten' zou veroorzaken. De drogisterijbranche zou de zelfcertificering intensiever moeten controleren en het zou overwogen moeten worden om het toezicht van de IGZ tot de werkwijze van drogisten uit te breiden.⁵⁵

5.3 Apothekers

De visie van de geconsulteerde apothekers op zelfzorg en zelfzorggeneesmiddelen verschilt onderling sterk.⁵⁶

Eén apotheker is gevestigd in een achterstandswijk waar de bewoners met allerlei sociaaleconomische problemen kampen. In deze setting zou de zelfredzaamheid van consumenten volstrekt onvoldoende zijn om op een verantwoorde manier zelfzorg te stimuleren. Deze apotheker heeft een intensieve samenwerking met de huisarts opgezet om een deel van de terugkerende zorgtaken van de huisarts over te nemen. Zelfzorg speelt hierin geen enkele rol; de visie gaat juist uit van intensieve begeleiding van controle van patiënten door de apotheker en huisarts.

Een andere apothekersvisie op zelfzorggeneesmiddelen is die waarin zelfzorg / OTC een steeds belangrijker rol speelt in de bedrijfsvoering van apothekers. Volgens deze apotheker hebben (met name startende) apothekers de omzet uit de 'handverkoop' hard nodig om de teruglopende opbrengst uit de verstrekking van receptgeneesmiddelen te compenseren. In deze visie is er meer ruimte voor de eigen verantwoordelijkheid van de consument. Consumenten hoeven niet altijd van alle risico's gevrijwaard te worden, zolang de consument zich maar van de risico's bewust is en een onderbouwde beslissing over het gebruik van zelfzorggeneesmiddelen kan nemen. Daarbij past voorlichting door een deskundige. In de huidige praktijk is deze apotheker van mening dat de drogisten hun verantwoordelijkheid op dit gebied niet goed invullen, en zou het daarom goed zijn de rol van de apotheek uit te breiden. Deze apotheker wil overigens ook strenger toezicht op de naleving van de UA-standaarden door apothekers.

Uit een derde visie blijkt dat het belang van zelfzorggeneesmiddelen in de apotheek ook nagenoeg afwezig kan zijn. De omzet uit zelfzorggeneesmiddelen is klein en de behoefte aan advisering of begeleiding is minimaal. In de lokale situatie zouden de vijf huisartsen en de apotheker ook

⁵⁵ Op dit moment reikt de betrokkenheid van de IGZ bij zelfzorggeneesmiddelen niet verder dan het productie- en distributieproces van de farmaceutica.

⁵⁶ De inzichten in deze paragraaf zijn gebaseerd op 3 interviews met apothekers in januari 2011 en een interview met een vertegenwoordiging van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie in december 2010.

nauwelijks belast worden met kleine kwalen. Bovendien betwijfelt deze apotheker of meer zelfzorg werkelijk tot een besparing leidt als alle 'kosten' worden meegenomen. De tijd die een patiënt aan zelfdiagnose en –behandeling moet besteden is net zo min gratis als de tijd van een zorgverlener. Een goed opgeleide professional heeft minder tijd nodig dan de patiënt, wat per saldo dus voordeliger kan zijn. In deze visie leidt het bevorderen van zelfzorg eerder tot een verschuiving van (tijd)kosten van collectief naar individueel, dan tot een werkelijke besparing.

Naast een visie op hun eigen rol, geven de geconsulteerde apothekers ook hun oordeel over de werking van drogisterijen binnen het distributiekanaal. De apothekers uiten unaniem grote zorgen over de taakuitvoering van drogisten, die onvoldoende zou bijdragen aan het inperken van gezondheidsrisico's. Sommigen denken dat drogisten onder de juiste prikkels wel in staat zijn om deze taken goed uit voeren, anderen twijfelen überhaupt of drogisten voldoende geëquipeerd (opgeleid) zijn om zich met de verstrekking van zelfzorggeneesmiddelen bezig te houden.

Op brancheniveau wordt gewezen op de werking van het huidige bekostigingsregime. Daardoor zouden inspanningen van apothekers om zelfzorg een belangrijker rol binnen het zorgstelsel te geven, en de rol van de apotheker binnen zelfzorg uit te breiden, in ieder geval niet financieel beloond worden. De toegenomen inkomsten uit zelfzorg zouden op brancheniveau door de Nederlandse Zorgautoriteit namelijk worden verminderd op het gereguleerde inkomen uit de verstrekking van receptgeneesmiddelen.⁵⁷

5.4 Zorgverzekeraars

De branchevereniging ZN heeft geen visie of standpunt over zelfzorg en zelfzorggeneesmiddelen. Als zorgverzekeraars daarover op dit moment een visie willen formuleren, dan is dat individueel beleid. ZN zegt zich bewust te zijn van de besparingsmogelijkheden op 'onnodige zorg', maar zet daar nu niet actief op in, om de volgende redenen:

De positie van de huisarts als vrij toegankelijke zorgverlener kan niet zomaar worden aangetast.

Het is onduidelijk hoe groot de potentiële besparingen precies zijn.

Het is onduidelijk welke tactiek zorgverzekeraars kunnen inzetten om de besparingen te (helpen) realiseren.

De kosten-batenafweging is nog onbekend. De kosten bestaan uit in de visie van zorgverzekeraars voornamelijk uit uitvoeringskosten en potentiële imagoschade. De baten zijn lagere zorgkosten, maar het onbekend in welke mate de besparingen voor eigen rekening komen. of dat ze in de nacalculatie worden uitgesmeerd over alle zorgverzekeraars.

De vrije toegankelijkheid van de huisarts wordt positief door zorgverzekeraars beoordeeld, omdat dit een goede bescherming tegen gezondheidsrisico's biedt, een gewaardeerde service is richting de verzekerde, en de huisarts relatief goedkoop is in vergelijking met ziekenhuiszorg.

Ten aanzien van de tactiek, speelt de vraag of de zorgverzekeraars zelf zouden moeten proberen om het gedrag van hun verzekerden te beïnvloeden, of dat ze met huisartsen moeten afspreken dat zij dit doen. Ook is niet bekend welke methode effectief is, zoals alleen informatie en adviezen geven, of ook actieve sturing door middel van financiële prikkels. Bovendien speelt bij enkele tactieken een vraag van praktische uitvoerbaarheid. Zo zou de tactiek dat de doktersassistent door middel van telefonische triage de zelfzorggevallen afvangt alleen praktisch uitvoerbaar zijn als alle zorgverzekeraars meedoen.

⁵⁷ Overigens wordt dit effect door de NZa niet onderkend.

Ten aanzien van het kosten-batenafweging zijn zorgverzekeraars zich ervan bewust dat de loyaliteitsverdeling tussen arts en zorgverzekeraar bij de consument meestal uitpakt in het voordeel van de arts. Als een zorgverzekeraar zich te sterk inmenkt in het zorgproces en daar een onvoldoende premiekorting tegenover kan stellen, zijn de kosten van geleden imagoschade en verloren verzekerden groter dan de opbrengsten van kostenbesparingen op het zorggebruik. Individueel beleid van zorgverzekeraars is dus een 'risicovolle strategie' en zorgverzekeraars zouden prefereren om gezamenlijk beleid te voeren. Daarnaast kunnen de directe uitvoeringskosten hoog zijn.

De schotten in de financiering vormen een gedeeltelijke verklaring voor dat fenomeen. Door het ontlasten van de huisarts en het doorschuiven van zorg van de tweede naar de eerste lijn, slaan de baten van een beter gebruik van zelfzorggeneesmiddelen waarschijnlijk voor een belangrijk deel neer in de tweede-lijnszorg. Door de wijze van financiering van de tweedelijns zorg (dbc's) en de vergaande nacalculatie tussen zorgverzekeraars die bij de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 (tijdelijk) is ingevoerd, komen besparingen op tweede-lijnszorg niet of beperkt ter beschikking van de zorgverzekeraar zelf. De zorgverzekeraar die het individuele beleid voert, ziet de kostenbesparingen in onvoldoende mate zelf terug om een afdoende premiekorting aan verzekerden te bieden. Het recente voornemen van de minister van VWS om de ex post compensaties voor zorgverzekeraars snel te beëindigen, neemt deze rem op zelfzorg weg.⁵⁸

In een meer algemeen licht maken zorgverzekeraars zich zorgen over ontwikkelingen op het gebied van marketing in de zorg. Symptoomreclame voor geneesmiddelen⁵⁹ en 'lokpoli's' bij ziekenhuizen creëren een nieuwe vraag naar zorg waarvan nut en noodzaak ter discussie staan. Mensen hebben steeds minder gezondheidskennis en tegelijkertijd nemen de technologische mogelijkheden en de communicatie daarover toe. Het is dus ook logisch dat mensen steeds vaker met inconcrete vragen bij huisartsen komen. ZN verwacht dat de noodzaak voor een gezondheidscoach in de toekomst steeds groter zal worden: mensen kunnen het niet meer zelf uitzoeken. In het licht van de Nederlandse traditie dat de huisarts een vrij toegankelijke poortwachter moet zijn, is het niet ondenkbaar dat de huisarts in de toekomst steeds meer de gidsrol op zich neemt. Dat wil niet zeggen dat de niet-receptplichtige geneesmiddelen daardoor verdwijnen, maar het zou wel kunnen weg leiden van de 'echte zelfstandige' zelfzorg waarin de consument zelf beoordeelt wat hem mankeert en wat hij daaraan kan doen.

5.5 Perspectief consument

Dé consument bestaat niet. Zorggebruikers worden vertegenwoordigd door NPCF en de patiëntenverenigingen. De consumenten van zelfzorggeneesmiddelen omvatten een bredere groep, namelijk in principe alle burgers: jong en oud, gezond en ziek, man en vrouw, arm en rijk. Uiteindelijk is de minister van VWS te beschouwen als de vertegenwoordiger van alle burgers op het gebied van de gezondheid en zorg. De minister heeft zich recent geschaard achter de bevindingen over de verkrijgbaarheid, advisering en veiligheid bij zelfzorggeneesmiddelen in haar reactie op de evaluatie van de indeling van zelfzorggeneesmiddelen.⁶⁰ De minister haalt daarbij aan dat de onderzoekers rapporteren dat consumenten meer vertrouwen hebben in de apotheker

⁵⁸ *Zorg die loont*, Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer, 14 maart 2011.

⁵⁹ Zie bijvoorbeeld de brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer ('NZa tarief apotheekhoudenden 2009, TROS Radaruitzending over symptoomreclame en openstaande vragen uit het AO Geneesmiddelenbeleid van 25 juni 2009'), d.d. 1-10-2009, kenmerk GMT/VDG-2960542; en www.hetluchtop.nl.

⁶⁰ Zie de eerderevermelde *Aanbiedingsbrief standpunt evaluatie indeling zelfzorggeneesmiddelen en rol drogist*. Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer, d.d. 5 november 2010, kenmerk GMT/MVG 3030545.

dan in de drogist – hoewel het imago van de drogist met 75% betrouwbaarheid niet direct zorgwekkend laag is.

Uit het voornoemde consumentenonderzoek van Synovate⁶¹ blijkt de houding van consumenten als volgt te typeren:

Nederlanders geven de voorkeur aan het zelfherstellend vermogen van het lichaam, alvorens over te gaan op zelfzorggeneesmiddelen.

Bij klachten waarvoor bekend is dat er goede middelen beschikbaar zijn zoals hoofdpijn, neusverkoudheid, griep en jeuk, gebruikt men makkelijker zelfzorgmedicatie zonder tussenkomst van een arts.

Nederlanders gaan vaker naar de huisarts voor klachten waar ze weinig kennis van hebben (of denken te hebben). Of ze naar de huisarts gaan, beslissen vooral op basis van gevoel. Hierbij winnen ze informatie in via internet.

Als men twijfelt over welk zelfzorgmiddel te gebruiken, raadpleegt men de apotheker.

5.6 Conclusie

De opvattingen van de stakeholders bieden belangrijke informatie over de knelpunten die in de praktijk spelen en de haalbaarheid van maatregelen om deze knelpunten op te lossen. Alvorens de visies van de stakeholders over de mogelijkheden en risico's weer te geven, past hier een opmerking over de representativiteit van de stakeholderanalyse. We hebben geen consumenten, medisch specialisten of vertegenwoordigers van ziekenhuizen gesproken. We hebben evenmin met brancheverenigingen van huisartsen gesproken. De visie van zorgverzekeraars volgt uit een gesprek met de branchevereniging. Vanwege de tastbaarheid van het onderwerp, hebben stakeholders voornamelijk gereageerd op een uitbreiding in het gebruik van zelfzorggeneesmiddelen. Dit is slechts een van de processen die tot een betere balans in zelfzorg en zorgverlening leiden, maar wel het aspect dat de meeste controverse oproept.

- De visie van de gesproken huisartsen vertoont een gemengd beeld. Huisartsen zien baten, in de vorm van een actievere betrokkenheid van de consument bij de eigen gezondheid en het vrijvallen van werktijd voor andere of zwaardere patiënten. Maar huisartsen zien ook risico's voor een uitbreiding, door een waargenomen sterke afname van de zelfredzaamheid van consumenten en uit het besef dat zelfzorggeneesmiddelen serieuze medicijnen met serieuze risico's zijn. Een belangrijk zorgpunt betreft verder de kwaliteit van de advisering door drogisten.
- Over de baten lijken de apothekers redelijk eensgezind, namelijk dat zij meer een rol als zorgverlener kunnen spelen in de behandeling van kleine kwalen. Dit zou erop neerkomen dat zij in zekere mate de bevoegdheid tot het stellen van een diagnose zouden moeten krijgen. De visie van de apothekers over de risico's van een uitbreiding is onderling verschillend, en dat heeft onder andere te maken met verschillen in de competenties en de sociaaleconomische situatie van de consumenten.
- De drogisten zien voor zichzelf een beperkte rol. Zij wijzen op hun imago bij consumenten en zorgverleners, het gewicht van extra verantwoordelijkheid in relatie de huidige kennis en vaardigheden van veel drogisten, en de niet altijd vlekkeloze naleving van de eigen kwaliteitseisen. In dit licht is het begrijpelijk dat zij meer geneigd zijn de risico's van onvoldoende zelfredzaamheid te zien dan de kansen voor het vergroten van de zelfredzaamheid.

⁶¹ *Huisarts of zelfzorg? Hoe gaan consumenten om met eenvoudige klachten?* Synovate in opdracht van Neprofarm. Amsterdam, juni 2011.

- Zorgverzekeraars zien in eerste instantie weinig baten van een uitbreiding. Weliswaar is er een besparing op eerstelijns zorgkosten mogelijk, maar daar staat een achteruitgang van de service voor verzekerden tegenover (wat leidt tot kostbare imagoschade op de zorgverzekeringsmarkt). Bovendien is het twijfelachtig of de eerstelijns besparingen zouden kunnen leiden tot besparingen in de tweedelijns zorg, of deze besparingen bij zorgverzekeraars neerdalen, en of de besparingen wel bij de zorgverzekeraar neerdalen of via de nacalculatie worden verevend.

De belangrijkste professionele stakeholders signaleren vanuit hun eigen perspectief dezelfde ontwikkeling: de zelfredzaamheid van de consument neemt af en dit leidt tot onnodig hoge belasting van het zorgcircuit met hoge kosten tot gevolg. Met de juiste voorbereiding en ondersteuning kunnen consumenten meer verantwoordelijk aan.

6 Besparingen: wat kunnen we concreet doen?

Medische zorg is een geweldige voorziening. De medische ontwikkelingen en voorzieningen zijn van onschatbare waarde voor onze huidige welvaart en ontwikkelingsniveau. Niemand wil terug naar het verleden waarin grote delen van de bevolking een onnodige dood stierven of door relatief eenvoudige gezondheidsproblemen ernstig werden beperkt. Maar de tijden zijn veranderd sinds de medicalisering ongeveer honderd jaar geleden aan haar opmars begon. Omdat de nadelen van de medicalisering (overconsumptie, hoge maatschappelijke kosten, afnemende zelfredzaamheid) langzaam de overhand beginnen te krijgen over de voordelen, moeten we op zoek naar een nieuw optimum.

In het voorgaande heeft u kunnen lezen hoe het met 'de zelfzorg' in Nederland gesteld is. We hebben de ontwikkeling geschetst die tot de huidige situatie heeft geleid met almaar stijgende zorgkosten, overbelaste eerstelijns zorgverleners en steeds minder zelfredzame burgers. We hebben ook laten zien welke positieve effecten te verwachten zijn van een effectief basaal zelfzorgniveau ter fundering van het geavanceerde medische zorgstelsel. Daarbij hebben we ook beargumenteerd welke veranderingen de betrokken zullen moeten doormaken. In de meeste gevallen zijn dit heel positieve veranderingen die meteen voordeel opleveren voor henzelf en anderen. Ten slotte hebben we een conservatieve inschatting gemaakt van de collectieve besparingen die haalbaar lijken bij een verbetering van de balans tussen zelfzorg en formele zorgverlening.

In dit hoofdstuk beschrijven we concrete maatregelen die ons voor ogen staan om de gewenste balansverbetering te bereiken.

6.1 Het begint met zelfredzaamheid

De grondgedachte achter de volgende maatregelen is dat de consument zelf verantwoordelijk moet zijn en verantwoordelijkheid mag nemen voor het gebruik van zelfzorgproducten en het zoeken van hulp. Zelfzorggeneesmiddelen zijn veilig bij normaal gebruik onder normale omstandigheden. De regulering van publieksreclames en de afleverstatus bieden aanvullende bescherming tegen onjuist gebruik. Veel zelfzorgvragen worden nu voorgelegd aan de huisarts omdat consumenten geruststelling zoeken of te onzeker zijn om op het eigen oordeel te vertrouwen. Om consumenten in staat te stellen zelfstandig invulling te geven aan hun eigen verantwoordelijkheid, stellen wij tien maatregelen voor die de zelfredzaamheid versterken en de zelfstandigheid stimuleren. De maatregelen zijn te groeperen naar drie aangrijpingspunten:

- Training en educatie voor consumenten;
- Zorgprofessionals en hun werkwijzen;
- Zorgverzekeraars en zorginkoop.

In volgende paragrafen werken we deze drie aangrijpingspunten nader uit en lichten toe hoe de verschillende stakeholders betrokken zijn. In Bijlage VI zijn tien 'scorecards' opgenomen waarin we de tien maatregelen samenvatten.

6.2 Consumenten

De parate zelfzorgkennis van consumenten moet worden vergroot en/of ge(her)activeerd. Omdat we deze kennis al enkele generaties in steeds mindere mate van onze ouders meekrijgen, moet een concreet educatief programma worden opgezet. De ruggengraat van dit programma bestaat uit cursussen voor volwassenen en verplicht onderwijs voor kinderen van 12 tot 16 jaar.

De [cursussen](#) worden gegeven door huisartsen, apothekers en hun assistenten in de plaatselijke gezondheidscentra. In de cursussen leren de deelnemers om de belangrijkste zelfzorgklachten te herkennen en behandelen. Ook leren ze waar de grenzen van zelfzorg liggen en wanneer ze een zorgprofessional moeten inschakelen. Tenslotte moet ook duidelijk worden gemaakt waarom het belangrijk is dat men een bepaalde mate van zelfredzaamheid heeft.

In het [middelbaar onderwijs](#) (de verplichte vakken van vwo, havo en vmbo) wordt het zelfzorginzicht van jongeren vergroot. Er moet worden gezocht naar aansprekende en innovatieve onderwijsvormen.⁶² Door hen aan de basis van hun zelfstandige leven al het besef van eigen verantwoordelijkheid én de eigen beperkingen ten aanzien van ziekte en zorg bij te brengen zullen zij later voor zichzelf en hun kinderen betere beslissingen kunnen nemen.

Naast de cursussen en het middelbaar onderwijs moet een uit algemene middelen gefinancierde regelmatig terugkerende [mediacampagne](#) komen. Hiermee wordt het besef van de mogelijkheden van zelfzorg aan de algemene bevolking overgedragen. Verschillende ministeries (waaronder VWS, OC&W en Sociale zaken) hebben hier een belang bij. De campagne zou onder verantwoordelijkheid van het ministerie van Algemene Zaken door Postbus 51 kunnen worden gecoördineerd. In deze campagnes wordt de zelfzorgkennis van burgers ge(her)activeerd en het maatschappelijk en persoonlijk belang van zelfredzaamheid verduidelijkt.

6.3 Zorgprofessionals

Zorgverleners hebben het dagelijks contact met patiënten. Zij worden met de concrete gevallen van onnodig formeel zorggebruik geconfronteerd, maar zij zien ook de moeilijkheid voor patiënten om zelf de juiste beslissing tussen zelfzorg en formeel zorggebruik te maken. We moeten daarom zorgen dat de zorgverlener helpt om de gewenste herbalancering te bereiken. Via de zorgverleners die op hun beurt met grote aantallen patiënten in contact staan, kunnen we met een beperkte investering een zeer grote patiëntenpopulatie bereiken.

In eerste instantie moeten de zorgverleners worden opgeleid tot [zelfzorgcoach](#) voor 'startende zelfzorgers'. Ze moeten de communicatieve vaardigheden leren die nodig zijn om een werkelijke gedragsverandering bij patiënten te bereiken. Daarnaast moeten ze getraind worden in het herkennen van zelfzorgcompetenties bij patiënten. In speciale zelfzorgcoachtrainingen leren huisartsen, apothekers en assistenten hoe zij kunnen inschatten hoeveel begeleiding een patiënt in zelfzorg nodig heeft en hoe zij de patiënt tot goede zelfzorg kunnen motiveren.

In de dagelijkse werkzaamheden zullen huisartsen, apothekers en assistenten tijd moeten inruimen om als [vraagbaak](#) voor 'startende zelfzorgers' op te treden. Het is de bedoeling dat zelfzorgers zelfstandig voor zichzelf zorgen. Maar zolang startende zelfzorgers nog onvoldoende zelfvertrouwen hebben om helemaal zelfstandig te zijn, hebben ze een vraagbaak nodig. Startende

⁶² Zo zijn er bijvoorbeeld in België positieve resultaten behaald door gebruik te maken van 'gaming' in de financiële opvoeding van scholieren.

zelfzorgers zullen tijdelijk gebruikmaken van de vraagbaakfunctie. Maar er zullen altijd startende zelfzorgers zijn, waardoor de vraagbaakfunctie voor zorgverleners een permanente taak is die als vast onderdeel moet worden opgenomen in de dagelijkse werkzaamheden.

De demedicalisering van zelfzorgwaardige gezondheidsklachten vindt grotendeels plaats in de relatie tussen arts en patiënt. Door coaching en stimulering zorgt de zorgverlener er mede voor dat de juiste patiënt snel in het juiste 'zorgcircuit' komt. Verschillende zorgverleners moeten hierbij eenduidige uitgangspunten hanteren. Daarom is het wenselijk dat [NHG en KNMP gezamenlijke zelfzorgstandaarden](#) vaststellen waarin de werkverdeling tussen huisarts en apotheker wordt vastgelegd. Deze standaarden kunnen worden gebaseerd op de bestaande afzonderlijke standaarden van de huisartsen en de apothekers. In de nieuwe gezamenlijke zelfzorgstandaarden moet niet alleen overeenstemming tussen huisartsen en apothekers worden vastgelegd, maar kan ook de nieuwe scope worden vastgelegd van welke gezondheidsklachten voor zelfzorg in aanmerking.

6.4 Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars hebben de regierol in het (medische) zorgstelsel door in onderlinge concurrentie polissen met de beste zorginhoudelijke arrangementen aan te bieden tegen de scherpst mogelijke premie. Ze hebben daardoor een direct belang bij een optimale balans tussen zelfzorg en formele zorgverlening. Bovendien beschikken zorgverzekeraars over de instrumenten (polisvoorwaarden en zorgcontracten) en de middelen (financieel, mankracht) om aan de herbalancerings bij te dragen. Zij kunnen dit doen door het gedrag van burgers rechtstreeks te beïnvloeden, door de algemene bewustwording van het belang van zelfzorg te bevorderen, en door het gedrag van zorgverleners te beïnvloeden.

Zorgverzekeraars kunnen het [consumentengedrag direct beïnvloeden](#). Wij denken daarbij aan positieve prikkels, zoals cadeaubonnen, premiekorting of een verlaagd eigen risico als de verzekerde op het juiste moment gebruikmaakt van zelfzorg en op het juiste moment de hulp van een zorgverlener inroept. Zorgverzekeraars kunnen dit bovendien bevorderen door bijvoorbeeld de kosten van de cursussen (paragraaf 6.2) te betalen.

Zorgverzekeraars kunnen zich ook gezamenlijk scharen achter de [mediacampagne](#) (paragraaf 6.2) om de algemene bewustwording te bevorderen. Zij kunnen bijvoorbeeld de mediacampagne (gedeeltelijk) financieren. Ze hebben daarmee de kans om te laten zien dat hun betrokkenheid verder gaat dan het terugdringen van medische overconsumptie. Zorgverzekeraars zouden bijvoorbeeld kunnen laten zien dat de specialist meer tijd krijgt voor patiënten die de zorg hard nodig hebben, en dat de collectieve kosten niet alsmáar hoeven blijven stijgen.

Zorgverzekeraars kunnen zich ook inspannen om het [gedrag van zorgverleners te beïnvloeden](#) om onnodig formeel zorggebruik te voorkomen. Het belangrijkste instrument dat zij hiervoor hebben zijn de zorginkoopovereenkomsten die zij met zorgverleners sluiten. Zij kunnen hierin bijvoorbeeld opnemen dat zorgverleners een hoger tarief mogen declareren voor noodzakelijke formele zorgverlening als zij als zij aan de maatregelen in paragraaf 6.3 voldoen (getrainde zelfzorgcoach, vraagbaak voor startende zelfzorgers, naleven van zelfzorgstandaarden).

Tenslotte behoort ook een [pakketmaatregel](#) tot de mogelijkheden. De zorgverzekeraars kunnen niet beslissen over de omvang van het pakket, maar zullen we als uitvoerder van de maatregel worden ingezet als de minister van VWS tot een inperking van het verzekeringspakket zou besluiten. Zo heeft het kabinet al het voornemen geuit tot een inperking van de vergoeding van zorgkosten voor

aandoeningen met een lage ziektelast. Een concrete invulling is bijvoorbeeld het uitsluiten van herhaalconsulten en geneesmiddelvoorschriften in verband met zelfzorgwaardige gezondheidsklachten (zie ook Bijlagen V en VI).

Bijlage I: Zelfredzaamheidsbevordering in het buitenland

Als uitvoerder van de National Health Service (NHS) heeft de Britse overheid een groot belang in het bevorderen van doelmatig zorggebruik. Zij heeft het stimuleren van de zelfredzaamheid actief ondersteund. In het kader daarvan zijn verschillende maatregelen beschreven:^{63;64}

- Training voor patiënten
- Opleidingen voor zorgaanbieders om te leren hoe zelfzorg in de behandeling geïntegreerd kan worden
- Grote publiekscampagnes
- Psychosociale ondersteuning bieden
- Zelfzorghulp verspreiden via handboeken online informatie
- Telefonische advieslijn bemand door verpleegkundigen
- Zelfmanagement (chronische ziekten) ondersteunen met diagnostische hulpmiddelen
- (Online) steunnetwerken opzetten
- Ondersteuning in het nemen van zelfzorgbeslissingen door apothekers.

In het spaarzame onderzoek dat rapporteert over de effectiviteit van maatregelen, wordt geconcludeerd dat een aanpak die op het algemene publiek is gericht, effectiever is dan een individuele aanpak.⁶⁵ Het tijdig en nauwkeurig ondersteunen van consumentenbeslissingen met adequate informatie verbetert de kwaliteit en toereikendheid van zelfzorg.

In het Verenigd Koninkrijk bestaan zelfzorgtrainingspakketten voor consumenten.⁶⁶ De cursus 'Self care for you' bijvoorbeeld bestaat uit 6 modules van 80 minuten per stuk waarin consumenten leren over gezondheid en zorg, gezond gedrag, en de sociale, psychische en fysieke aspecten van zelfzorg. De cursussen worden aangeboden door *Primary Care Trusts* (lokale NHS-organisaties die als zorgverlener en als financiers voor 80% van de totale zorg verantwoordelijk zijn), maar kunnen bijvoorbeeld ook door werkgevers of vrijwilligersorganisaties worden georganiseerd. De cursus is in drie Primary Care Trusts getest en geëvalueerd.⁶⁷ De conclusie was dat de cursus goed werd ontvangen, ook door moeilijk bereikbare bevolkingsgroepen zoals ouderen en allochtonen. De deelnemers hadden een jaar na de cursus nog significant meer vertrouwen in de mogelijkheden om door middel van gedrag en leefstijl de eigen gezondheid te verbeteren en te beschermen. Er werd nog geen significante vermindering geconstateerd in het beroep dat op de formele zorgverlening werd gedaan, maar de onderzoekers merken op dat de evaluatietermijn mogelijk te kort was om dat effect te kunnen meten.

Er wordt ook een training voor zorgverleners aangeboden: Self Care for Primary Care. Dit klinkt als een contradictie, maar in de training leren artsen, apothekers en hun personeel in drie workshops gedurende 6 tot 12 maanden hoe zij hun patiënten tot zelfzorg kunnen aanzetten en krijgen zij inzicht in de manier waarop zelfzorg kan bijdragen aan alle aspecten van de formele zorgverlening.

⁶³ Ruth Chambers, 2006. *What do we know about the practice and impact of self care*. In: Supporting selfcare in primary care.

⁶⁴ Hibbart et al 2001, The impact of a community-wide self care information project on self care and medical utilisation, *Evaluation & the Health Professions* 24(4):404-423

⁶⁵ Ibid.

⁶⁶ <http://www.selfcareconnect.co.uk/wipp-resources>

⁶⁷ White et al. 2009. An evaluation of the Working in Partnership programme Self Care for People Initiative. Leeds University, Faculty of Health, April 2009.

Voor acht aandoeningen⁶⁸ zijn *pathways* omschreven waarin de bevordering van zelfzorg vanuit de eerstelijns zorgverleners is geïllustreerd.

⁶⁸ Keelpijn, rugpijn, astma, hoest, verhoogde bloeddruk, middenoorontsteking, uitslag en milde depressie.

Bijlage II: Afleverstatus zelfzorggeneesmiddelen

Een geneesmiddel moet een Nederlands handelsvergunning (registratie) van het CBG hebben. Tevens kent het CBD een afleverstatus toe aan een geneesmiddel (Tabel 4). De meeste geneesmiddelen zijn uitsluitend op recept van een arts bij een apotheek te verkrijgen (afleverstatus UR). Als geen van de Europese veiligheidscriteria van toepassing is, krijgt het geneesmiddel een niet-receptplichtige afleverstatus. Binnen de niet-receptplichtige geneesmiddelen (zelfzorggeneesmiddelen) hanteert CBG eigen (Nederlandse) criteria (voor de verdere indeling naar uitsluitend apotheek (UA), uitsluitend apotheek en drogist (UAD) en algemeen verkrijgbaar (AV). Als een of meer van de UA-criteria van toepassing is, is het zelfzorggeneesmiddel alleen in apotheken verkrijgbaar. Als een zelfzorggeneesmiddel daarentegen aan alle AV-criteria voldoet, wordt het algemeen verkrijgbaar in alle mogelijke winkels. Als de handelsvergunning alleen te weinig garanties biedt voor veilig gebruik in de dagelijkse praktijk (de AV-categorie), maar er geen reden is om het zwaardere UA-regime toe te passen, wordt het zelfzorggeneesmiddel in de "tussencategorie" UAD ingedeeld. Deze categorie bevat de meeste zelfzorggeneesmiddelen.

Tabel 4 Criteria indeling geneesmiddelen

UR ⁶⁹	UA ⁶⁹	UAD ⁶⁹	AV ⁶⁹
Receptplichtige geneesmiddelen	Niet-receptplichtige geneesmiddelen (zelfzorggeneesmiddelen)		
(In)direct gevaar voor de gezondheid indien zonder toezicht van arts gebruikt, zelfs bij normaal gebruik	Geneesmiddelenbewaking door apotheker noodzakelijk om interacties of belangrijke bijwerkingen tegen te gaan	Het geneesmiddel voldoet aan geen van de UA-criteria	Ten minste vijf jaar ervaring in EU of VS met niet-receptplichtigheid
Vaak en in zeer ruime mate gebruik onder abnormale omstandigheden	Bij de terhandstelling is advies of informatie noodzakelijk voor een goed en veilig gebruik	Het geneesmiddel voldoet niet aan alle AV-criteria	Geen onevenredig risico op schade
Bevat (bereidingen van) substanties die nader bestudeerd moeten worden	Toezicht op het gebruik is noodzakelijk om oneigenlijk gebruik te voorkomen		Geen aanwijzingen abnormaal gebruik
Parenterale toediening ⁶⁹			Relatief gering aantal eenheden per verpakking
			Verpakking en bijsluiter waarschuwen additioneel voor specifieke risico's
Apotheek			
Apotheek of drogist			
Alle mogelijke winkels			

⁶⁹ Parenterale toediening is toediening buiten het maag-darmkanaal om, dus door middel van een injectie. Vormen zijn subcutaan, intramusculair, intraveneus, intraarterieel, intrathecaal en intralumbaal.

⁹ Eén criterium is voldoende.

⁷ Aan alle criteria moet worden voldaan.

Bronnen:

UR: Europese richtlijn 2001/83/EC art. 71.1 (tevens Geneesmiddelenwet art. 57.1)

UA: Regeling geneesmiddelenwet art. 4.1

UAD: Geneesmiddelenwet art. 58.3

AV: Regeling geneesmiddelenwet art. 4.2

Bijlage III: Taken en bevoegdheden apothekers en drogisten

Drogisten zijn geen zorgverleners in de individuele gezondheidszorg. Daardoor hebben zij bijvoorbeeld geen bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen (Wet Beroepen individuele gezondheidszorg is niet van toepassing) en zorgverlenersverantwoordelijkheid voor hun klanten als 'patiënten' (Wet Geneeskundige behandelingsovereenkomst is niet van toepassing). Met name van belang is op te merken dat drogisten geen diagnoses mogen stellen, geen geneesmiddelrecepten mogen uitschrijven, en of receptgeneesmiddelen. Toch vervullen drogisten een formele rol in de terhandstelling van UAD-geneesmiddelen. In artikel 62 lid 2 van de Geneesmiddelenwet is bepaald dat de drogisterijen of drogisterijafdelingen waarin UAD-geneesmiddelen verkocht worden, verantwoorde zorg moeten bieden. Dit houdt in dat de terhandstelling onder toezicht en verantwoordelijkheid van een drogist moet plaatsvinden, dat de consument desgewenst door een (assistent-)drogist voorgelicht kan worden over de aard, het doel en de gezondheidsrisico's van het geneesmiddel, en dat er voldoende (assistent-)drogisten in de winkel zijn.

Bijlage IV: Vergoeding zelfzorggeneesmiddelen aanvullende ziektekostenverzekeringen

Zelfzorggeneesmiddelen worden in principe niet vergoed in de basisverzekering (Zorgverzekeringswet). Om tegemoet te komen aan chronisch zieken die voor hun behandeling van niet-receptplichtige geneesmiddelen afhankelijk zijn, is besloten dat voor vijf groepen zelfzorggeneesmiddelen vergoeding onder voorwaarden mogelijk is. Die voorwaarden zijn dat de patiënt minimaal zes maanden op het gebruik van een zelfzorggeneesmiddel is aangewezen en dat een arts het geneesmiddel voorschrijft voor een chronische aandoening. Deze zelfzorggeneesmiddelen zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

In aanvulling op deze ingeperkte basisvergoeding van zelfzorggeneesmiddelen, hebben sommige ziektekostenverzekeraars vergoedingen opgenomen in aanvullende ziektekostenverzekeringen. Deze polissen variëren in dekking en het maximale jaarlijkse vergoedingsbedrag. Alle polissen die in 2010 in Nederland verkrijgbaar waren met een dekking van de kosten van zelfzorggeneesmiddelen, zijn samen te vatten tot de onderstaande vijftien varianten.

Tabel 5 Overzicht verkrijgbare aanvullende ziektekosten verzekeringen m.b.t. zelfzorggeneesmiddelen

Polis	Dekking	Maximale vergoeding
1	Alle zelfzorggeneesmiddelen	Onbeperkt
2	Gedeeltelijk (uitsluitingen onbekend)	Onbeperkt
3	Vitamineaanvulling bij gebrek door bepaalde chronische ziekten	Onbeperkt
4	Alle zelfzorggeneesmiddelen	€ 4.540
5	Alle zelfzorggeneesmiddelen	€ 4.500
6	Alle zelfzorggeneesmiddelen	€ 500
7	Alle zelfzorggeneesmiddelen	€ 475
8	Alle zelfzorggeneesmiddelen	€ 375
9	Alle zelfzorggeneesmiddelen	€ 250
10	Alle zelfzorggeneesmiddelen	€ 200
11	Vitamineaanvulling bij gebrek door bepaalde chronische ziekten	€ 200
12	Potentieverhoging	€ 150
13	Alle zelfzorggeneesmiddelen	€ 100
14	Erectiestoornis	€ 100
15	Alle zelfzorggeneesmiddelen	€ 75

Gegevens: www.kiesbeter.nl (bewerking Ecorys)

Bijlage V: Toelichting berekeningswijze besparingspotentieel

Om het besparingspotentieel van de herbalancering van zelfzorg te berekenen, hebben we een waarde toegekend aan de omvang van de formele zorgverlening op dit moment wordt verleend bij 'zelfzorgwaardige' gezondheidsklachten (kleine kwalen). Daartoe hebben we twee vragen laten beantwoorden:

- Wat zijn 'zelfzorgwaardige' gezondheidsklachten?
- Hoeveel formele zorg wordt er bij die specifieke klachten verleend?

Deze vragen zijn in onze opdracht beantwoord door onafhankelijke onderzoekers. Prof. dr. Marcel Bouvy heeft de eerste vraag beantwoord. Zijn resultaten zijn gebruikt door onderzoeksinstituut NIVEL om de tweede vraag te beantwoorden. De beantwoording van beide vragen is omschreven in het rapport 'Kleine kwalen in de huisartsenpraktijk', dat op de website van het NIVEL vrij verkrijgbaar is gesteld.

Wat zijn zelfzorgwaardige gezondheidsklachten

In onze opdracht heeft een expertgroep van artsen en apothekers, onder moderatie van prof. dr. Marcel Bouvy, via een wetenschappelijke gevalideerde Delphi-methode een afbakening gemaakt van gezondheidsklachten die in principe in eerste instantie door middel van zelfzorg kunnen worden behandeld. De afbakening is opgesteld binnen de internationaal gebruikelijke eerstelijns-gezondheidsklachtenclassificatie ICPC.⁷⁰ Dit heeft geresulteerd in lijst met ICPC-codes, die elk voorzien zijn van een 'zelfzorgscore'. Dit is een percentage dat is op te vatten als de frequentie waarin een dergelijke klacht aan een huisarts wordt gepresenteerd, terwijl de patiënt de klacht door middel van zelfzorg zou kunnen aanpakken.

De geldigheid van de lijst van 55 zelfzorgwaardige gezondheidsklachten is gebonden aan plaats en tijd. In een andere culturele of geografische setting, en in de (verdere) toekomst of het (verdere) verleden zijn de lijst en scores niet geldig. Daarom kan de lijst bijvoorbeeld niet zonder meer in cross-sectioneel of longitudinaal onderzoek worden toegepast (bijvoorbeeld het huidige zorggebruik in een ander land of het zorggebruik in Nederland in het jaar 1980). De werkwijze echter waarlangs de lijst tot stand is gekomen, is wel onafhankelijk van plaats en tijd toepasbaar. Dat maakt het mogelijk om nu in andere landen of in de toekomst in Nederland dezelfde metingen te verrichten om vergelijkingen te kunnen maken van het zorggebruik bij kleine kwalen.

Hoeveel formele zorg wordt gevraagd bij zelfzorgwaardige gezondheidsklachten

Het NIVEL beheert de LINH-database, waarin een representatieve steekproef van Nederlandse huisartsen jaarlijks metingen aanlevert van de tijdsbesteding in de praktijk. Per patiëntencontact administreren de huisartsen de aard van het contact, de reden(en) van het contact (uitgedrukt in ICPC-code) en eventuele verwijzingen of voorschriften. NIVEL heeft geanalyseerd hoeveel contacten er in 2003, 2006 en 2009 plaatsvonden in verband met een van de zelfzorgwaardige

⁷⁰ International Classification of Primary Care.

gezondheidsklachten. In de tellingen is rekening gehouden met de zelfzorgscore, door het aantal contacten te vermenigvuldigen met de zelfzorgscore van de betreffende ICPC-code.⁷¹

Wat is het besparingspotentieel van zelfzorg

Uitgaande van de conservatieve schatting van zelfzorgwaardige gezondheidsklachten en LINH-registraties, heeft Ecorys een concrete economische waarde van het besparingspotentieel van zelfzorg berekend. In hoofdstuk 3 is uitgewerkt welke effecten de herbalancering van zelfzorg en formele zorgverlening kan hebben. Wij zijn voorzichtig te werk gegaan en hebben slechts de waarde van de tijdsbesteding van de huisarts in verband met zelfzorgwaardige gezondheidsklachten berekend door de waargenomen tijdsbesteding te vermenigvuldigen met de bijbehorende huisartsentarieven.

Belangrijke effecten die we niet hebben gekwantificeerd zijn de verminderde druk op de werktijd van medisch specialisten (meer kwaliteit en innovatie in ziekenhuiszorg) en de intrinsieke waarde van burgers die weer een gevoel van controle krijgen over hun eigen gezondheid.

⁷¹ Dus als een bepaalde ICPC-code een zelfzorgscore heeft van 68%, wordt 68% van de contacten die in verband met deze ICPC-code hebben plaatsgevonden, meegeteld in de tijdsbesteding van huisartsen aan zelfzorgwaardige gezondheidsklachten.

Bijlage VI: Maatregelen om de balans te herstellen

In hoofdstuk 6 hebben wij de oplossingsrichtingen verkend die kunnen worden bewandeld om de verbeteringen in de balans tussen zelfzorg en formele zorgverlening te bereiken. In deze bijlage zijn de mogelijk maatregelen nog iets concreter uitgewerkt. Ook hebben we elke 'haken en ogen' benoemd waarmee in de implementatie rekening gehouden moet worden. De volgende uitwerking is uitdrukkelijk niet bedoeld als een pasklaar draaiboek voor implementatie.

Maatregelen

Gericht op de consument

Zelfzorgeducatie voor consumenten door zorgverleners: ook aan Nederlandse consumenten kan educatie worden geboden over de (on)mogelijkheden om zelf zorg te dragen voor je gezondheid.

Dergelijke cursussen zijn ook toegepast in het Verenigd Koninkrijk. Zie de bijlage:

'zelfredzaamheidsbevordering in het buitenland' voor voorbeelden.

1. Zelfzorgeducatie voor consumenten door zorgverleners		
Wat: Consumenten leren: - Grote en kleine kwalen onderscheiden - Wat gezond gedrag is en hoe je een gedragsverandering vasthoudt - Zelfzorggeneesmiddelen op een veilig manier gebruiken - Wanneer een arts moet worden ingeschakeld (afkappunten)		
Wie: Consumenten	Hoe: Inhoud, duur, format en opzet van de cursus aanpassen aan de Nederlandse consument Kwalificaties bepalen van cursusleiders Innovatieve vormen (e-learning etc) verkennen en benutten	Aandachtspunten: Financiering: publieke of individuele gezondheidszorg? Meebetalen door stakeholders? Onafhankelijkheid trainingsaanbod – objectieve informatie Diploma of vaardigheidsbewijs uitreiken?

- Op scholen aandacht besteden aan zelfredzaamheid bij kleine kwalen: door kinderen te leren dat je veel zelf kunt oplossen zonder hulp van een dokter, zijn ze later meer zelfredzaam. Bovendien kunnen ouders nu en in de toekomst meeprofiten van de kennis van hun kinderen.

2. In het onderwijs wordt aandacht besteed aan zelfredzaamheid bij kleine kwalen		
Wat: - In het lespakket van alle leerplichtige leerlingen tussen 12 en 16 jaar wordt aandacht besteed aan gezond gedrag, eigen mogelijkheden om gezond te blijven, de organisatie van de Nederlandse zorg en de noodzaak om zuinig om te gaan met het collectief gefinancierde zorgaanbod. - Kinderen leren dat je veel zelf kunt oplossen zonder naar de dokter te gaan. Deze kinderen hebben later een grotere zelfredzaamheid. - Hun ouders worden gedeeltelijk bereikt door de kennis die kinderen mee naar huis nemen.		
Wie: - Kinderen - Ouders	Hoe: - Schriftelijke lesmethoden - Praktijkoefeningen	Aandachtspunten: Aanvullende lesdruk: kan dit bovenop het bestaande

	• Excursies • Games	lespakket of zal iets anders moeten vervallen? • Objectiviteit en betrouwbaarheid van lesmateriaal • Diploma of vaardigheidsbewijs uitreiken?
--	--	---

- Publiekscampagne: meer inzicht bij algemeen publiek via grote campagne (besparingspotentieel, verkrijgbaarheid zelfzorggeneesmiddelen, goed zelfzorggedrag, etc.)

3. Het maatschappelijk belang van zelfzorg wordt publiek gepropageerd

Wat: Massamediale campagne waarin de baten van zelfredzaamheid worden inzichtelijk gemaakt, mensen horen wat ze zelf kunnen doen, wordt uitgelegd waarom het goed is om 'het eerst zelf te proberen'.		
Wie: • Algemeen publiek	Hoe: • Verschillende media (tv, radio, internet, huis-aan-huisbladen, bill boards, etc)	Aandachtspunten: • Ideële reclame? • Gezamenlijke rol voor de stakeholders: overheid, producenten, zorgverzekeraars, consumentenorganisaties, zorgverleners

Gericht op de zorgverlener

- Train de professional: zorgverleners worden getraind in de manier waarop zij met de consument communiceren om zelfzorg te bevorderen. De Britse training Self Care for Primary Care kan hierbij als voorbeeld dienen.

4. Train de professional om zelfzorg te bevorderen

Wat: Zorgverleners moeten over de vaardigheden beschikken om een gedragsverandering bij patiënten te bewerkstelligen.		
• Zelfzorgcompetenties herkennen in consumenten • Competenties effectief aanspreken • Zo veel mogelijk formele zorghandelingen laten overnemen door zelfzorg		
Wie: • Huisartsen • Apothekers • Praktijkassistenten	Hoe: • Aandacht voor zelfzorg en zelfredzaamheid in opleidingen van zorgprofessionals • Zelfzorgbevorderende behandelwijze bespreken in FTO's⁷² (zoals hoe te communiceren met patiënten) • Informatiecampagne onder zorgverleners	Aandachtspunten: • Kosten van investeringen • Evidence base versterken • Onafhankelijkheid en objectiviteit van de kennisoverdracht borgen via accreditatie

⁷² Om de kwaliteit van de medicijnverstrekking te bevorderen overleggen apothekers met huisartsen in het farmacotherapeutisch overleg (FTO). Zie bijvoorbeeld Nationaal Kompas Volksgezondheid\Zorg\Eerstelijnszorg\Openbare apotheken.

	• Voorlichtingsmateriaal verspreiden • Accreditatie van na- en bijscholing die aan zelfzorgbevordering bijdraagt	
--	---	--

- Zelfvertrouwen: naast de vaardigheid om feiten te vinden en te beoordelen heeft consument ook zelfvertrouwen nodig. Zoals al in ketendbc's gebeurt, kan de huisarts een 'beginnende zelfzorger' begeleiden.

5. De huisarts en assistenten als vraagbaak voor de startende zelfzorgconsument

Wat:

- Huisartsen en hun assistenten moeten zelfzorgconsumenten die nog niet voldoende zelfvertrouwen hebben om zelfzorgbeslissingen te nemen, desgevraagd stimuleren en helpen onder andere door het geven van adviezen.
- Adviezen: de consument legt zijn voorgenomen zelfzorgbeslissing voor en de huisarts geeft zijn mening of het de juiste beslissing is.
- Het is niet de bedoeling dat de huisarts een diagnose stelt of behandelbeslissingen neemt, tenzij noodzakelijk om gezondheidsschade te voorkomen.

Wie:

- Huisartsen en assistenten

Hoe:

- Telefonisch
- Internet
- Face to face consult
- Groepsconsulten

Aandachtspunten:

- Behoort al tot de taken van huisartsen – belang neemt toe met streven naar vergroten van zelfredzaamheid
- Onderzoek de wenselijkheid van een protocol om eenduidige uitvoering vast te leggen.

- Opvangen van zorgvragen bij aandoeningen met een lage ziektelast: de beëindiging van de vergoeding van huisartsenzorg bij aandoeningen met een lage ziektelast zal een verschuiving van de patiëntenstromen tot gevolg hebben. Het is van groot belang dat de juiste patiënt in het juiste 'circuit' zorg krijgt. Maar door de toegenomen keuzemogelijkheden wordt het er voor consumenten niet altijd eenvoudiger op. Daarom moeten op landelijk niveau duidelijke afspraken worden vastgelegd in gezamenlijke zorgstandaarden van artsen en apothekers. Daarin staat precies omschreven wat wel en niet wordt vergoed, wat wel en niet bij de huisarts thuishoort, en wat de grenzen (afkappunten) van verantwoorde zelfzorg zijn waarbij de apotheker een adviserende rol kan spelen.

6. Werkafspraken artsen en apothekers bij aandoeningen lage ziektelast

Wat:

- Duidelijkheid over wat juiste behandelsetting is voor zorgvragen met een lage ziektelast
- Van belang omdat vergoedingsbeslissingen de patiëntenstromen beïnvloeden
- Gemeenschappelijke zorgstandaarden artsen en apothekers bieden duidelijkheid over wel/niet vergoede zorg en over de verdeling huisartsenzorg/zelfzorg

Wie:

- NHG en KNMP

Hoe:

- Aandoeningen met lage ziektelast voldoende herkenbaar omschrijven voor artsen, apothekers en assistenten
- Afkappunten en

Aandachtspunten:

- Zelfzorgadvies normale werkzaamheid in de apotheek
- Verken de relatie met *patient-centered collaborative care*: in chronische zorg zo veel mogelijk terugvallen op

	contraindicaties voor zelfzorg onderzoeken en benoemen - Naleving van de standaard controleren als aspect van professioneel handelen - Praktisch bruikbaar voorlichtingsmateriaal voor medewerkers van praktijken beschikbaar stellen	zelfzorg, terwijl incidentele zorg (onervaren patiënt) meer <i>professional driven</i> blijft Materiaal ook bruikbaar maken voor patiëntenvoorlichting.
--	--	---

Gericht op de zorgverzekeraar

- Gewenst gedrag belonen: Het streven is om verantwoorde zelfzorg op een zo direct mogelijke manier te belonen met positieve prikkels vanuit de zorgverzekeraar. Dit kan individueel beleid zijn van zorgverzekeraars, maar kan ook door zorgverzekeraars gezamenlijk worden ingezet.

7. Belonen van gewenst zelfzorggedrag door zorgverzekeraars

Wat: Het gewenste consumentengedrag (verantwoorde zelfzorg) moet zo direct mogelijk worden beloond Het gedrag als zodanig is voor de zorgverzekeraar niet goed waarneembaar Het beste alternatief is het belonen van de aantoonbare competentie voor het gewenste gedrag		
Wie: Zorgverzekeraars	Hoe: Beloning kan bijvoorbeeld bestaan uit: - Cadeaubon - Korting op de premie - Vrijstelling van eigen risico - Betalen van de kosten van competentieontwikkeling	Aandachtspunten: - Vaststellen van voldoende competentieniveau? 'Zelfzorgvaardigheidsbewijs'? - Maatschappelijke toelaatbaarheid van onderscheid tussen consumenten (tweedeling)? - Individueel beleid of gezamenlijk beleid zorgverzekeraars?

- Zorgverzekeraars informeren consumenten wat je met zelfzorg kan bereiken en waarom je dat zou willen (maatschappelijke baten). Zorgverzekeraars worden hiertoe geprikkeld na aanpassing van de risicodragendheid voor zorgkosten, zoals in het voorgenomen beleid van de minister van VWS is voorzien.

8. Zorgverzekeraars dragen het belang van zelfredzaamheid uit

Wat: Zorgverzekeraars stimuleren zelfzorg actief door voorlichting aan en aansporing van consumenten Effectiviteit van de campagne vergroten door toespitsing op verzekerden met relevant zorgprofiel		
Wie: Zorgverzekeraars	Hoe: Massamediale campagnes Gepersonaliseerde boodschappen afgestemd op het geconstateerde zorggebruik	Aandachtspunten: Hoeveel inmenging in de persoonlijke levenssfeer is toelaatbaar? Inhoudelijke juistheid van de boodschappen van zorgverzekeraars? Gaan zorgverzekeraars hiermee "op de stoel van de dokter zitten"?

- Zorgverzekeraars maken met gecontracteerde huisartsen meetbare prestatieafspraken over het bevorderen van zelfzorg en terughoudend zijn met starten van een behandeling. Hieraan kan ook een resultaatafhankelijke beloning worden gekoppeld.

9. Zorgverzekeraars contracteren op zelfzorgbevordering		
Wat: • Zelfzorgbevordering en terughoudendheid van formele zorgverlening worden opgenomen in de zorgcontracten tussen zorgverzekeraars en huisartsen • Zorgverzekeraars meten de mate waarin huisartsen de overeenkomsten naleven.		
Wie: • Zorgverzekeraars • Huisartsen	Hoe: • Omschrijven en meetbaar maken 'zelfzorgbevordering' en 'terughoudendheid formele zorgverlening' • Onderhandeling met huisarts om dit op te nemen in zorgovereenkomst • Daadwerkelijk meten van de inspanning of prestatie van huisarts	Aandachtspunten: • Belang van zorgverzekeraars bij zelfzorg vergroten, om hen te prikkelen tot deze inkoop-inspanning • Inspanningsverplichting of resultaatverplichting voor huisartsen • Is de doelstelling voldoende meetbaar als grondslag voor toekenning van beloning?

- Inperking basispakket: Het is voorgenomen kabinetsbeleid om te bezuinigen door de vergoeding van zorgkosten bij aandoeningen met een lage ziektelast te verminderen. Wij bevelen aan om de vergoeding alleen in te perken als er een goed zelfzorgalternatief bestaat. Dit kan worden vormgegeven door de kleine kwalen zoals in dit rapport gedefinieerd, als aandoeningen met een lage ziektelast aan te wijzen. Herhaalconsulten en recepten voor aandoeningen met een lage ziektelast worden niet meer vergoed.⁷³

10. Zorg bij kleine kwalen uit het basispakket Zorgverzekeringswet		
Wat: Voorgeschreven geneesmiddelen en tweede en volgende huisartsconsulten bij aandoeningen met een lage ziektelast worden niet meer betaald uit de basisverzekering. Het eerste consult waarin wordt bepaald of het om een kleine kwaal gaat, moet wel vergoed worden.		
Wie: Minister van VWS CVZ Zorgverzekeraars Artsen	Hoe: Regelgeving waarin het pakket omschreven wordt, moet worden aangepast. Huisartsen moeten kunnen verwijzen naar of ondersteunen bij verantwoorde zelfzorg.	Aandachtspunten: CVZ brengt een uitvoeringstoets uit over dit beleidsvoornemen Hoe vaststellen of een consult puur betrekking heeft op oorspronkelijke niet vergoede zorgvraag of dat er nieuwe omstandigheden het een (deels) nieuw eerste consult betreft?

Flankerend beleid

De voornoemde maatregelen hebben soms flankerend beleid nodig om effectief te worden. Zo vervullen de zorgverzekeraars een grote rol bij de uitvoering van de maatregelen 7, 8 en 9. Echter

⁷³ Het eerste consult moet wel vergoed worden omdat daarin wordt vastgesteld dat het om een kleine kwaal gaat.

zorgverzekeraars lijken in het huidige stelsel weinig geprikkeld te worden. Daarom bevelen wij de onderstaande flankerende beleidsmaatregelen aan.

Manieren om de prikkel tot zelfzorgbevordering bij zorgverzekeraars te versterken

Wat is het probleem: Zorgverzekeraars hebben te kennen gegeven op dit moment nog weinig financieel belang te hebben bij het bevorderen van zelfzorg.

Wat kun je eraan doen: De minister van VWS is al van plan om de risicodragendheid van zorgverzekeraars te vergroten door de ex post compensatie af te schaffen.⁷⁴ Daardoor krijgen zorgverzekeraars een sterkere prikkel om een rationeel gebruik van tweedelijns zorg te bevorderen. Door het afschaffen van de ex post compensatie zal dit belang toenemen. Andere manieren waarop zorgverzekeraars geprikkeld kunnen worden om zich voor zelfzorgbevordering in te spannen zijn bijvoorbeeld door een beloning toe te kennen via de middelen die zorgverzekeraars van het CVZ ontvangen, of door de zorgverzekeraars wettelijk te verplichten bepaalde prestatieafspraken met zorgaanbieders overeen te komen.

Druk op diagnose huisarts: de diagnose gaat mogelijk bepalen of iemand vergoeding krijgt of niet. Eventueel kan tijdelijk worden gemonitord hoe deze druk zich ontwikkelt.

Wat is het probleem: De maatregelen om de eigen verantwoordelijkheid van de consument aan te spreken, bestaan onder andere uit (financiële) prikkels voor consumenten om minder formele zorg bij kleine kwalen te gebruiken. Deze prikkels zullen dus afhankelijk worden van de gestelde diagnose. Huisartsen kunnen geconfronteerd worden met patiënten die druk op hen uitoefenen om een bepaalde diagnose wel of niet te stellen.

Wat kun je eraan doen: Er is geen flankerende maatregel die deze druk op de huisarts wegneemt. Wel kan onderzocht worden of de ene huisarts opvallend andere diagnoses stelt dan een andere huisarts. Dit kan een indicatie zijn dat de huisarts de druk niet weerstaat. Ook kan regelmatig worden onderzocht of huisartsen vinden dat de druk op diagnosestelling onacceptabel toeneemt.

Solidariteit tussen verzekerden waarborgen en risicoselectie door zorgverzekeraars tegengaan

Wat is het probleem: De ene zorgverzekeraar heeft meer zelfredzame verzekerden dan de andere, en zal dus ook sterker profiteren. De verschillen worden groter als de maatschappelijke baten meer en meer gerealiseerd zullen worden. Dit kan uiteindelijk tot risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt leiden, als een zelfredzame verzekerde beduidend aantrekkelijker is voor een zorgverzekeraar dan een minder zelfredzame verzekerde. Dat is ongewenst vanuit het oogpunt van solidariteit in de toegang tot zorgverzekeringen.

Wat kun je eraan doen: Wanneer de maatschappelijke baten meer voelbaar worden, moet de NZa gaan monitoren of zorgverzekeraars hierop risicoselectie toepassen. Als daar aanleiding toe bestaat, moet de zelfredzaamheid van verzekerden door CVZ als factor worden opgenomen in de ex ante risicoverevening tussen zorgverzekeraars.

De werkgever betrekken in de bevordering van zelfzorg

Wat is het probleem: Hoe kan de werkgever gestimuleerd worden om een betere zelfzorgbalans onder zijn werknemers te bevorderen naast de inspanningen die al worden geleverd voor gezond en veilig werken?

Wat kun je eraan doen: Het belang van de werkgever bij een betere zelfzorgbalans is minder verzuimkosten en betere inzetbaarheid van het personeel. De bedrijfsarts kan voorlichting geven over vormen van zelfzorg die relevant zijn voor het betreffende personeel. In de ene beroepsgroep bestaat deze voorlichting misschien uit tips over het omgaan met stress, en in de andere beroepsgroep uit voorlichting over hoe te herstellen van zware lichamelijke arbeid. In overleg met

⁷⁴ "Zorg die loont", Beleidsbrief minister Schippers, 14 april 2011

werkgeversverenigingen en de organisaties van bedrijfsartsen kunnen programma's worden ingevuld.



Postbus 4175
3006 AD Rotterdam
Nederland

Watermanweg 44
3067 GG Rotterdam
Nederland

T 010 453 88 00
F 010 453 07 68
E netherlands@ecorys.com

W www.ecorys.nl

Sound analysis, inspiring ideas