

Inhoudsopgave

	Samenvatting	5
1	De adviesopdracht	11
1.1	Waarom een advies over care en cure	11
1.2	Functie van het advies in het beleidsproces	12
1.3	Adviesvoorbereiding	13
1.4	Beleidsvragen en leeswijzer	14
2	Care en cure: waar hebben we het over?	15
2.1	Inleiding	15
2.2	Definities van care en cure	15
2.3	De begrippen care en cure in de verschillende sectoren van de gezondheidszorg	16
2.4	De verhouding tussen care en cure in de verschillende sectoren	20
2.5	Care en cure: toekomstige ontwikkelingen	22
2.6	Care en cure in de discussie over het toekomstig verzekeringsstelsel	23
2.7	Conclusies	25
3	Analyse 'schottenproblematiek'	27
3.1	Inleiding	27
3.2	Verschillende verzekeringssystemen	27
3.3	Een knellende aanbodregulering	29
3.4	Domeinenstrijd en cultuurverschillen	32
3.5	'Aanpalende stelsels'	34
3.6	Schotten op de arbeidsmarkt	35
3.7	Conclusie	36
4	Oplossingsrichtingen: wat doen we met de schotten?	38
4.1	Inleiding	38
4.2	Integreren: het 1 ^e en 2 ^e compartiment samenvoegen?	38
4.3	Verminderen aanbodregulering	42
4.4	Integratie én differentiatie in de patiëntenzorg	46
4.5	'Schotten' ook functioneel	48
4.6	Arbeidsmarktproblemen oplossen	49
4.7	Compartimenten samenvoegen of niet?	51
5	Conclusies en aanbevelingen	54
5.1	Inleiding	54
5.2	Antwoorden op de beleidsvragen	54
5.3	Aanbevelingen	61

Bijlagen:

1	Relevant gedeelte uit het door de minister van VWS vastgestelde werkprogramma RVZ 1999	67
2	Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)	75
3	Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)	77
4	Verantwoording van de adviesvoorbereiding	79
5	De verhouding cure – care in vier sectoren	85
6	Aspecten van (stelsel)afbakening op het micro-niveau: een inventarisatie	105
7	Lijst van afkortingen	123
8	Literatuurlijst	125
9	Overzicht publicaties RVZ	131

Samenvatting

Vanuit het perspectief van patiënten is samenhang in de zorg essentieel. Zo heeft een patiënt die na een ziekenhuisopname nog niet zelfstandig kan functioneren soms hulp nodig van de thuiszorg, soms moet hij tijdelijk worden opgenomen in een verpleeghuis of revalidatiekliniek. Een verstandelijk of lichamelijk gehandicapte heeft niet alleen behoefte aan goede gezondheidszorg, maar ook aan dagbesteding. In ons systeem van gezondheidszorg zijn taken en verantwoordelijkheden over diverse sectoren en actoren verdeeld. Om een voor de patiënt samenhangend en aan zijn wensen tegemoetkomend aanbod te realiseren, moeten betrokken instellingen en actoren samenwerken. Dat lukt maar moeilijk.

Meer samenhang in de zorg veronderstelt ook meer samenhang tussen care en cure. De aanspraken daarop zijn in verschillende verzekeringen ondergebracht. In dit advies staat daarom de vraag centraal of meer samenhang in de zorg gemakkelijker gerealiseerd kan worden als er sprake zou zijn van één verzekeringsvorm. Met andere woorden: moeten de twee compartimenten in het huidige stelsel, de AWBZ en de Ziekenfondswet, worden geïntegreerd of zijn er redenen om de twee compartimenten in stand te houden.

Om die vraag te beantwoorden heeft de Raad in de eerste plaats gekeken naar de betekenis van care en cure. Het zijn begrippen die in de gezondheidszorg voor verschillende zaken worden gebruikt. De oorspronkelijke betekenis van cure en care is genezen en verzorgen, twee hoofdfuncties van de gezondheidszorg. Met die termen worden ook wel sectoren van de gezondheidszorg bedoeld. De thuiszorg, het verpleeghuis en de gehandicaptenzorg bijvoorbeeld worden tot de care-sector gerekend, de huisartsenzorg en de ziekenhuiszorg tot de cure-sector. De cure wordt via de zorgverzekeringen van het 2^e compartiment gefinancierd, de care via de AWBZ. In het verlengde daarvan is men wel gaan spreken van 'de cure' en 'de care'. In de praktijk van de zorgverlening zijn de begrippen wel bekend, maar leiden ze tot verwarring. Eén van de meest kenmerkende opmerking van praktijkmensen daarover:

“Ooit dacht ik te weten waarop de beide begrippen sloegen, maar dat inzicht ben ik inmiddels volledig kwijtgeraakt. Wij werken praktisch”.

Care en cure zijn containerbegrippen. Ze zeggen weinig over de inhoud van de zorg en vanuit het perspectief van de patiënt zijn ze onlosmakelijk met elkaar verbonden. Care en cure zijn dan ook geen bruikbare begrippen om de gezondheidszorg te ordenen of een verzekeringsstelsel op te baseren.

In de tweede plaats heeft de Raad de problemen geïntegreerd waar mensen in de praktijk tegenaan lopen als ze een geïntegreerd aanbod van zorg tot stand willen brengen. Het gaat dan vooral om de problemen waar ze tegenaan lopen als ze daarvoor moeten samenwerken met sectoren en actoren die in een ander compartiment van het verzekeringsstelsel thuishoren. Die problemen zijn talrijk. Alle partijen lopen in alle sectoren tegen vergelijkbare problemen aan, hoewel per sector andere accenten te onderkennen zijn en de verklaringen enigszins verschillen. De bij dit advies behorende publicatie ‘Over schotten in care en cure: opvattingen en werkwijzen’ geeft een beeld van hoe deze problemen zich in de dagelijkse praktijk voordoen.

De problemen worden in het veld gepercipieerd en aangeduid met het begrip ‘schottenproblematiek’. Evenals care en cure containerbegrippen zijn geworden, geldt dit ook voor ‘schottenproblematiek’. Daaronder gaan vijf clusters van problemen schuil:

1. verschillen in verzekeringssystemen;
2. een knellende aanbodregulering;
3. domeinenstrijd en cultuurverschillen;
4. schotten tussen aanpalende stelsels;
5. schotten op de arbeidsmarkt.

Ad 1

Bij de schotten als gevolg van het verschil tussen AWBZ en Ziekenfondswet gaat het om verschillen in eigen bijdrage, verschillen in financieel risico voor de verzekeraar en verschillen in poortwachterfunctie. Zo is de huisarts de poortwachter in de Ziekenfondswet, in de AWBZ is dat het regionaal indicatieorgaan waar het de verpleging en verzorging betreft.

Ad 2

In de aanbodregulering scoren problemen als bureaucratie, budgetsystematiek en sectorale omschrijvingen van de aanspraken op zorg, hoog. Het is bijvoorbeeld niet mogelijk

voor ziekenhuizen om thuiszorg te leveren of verpleeghuiszorg.

Ad 3

Verschillen in cultuur tussen organisaties en beroepsbeoefenaren hebben hun wortels in verschillen in patiëntenpopulaties, werkstijlen en omgangsvormen die in uiteenlopende voorzieningen in de gezondheidszorg voorkomen.

Ad 4

Niet alleen bestaan schotten tussen de AWBZ en de Ziekenfondswet, maar ook daarbinnen en tussen aanpalende stelsels en voorzieningen als de WVG en het maatschappelijk werk. In de gehandicaptenzorg bijvoorbeeld heeft men daardoor te maken met veel verschillende indicatiecommissies.

Ad 5

Iedere sector heeft te maken met de tekorten op de arbeidsmarkt. Maar ook de uitwisseling en mobiliteit van personeel tussen sectoren stagneren door verschillen in arbeidsvoorwaarden. De cure sector blijkt voor mensen aantrekkelijker dan de care-sector.

Het gaat volgens de Raad om ernstige problemen die moeten worden opgelost. Ondanks de (personeels)problemen die er zijn, steekt men in het veld veel tijd en energie om voor iedere patiënt adequate oplossingen te vinden. De grenzen zijn echter in zicht om binnen het bestaande stelsel wezenlijke veranderingen door te voeren. Van de gescheiden compartimentering gaan weinig positieve prikkels uit om meer samenhang in de zorg te bewerkstelligen. Daar komt nog bij dat steeds meer mensen in de toekomst gebruik zullen maken van een combinatie van zorg uit het huidige 1^e en 2^e compartiment. De bestaande problemen zullen daardoor eerder kunnen toenemen. Bovendien is het niet goed als men in de praktijk het gevoel heeft dat veranderingen alleen bereikt worden door te sjoemelen, creatief te boekhouden of de wet te omzeilen. Dat verhindert het noodzakelijk veranderingsproces en doet afbreuk aan de legitimiteit daarvan.

Op de langere termijn acht de Raad het huidige stelsel van ziektekostenverzekeringen niet houdbaar. De verschillen in sturingsfilosofie voor het 1^e en 2^e compartiment zijn niet goed meer te verdedigen. Care en cure groeien steeds meer naar elkaar toe. Uitgangspunten als burgerschap en

ondernemerschap dienen in alle delen van de gezondheidszorg een kans te krijgen en dus ook binnen de huidige AWBZ-zorg. Vanuit het perspectief van een toekomstgericht stelsel met keuzevrijheid voor de patiënt en met meer ruimte voor zorginnovatie en ondernemerschap voor ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders, is integratie van het 1e en 2e compartiment wenselijk. Het toekomstig stelsel moet positieve incentives bevatten voor initiatieven en zorgvernieuwing die meer samenhang in de zorg bewerkstelligen. De voorkeur van de Raad gaat uit naar één (basis)verzekering voor care en cure in de gezondheidszorg.

Het is duidelijk dat het ineenschuiven van de compartimenten niet alle problemen oplost. De aanbodregulering, de afstemming met aanpalende stelsels en de arbeidsmarktproblemen verdwijnen niet vanzelf als het 1e en 2e compartiment in elkaar worden geschoven. Dat geldt ook voor cultuurverschillen tussen instellingen en professionals. Omdat de totstandkoming van één (basis)verzekering enige tijd in beslag zal nemen, kunnen op de korte termijn al stappen gezet worden waarmee de meest urgente problemen worden aangepakt.

De indicatiestelling in de AWBZ kan beperkt worden tot beslissingen over langdurige intramurale zorgverlening. Deze maatregel kan nu al geëffectueerd worden als de partijen die het bestuur van het RIO vormen, besluiten gebruik te maken van de mandaatregeling. Als ze dat niet doen, ligt aanpassing van het Zorgindicatiebesluit in de rede.

Mogelijkheden om de aanbodregulering te verminderen zijn er ook. Zo kan de overheid de sectorale omschrijvingen van aanspraken op zorg afschaffen en meer aanbieders van zorg toelaten. Instituutsgebonden aanspraken op zorg kunnen beperkt worden tot zorg waarbij de locatie onlosmakelijk verbonden is met de geboden zorg. In zowel het 1e als 2e compartiment kunnen meer keuzemogelijkheden voor de patiënt worden gerealiseerd door uitbreiding van de mogelijkheden van een persoonsgebonden budget en een keuze uit natura of restitutie. Verder zal het toekomstig experimenteerartikel in de herziene WVG de mogelijkheden verruimen om zorg op het grensvlak van AWBZ en ZFW aan te bieden.

Om de domeinstrijd tussen professionals en instellingen te beslechten en cultuurverschillen te overbruggen, moeten

zorgverzekeraars en instellingen gerichte instrumenten gebruiken. Zorgverzekeraars kunnen in hun contracten kwaliteitseisen stellen die geïntegreerde zorg bevorderen en zich profileren op zorgbemiddeling. Instellingen kunnen door een herontwerp van zorgprocessen barrières tussen instellingen en professionals wegnemen.

Barrières voor een geïntegreerde zorg die samenhangen met ‘aanpalende’ stelsels moeten volgens de Raad niet opgelost worden door integratie van voorzieningen in het stelsel van ziektekosten, maar door instrumenten als zorgbemiddeling of zorgconsulenten in te zetten die de overgang van het ene stelsel naar het andere soepel regelen. Dat vergt wel een duidelijke standpuntbepaling over welke onderdelen van de zorg tot de gezondheidszorg behoren en welke tot wonen of de dienstverlening. De Raad vindt dat een deel van de thuiszorg, de ondersteuning bij het dagelijks functioneren en het huishouden, niet thuis hoort in een stelsel van ziektekosten. Over de vraag welke delen van de gehandicaptenzorg tot de gezondheidszorg behoren, brengt de Raad volgend jaar een apart advies uit.

Zonder voldoende en voldoende gekwalificeerde professionals kunnen de ambities die met de wijziging van het verzekeringsstelsel worden nagestreefd, niet worden waargemaakt. Een verdergaande modernisering en flexibilisering van de regelgeving van de arbeidsmarkt is daarom absoluut noodzakelijk. De verantwoordelijkheid daarvoor ligt primair bij de sociale partners.

De overheid zou in de bijdrage voor de loonkostenontwikkeling rekening moeten houden met de (on)mogelijkheid in de verschillende sectoren om de arbeidsproductiviteit te beïnvloeden. Voor sectoren met een lagere arbeidsproductiviteitsontwikkeling pleit de Raad voor een toeslag op de reguliere ruimte voor de arbeidsvoorwaardenontwikkeling.

1 De adviesopdracht

1.1 Waarom een advies over care en cure

In het aanbod van voorzieningen en in de organisatie van de gezondheidszorg is in de loop van de tijd een zekere ordening ontstaan. Zo zijn voorzieningen voor mensen die langdurig op zorg zijn aangewezen ondergebracht in een aparte verzekering, de AWBZ. Veelal wordt de zorg die verleend wordt op basis van de AWBZ aangeduid met care. Care duidt op de doelstelling van die zorg: niet genezen staat voorop, maar verplegen en verzorgen. De zorg die wordt verleend op basis van de ZFW wordt doorgaans getypeerd als cure: gericht op genezing en meestal kortdurend. Deze indeling heeft tot gevolg dat men in de loop der tijd is gaan spreken van care en cure en van care- en cure-sectoren. Wat de verzekeringen betreft is men gaan spreken van een 1^e (AWBZ) en een 2^e (ZFW) compartiment.

Vanuit het perspectief van patiënten is samenhang in de zorg essentieel. Zo heeft een patiënt die na een ziekenhuisopname nog niet zelfstandig kan functioneren soms hulp nodig van de thuiszorg, soms moet hij tijdelijk worden opgenomen in een verpleeghuis of revalidatiekliniek. En zo heeft een verstandelijk of lichamelijk gehandicapte niet alleen behoefte aan goede gezondheidszorg als hij is opgenomen in een instelling. Hij wil ook een zinvolle dagbesteding en zoveel mogelijk deelnemen aan maatschappelijke activiteiten. In ons systeem van gezondheidszorg zijn taken en verantwoordelijkheden voor de verschillende onderdelen van zorg die mensen nodig hebben over diverse actoren en sectoren verdeeld. Om een voor de patiënt samenhangend zorgaanbod te realiseren, moeten betrokken instellingen en actoren samenwerken.

Patiënten willen samenhang in de zorg ...

Casus

Een 28-jarige man wordt met een trauma opgenomen in een algemeen ziekenhuis. Hij wordt ontslagen en gaat naar huis. Hij blijkt niet aangeboren hersenletsel te hebben, hij heeft lichamelijke handicaps en cognitieve stoornissen. Hij wordt verwezen naar een revalidatiecentrum, alwaar hij revalidatie krijgt voor zijn lichamelijke handicaps en er geconstateerd wordt dat hij naast cognitieve stoornissen ook depressief is en gedragsstoornissen heeft. De psychiater wordt in consult geroepen en er wordt een indicatie voor psychiatrische behandeling gesteld. Na verloop van tijd blijkt dat de patiënt niet meer naar huis kan en een aangepaste woonvorm voor patiënten met niet aangeboren hersenletsel is geïndiceerd. Hij is verzorgingsbehoefstig en heeft psychiatrische behandeling nodig.

In de praktijk blijkt het moeilijk samenhang in de zorg te realiseren. Patiënten, betrokken actoren en instellingen krijgen dan te maken met verschillen in regelgeving zoals verschillen in eigen bijdragen, met andere indicatieprocedures, met verschillen in aanspraken, et cetera. De vraag is of het huidige stelsel wel voldoende is toegerust om meer samenhang te bewerkstelligen tussen care en cure.

... dat blijkt lastig in de praktijk

Komt dat door het huidige stelsel?

De wens naar meer samenhang tussen care en cure was voor de Minister aanleiding hierover advies te vragen. De tekst van de adviesopdracht van de minister van VWS aan de RVZ is opgenomen in bijlage 1 van dit advies.

1.2 Functie van het advies in het beleidsproces

Het advies over care en cure moet bouwstenen aanleveren voor de komende discussie over de herziening van het stelsel van ziektekosten. Het is niet het enige advies met die functie. Het advies dat de Raad in december jl. uitbracht, De rollen verdeeld: burger, ondernemer en overheid in de gezondheidszorg, is ook één van die bouwstenen. In dat advies staat de bestuurlijke vormgeving van het toekomstig stelsel centraal.

Eén van de bouwstenen in de stelseldiscussie

In dit advies komt de specifieke vraag aan de orde of meer samenhang tussen care en cure dwingt tot één

Kernvraag: 1 of 2 compartimenten ...

verzekeringsvorm. Anders geformuleerd: moeten het 1^e (AWBZ) en het 2^e (ZFW) compartiment integreren of zijn er redenen om de differentiatie in stand te houden. Het antwoord op die vraag luidt niet simpel ja of nee, zoals uit dit advies zal blijken. De compartimentering in het verzekeringsstelsel komt ook aan de orde in het advies 'Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen' (SER, 2000). De vraag naar de solidariteit en verzekeringstechnische aspecten staan in dat advies centraal, terwijl de RVZ de vraag van de compartimentering beantwoordt vanuit het patiëntenperspectief en de inhoud van de zorg. Duidelijk is dat patiënten, zorgaanbieders en verzekeraars tegen de nodige problemen aanlopen als ze zorg uit die twee compartimenten gecombineerd willen krijgen respectievelijk aanbieden, maar die hebben niet in alle gevallen te maken met het bestaan van twee compartimenten. Dit advies vervult daarom ook de functie van het inzichtelijk maken van de problemen en wat partijen in de zorgsector daar zelf aan kunnen doen.

... wordt beantwoord vanuit het patiëntenperspectief en de inhoud van de zorg

1.3 Adviesvoorbereiding

Het advies is voorbereid onder leiding van de raadsleden prof. dr. T.E.D. van der Grinten en mevrouw prof. dr. J.P. Holm.

De Raad heeft tijdens de adviesvoorbereiding vijf bijeenkomsten georganiseerd in verschillende sectoren van de gezondheidszorg: in de curatief-somatische sector, in de sector verpleging en verzorging, in de sector van de geestelijke gezondheidszorg, in de sector voor de lichamelijke gehandicapten en in de sector voor de verstandelijk gehandicapten. Vijf instellingen hebben als gastinstelling namens de Raad betrokkenen uit hun regio uitgenodigd: Groene Hart Ziekenhuis in Gouda, Stichting Zorgspectrum in Nieuwegein, Robert Fleury Stichting in Leidschendam, Heliomare in Wijk aan Zee en 's Heeren Loo Lozenoord in Ermelo. De praktijkproblemen met het realiseren van een samenhangend aanbod van care en cure stonden op de bijeenkomsten centraal. Een overzicht van de aanwezige personen op de bijeenkomsten is te vinden in bijlage 4. De Raad is hen allen zeer erkentelijk voor hun inbreng tijdens de bijeenkomsten.

De RVZ baseert zich op de praktijk

Op verzoek van de Raad heeft mevrouw drs. L. Horn de verslagen van deze bijeenkomsten omgewerkt tot de publicatie 'Over schotten in care en cure: opvattingen en werkwijzen' die

Praktijkverhalen te lezen in: 'Over schotten in care en cure: opvattingen en werkwijzen'

tegelijk met dit advies wordt uitgebracht. Verder zijn met verschillende personen en instanties bilaterale besprekingen gevoerd. Een overzicht is te vinden in bijlage 4.

1.4 Beleidsvragen en leeswijzer

In onderstaand overzicht staan de beleidsvragen die de Raad in dit advies beantwoordt en de plaats waar de antwoorden te vinden zijn.

Beleidsvragen:	Antwoorden:
Hoe verhouden care en cure zich op dit moment tot elkaar in Nederland en welke zorginhoudelijke en beleidsmatige trends zijn hierin te ontdekken?	Hoofdstuk 2, hoofdstuk 5 en bijlage 5
Hoe is deze verhouding in de ons omringende landen?	Hoofdstuk 5
Welke relevante ordeningsprincipes zijn voorhanden, in relatie tot de onderscheiden ordeningsdoelen?	Hoofdstuk 5 en achtergrondstudie
In hoeverre kan nog gesproken worden over care en cure c.q. chronisch en acuut en hoe verhoudt zich de term gehandicaptenzorg hiertoe?	Hoofdstuk 2 en hoofdstuk 5
Wanneer is er behoefte aan integreren, wanneer aan differentiëren?	Hoofdstukken 2, 3, 5 en achtergrondstudie
Met behulp van welke beleidsinstrumenten kan de zorginhoudelijke verplechting van care en cure op de werkvloer worden gerealiseerd?	Hoofdstuk 4 en hoofdstuk 5
Hoe zou de globale beleidsrichting voor de komende vier jaar er uit moeten zien?	Hoofdstuk 5
Welke verdeling van verantwoordelijkheden en taken behoort hierbij, als het gaat om de sturing?	Hoofdstuk 5
Hoe ziet het hierbij behorend actie- en implementatieprogramma er uit?	Hoofdstuk 5

2 Care en cure: waar hebben we het over?

2.1 Inleiding

Care en cure lijken duidelijke begrippen, maar zijn dat bij nadere beschouwing niet. Daarom wordt in dit hoofdstuk eerst aandacht besteed aan de definities van care en cure (paragraaf 2.2). Vervolgens wordt achtereenvolgens aandacht besteed aan de betekenis van de begrippen in de dagelijkse praktijk (paragraaf 2.3), de verhouding tussen care en cure in de verschillende sectoren van de gezondheidszorg (paragraaf 2.4), toekomstige ontwikkelingen die mogelijk van invloed zijn op de verhouding tussen care en cure (paragraaf 2.5) en worden de begrippen geplaatst in het kader van de discussie over het toekomstig verzekeringstelsel (paragraaf 2.6). De conclusies staan in paragraaf 2.7.

Care en cure zijn geen duidelijke begrippen

2.2 Definities van care en cure

Het begrippenpaar cure en care wordt in de gezondheidszorg vaak gebruikt. Het begrip 'care' wordt in de gezondheidszorg echter nog niet zo lang afzonderlijk gebezigd naast het begrip 'cure'. Care hoorde tot ver in de jaren zestig thuis onder de paraplu-functie 'curatieve gezondheidszorg'. Naast de curatieve gezondheidszorg onderscheidde men slechts de preventieve gezondheidszorg.

Care is een relatief nieuw begrip

Hattinga Verschure betoogde in 1971 dat de volksgezondheid te lang is blijven steken in de traditionele geneessector, het terrein van de 'cure', het 'cureren'. In zijn visie werd de gezondheidszorg te weinig benaderd in het totale kader van gezondheidszorg als onderdeel van de gehele welzijnszorg, de 'care' sector (Hattinga Verschure, 1971).

De toename van het aantal chronisch zieken bracht met zich mee dat er aandacht kwam voor vormen van zorg die niet het herstel van patiënten beoogden. De chronisch zieke heeft, naast medische interventies, behoefte aan andere ondersteuning. Het gaat dan om het verlichten van klachten en

symptomen, het voorkomen van complicaties en de begeleiding van patiënten (Kodner, 1995). Die vormen van zorg worden veelal als care benoemd.

Eenduidige en algemeen aanvaarde definities van de begrippen cure en care blijken niet voorhanden. De begrippen worden vaak omschreven aan de hand van:

- doelen c.q. functies: cure is gericht op genezing, herstel; care heeft als doel dat nadelen van ziekten, stoornissen en beperkingen zo min mogelijk kunnen optreden;
- activiteiten: cure: medische zorg, revalidatie en daarbij behorende kortdurende verpleging en verzorging; care: verpleging, begeleiding, ondersteuning, verzorging;
- beroepen: cure: medici en paramedici; care: verpleegkundigen, verzorgenden, activiteitenbegeleiders enzovoorts
- domeinen: cure is gezondheidszorg; care treedt buiten het domein van de gezondheidszorg;
- duur: cure: tijdelijk en kortdurend (soms ook care); care: chronisch en langdurend;
- locatie: cure: ziekenhuis; care: verzorgingshuis, thuiszorg, verpleeghuis, instelling voor gehandicapten;
- verzekering: cure is Ziekenfondswet en particuliere verzekering; care is AWBZ.

Verskillende invalshoeken voor de omschrijving van care en cure

2.3 De begrippen care en cure in de verschillende sectoren van de gezondheidszorg

De begrippen care en cure zijn gekoppeld aan sectoren die men in de gezondheidszorg onderscheidt. Tot de cure-sector wordt gerekend: het algemeen ziekenhuis, de huisarts, de revalidatie. Tot de care-sector wordt gerekend: het verpleeghuis, het verzorgingshuis, de thuiszorg (voor deze drie spreekt men ook wel van ouderenzorg), de geestelijke gezondheidszorg, de gehandicaptenzorg. Aan de hand van de verschillende omschrijvingen van care en cure wordt

Care- en cure zijn gekoppeld aan sectoren

onderstaand nagegaan in hoeverre die omschrijvingen in de sectoren van toepassing zijn.

Doelen en functies

In de praktijk van de zorgverlening lopen de functies c.q. doelen van care en cure door elkaar. Echte cure in de betekenis van het blijvend elimineren van een oorzaak waardoor genezing optreedt, is ook binnen de curatieve sector eerder uitzondering dan regel geworden (NRV, 1994). En omgekeerd wordt in de care-sector meer gedaan dan alleen liefdevol verzorgen. In veel onderdelen van het care-circuit bestaat een behandeloriëntatie. Zelfs in de verstandelijk gehandicapten sector die toch bekend staat als een 'echte' care-sector. In die sector komt steeds meer aandacht voor trainingsaspecten en voor het betrekken van psychiatrische expertise bij gedragsstoornissen van mensen met een verstandelijke handicap. De Gezondheidsraad (1999) pleit ervoor de zorg voor ernstig meervoudig gehandicapten te beschouwen als een vorm van topzorg. Die aan de geneeskunde ontleende term gebruikt de Gezondheidsraad om aan te geven dat het om complexe zorgvraagstukken gaat waarvoor zeer specialistische en als regel schaarse kennis nodig is.

Doelen en functies van care en cure lopen in alle sectoren door elkaar

Activiteiten

Tussen care en cure in de oorspronkelijke betekenis van genezen en verzorgen is een tussengebied te onderkennen. In dit gebied ligt het accent op het trainen van vaardigheden en het compenseren van beperkingen. Om de activiteiten in dit middengebied te typeren, wordt nogal eens de term revalidatie gebruikt. Omdat revalidatie voornamelijk geassocieerd wordt met revalidatieklinieken is het begrip rehabilitatie een betere term. Rehabilitatie verwijst naar een oriëntatie op trainbaarheid en naar het herwinnen of behouden van zo'n optimaal mogelijke manier van functioneren (NRV, 1994).

Care en cure niet goed te onderscheiden aan de hand van activiteiten

Cure-activiteiten bevatten ook activiteiten als begeleiding en ondersteuning die veelal met care geassocieerd worden. Zo stelt Schraven (2000) dat de scheidslijn met de verpleegkundige en andere paramedische beroepen des te onduidelijker wordt als het medisch handelen meer wordt gekenmerkt door praten en adviseren dan door medische interventies in of aan het lichaam. In de snijdende specialismen is op basis van het soort interventies nog wel een duidelijke scheidslijn tussen het werk van de arts en de verpleegkundige aan te geven. Voor andere specialismen is dat veel minder het

geval. Zo is die scheidslijn veel minder sterk in de ggz omdat de medische interventies in hoge mate bestaan uit praten en adviseren. Dat geldt ook voor de medische interventies in de huisartsenpraktijk.

Beroepen

Cure (genezen) was vroeger voorbehouden aan artsen. Door de ontwikkeling van wetenschap en techniek zijn de afgelopen decennia veel nieuwe beroepen ontstaan. Paramedici en verloskundigen kregen formeel de bevoegdheid op een deel van de geneeskunst werkzaam te zijn. Verpleegkundigen kregen weliswaar geen formele bevoegdheid, maar verrichten van oudsher ook handelingen die gericht zijn op de genezing van de patiënt. In alle sectoren leveren naast artsen, paramedici en verpleegkundigen nog vele andere beroepsbeoefenaren een bijdrage aan het genezings- en behandelingsproces van patiënten.

Beroepen niet in te delen naar care of cure

De verschuivingen in het beroepenveld zijn gemarkeerd met de inwerkingtreding van de Wet BIG. De geneeskunst is niet langer voorbehouden aan artsen. Het centrale en overkoepelende begrip in de wet is 'individuele gezondheidszorg'. Geneeskunst is daar een onderdeel van. Het uitgangspunt van de wet is dat iedereen op het terrein van de individuele gezondheidszorg werkzaam kan zijn (uitgezonderd de voorbehouden handelingen). Beroepen zijn daarmee niet langer in te delen naar care of cure.

Domeinen

Behoren care en cure beide tot het domein van de gezondheidszorg? Die vraag is voor de cure gemakkelijker te beantwoorden dan voor de care. Op het terrein van de cure doet die vraag zich slechts sporadisch voor. Maar voor de care ligt dat anders. Onder invloed van een veelheid aan factoren spitst de discussie daarover zich toe op de care.

Is care wel altijd gezondheidszorg?

In het overheidsbeleid wordt sinds een aantal jaren het accent gelegd op het bevorderen van maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid. Dat heeft ertoe geleid dat deze doelstellingen ook in de gezondheidszorg nadrukkelijker aandacht kregen. Dat geldt niet alleen op het terrein van de gehandicaptensector en de geestelijke gezondheidszorg, maar ook op het terrein van de ouderen en de chronisch zieken. Tegelijkertijd is daarmee de vraag naar de afbakening tussen het domein van de gezondheidszorg en dat van andere maatschappelijke sectoren pregnanter geworden.

Duur

Dat cure altijd tijdelijk en kortdurend is, gaat in de meeste sectoren niet op. Veel behandelingen die gericht zijn op genezing nemen geruime tijd in beslag. Dat geldt niet alleen voor de behandeling van patiënten met kanker, maar ook voor de behandeling van psychische stoornissen of neurologische aandoeningen. Chronische patiënten zijn doorgaans langdurig aangewezen op behandeling in de cure-sector. Care kan zowel kortdurend als langdurend zijn.

Care en cure, zowel kortdurend als langdurend

Locatie

De transmuralisering van de zorg leidt ertoe dat de plaats waar de zorg verleend wordt steeds minder zegt over de aard, 'care of cure', van de zorg. Behandelingen die vroeger alleen in het ziekenhuis plaats konden vinden, kunnen nu in de thuis situatie gebeuren of op een andere locatie. De huisarts verricht in zijn eigen praktijk of in een gezondheidscentrum kleine chirurgische ingrepen. Voor een behandeling met cytostatica kan een patiënt in veel gevallen thuis blijven. De zorg voor psychiatrische patiënten of voor gehandicapten wordt in toenemende mate buiten de instellingen gegeven.

Locatie is niet bepalend voor care of cure

Verzekering

Care en cure zijn niet eenduidig te koppelen aan verzekeringsvormen. In de AWBZ zitten ook cure-elementen, bijvoorbeeld de op herstel gerichte geestelijke gezondheidszorg en thuisverpleging. Omgekeerd zitten in het 2^e compartiment ook care-elementen, bijvoorbeeld de begeleiding en ondersteuning van chronisch zieken. Het derde compartiment bevat ook een mengeling van cure- en care-elementen, bijvoorbeeld de cosmetische chirurgie en woonzorgpakketten.

Care en cure zijn niet te koppelen aan een verzekeringsvorm

Dagelijkse praktijk

In de dagelijkse praktijk van de zorgverlening hebben de begrippen care en cure slechts een marginale betekenis. Patiënten gebruiken die termen niet om aan te geven welke zorg ze nodig hebben, hulpverleners gebruiken ze evenmin om te laten zien welke zorg is verleend. Het zijn begrippen die in de praktijk hooguit in analytische zin betekenis hebben. De tegenstelling die met het onderscheid tussen care en cure wordt gesuggereerd, werkt in de praktijk belemmerend. Het zicht op wat patiënten nodig hebben, verdwijnt daardoor naar de achtergrond. Herdefiniëren van de begrippen acht men in de praktijk een heilloze weg. Eén van de meest kenmerkende opmerkingen van praktijkmensen over de begrippen:

Betekenis onderscheid care - cure is in de praktijk marginaal

“Ooit dacht ik te weten waarop de beide begrippen sloegen, maar dat inzicht ben ik inmiddels volledig kwijtgeraakt. Wij werken praktisch”.

2.4 De verhouding tussen care en cure in de verschillende sectoren

Voor de inrichting van het verzekeringsstelsel is het van belang na te gaan hoe de verhouding tussen de functies van care en cure ligt in de verschillende sectoren en in de verzekeringscompartimenten. Zo zijn er immers accentverschillen tussen sectoren die van belang zijn bij de vraag hoe het verzekeringsstelsel een geïntegreerd zorgaanbod kan faciliteren. Daarom is het verder van belang na te gaan of en in welke mate ‘care-sectoren’ voor een geïntegreerd zorgaanbod meer raakvlakken hebben met de ‘curatieve sector’ dan wel met voorzieningen uit aanpalende stelsels.

Hoe liggen de verhoudingen tussen care en cure in de verschillende sectoren?

Casus

Een 50-jarige schizofrene vrouw, opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, krijgt een mammacarcinoom. Zij wordt voor operatie en behandeling opgenomen in een algemeen ziekenhuis. Het algemeen ziekenhuis heeft moeite met de begeleiding en verzorging van de patiënt vanwege haar psychiatrisch ziektebeeld en wil haar postoperatief terugsturen naar het APZ. Zij blijkt hersenmetastase te hebben met een organisch psychosyndroom. Patiënte heeft behandeling en verpleging en verzorging nodig van het algemeen ziekenhuis en het psychiatrisch ziekenhuis; het is zowel

De verhouding tussen care en cure

De verhouding tussen care en cure in de verschillende sectoren is slechts bij benadering aan te geven. De registratie van zorg vindt immers niet plaats aan de hand van een onderscheid tussen de functies van care en cure. In de thuiszorg worden bijvoorbeeld zorguren geregistreerd en in het ziekenhuis gaat men uit van verpleegdagen en polikliniekbezoeken. In iedere sector is de registratie van de zorg verschillend. Ook voor het beschrijven van het aanbod van zorg gebruikt iedere sector een eigen systematiek. Zo is in de ggz een ontwikkeling gaande om het aanbod te omschrijven in termen van zorgprogramma’s en in de sector van de verstandelijk gehandicapten doet men dat door een indeling in rubrieken en producten (zie bijlage 5).

Verhouding is slechts bij benadering aan te geven

Verder is de Raad nagegaan in hoeverre aan de hand van de aard en omvang van de doelgroepen en in de sectoren gebruikelijke productomschrijvingen iets afgeleid kan worden over de verhouding tussen de functie van care en cure. Hoewel algemene uitspraken lastig blijken, zeggen de verschillen tussen sectoren wel iets over de verschillen in zorgsituaties. Men kan ook spreken van zorgdeelmarkten. De Raad onderscheidt vijf zorgdeelmarkten (RVZ, 2000b):

- een potentiële ziekte of stoornis, al dan niet voorspelbaar, te voorkomen door middel van preventie;
- een aangeboren, erfelijke of vroeg verworven stoornis al dan niet resulterend in een beperking en daaraan gerelateerde handicap (bijvoorbeeld syndroom van Down);
- een chronisch verlopende ziekte, al dan niet progressief, intermitterend of terminaal (bijvoorbeeld reuma, nieuwvormingen);
- een niet acute, levensbedreigende, niet chronische ziekte, behandelbaar, eventueel nazorg nodig (bijvoorbeeld infectieziekte);
- een acute of levensbedreigende situatie al dan niet gevolgd door genezing, blijvende beperking of chroniciteit (bijvoorbeeld traumata).

Wel accentverschillen tussen sectoren

Op de tweede deelmarkt, die deels samenvalt met de gehandicaptensector, zal de care-functie op de voorgrond staan. De cure-functie zal op de voorgrond staan op de deelmarkt waar acute of levensbedreigende situaties de overhand hebben. Hoewel sprake is van een dominantie van care of cure op de onderscheiden deelmarkten is op alle deelmarkten sprake van een combinatie van care en cure. De care-functie neemt ook in de 'echte' cure-sectoren een prominente plaats in. Zowel in het ziekenhuis als bij de huisarts is het aandeel patiënten, waarvoor genezing geen reële optie is, omvangrijk. Omgekeerd is de functie van cure in de 'echte' care-sectoren een niet te verwaarlozen onderdeel van het aanbod in die sectoren. Zo is in de thuiszorg sprake van ziekenhuisverplaatste zorg en zijn er binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg mensen die klinische en psychiatrische expertise nodig hebben.

Raakvlakken met andere compartimenten en aanpalende stelsels
Kwantitatieve gegevens over patiëntenstromen tussen voorzieningen zijn moeilijk te achterhalen op grond van de informatie die over iedere sector wordt verzameld (De Vries,

Ook accentverschillen per sector wat de raakvlakken met andere compartimenten en aanpalende stelsels betreft

1999). De raakvlakken met andere sectoren en de mate waarin met partijen uit een ander verzekeringscompartiment moet worden samengewerkt om een geïntegreerd zorgaanbod tot stand te brengen, zijn per sector verschillend en slechts bij benadering aan te geven (zie ook bijlage 5).

Ziekenhuizen hebben het meest te maken met huisartsen en de thuiszorg. Met verpleeghuizen vooral als het gaat om de ‘verkeerde bedproblematiek’. Huisartsen handelen 90% van de klachten van patiënten zelfstandig af. Slechts in minder dan 10% van de gevallen vindt verwijzing plaats naar andere hulpverleners in de eerste of tweede lijn. Wel krijgt de huisarts in toenemende mate te maken met andere actoren in en buiten de gezondheidszorg. In de sector voor lichamelijk gehandicapten en in de revalidatiezorg zijn veel raakvlakken met de sectoren onderwijs en arbeid. In de sector ggz is het beeld divers. Enerzijds raakvlakken met ziekenhuizen, verpleeghuizen en thuiszorg, anderzijds gemeentelijke voorzieningen op het terrein van wonen, werk en welzijn.

In de sector verpleging en verzorging werken verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg veel samen. Hoewel veel patiënten in de thuiszorg gebruik maken van diensten en andere instanties en hulpverleners binnen de gezondheidszorg, is samenwerking met andere instanties en hulpverleners niet altijd nodig. Zelfs voor de groep thuiswonende patiënten met complexe zorgvragen is het multidisciplinair zorggebruik beperkt. In de sector verstandelijk gehandicapten is veel samenwerking met andere sectoren als wonen, arbeid en onderwijs nodig om aan de wens van vermaatschappelijking van die zorg tegemoet te komen.

2.5 Care en cure: toekomstige ontwikkelingen

Voor de inrichting van het verzekeringsstelsel is het van belang hoe de verhouding tussen care en cure zich op langere termijn zal ontwikkelen. Toekomstvoorspellingen zijn riskant, maar toch dringt de vraag zich op of bijvoorbeeld de ontwikkelingen op het gebied van de biowetenschappen en de gentechologie veranderingen zullen betekenen voor de verhouding tussen care en cure.

Welke invloed zullen de biowetenschappen en gentechologie hebben op care en cure?

Uit de in de VTV 1997 beschreven epidemiologische ontwikkelingen kan men niet de conclusie trekken dat de verhouding tussen care en cure drastisch zal veranderen. De levensverwachting stijgt nog steeds, maar vroeg of laat komen

Aannemelijk is dat care en cure nog meer met elkaar verweven raken

toch de ongezonde jaren. De ongezonde jaren ontstaan vooral door chronische aandoeningen. Het aantal mensen met chronische aandoeningen neemt nog steeds toe. Het percentage personen met minimaal één langdurige aandoening is gestegen van 35,65% in 1990 tot 39,61% in 1998 (CBS, 2000). Door de toename van effectieve behandelingsmogelijkheden van chronische aandoeningen zal dit percentage wellicht nog stijgen. Aannemelijk is verder dat care en cure daardoor nog meer verweven raken.

Maar er zijn ook andere aanwijzingen dat de verhouding tussen care en cure zal veranderen. De vorderingen op het gebied van de biowetenschappen en de gentechnologie lijken veelbelovend. Vervanging of behandeling van organen door gebruik van stamcellen zijn voorbeelden van wat ons op dat gebied mogelijk te wachten staat. Behandelingsmogelijkheden voor de ziekte van Alzheimer komen dichterbij (St George-Hyslop, 2000). Over de termijn waarop dergelijke behandelingen beschikbaar zijn, wordt echter nogal verschillend gedacht. Wel zijn eerste concrete resultaten geboekt met gentherapie. Mogelijkerwijs leiden deze ontwikkelingen tot minder care. Dat wil zeggen dat mensen in de toekomst langer gezond zullen blijven. Daar staat tegenover dat deze ontwikkelingen tegelijkertijd tot een grote druk op de 'cure'-voorzieningen zullen leiden. Mensen zullen gebruik willen maken van de resultaten van wetenschap en technologische vernieuwing in de zorg.

Misschien minder care, maar waarschijnlijk tegelijkertijd een grotere druk op cure voorzieningen

2.6 Care en cure in de discussie over het toekomstig verzekeringsstelsel

In de care-sectoren is jarenlang het verzorgingsmodel toegepast, op grond waarvan chronische patiënten in intramurale voorzieningen zijn gehuisvest, verzorgd en verpleegd. Dat model is voor veel patiënten verlaten en vervangen door een normale woonsituatie met aanvullende zorg en ondersteuning. Terwijl de arrangementen van het verzorgingsmodel in hun totaliteit tot de care werden gerekend, wordt in toenemende mate onderscheid gemaakt tussen wonen, zorg (care en cure) en dienstverlening.

In toenemende mate onderscheid tussen wonen, zorg (care en cure) en dienstverlening

Aan dit onderscheid tussen wonen, gezondheidszorg en dienstverlening liggen zorginhoudelijke motieven (naast bestuurlijke) ten grondslag: zorg en ondersteuning op individuele maat krijgen en bieden, versterking van het

burgerschapsperspectief, verkleining afhankelijkheid van zorginstellingen, consumentensoevereiniteit, keuzevrijheid en ontmedicalisering.

Die motieven hebben geleid tot concrete voorstellen van de Raad over overheveling van een aantal voorzieningen uit de AWBZ naar het 2^e compartiment: op behandeling en revalidatie gerichte verpleeghuiszorg, de kortdurende (< 1 jaar) thuisverpleging en de kortdurende geestelijke gezondheidszorg. De Raad heeft de voordelen daarvan geschetst: een duidelijker profiel voor de AWBZ en ‘normalisering’ van een behoorlijk deel van zorg die nu nog in het 1^e compartiment zit. Normalisering wil zeggen: versterking verzekeringskarakter, gereguleerde marktwerking, competitieve elementen, voordelen als gevolg van een meer marktgerichte omgeving en minder bureaucratie.

Voor de inrichting van het verzekeringsstelsel komt nu de vraag op of binnen de gezondheidszorg toch niet een onderscheid gemaakt moet worden tussen behandeling en verzorging. Nog afgezien van de moeilijkheid om de begrippen goed te definiëren, is dit onderscheid voor de praktijk van de zorgverlening niet werkbaar en niet zinvol. Daarover is in paragraaf 2.3 al het nodige opgemerkt. In feite worden de termen care en cure dan vervangen door verzorging en behandeling.

Moet het begrip zorg niet vervangen worden door behandeling en verzorging?

En vervolgens rijst de vraag of (aangepast) wonen en dienstverlening nog wel tot het domein van de gezondheidszorg kunnen worden gerekend c.q. via de AWBZ horen te worden gefinancierd. Het zorgmodel dat voor de betrokken patiënten aangewezen is, lijkt hiervoor uiteindelijk beslissend. Veel patiënten kunnen met een aangepaste woonvoorziening en aanvullende ondersteuning adequaat verzorgd worden. De AWBZ kan dan tot de zorgverlening beperkt blijven en het zorgdomein hoeft dan geen oneigenlijke functies te vervullen. Er zijn ook patiënten die op het verzorgingsmodel zijn aangewezen, bijvoorbeeld omdat zij zich niet zelfstandig in de maatschappij kunnen handhaven of omdat zij een dermate intensieve verzorging nodig hebben dat die alleen in een intramurale setting kan worden verleend. In dergelijke gevallen zou de gezondheidszorg in de primaire taak van zorgverlening tekortschieten als ze niet ook in andere functies zouden voorzien.

Welk deel van het wonen en de dienstverlening behoort tot het domein van de gezondheidszorg?

In de discussie over het verzekeringsstelsel moet uiteindelijk dus ook beslist worden welke onderdelen van de 'care' uit de AWBZ in een stelsel van ziektekosten thuis horen. Die vraag is vooral actueel in de gehandicaptenzorg waar een beleid is ingezet op community care. Community care kan men omschrijven als: 'het ondersteunen van mensen met ernstige beperkingen – waaronder begrepen voor hun sociaal netwerk – bij het leven in en deelnemen aan de (lokale) samenleving'.

Welk deel van de care behoort tot de gezondheidszorg?

2.7 Conclusies

Care en cure zijn geen duidelijke begrippen. Het zijn containerbegrippen. De context waarin de begrippen gebruikt worden, bepaalt mede het beeld dat men daarbij voor ogen heeft.

Care en cure zijn containerbegrippen

Cure verwijst naar 'behandeling', met als doelstellingen 'genezen', 'herstel van evenwicht', maar ook 'draaglijk maken' (denk aan pijnbestrijding). Care is eveneens gericht op 'draaglijk maken'. Verder kunnen zowel care als cure gericht zijn op tertiaire preventie, waarbij het gaat om het beperken van de gevolgen van ziekten en aandoeningen (onder meer revalidatiezorg).

Care en cure zijn begrippen die niet het hele scala aan interventies bij gezondheidsproblemen dekken. Preventie en rehabilitatie bijvoorbeeld vallen buiten de boot. Care en cure zijn dus geen dekkende begrippen als het gaat om een beschrijving van interventies bij gezondheidsproblemen.

Care en cure zijn geen dekkende begrippen

Ook het domein waarop doelstellingen van care en cure betrekking hebben loopt uiteen. In de gehandicaptenzorg wordt care bijvoorbeeld gezien als dagelijkse verzorging en begeleiding op *alle* levensterreinen. Verder zijn mensen met een chronische ziekte of mensen met een verstandelijke handicap niet uitsluitend aangewezen op care. Vrijwel altijd is er sprake van een mix van interventies.

Er zijn geen duidelijke criteria om care en cure te onderscheiden

Care en cure zijn evenmin te onderscheiden aan de hand van de locatie van de zorgactiviteit. Cure is bijvoorbeeld niet uitsluitend te lokaliseren in het ziekenhuis. Transmuralisering van de zorg leidt er toe dat de parameter 'locatie' een steeds minder onderscheidende factor wordt.

Care en cure zijn niet eenduidig te koppelen aan een type hulpverlener. Cure is niet uitsluitend voorbehouden aan artsen. De opkomst van gespecialiseerde verpleegkundigen (bijvoorbeeld de diabetesverpleegkundige) is een goed voorbeeld van de verschuiving van cure-taken van artsen naar verpleegkundigen. Ook de patiënt of de mantelzorger kan cure-taken uitvoeren; bijvoorbeeld het zelf toedienen van medicatie.

Care en cure zijn ook niet eenduidig te koppelen aan verzekeringsvormen. In de AWBZ zitten ook cure-elementen en omgekeerd zitten in het 2^e compartiment ook care-elementen.

Care en cure zijn naar de mening van de Raad dan ook geen bruikbare begrippen om de gezondheidszorg te ordenen of een verzekeringsstelsel op te baseren. Voor het antwoord op de vraag of meer samenhang tussen care en cure dwingt tot één verzekeringsvorm, acht de Raad de problemen waar men in de praktijk tegenaan loopt als men care en cure wil integreren belangrijker dan de begrippen zelf. Over die problemen gaat het volgende hoofdstuk.

Care en cure zijn geen bruikbare begrippen om de gezondheidszorg te ordenen of een verzekeringsstelsel op te baseren

3 Analyse 'schottenproblematiek'

3.1 Inleiding

De afgelopen jaren is door alle betrokkenen veel geïnvesteerd om een samenhangend en geïntegreerd zorgaanbod te realiseren. Zo zijn vele transmurale projecten geïnitieerd, zijn ketenzorg en diseasesmanagement in opkomst en is regelgeving aangepast. Voorbeelden van dit laatste zijn regelingen als de flexizorgregeling (1996), de regeling zorg op maat (1997) en de beleidsregel zorgvernieuwing binnen de ziekenhuisfinanciering (1998). Verder zijn aanspraken in de AWBZ geflexibiliseerd, zijn de mogelijkheden voor een persoonsgebonden budget uitgebreid en hebben veel gemeenten besloten om aan de regionale indicatieorganen ook indicatietaken op te dragen op terreinen van de WVG, wonen en welzijn.

Veel investeringen om samenhang in de zorg te realiseren

Toch blijft het in de praktijk bijzonder lastig om dat geïntegreerd zorgaanbod tot stand te brengen. De problemen worden in het veld gepercipieerd en aangeduid met het begrip 'schottenproblematiek'. Op de bijeenkomsten in de verschillende sectoren zijn veel van die 'schotten' belicht. Per sector zijn er variaties wat de aard van de 'schotten' betreft. Zo hebben de voorzieningen voor gehandicapten meer te maken met 'aanpalende stelsels' dan de ziekenhuizen. Opmerkelijk is ook dat veel 'schotten' binnen één verzekeringscompartiment bestaan. Veel van de genoemde voorbeelden staan in de publicatie die naar aanleiding van de bijeenkomsten is gemaakt.

Maar dat blijft lastig en is het gevolg van de 'schottenproblematiek'

Evenals care en cure containerbegrippen zijn geworden, geldt dit ook voor de 'schottenproblematiek'. Daaronder gaan vijf clusters van problemen schuil: verschillen in verzekeringsystemen, een knellende aanbodregulering, domeinstrijd en cultuurverschillen, 'aanpalende stelsels' en schotten op de arbeidsmarkt.

Onder 'schottenproblematiek' gaan vijf clusters van problemen schuil

3.2 Verschillende verzekeringsystemen

De schotten tussen AWBZ en Ziekenfondswet worden als een van de belangrijkste oorzaken gezien waarom een geïntegreerd zorgaanbod zo moeizaam tot stand komt. Bij nadere beschouwing blijken niet alle klachten samen te hangen met de afbakening tussen de AWBZ (de care) en ZFW (de cure). Uit de inventarisatie (zie ook bijlage 6) naar verschillen in de

Verskil tussen AWBZ en ZFW levert een beperkt aantal schotten op

verzekeringssystemen van het 1^e en 2^e compartiment blijkt het feitelijk aantal schotten beperkt te zijn. Het gaat om een aantal verschillen die tot ongewenst gedrag van actoren kunnen leiden en waardoor de samenhang tussen care en cure belemmerd wordt.

- | | |
|--|--|
| <p>1. Door de verschillen in inkomensafhankelijke heffings-systemen ontstaan verkeerde prikkels. In de AWBZ is sprake van een aanzienlijke inkomensafhankelijke eigen bijdrage en in de ZFW niet. De patiënt heeft derhalve een prikkel om de zorg zoveel mogelijk binnen de curatieve sector (ZFW) te halen.</p> | <p>Versillen in inkomensafhankelijke heffingsystemen</p> |
| <p>2. Een tegengestelde prikkel is het budgetrisico van de verzekeraar. Het budgetrisico van de verzekeraar is in de AWBZ nagenoeg afwezig. Verzekeraars hebben er dus belang bij zoveel mogelijk zorg ten laste van de AWBZ te brengen.</p> | <p>Versillen in risico voor verzekeraars</p> |
| <p>3. Zowel in het 1^e als het 2^e compartiment wordt gewerkt met een systeem van poortwachters. In het 1^e compartiment fungeren de regionale indicatieorganen als poortwachter (voor verpleging en verzorging), in het 2^e compartiment de huisartsen. Dat levert problemen op bij de doorstroming van het ene naar het andere compartiment. Met name bij de kortdurende zorg.</p> | <p>Versillen in systeem van poortwachter</p> |

Voorbeelden

Vanuit een zorginhoudelijke optiek is het gewenst om verpleegkundigen in te zetten voor de zorg en behandeling van patiënten met diabetes. Wijkverpleegkundigen zouden daarin een belangrijke functie kunnen vervullen. Patiënten gaan echter liever naar het ziekenhuis, omdat ze dan geen eigen bijdrage verschuldigd zijn.

Een patiënt die is opgenomen in het algemeen ziekenhuis met een CVA moet tijdelijk naar het verpleeghuis om gerevalideerd te worden. De patiënt blijft die periode liever in het ziekenhuis, omdat hij in het verpleeghuis een eigen bijdrage moet betalen.

In de eerste lijn wordt op veel plaatsen samenwerking gezocht. Die samenwerking leidt dan bijvoorbeeld tot een gezondheidscentrum. De voordelen daarvan zijn korte lijnen en snelle besluitvorming tussen huisarts en wijkverpleegkundigen als men voor de patiënt iets wil regelen. Die voordelen verdwijnen door de RIO-indicatie. Nog afgezien van de vertraging die ontstaat, is het voor de patiënt verwarrend als het RIO iemand langs stuurt voor de intake. De patiënt denkt dan dat iemand van de thuiszorg komt om zorg te verlenen.

Uitspraak van een huisarts over het RIO:

“Deze krankzinnige constructie is volgens mij bedacht vanuit beheersperspectieven door mensen die niet in de praktijk werken en komt mijns inziens voort uit een basale achterdocht richting de thuiszorgorganisaties. Laten we nu eerlijk zijn: wie wordt er nu zonder noodzaak graag geholpen bij wasbeurten of andere lichamelijke verzorging?”

3.3 Een knellende aanbodregulering

Veel van de problemen die in het veld gepercipieerd worden als schotten tussen de care- en cure-compartimenten blijken samen te hangen met de aanbodregulering (zie ook bijlage 6). Zo is bijvoorbeeld niet altijd even duidelijk welke WZV parameters gelden bij bouwprojecten op het gebied van zorgvernieuwing. In de bouwparameters wordt hiermee nog onvoldoende rekening gehouden.

Veel schotten hangen samen met de aanbodregulering

Een belangrijk probleem vloeit verder voort uit de WTG. De ongelijke financierings- en bekostigingssystemen binnen de compartimenten belemmeren de samenwerking tussen actoren en sectoren. Zo loopt de budgetopbouw van de instellingen uiteen en wordt er gewerkt met ongelijksoortige vast/variabel systemen. Zowel in het 1^e als 2^e compartiment is er geen relatie tussen het tarief en de werkelijke kosten. De overdracht van middelen tussen instellingen en sectoren is daardoor problematisch. Dit laatste doet zich voor in alle sectoren en binnen de compartimenten.

De ongelijke financierings- en bekostigingssystemen belemmeren de samenwerking

Waar nieuwe 'producten' worden gecreëerd om meer samenhang te bewerkstelligen tussen care en cure ontbreekt een budget of tarief. Wanneer met veel energie onorthodoxe oplossingen zijn bedacht, blijkt het CTG in veel gevallen uiteindelijk toch, veelal op administratieve en technische gronden, het struikelblok. En anders duurt het lang voordat over een tarief afspraken kunnen worden gemaakt. Pas onlangs is bijvoorbeeld overeenstemming bereikt over een tarief voor de inzet van verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk. Verder houden de huidige budgetparameters onvoldoende rekening met de verschuivingen in patiëntenpopulaties die zich voordoen als gevolg van de beoogde modernisering van de zorg.

Ontbreken van budget of tarief voor 'nieuwe' producten remt de samenhang in de zorg

Voorbeelden

Voor medicijnen heeft een verpleeghuis een gering budget. In toenemende mate krijgen verpleeghuizen patiënten die moderne, effectieve, maar dure medicijnen nodig hebben. Dat kan tot gevolg hebben dat het dagelijks budget voor medicijnen voor de totale verpleeghuispopulatie besteed zou moeten worden aan één of slechts enkele patiënten. Verpleeghuizen worden daardoor geprikkeld dergelijke patiënten te weigeren en bijvoorbeeld oneigenlijk in een ziekenhuis te laten liggen.

De overdracht van taken van de specialist naar de huisarts wordt belemmerd door de verschillende systemen voor honorering. De huisarts krijgt voor extra taken geen aanvullende financiering vanuit het ziekenhuis of anderszins.

Een cliënt met een lichte verstandelijke handicap en een gedragsstoornis moet, omdat hij volwassen is geworden, overgeplaatst worden vanuit een zorgcentrum voor jongeren naar een andere setting. In de nieuwe instelling heeft deze cliënt dezelfde mate en zwaarte van zorg, zowel cure als care, nodig. Omdat de instelling anders wordt gefinancierd, krijgt de instelling voor de behandeling een aanzienlijk lager bedrag dan de instelling waar de cliënt vandaan komt.

In de geestelijke gezondheidszorg heeft de patiëntenpopulatie in de beschermde woonvormen aanzienlijk meer zorg nodig dan 10 jaar geleden. Door de 'vermaatschappelijking' wonen daar nu patiënten die 10 jaar geleden nog in het ziekenhuis waren opgenomen, maar ze hebben vergelijkbare zorg nodig. De budgetopbouw voor de beschermde woonvormen is echter onvoldoende

Weliswaar is een begin gemaakt met nieuwe functionele omschrijvingen in de AWBZ, maar er blijven sectorgerichte afbakeningen bestaan. Er zijn aparte afspraken voor verpleeghuiszorg, thuiszorg, verzorgingshuiszorg, gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Om bijvoorbeeld een patiënt die aangemerkt kan worden als een 'verpleeghuispatiënt' vanuit een algemeen psychiatrisch ziekenhuis naar een verpleeghuis over te plaatsen, moeten veel obstakels overwonnen worden. Dat lukt slechts met veel

Sectorale aanspraken veroorzaken doorstromingsproblemen

energie en doorzettingsvermogen van betrokken instellingen, omdat het verpleeghuis geen erkenning heeft voor patiënten met een geronto-psychiatrische aandoening.

Het fenomeen van de 'dubbele verstrekking' doet zich in alle sectoren voor. Zo is het voor de patiënt die is opgenomen in een revalidatieinstelling van belang nog tijdens zijn opname te kunnen wennen aan de thuissituatie en om bepaalde activiteiten thuis te trainen. Een indicatie voor thuiszorg is in dat geval niet mogelijk, omdat er dan sprake is van een dubbele verstrekking. De patiënt is in die situatie afhankelijk van de (on)mogelijkheden van de revalidatieinstelling om thuis ondersteuning te bieden. Ook in de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptensector speelt het probleem van de dubbele verstrekking.

Het fenomeen van de 'dubbele verstrekking' maakt de patiënt afhankelijk van de (on)mogelijkheden van de instellingen

De aanbodregulering gaat verder gepaard met een uitdijende bureaucratie. De administratie ten behoeve van alle regelingen die getroffen zijn om samenwerking tussen sectoren en actoren te bevorderen, is gigantisch. De verantwoording en administratie worden door de keten- en netwerkvorming bovendien steeds gecompliceerder. De traditionele voorzieningsgerichte wijze van administreren sluit bijvoorbeeld niet aan bij de verantwoordingsplicht over de inzet van mensen en middelen in vernieuwingsprojecten. In een onlangs uitgevoerd onderzoek naar de administratieve lastendruk als gevolg van wet- en regelgeving die specifiek op de zorgsector is gericht, zijn per sector de meest belastende administratieve handelingen onderzocht. De zwaarste administratieve lasten vloeien voort uit: wijzigingen in wet- en regelgeving, financiële afrekening CTG (WTG), verschillende financieringsstromen (regeling zorgvernieuwing en diverse subsidieregelingen), bouwaanvragen (WZV) en opheffing werkgebieden ziekenfondsen (PriceWaterhouseCoopers, 2000). De algemene wet- en regelgeving, zoals bijvoorbeeld de belastingwetgeving en de arbowetgeving, zijn in dit onderzoek buiten beschouwing gebleven.

Verantwoording en administratie worden steeds gecompliceerder

3.4 Domeinenstrijd en cultuurverschillen

Uit de pogingen om een geïntegreerd zorgaanbod tot stand te brengen (transmurale zorg, ketenzorg, disease management), wordt duidelijk dat er tal van problemen zijn die overwonnen moeten worden. Zo zijn er verschillen in cultuur tussen organisaties en beroepsbeoefenaren. Cultuurverschillen

Schotten worden ook veroorzaakt door verschillen in cultuur tussen instellingen en beroepsbeoefenaren

kunnen hun wortels hebben in verschillen in patiëntenpopulaties, werkstijlen en omgangsvormen die in uiteenlopende voorzieningen in de gezondheidszorg voorkomen. In de bijeenkomsten die de Raad voor dit advies organiseerde, zijn daarvan vele voorbeelden genoemd.

De samenwerking tussen beroepsbeoefenaren en instellingen uit de verschillende sectoren verloopt niet altijd goed. De redenen daarvoor zijn divers. Zo is men veelal onvoldoende bekend met elkaars werkterrein en mogelijkheden. Daardoor ontstaat wederzijds een verkeerde beeldvorming. Verder zijn beroepsbeoefenaren veelal nog te weinig doordrongen van de noodzaak uit te gaan van een brede benadering van de hulpvraag van de patiënt. Het eigen werkgebied of de eigen instelling is bepalend voor de mogelijkheden die men ziet om aan de hulpvraag van patiënten tegemoet te komen.

Verder doorbreken transmurale projecten doorgaans de reguliere structuren. Zo is soms een ontschotting nodig tussen de generalistische en specialistische zorg. Dit wordt nogal eens als bedreigend ervaren of gezien als een aantasting van het eigen domein. Die domeinenstrijd speelt op verschillende terreinen. Tussen verschillende disciplines, tussen eerste en tweede lijn, tussen sectoren, maar ook daarbinnen. Strijd ontstaat bijvoorbeeld over de vraag of een verpleeghuisarts wel verantwoordelijk kan zijn voor de zorg aan patiënten die in het ziekenhuis op een 'verpleeghuisbed'¹ liggen. Bovendien vindt een verpleeghuisarts in een ziekenhuis maar moeilijk aansluiting bij de medisch specialisten.

Andere organisatie van de zorg veroorzaakt domeinenstrijd

Daarbij komt dat er zowel tussen sectoren en instellingen als binnen en tussen beroepsgroepen sprake is van een zekere hiërarchie en van statusverschillen. De cure en de cure-sector worden geassocieerd met heroïek en het gebruik van enge en imponerende instrumenten, de care en de care-sector met lief, vriendelijk en 'soft'. Er is met andere woorden sprake van een 'pikorde'. Zo wordt dat althans beleefd in de praktijk. Patiënten in de care-sector, de sectoren zelf en de daarin werkzame professionals worden lager gewaardeerd dan de curatieve sector. Cliënten in de gehandicaptenzorg en in de thuiszorg hebben een andere status dan patiënten in het ziekenhuis. Verpleeghuizen worden door ziekenhuizen bijvoorbeeld alleen voor 'vol' aangezien als ze een oplossing bieden voor de verkeerde bedproblematiek van ziekenhuizen. En op de hiërarchische ladder van de medische beroepen staan

Statusverschillen tussen care en cure sectoren

de huisarts en de psychiater enkele treden lager dan bijvoorbeeld de neurochirurg.

Naast geld en status is een gebrek aan een gemeenschappelijk gevoelde verantwoordelijkheid van betrokken partijen een belangrijk probleem. Voor een deel is dat een attitudekwesitie. De oriëntatie van professionals is in de verschillende sectoren wezenlijk anders. Zo denkt de medisch specialist vooral vanuit behandelingsmogelijkheden. Als die uitgeput zijn, de patiënt is uitbehandeld, kan de patiënt het ziekenhuis verlaten. Wat de verpleeg- en zorgbehoefte is van de patiënt en hoe daaraan tegemoet gekomen kan worden, is veel minder zijn zorg. In de sector verpleging en verzorging is de totale zorgbehoefte van patiënten veel meer het uitgangspunt voor het oplossen van de problemen die de patiënt heeft.

Geen gemeenschappelijk gevoelde verantwoordelijkheid

3.5 'Aanpalende stelsels'

Schotten zijn er niet alleen tussen en binnen de AWBZ en de ZFW, maar evenzeer tussen aanpalende stelsels en voorzieningen als de WVG, het maatschappelijk werk, het onderwijs, het beleid vanuit gemeenten en de voorzieningen om gehandicapten weer deel te laten nemen aan het arbeidsproces. Zo is er een 'grijs gebied' tussen arbeidsrevalidatie en voorzieningen voor reïntegratie van gehandicapten. Daar komt bij dat de terminologie in wetgeving niet aansluit. Zo spreekt de Wet REA niet over lichamelijk gehandicapten, maar over arbeidsgehandicapten.

Schotten door en tussen aanpalende stelsels

Voorbeeld

Een 16-jarig meisje zit met een AWBZ-indicatie in een woonvoorziening en krijgt tegelijkertijd een behandeling in het kader van de Ziekenfondswet. Ze volgt een opleiding en is bezig met arbeidsintegratie via de Wet REA. Binnen de revalidatieinstelling slaagt men er in een samenhangend geheel van voorzieningen aan te bieden: revalidatie, onderwijs, arbeidsintegratie en scholing, woontrainingactiviteiten en sportfaciliteiten. Tot op zekere hoogte slaagt de instelling er in de financieel-administratieve problemen op te lossen die daarmee samenhangen.

De raakvlakken met 'aanpalende stelsels' nemen in alle sectoren toe, maar in het bijzonder in de ggz en de gehandicaptenzorg door een beleid van deconcentratie en

Raakvlakken met aanpalende stelsels nemen in alle sectoren toe

vermaatschappelijking. Voor zelfstandig wonenden in deze sectoren zijn vaak extra voorzieningen nodig, zonder dat duidelijk is wie dat betaalt en waar men moet zijn. Ze kunnen vaak geen gebruik (meer) maken van de diensten van de instellingen en ze krijgen te maken met talloze regelingen en loketten. Over de mogelijkheden voor patiënten of cliënten of hun ouders om op eigen kracht een passend aanbod te regelen is men in die sectoren niet optimistisch:

“Ze moeten én veel tijd hebben, én veel geduld, én een hoge opleiding - een combinatie die weinig voorkomt - om zelfs de meest noodzakelijke gelden weg te slepen voor de poorten van de hel”.

3.6 Schotten op de arbeidsmarkt

Van een geheel andere orde zijn de knelpunten op de arbeidsmarkt. De tekorten aan personeel worden in alle sectoren steeds nijpender. De beschikbare capaciteit wordt maximaal ingezet voor de noodzakelijke ‘dagelijkse’ patiëntenzorg en voor het wegwerken van de wachtlijsten.

Schotten door problemen op de arbeidsmarkt

Capaciteit voor vernieuwingen in de zorg(organisatie) is er nauwelijks. Door alle betrokkenen wordt de tijd en energie die wordt geïnvesteerd om vernieuwingsprojecten van de grond te krijgen, ervaren als een ‘schot’. De hoeveelheid energie en tijd is dermate dat dit niet steeds opnieuw opgebracht kan worden voor weer nieuwe projecten. De lopende bedrijfsprocessen moeten immers gewoon doorgaan. Het ad hoc karakter van projecten en onzekerheid over continuering doen daarnaast een groot beroep op het vertrouwen van samenwerkende partners. Het kan immers zo afgelopen zijn.

Van een wat andere orde is het ‘schot’ als gevolg van verschillen in salariering en honorering tussen de verschillende sectoren. Ze belemmeren zorgvernieuwingsprojecten waarbij personeel op een andere plek in de keten moet worden ingezet. Nog afgezien van ‘statusoverwegingen’ waarom veel mensen kiezen voor de ‘cure-sectoren’, liggen de salarissen in de ‘care-sectoren’ bijvoorbeeld veelal lager dan in bijvoorbeeld de ziekenhuizen.

Schotten door verschillen in salariering en honorering

3.7 Conclusie

Onder de noemer van de ‘schotten’ gaan verschillende soorten problemen schuil. De ‘echte’ schotten tussen het 1^e en 2^e compartiment zijn beperkt. De problemen doen zich niet alleen voor tussen 1^e en 2^e compartiment, maar ook binnen compartimenten en tussen de intra- en extramurale voorzieningen. De aanbodregulering en de problemen die samenhangen met domeinenstrijd en cultuurverschillen zijn evenzeer ‘schotten’ die een samenhangend en geïntegreerd aanbod van zorg in de weg staan.

Niet alleen schotten tussen 1^e en 2^e compartiment, maar ook daarbinnen

Naar de mening van de Raad is er sprake van ernstige problemen. De grenzen zijn in zicht als het gaat om de mogelijkheden binnen het bestaande stelsel te benutten voor wezenlijke veranderingen. De ingewikkelde (administratieve) constructies die nodig zijn om zorg uit het 1^e (care) en 2^e (cure) compartiment met elkaar te verbinden, doen afbreuk aan de legitimiteit van het noodzakelijke veranderingsproces. De termen die in de praktijk gebruikt worden om die ingewikkelde constructies te beschrijven duiden daarop. Zo tekende de Raad tijdens de bijeenkomsten onder meer de volgende kwalificaties op: sjoemelen, burgerlijke ongehoorzaamheid, witwassen van bedden, sjacheraar, ritselen, samenzweerdersmentaliteit, administratieve rompslomp, overbureaucratisering, trukendoos, de wet omzeilen, creatief boekhouden, etc.

Het gaat om ernstige problemen waardoor wezenlijke veranderingen uitblijven

Men zou die kwalificaties ook positief kunnen duiden. Blijkbaar is de bereidheid van velen en van veel verschillende disciplines groot om bij te dragen aan een veranderingsproces. Die potentie zou bij een herziening van het stelsel benut moeten worden. De (ook in de praktijk ervaren) disfunctionaliteit van het stelsel door de breukvlakken tussen care en cure moet naar de mening van de Raad worden omgebogen.

Het is van belang nogmaals te onderkennen dat het ineenschuiven van het 1^e en 2^e compartiment niet alle problemen oplost. Belangrijke problemen als gevolg van de knellende aanbodregulering en cultuurverschillen verdwijnen niet zonder meer met het ineenschuiven van de compartimenten. Bovendien worden de problemen die samenhangen met de arbeidsmarkt, de ‘aanpalende stelsels’ en administratieve lasten daarmee niet opgelost.

Die problemen worden niet allemaal opgelost door het ineenschuiven van het 1^e en 2^e compartiment

Dat niet alle problemen worden opgelost met het ineenschuiven van de compartimenten is naar de mening van de Raad geen reden de discussie daarover uit de weg te gaan. De conclusie kan immers zijn dat van de gescheiden compartimentering weinig positieve prikkels uitgaan om meer samenhang tussen care en cure te bewerkstelligen.

Het gebrek aan samenhang tussen care en cure vraagt naar de mening van de Raad om een brede aanpak. In het volgende hoofdstuk wordt per cluster nagegaan of voor de afzonderlijke problemen oplossingen binnen het huidige verzekeringssysteem te vinden zijn en welke bijdrage het samenvoegen van de compartimenten aan het oplossen van de problemen levert.

Daarom is een brede aanpak nodig

4 Oplossingsrichtingen: wat doen we met de schotten?

4.1 Inleiding

Dwingt de samenhang tussen care en cure tot één verzekeringsvorm? Dat is de specifieke- en kernvraag die in dit advies beantwoord moet worden. In het vorige hoofdstuk is uiteen-gezet dat onder de term 'schotten' vijf verschillende clusters van problemen schuil gaan. Slechts één van die clusters heeft betrekking op het verzekeringsstelsel in engere zin.

We zullen hieronder per cluster de afzonderlijke problemen nalopen en nagaan of de problemen van dat cluster binnen het bestaande stelsel opgelost kunnen worden, dan wel of ze verholpen kunnen worden door het samenvoegen van de betrokken verzekeringen. Zoveel is op voorhand duidelijk: met het creëren van één verzekering zijn de schotten niet uit de wereld. Er is meer nodig.

Kunnen de problemen binnen het huidige stelsel worden opgelost of worden ze opgelost door samenvoeging van de compartimenten?

4.2 Integreeren: het 1^e en 2^e compartiment samenvoegen?

De problemen tussen het 1^e en 2^e compartiment hebben vooral betrekking op de eigen bijdragen, het afwentelen van risico's op de AWBZ en de indicatiestelling.

Eigen bijdragen

Uit de veldanalyse concludeert de Raad dat de eigen bijdragen de samenwerking tussen 1^e en 2^e compartiment belemmeren. Het is moeilijk om een schatting te geven van de omvang van deze problematiek omdat systematisch onderzoek ontbreekt, maar deze lijkt zich toe te spitsen op die care-sectoren die de meeste raakvlakken hebben met het 2^e compartiment. Er zijn echter geen gegevens voorhanden waaruit blijkt in hoeverre en in welke mate patiënten met hogere kosten worden geconfronteerd en eigen keuzes daardoor beïnvloed worden. Wel zijn totaalbedragen van de eigen bijdragen bekend. De eigen bijdragen voor de thuiszorg bedragen 215 miljoen gulden en voor de verpleeghuizen 745 miljoen gulden. Indien de eigen bijdragen tot ongewenst keuzegedrag van patiënten zouden leiden, lijkt de meest voor de hand liggende oplossing voor dat probleem de bijdrageregeling te veranderen of af te schaffen.

Samenvoegen van de compartimenten lost het probleem van de eigen bijdragen niet op. Oplossing ligt in de verandering of afschaffing van de betrokken

Verandering van verzekering (bijvoorbeeld overheveling naar het 2^e compartiment) verandert aan de situaties niets als de bijdrageregeling blijft bestaan.

Het ineenschuiven van de compartimenten lost op zich de problemen met de eigen bijdragen niet op. Ook dan geldt dat de oplossing van geconstateerde problemen ligt in verandering of afschaffing van de betrokken regelingen. Voor de hele AWBZ-sector kost dit echter 3,5 miljard gulden en voor de thuiszorg en de verpleeghuizen 960 miljoen gulden. Afschaffing of vermindering doet derhalve een aanzienlijk financieringsgat ontstaan.

De oplossing voor het financieringsgat dat ontstaat door afschaffing of vermindering van de eigen bijdragen kan worden gevonden in verhoging van de premie of de verbreding van de financieringsgrondslag van de verzekering. In het licht van de plannen van het kabinet met de financiering van de sociale premies in het nieuwe belastingstelsel kan ook gedacht worden aan een verdere verhoging van de belastinggelden die in de gezondheidszorg worden gestopt (de nieuw geïntroduceerde bijdrage in de kosten van kortingen (BIKK)).

Tot slot kan bij overhevelen van (delen van) de AWBZ naar het 2^e compartiment voor oplossing van het financieringsgat ook gedacht worden aan de introductie van een eigen risico.

Financiële risico's

De conclusie luidt hier dat het probleem niet zo makkelijk kan worden opgelost. In het 2^e compartiment dragen verzekeraars, uitzonderingen daargelaten, zelf financiële verantwoordelijkheid. In het 1^e compartiment worden risico's gedragen door de centrale kas. Het is natuurlijk mogelijk om de zorgkantoren, die namens de zorgverzekeraars de AWBZ uitvoeren, risico te laten dragen voor de zorginkoop. Dan nog zou er vanuit de zorgverzekeraars geredeneerd, sprake zijn van pooling van dat risico. Dat zou voor een individuele zorgverzekeraar uit het 2^e compartiment een incentive kunnen zijn om zijn risico af te wentelen op de AWBZ.

Het is overigens moeilijk een inschatting te maken van de werkelijke problematiek op dit punt, omdat gegevens ontbreken. De afwenteling van risico's in de richting van de AWBZ wordt verder bemoeilijkt door de eigen bijdrageregeling. Voor de patiënt is dat in beginsel een prikkel

Probleem van verschil in risico voor verzekeraars is binnen het huidige stelsel moeilijk op te lossen

om zijn zorg zoveel mogelijk binnen het 2^e compartiment te zoeken.

Het probleem zou pas echt uit de wereld zijn als de individuele verzekeraars in het 1^e en 2^e compartiment hetzelfde risico zouden lopen. Dat zou een ingrijpende wijziging van de uitvoeringsstructuur van de verzekeringen met zich meebrengen. De zorgkantoren zouden dan bijvoorbeeld moeten verdwijnen en de uitvoering van de AWBZ zou dan voor rekening komen van concurrerende verzekeraars.

De poortwachterfunctie

Er zijn twee wezenlijke verschillen tussen de poortwachter van het 1^e en die van het 2^e compartiment. De poortwachter van het 1^e compartiment, het RIO, is een ambtelijke instantie die formeel onafhankelijk van het aanbod functioneert. Verder is deze poortwachter belast met de indicatiestelling. Hij definieert het probleem van de cliënt en stelt vast welke zorg nodig is. De poortwachter van het 2^e compartiment, de huisarts, is de (in principe) door de patiënt zelf gekozen hulpverlener. Als hij doorverwijst, wil dat niet zeggen dat de indicatie vaststaat. De hulpverleners naar wie hij de patiënt heeft doorverwezen, beoordelen zelfstandig of hun dienstverlening geïndiceerd is.

Wezenlijke verschillen tussen de poortwachter van het 1^e en 2^e compartiment

Vooruitlopend op een stelselherziening en binnen de bestaande structuur kunnen nu al maatregelen worden getroffen die een oplossing bieden voor het urgente probleem van de indicatiestelling voor verpleging en verzorging in de AWBZ. Gelet op de voortdurende en massale kritiek op de uitvoering daarvan ligt dat alleszins voor de hand. Die kritiek richt zich overigens niet op de uitgangspunten van een onafhankelijke indicatiestelling of de noodzaak verantwoording af te leggen. De toegevoegde waarde bij de kortdurende verpleging en verzorging is volgens veel betrokkenen echter afwezig. Bovendien bestaan er bij een aantal RIO's achterstanden voor de indicatiestelling. In april/mei 2000 wachtten tussen de 6000 en 7000 aanvragers langer dan zes weken op een indicatiebesluit nadat de aanvraag is ingediend (TK, vergaderjaar 2000-2001, 27 180-3)

De indicatiestelling door de RIO's zou beperkt kunnen worden tot langdurige verpleging en verzorging. Deze maatregel kan nu al geëffectueerd worden als de partijen die het bestuur van de RIO vormen, hun verantwoordelijkheid

Oplossing voor de korte termijn: indicatiestelling RIO's beperken tot langdurige verpleging en verzorging

voor de ontstane situatie erkennen door te besluiten gebruik te maken van de mandaatregeling. Als ze dat niet doen, ligt aanpassing van het Zorgindicatiebesluit in de rede. De problematiek als gevolg van de indicatiestelling zal verder afnemen als de voorstellen van de Raad voor overheveling van onderdelen uit de AWBZ naar het 2^e compartiment worden overgenomen. De AWBZ blijft dan immers alleen intact voor de langdurige verpleging en verzorging.

Als men de verschillen tussen de poortwachter van het 1^e en 2^e compartiment wil wegwerken, is een RIO-constructie voor het 2^e compartiment een optie, maar die ligt om meerdere redenen niet erg voor de hand. Er is veel kritiek op de RIO's. Die heeft zowel betrekking op het ambtelijk karakter van hun functioneren, als op het feit dat hun werk in veel gevallen als een onnodige en vertragende doublure van de intake van de hulpverlener wordt gezien. Nog belangrijker is dat het bij het professioneel werken hoort dat hulpverleners beoordelen of hun inzet nodig is en welke activiteiten geboden zijn. De introductie van een RIO-constructie voor het 2^e compartiment zou, nog afgezien van problemen rond de vormgeving en de uitvoering, vergaande (juridische) consequenties hebben. De professionele verantwoordelijkheid (en aansprakelijkheid) zou dan opnieuw geregeld moeten worden. Het is vaste jurisprudentie dat iedere hulpverlener op grond van eigen onderzoek tot een oordeel moet komen over de meest geëigende diagnostiek en behandeling(sactiviteiten). Bovendien is de poortwachterfunctie in het 2^e compartiment aan het veranderen. De poortwachterfunctie van de huisarts zal in de toekomst veel meer het karakter krijgen van een gidsfunctie. Door de ontwikkelingen op het terrein van de ICT zal de patiënt in toenemende mate direct toegang krijgen tot gespecialiseerde faciliteiten (RVZ, 2000b).

Een andere optie is om de indicatiestelling in het 1^e compartiment te modelleren naar die van het 2^e compartiment. De vraag is dan wie de poortwachter zou moeten zijn. De huisarts is dan een voor de hand liggende kandidaat. Zij/hij is immers veelal al betrokken bij de zorgverlening aan de patiënt. De huisarts zou dan, zoals nu het geval is voor de specialistische zorg in het 2^e compartiment, een verwijfsfunctie kunnen hebben. De zorgverleners beoordelen vervolgens of hun dienstverlening geïndiceerd is. Deze optie sluit ook aan bij de ontwikkeling van het versterken van de eigen verantwoordelijkheid en het bieden van keuzemogelijkheden aan burgers en patiënten. Voorwaarde is wel dat (individuele)

Als men geen verschil tussen de poortwachterfunctie wil, is RIO-constructie voor 2^e compartiment een optie, maar dat ligt niet voor de hand

Een andere optie is de huisarts ook als poortwachter voor het 1^e compartiment te laten fungeren

zorgaanbieders een professionele standaard combineren met een klantgerichte houding en dat verzekeraars adequate contracten afsluiten. Dit model lijkt in ieder geval voor de thuiszorg werkbaar. Veel van de huidige bezwaren tegen de RIO's zouden dan worden opgelost.

De kritiek op de RIO's neemt niet weg dat vooral voor beslissingen over langdurige intramurale zorg een onafhankelijke beoordeling van de indicatie geboden lijkt. Verder zal een onafhankelijke indicatiestelling ook nodig zijn indien, zoals de commissie Etty heeft aanbevolen, AWBZ-verstrekkings in de vorm van persoonsgebonden of persoonsvolgende budgetten worden verleend. Om nieuwe vormen van bureaucratie tegen te gaan, zou men ook dan de indicatiestelling door het RIO moeten beperken tot mensen die langdurig op een persoonsgebonden budget aangewezen zijn waardoor er hoge bedragen mee gemoeid zijn. Een ander optie is uit te gaan van 'standaardproducten' waarvoor 'standaardprijzen' zijn vastgesteld.

Onafhankelijke indicatiestelling blijft in de toekomst nodig voor langdurige intramurale zorg en voor persoonsgebonden budgetten

4.3 Verminderen aanbodregulering

Vooruitlopend op de uitkomsten van de stelselbespreking zijn de afgelopen jaren reeds stappen gezet om belemmeringen in de aanbodregulering voor een geïntegreerd zorgaanbod weg te nemen. Voorbeelden daarvan zijn genoemd in paragraaf 3.1.

Aan het verminderen van de aanbodregulering wordt al gewerkt, maar voor de urgente problemen zijn aanvullende maatregelen mogelijk

In het 1^e compartiment ligt de nadruk op de 'zorg-op-maat' beleidsregels, de wachtlijsten, genuanceerde benadering contractverplichting alsmede prestatietypering en benchmarking. In de kabinetsreactie op het MDW-rapport 'De ontvoogding van de AWBZ' is een groot aantal maatregelen genoemd die de komende twee jaar genomen worden om tot een vraaggerichte AWBZ te komen². Voor de korte termijn ligt de absolute prioriteit bij het aanpakken van de wachtlijsten.

Verder zijn voornemens aangekondigd voor vereenvoudiging van de WTG. Die raken zowel het 1^e als het 2^e compartiment. De voornemens heeft de Minister in een notitie aan de Tweede Kamer uiteengezet. De voorgestelde maatregelen hebben tot doel om de speelruimte en verantwoordelijkheid van individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars te vergroten. Daartoe zal de reikwijdte van de WTG worden beperkt en daartoe is voorzien in vereenvoudiging van de wet en toevoeging van een experimenteerartikel. Van de

aangekondigde maatregelen in het kader van de WTG heeft afstemming met de Mededingingswet prioriteit. Voor 2003 moeten de WTG en het overeenkomstenstelsel van de WTG daarop zijn afgestemd. Alle andere maatregelen en voornemens hebben niet een dergelijk dwingend tijdpad.

De uitwerking van de aangekondigde maatregelen zal een deel van de in hoofdstuk 3 genoemde problemen oplossen, maar dat zal nog de nodige tijd vergen. Daarom moet worden bezien of toch niet op korte termijn oplossingen kunnen worden gevonden voor de meest knellende problemen. Als meest knellende problemen ziet de Raad: de met veel bureaucratie gepaard gaande verantwoordingsplicht, financiële belemmeringen door verschillen in budgetopbouw en de sectorale afbakeningen in de aanspraken.

Meest knellende problemen oplossen:

- bureaucratie
- verschillen in budgetopbouw
- sectorale afbakening van de aanspraken

Bureaucratie

Naar de mening van de Raad moet het mogelijk zijn de bureaucratie terug te dringen binnen de huidige wettelijke kaders. Het spreekt voor zich dat verantwoording wordt afgelegd over de besteding van de middelen. In het veld is men daartoe ook bereid. De wijze waarop zou echter sterk vereenvoudigd moeten worden. In algemene zin zou in de regelgeving veel meer sprake moeten zijn van een controle achteraf in plaats van vooraf.

Vermindering administratieve lasten

Inmiddels is door de Minister een commissie ingesteld die op basis van het in paragraaf 3.3 genoemd onderzoek de opdracht heeft concrete voorstellen te ontwikkelen die leiden tot een substantiële vermindering van de administratieve lasten in de zorgsector. De eindrapportage is voorzien voor december 2001, een tussenrapportage in het voorjaar van 2001. De Raad gaat er vanuit dat de resultaten van het werk van deze commissie in beide compartimenten zullen leiden tot vermindering van bureaucratie.

Budgetopbouw

De kernproblemen zijn de verschillen in budgetopbouw van de instellingen (ongelijksoortige vast/variabel systemen), het ontbreken van een relatie tussen tarief/budgetregels en werkelijke kosten en overdacht van budgetten tussen AWBZ en ZFW-sector.

Die problemen zijn binnen de huidige WTG niet eenvoudig op te lossen. De totstandkoming van kostenconforme tarieven wordt immers bemoeilijkt door de verschillen in

Problemen ten gevolge van verschillen in budgetopbouw zijn binnen de huidige WTG moeilijk op te lossen

kostenstructuur van instellingen. Beschikbaarheidskosten (zoals in het ambulancevervoer) en gemeenschappelijke kosten voor een vaste infrastructuur lopen nogal uiteen voor de verschillende instellingen in verschillende sectoren. Bovendien werkt de compensatie voor loonontwikkelingen in sectoren anders uit door verschillen in de arbeidsproductiviteit. Een systeem van reële kostprijzen zou een oplossing kunnen bieden, maar wordt niet overwogen, ook niet bij de herziening van de WTG. Een dergelijk systeem zou een grote administratieve rompslomp betekenen, omdat voor iedere patiënt c.q. product/ prestatie dan een aparte kostenberekening moet worden gemaakt (TK, vergaderjaar 2000-2001, 27156-3).

De WTG heeft bovendien naast kostenconforme (of evenwichtige) tarieven nog andere doelstellingen die onderling met elkaar samenhangen: kostenbeheersing, uniforme procedures voor de totstandkoming van tarieven en een doelmatige organisatie van de zorg.

Als algemene lijn zou voor de herziening van de WTG moeten gelden dat:

- zo min mogelijk op centraal niveau wordt vastgelegd;
- een uniforme systematiek wordt ontwikkeld voor de onderlinge vergelijkbaarheid van producten/prestaties;
- afspraken worden gemaakt over specifieke onderwerpen ter waarborging van samenhang in de zorg.

De voorgenomen herziening van de WTG is echter nog onvoldoende in overeenstemming met die algemene lijn. Veel wordt nog centraal geregeld. Verder bestaan er nog aanzienlijke problemen als het gaat om de omschrijving van de prestaties (of product) waarvoor een tarief moet worden vastgesteld. De mate van detaillering van de omschrijving van het 'product' speelt daarbij een rol. Voor de ziekenhuizen wordt nu gewerkt aan een nieuw bekostigingssysteem op basis van DBC's. De Rekenkamer waarschuwt echter voor een neiging tot overfijning (TK, vergaderjaar 2000-2001, 27 490-1,2). Verder worden vooralsnog per sector verschillende systemen beproefd om te komen tot een nieuw bekostigingssysteem. In de ene sector gebeurt dat op basis van zorgzwaartecategorieën, in de andere op basis van zorgprogramma's. Het is ook maar de vraag of het mogelijk zal blijken, te komen tot een systeem van bekostiging waarbij diensten en producten uit al de verschillende sectoren met elkaar vergeleken kunnen worden. Wel zou het toekomstige

Het toekomstig experimenteerartikel in de WTG biedt enig soelaas

experimenteerartikel in de WTG enige soelaas kunnen bieden voor het aanbieden van nieuwe en/of transmurale producten.

Een andere oplossing is het stap voor stap buiten werking stellen van de WTG op geleide van verschillen tussen sectoren c.q. deelmarkten (RVZ, 2000b).

Stap voor stap buiten werking stellen van de WTG is een oplossing

Aanspraken

Het probleem met de sectorale en instituutsgebonden aanspraken is dat er onvoldoende mogelijkheden zijn om flexibel in te spelen op en adequaat tegemoet te komen aan de vraag van patiënten.

Zoals gezegd is al een begin gemaakt met het functioneel omschrijven van de aanspraken in de AWBZ. De sectorale afbakening blijft echter nog gehandhaafd en vooralsnog voorzieningengericht. Zo blijft in het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekosten het onderscheid bestaan tussen de aanspraken op verpleging en verzorging door de thuiszorg, het verzorgingshuis en het verpleeghuis. De aanspraak op verpleging door het verzorgingshuis is beperkt tot niet-complexe verpleging. Die beperking is aangebracht omdat er anders amper nog onderscheid zou bestaan tussen de zorg geboden in een verpleeghuis en in een verzorgingshuis (Stb. 2000, 221). De Raad vraagt zich af of de complexiteit wel een onderscheidend criterium kan zijn voor aanspraken op verpleging en verzorging in de thuiszorg, het verpleeghuis of het verzorgingshuis. Opname in het verpleeghuis of het verzorgingshuis heeft eerder te maken met de mate waarin het sociaal netwerk van de patiënt ingeschakeld kan worden voor de verzorging, dan met de complexiteit van de zorg op zich. De complexiteit zal wel bepalend zijn voor de mate van deskundigheid van het in te zetten personeel, maar hoeft niet in de aanspraak op zorg geregeld te worden.

Complexiteit van zorg is geen onderscheidend criterium voor de aanspraak op verpleging en verzorging in de thuiszorg, verpleeghuis of verzorgingshuis

Het loslaten van de instellingsgebonden en sectorale aanspraken zou naar de mening van de Raad een deel van de problemen kunnen oplossen. De overplaatsing van een patiënt uit een APZ naar een verpleeghuis zou dan bijvoorbeeld gemakkelijker worden. Het zou ook een oplossing kunnen bieden voor het probleem van de dubbele verstrekkingen. Zorgaanbieders krijgen daarmee bovendien meer kansen en mogelijkheden om een geïntegreerd aanbod te bieden. Verder zouden leegstaande afdelingen van ziekenhuizen dan bijvoorbeeld benut kunnen worden voor tekorten in de verpleeghuissector. De aanspraken zouden dan functioneel

Het loslaten van de instellingsgebonden en sectorale aanspraken kan een deel van de problemen oplossen

omschreven moeten worden in combinatie met een aanspraak op afzonderlijke onderdelen. Dat zou een herziening van de erkennings- en toelatingsregeling van instellingen met zich meebrengen. Daardoor zou ruimte ontstaan voor toetreding van nieuwe zorgaanbieders.

Door het loskoppelen van aanspraak en voorziening krijgt de patiënt bovendien meer keuzevrijheid en wordt substitutie van zorg bevorderd. Instituutsgebonden aanspraken en omschrijvingen lijken alleen relevant voor zover de locatie onlosmakelijk samenhangt met de geboden zorg. Dat is bijvoorbeeld het geval voor mensen die zijn aangewezen op 24-uurs zorg in combinatie met verblijf en dienstverlening. Of vanwege technische voorzieningen die nodig zijn voor de zorg en (om doelmatigheidsredenen) slechts op een beperkt aantal locaties kan worden aangeboden.

4.4 Integratie én differentiatie in de patiëntenzorg

Cultuurverschillen, domeinenstrijd en het ontbreken van een gemeenschappelijk gevoel van verantwoordelijkheid zijn kort samengevat de problemen die binnen dit cluster schotten in de directe patiëntenzorg veroorzaken. Het gaat naar de mening van de Raad om ernstige problemen die echter niet zozeer samenhangen met het bestaan van compartimenten of het stelsel. Oplossingen moeten dan ook niet in eerste instantie gezocht worden in wijziging van het stelsel.

Schotten door cultuurverschillen en domeinenstrijd hangen niet direct samen met het bestaan van compartimenten

Cultuurverschillen tussen sectoren zijn zelfs tot op zekere hoogte onvermijdelijk en soms ook zeer functioneel. Functionele cultuurverschillen zijn het gevolg van verschillen in patiëntenpopulaties die een daarop afgestemde organisatie van de zorg vergen. Voor de patiënt die voor de rest van zijn leven is aangewezen op verpleeghuiszorg, is de wijze waarop de zorg georganiseerd wordt bijvoorbeeld veel ingrijpender dan voor de patiënt die kortdurend in het ziekenhuis moet worden opgenomen. De bedrijfsprocessen in een hightech-voorziening voor behandeling en interventie zoals het ziekenhuis zullen nu eenmaal anders zijn dan in de thuiszorg of een verzorgingshuis. Die verschillen in patiëntenpopulaties en in bedrijfsprocessen doen ook een beroep op verschillende competenties van mensen die de zorg uitvoeren. Differentiatie in type patiëntenzorg heeft dus ook zijn voordelen.

Functionele cultuurverschillen zijn in het belang van de patiënt

Differentiatie in type patiëntenzorg leidt dan ook niet noodzakelijkerwijs tot een integratie of fusie van voorzieningen, instellingen en organisaties om een samenhangend aanbod te creëren. Integratie van de verzekeringscompartimenten brengt dat evenmin noodzakelijkerwijs met zich mee. Behoud van een eigen identiteit van een instelling of zorgvorm is daarbij zeer wel mogelijk. Daar kunnen zelfs goede redenen voor zijn. De opbouw van meer (specialistische) expertise kan daardoor bijvoorbeeld meer kans krijgen. Voor integratie of fusie van instellingen (uit verschillende sectoren) kunnen andere argumenten een rol spelen, bijvoorbeeld schaalgrootte of logistieke voordelen. Wel zal men rekening moeten houden met de mate waarin er voor de patiënt nog keuzemogelijkheden blijven en de mededingingsregelingen.

Disfunctionele cultuurverschillen hebben meer te maken met verschillen in status en macht. Die zijn moeilijker op te lossen. Het zijn maatschappelijke fenomenen die vooral ook samenhangen met opleiding en inkomen. Het opleidingsniveau onder hulpverleners in de gezondheidszorg loopt uiteen van ongeschoold tot academisch niveau. De daarmee samenhangende verschillen in benadering van hulpvragen en verschillende begrippenkaders zijn cultuurverschillen die zich niet gemakkelijk laten overbruggen. Inkomensverschillen kunnen wel overbrugd worden. De (politieke) realiteit is dat daarvoor weinig draagvlak bestaat.

Verschillen in type patiëntenzorg en tussen professionele domeinen zijn een gegeven in de gezondheidszorg. Dat zou echter niet moeten leiden tot een strijd over domeinen. In de praktijk blijkt dat op patiëntencategorieën toegesneden (behandel)protocollen, met daarin de bijdragen van verschillende disciplines, traditionele 'schotten' tussen professionele domeinen en instellingsdomeinen helpen beslechten. Dat vereist dat professionals over de schutting hun 'eigen domein' kunnen bekijken. Voor professionals moet de basis daarvoor worden gelegd in de opleiding. Oplossingen liggen dan in herziening van opleidingscurricula en vormen van multiprofessioneel onderwijs. Verder moet binnen instellingen ruimte worden gecreëerd voor het integreren van nieuwe kennis en inzichten in de patiëntenzorg door professionals (RVZ, 2000a). Multidisciplinaire behandelprotocollen waarin taken en verantwoordelijkheden over professionals en instellingen zijn verdeeld, bevorderen

Disfunctionele cultuurverschillen als gevolg van verschillen in status en macht zijn moeilijk op te lossen, maar ...

... multiprofessionele (behandel)protocollen helpen schotten tussen professionele en instellingsdomeinen beslechten en ...

bovendien een gemeenschappelijke gevoel van verantwoordelijkheid.

Instellingen en professionals zullen zelf veel moeten doen om de problemen als gevolg van domeinstrijd en cultuurverschillen op te lossen. Dat neemt niet weg dat de overheid en verzekeraars daaraan een belangrijke bijdrage kunnen leveren. De overheid door het wegnemen van belemmeringen in de aanbodregulering (zie paragraaf 4.2 en 4.3). De verzekeraars door hun contracteerbeleid en door in de overeenkomsten incentives in te bouwen die een geïntegreerd zorgaanbod belonen.

... ook overheid en verzekeraars kunnen daarvoor instrumenten inzetten

4.5 'Schotten' ook functioneel

Problemen als gevolg van onvoldoende afstemming met 'aanpalende stelsels' zijn tot op zekere hoogte onvermijdelijk. Ook bij het ineenschuiven van het 1^e en 2^e compartiment blijven er schotten bestaan. Het is een illusie te denken dat alle 'schotten' kunnen verdwijnen. Zo zullen de aanspraken op gezondheidszorg in een verzekeringsstelsel anders geregeld zijn dan de aanspraken op ondersteuning bij het vinden van een aangepaste woning of werk of onderwijs.

Niet alle schotten kunnen verdwijnen

Daarbij komt dat 'schotten' verantwoordelijkheden markeren. De Raad is van mening dat de verantwoordelijkheid voor de maatschappelijke participatie van mensen met beperkingen gedeeld dient te worden met andere sectoren en overheden. Hij vindt dat een onderscheid gemaakt moet worden tussen wonen, gezondheidszorg en dienstverlening. Dat betekent dat een deel van de AWBZ-zorg naar zijn mening niet thuis hoort binnen het domein van de gezondheidszorg.

Schotten markeren verantwoordelijkheden

In de praktijk is wel de opvatting te horen dat daarmee een 'nieuw schot' zou worden geïntroduceerd. Dat is niet helemaal juist. De verantwoordelijkheid voor wonen en voor de dienstverlening ligt nu (voor een deel) al bij de woningbouwcorporaties en de gemeenten. Partijen zijn echter huiverig de gemeenten een grotere verantwoordelijkheid te geven voor de dienstverlening. De geluiden in de praktijk komen voort uit minder goede ervaringen met de gemeenten: grote verschillen in uitvoering tussen gemeenten, onvoldoende deskundigheid en afhankelijkheid van (partij)politieke voorkeuren.

De Raad is van mening dat een heldere profilering van het gezondheidszorgdomein noodzakelijk is en hij heeft de condities geschetst waaronder wonen, gezondheidszorg en dienstverlening kunnen worden gescheiden:

- harde garanties voor de beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de betrokken voorzieningen;
- harde garanties voor beleidsafstemming en coördinatie op uitvoerend niveau;
- financiële tegemoetkoming aan patiënten voor extra lasten in de vorm van bijvoorbeeld een integratietegemoetkoming.

In dat kader heeft de Raad een wettelijke aanspraak voor de dienstverlening bepleit (via het uitbouwen van de WVG of een aparte wet op de dienstverlening) en een wettelijke grondslag voor de beleidscoördinatie ten behoeve van mensen met langdurige en ernstige beperkingen. De Raad voor het openbaar bestuur en de Raad voor de financiële verhoudingen denken aan een gemeentelijke zorgplicht en aan minimumvereisten van kwaliteit en rechtsgelijkheid. (Rob en Rfv, 2000).

Heldere profilering van gezondheidszorgdomein is noodzakelijk

4.6 Arbeidsmarktproblemen oplossen

Over het opheffen van schotten op de arbeidsmarkt heeft de Raad al het nodige gezegd in zijn gezamenlijk advies met de RMO over zorgarbeid in de toekomst. De kern van de aanbevelingen is gelegen in het moderniseren en het flexibiliseren van de regelgeving van de arbeidsmarkt. Wat verschillen in salariering en honorering betreft, is daarbij gewezen op het dilemma dat zich voordoet. Enerzijds worden mobiliteit en flexibiliteit bevorderd door zo min mogelijk vast te leggen op centraal niveau. Dat pleit voor differentiaties in CAO's. Anderzijds nemen mobiliteit en flexibiliteit toe wanneer bepaalde verkregen rechten niet verloren gaan bij wisseling van werkgever en wanneer (de arbeidsvoorwaarden van) verschillende banen onderling gemakkelijk vergeleken kunnen worden. Dat pleit voor centrale kaders en zorgsectorbrede afspraken. In dat kader is gewezen op het belang van een uniforme functiewaarderingssystematiek die de onderlinge vergelijkbaarheid van functies in de gehele zorgsector waarborgt en afspraken over zorgsectorale sociale zekerheid als pensioenen en arbeidsongeschiktheid. Verder hebben de raden onder meer aangedrongen op versterking van de regionale samenwerking tussen de instellingen uit de verschillende deelsectoren.

Modernisering en flexibilisering van de regelgeving van de arbeidsmarkt is noodzakelijk

Verschillen in salariering en honorering zijn deels te verklaren door verschillen in arbeidsproductiviteitsontwikkelingen. De budgetvergoedingen voor de arbeidsvoorwaardenontwikkeling zijn gelijk voor de AWBZ en de ZFW. Hiernaast zijn er vergoedingen voor jaarlijkse periodieken en wordt er rekening gehouden met de arbeidsproductiviteitsontwikkeling. Tot 1998 ging het bij de arbeidsproductiviteitsontwikkeling om kortingen. Sinds 1998 is de vergoeding daarvoor op nul gesteld. De trendmatige ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit verschilt echter sterk tussen de AWBZ en de ZFW. De AWBZ-sectoren kennen door hun meer arbeidsintensieve karakter een lagere arbeidsproductiviteitsontwikkeling. Wanneer er bovendien sprake is van kwaliteitsverbeteringen kan zelfs een negatieve arbeidsproductiviteit ontstaan. De Raad is van mening dat de AWBZ-sectoren hierdoor structureel achterop dreigen te lopen en pleit voor een toeslag op de reguliere ruimte voor de arbeidsvoorwaardenontwikkeling.

Toeslag voor sectoren met lagere arbeidsproductiviteitsontwikkeling wordt aanbevolen

Tabel 4.1: Sectorale ontwikkeling arbeidsproductiviteit (jaarlijkse groei in procenten)

	1981-1999	1993-1999	1997-1999	2000-2004
Algemene ziekenhuizen (ZFW)	1,3	1,0	0,2	1,0
Academische ziekenhuizen (ZFW)	-0,1	-0,5	-0,4	-0,5
Revalidatie instellingen (ZFW)	3,1	2,7	6,2	2,7
Medisch specialisten (ZFW)		0,6	-0,3	0,6
Huisartsen (ZFW)		0,7		2,1
Openbare apothekers (ZFW)		5,7 ¹	6,8	5,7
Verpleeghuizen (AWBZ)	0,1	-1,7	-2,7	-1,7
Verzorgingshuizen (AWBZ)	0,3	-0,5	-0,7 ²	-0,5
Thuiszorg (AWBZ)		0,6	2,1 ²	0,6
Verstandelijk gehandicapten (AWBZ)		-1,3	-1,4 ²	-1,3
Geestelijke gezondheidszorg (AWBZ)			0,0	-0,2

1 gegevens zijn tussen 1994 en 1999

2 gegevens zijn tussen 1996 en 1998

Bron: Prismant, 2000

4.7 Compartimenten samenvoegen of niet?

De belangrijkste eerste conclusie is dat een deel van de problemen kunnen worden aangepakt binnen de bestaande verzekeringsstructuur. Problemen als gevolg van de uiteenlopende wijze waarop verzekeraars risico lopen voor de realisatie van verstrekkingen, kunnen misschien niet worden opgelost binnen de bestaande verzekeringsstructuur. Maar dat wil nog niet zeggen dat alleen die laatste problemen een stelselwijziging rechtvaardigen.

Zijn er dan andere overwegingen en argumenten om de compartimenten toch samen te voegen? Naar de mening van de Raad zijn die er.

De verschillen in sturingsfilosofie voor de beide compartimenten lijkt in deze tijd niet goed meer te verdedigen. Care en cure raken in beide compartimenten steeds meer met elkaar vervlochten. In de 'echte' care-voorzieningen zijn sprake van toenemende behandel mogelijkheden. In de traditionele 'cure'-voorzieningen neemt het aandeel van chronische patiënten in de patiëntenpopulatie toe (hoofdstuk 2). De zorg in beide compartimenten groeit met andere woorden steeds meer naar elkaar toe. Dit is ook zichtbaar door de toenemende samenwerkingsrelaties die instellingen aangaan om een samenhangend zorgaanbod te realiseren. Dan ligt het voor de hand voor de AWBZ-zorg uit te gaan van eenzelfde sturingsfilosofie als in het 2^e compartiment. Daar komt nog bij dat steeds meer mensen in de toekomst gebruik zullen maken van een combinatie van zorg uit het huidige 1^e en 2^e compartiment. De bestaande problemen zullen daardoor eerder kunnen toenemen.

De Raad heeft in zijn advies over de toekomst van de AWBZ aanbevolen op behandeling en revalidatie gerichte verpleeghuiszorg, de kortdurende (< 1 jaar) thuisverpleging en de kortdurende geestelijke gezondheidszorg over te hevelen naar het 2^e compartiment. Als dat advies uitgevoerd zou worden, zou de AWBZ overblijven voor de groep zorgafhankelijken die is aangewezen op 24-uurszorg in combinatie met wonen en dienstverlening en de groep die is aangewezen op de langdurige verpleging en verzorging. Als bovendien het domein van de dienstverlening adequaat geregeld zou zijn, bijvoorbeeld door een aparte wet op de dienstverlening of uitbreiding van de WVG met een aantal

Deel van de problemen is oplosbaar binnen de huidige verzekeringsstructuur

Maar ...

... het verschil in sturingsfilosofie tussen AWBZ en ZFW is niet goed te verdedigen en de vraag naar combinatie care-cure zal toenemen

Als AWBZ-advies uitgevoerd wordt, blijft 'kleine' AWBZ over

dienstverleningsfuncties, zou de AWBZ alleen nog nodig zijn voor de groep die is aangewezen op 24-uurszorg in combinatie met wonen en dienstverlening.

De vraag is dan of voor deze veel 'kleinere' AWBZ nog wel een aparte verzekering in stand zou moeten blijven. Zoals gezegd, is de Raad van mening dat het voor de hand ligt voor de AWBZ-zorg uit te gaan van eenzelfde sturingsfilosofie als in het 2^e compartiment. Burgerschap en ondernemerschap dienen op alle door de Raad onderscheiden zorgdeelmarkten een kans te krijgen. Op die deelmarkten kunnen de sturingsinstrumenten gedifferentieerd worden ingezet (RVZ, 2000b).

Uitgangspunten als burgerschap en ondernemerschap dienen in alle delen van de gezondheidszorg een kans te krijgen en ...

De argumenten van de Raad destijds voor behoud van de AWBZ kwamen voort uit de noodzaak van bescherming van kwetsbare groepen die geheel afhankelijk zijn van anderen. Die groepen zullen er altijd blijven en naar de mening van de Raad moet de zorg voor die mensen in ieder geval veilig gesteld worden. Maar dat kan ook in een andere constructie en met behulp van een gedifferentieerde inzet van sturingsinstrumenten op de verschillende deelmarkten. Zo kan in de financiering van verzekeraars op deelmarkten met moeilijker verzekerbare risico's een vereveningsmodaliteit blijven bestaan. Verder denkt de Raad aan het formuleren van minimumkwaliteitseisen waaraan de zorg voor deze mensen moet voldoen, in combinatie met een acceptatie- en zorgplicht van verzekeraars en wettelijk omschreven zorgaanspraken die de status hebben van rechten (RVZ, 2000b). Handhaven van een aparte verzekering voor die groepen ligt dan veel minder voor de hand.

... dus ook binnen de huidige AWBZ-zorg

Beschermzorg veilig stellen door gedifferentieerde inzet van sturingsinstrumenten

Hoewel met het ineenschuiven van de compartimenten niet alle problemen worden opgelost, blijft de conclusie van de Raad (paragraaf 3.6) dat van de gescheiden compartimentering weinig positieve prikkels uitgaan om meer samenhang tussen care en cure te bewerkstelligen. De risicoloze uitvoering van de AWBZ biedt noch de zorgverleners noch de zorgverzekeraars incentives voor patiëntgericht handelen en doelmatigheid. Een dergelijke verzekering moet als ongeschikt en ongewenst worden beoordeeld.

Bij gescheiden compartimenten bestaan er te weinig positieve prikkels voor meer samenhang tussen care en cure

Dan is er nog het legitimiteitsvraagstuk. Degenen die bij de zorgverlening betrokken zijn, stellen de wettelijke regels steeds meer ter discussie. Nut en noodzaak worden veelal niet

Legitimiteit van het huidige stelsel staat steeds meer ter discussie

erkend. Ze voelen zich belemmerd in de mogelijkheden om een geïntegreerd en samenhangend aanbod van care en cure voor de patiënt tot stand te brengen. Desnoods zetten ze regels naar hun hand of 'sjoemelen' ze. Op den duur zal dat het systeem ontregelen en de geloofwaardigheid van de overheid aantasten.

Alles afwegend acht de Raad één verzekering voor care en cure met keuzemogelijkheden voor patiënten, garanties voor verzekerden en met een weloverwogen incentivestructuur voor verzekeraars en zorgverleners een betere oplossing voor de geconstateerde problemen.

Eén verzekering voor care en cure is een betere oplossing voor de problemen

5 Conclusies en aanbevelingen

5.1 Inleiding

In de voorafgaande hoofdstukken zijn conclusies geformuleerd. In dit hoofdstuk komen de belangrijkste conclusies terug in de antwoorden op de beleidsvragen. Vervolgens formuleert de Raad zijn aanbevelingen.

In dit hoofdstuk verwijst het gebruik van de termen care en cure naar de functies c.q. doelen van de zorg. Wat het verzekeringsstelsel betreft, gebruikt de Raad de termen 1^e en 2^e compartiment.

5.2 Antwoorden op de beleidsvragen

Hoe verhouden care en cure zich op dit moment tot elkaar in Nederland en welke zorginhoudelijke en beleidsmatige trends zijn hierin te ontdekken?

Care en cure zijn containerbegrippen die in de praktijk van de zorgverlening weinig betekenis hebben. Het zijn bovendien begrippen die niet het hele scala aan interventies bij gezondheidsproblemen dekken en in iedere sector van de gezondheidszorg een eigen invulling krijgen. In de praktijk zijn de doelstellingen van ‘care’ en ‘cure’ bovendien onlosmakelijk met elkaar verbonden.

Doelstellingen care en cure zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden

In alle sectoren van de gezondheidszorg is de zorginhoudelijke trend om de zorg af te stemmen op dat wat de patiënt nodig heeft. Vrijwel alle patiënten hebben behoefte aan een mix van ‘care’ en ‘cure’ hoewel er wel accentverschillen zijn tussen de sectoren. In alle sectoren is daarom de afgelopen jaren veel geïnvesteerd om een samenhangend en geïntegreerd zorgaanbod te realiseren. Daarvoor worden op alle niveaus, binnen en tussen instellingen en actoren uit verschillende sectoren, samenwerkingsrelaties aangegaan. Verder is in alle sectoren een trend te onderkennen van vraaggestuurde zorg, hoewel de wijze waarop daaraan invulling wordt gegeven per sector verschilt.

In alle sectoren is veel geïnvesteerd om samenhang te bevorderen

In het overheidsbeleid zijn in relatie tot care en cure twee trends te onderkennen. De eerste wordt gekenmerkt door tal van (wettelijke) maatregelen die meer flexibiliteit in het bestaande stelsel beogen om daarmee een samenhangend en

Discussie bestaat over welk deel van de care tot de gezondheidszorg behoort

geïntegreerd zorgaanbod te faciliteren. De tweede wordt gekenmerkt door maatregelen gericht op het bevorderen van maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid. Daardoor komt steeds nadrukkelijker de vraag om de hoek kijken welk deel van de care (nog) tot het domein van de gezondheidszorg moet worden gerekend.

Hoe is deze verhouding in de ons omringende landen?

Omdat care en cure geen eenduidige begrippen zijn, kiest de Raad voor het beantwoorden van deze vraag de invalshoek van de verzekeringscompartimenten. De kernvraag in dit advies is immers de vraag of samenhang tussen care en cure dwingt tot één verzekeringsvorm.

In de ons omringende landen is geen sprake van een ‘cure’- en een ‘care’-compartiment. In die landen bestaat geen equivalent van een AWBZ-achtige voorziening. Uit de internationale vergelijking (België, Denemarken, Engeland, Duitsland) die de Raad heeft gemaakt in het kader van het advies over de toekomst van de AWBZ (bijlage 8 bij het advies) komt het volgende naar voren.

In het buitenland bestaat geen care- en cure-compartiment

Een groot aantal ‘care’-voorzieningen die in Nederland onder de AWBZ vallen, worden in de geïnventariseerde landen niet tot de gezondheidszorg gerekend. Het gaat dan om voorzieningen als ouderenzorg, gedeelten van de residentiële ouderenzorg, gehandicaptenzorg, gezinszorg en hulpmiddelen. Financiering van de kosten van de gezondheidszorg vindt plaats via de wettelijke ziektekostenverzekeringen. De ziektekostenverzekering kan betaald worden via belastingen zoals in Denemarken en Engeland of door premiebetaling zoals in Duitsland en België.

Een deel van onze care-voorzieningen is in het buitenland geen gezondheidszorg

In België, Denemarken en Engeland behoort de dienstverlening tot de verantwoordelijkheid van de lokale overheid. Financiering loopt via belastingopbrengsten van zowel nationale als lokale overheid. De lokale overheden zijn verantwoordelijk voor een integraal pakket van vervoersvoorzieningen, financiële ondersteuning, maaltijdvoorzieningen, verzorging, bijzondere woonvoorzieningen, woningaanpassing en dagopvang. In Duitsland is de langdurige zorgbehoefte sinds 1995 verzekerd via de Pflegeversicherung. Die verzekering is bedoeld voor adl/hdl-hulp voor ouderen, zieken en gehandicapten.

Huisvesting maakt geen onderdeel uit van de gezondheidszorg. Bij verblijf in instellingen (rust- en verzorgingshuizen, psychiatrische instellingen, instellingen voor gehandicapten) betalen bewoners zelf huur of betalen een eigen bijdrage voor de hotel- en verblijfsfunctie.

In de ons omringende landen wordt binnen het domein van de gezondheidszorg geen onderscheid gemaakt tussen ‘care’ en ‘cure’.

In het buitenland bestaat binnen de gezondheidszorg geen onderscheid tussen care en cure

Welke relevante ordeningsprincipes zijn voorhanden, in relatie tot de onderscheiden ordeningsdoelen?

In de gezondheidszorg bestaat een veelheid van gehanteerde ordeningen. In de achtergrondstudie *Ordening in de Nederlandse gezondheidszorg* zijn relevante ordeningsprincipes en hun rol in de Nederlandse gezondheidszorg van de laatste zestig jaar geïnventariseerd.

Veel verschillende ordeningen

De gezondheidszorg heeft in beginsel drie functies of doelen: voorkomen van ziekte, genezen van ziekte en verlichten van lijden. Daarmee wordt in feite de vraag beantwoord ‘wat’ geordend wordt. De ordeningen hebben meestal elk een specifieke grondslag. In de gezondheidszorg zijn belangrijke grondslagen: het bestuur, de organisatie en uitvoering van de zorg en de financiering.

Drie doelen van de gezondheidszorg:
- voorkomen van ziekte
- genezen van ziekte
- verlichten van lijden

Bij het bestuur gaat het bijvoorbeeld om de verhouding tussen markt, overheid en maatschappelijk middenveld. Ordeningen die daarbij horen: marktregulering, regulering door de overheid en zelfregulering. Zelfregulering wil zeggen dat maatschappelijke organisaties, veelal aangeduid met de term maatschappelijk middenveld, zelf regels hanteren.

Bestuur: ordening via de markt, door de overheid of door zelfregulering

Belangrijk bij de organisatie en uitvoering van de zorg zijn bijvoorbeeld de aard van de zorg, de plaats van de zorg en de mate van onderlinge samenhang. In de daarbij behorende ordeningen is een verschuiving te zien van intramuraal en extramuraal naar een ordening in transmuraal en sectoren.

Zorg: van ordening in intramuraal en extramuraal naar ordening in transmuraal en sectoren

Een andere ordening is de indeling in drie compartimenten, waarbij het verzekeringsstelsel, als afgeleide van de grondslag financiering de basis vormt. Binnen het verzekeringsstelsel bestaan verder nog ordeningen als tussen publieke en private verzekeringen, tussen vrijwillige en verplichte verzekeringen, tussen verzekerbare en onverzekerbare risico's en tussen

Financiering: ordening in drie compartimenten

inkomensafhankelijke en inkomensafhankelijke eigen betalingen.

In de dynamiek van de gezondheidszorg hebben genoemde ordeningen allemaal een min of meer belangrijke rol gespeeld. Door de jaren heen hebben verschillende accenten de ordeningen gekleurd. In de praktijk lopen de ordeningen bovendien ook door elkaar heen.

Opvallend is dat het ordeningsprincipe ‘care’ en ‘cure’ slechts een marginale rol heeft vervuld. Hoewel de wenselijkheid van samenhang en samenwerking in de jaren zeventig en tachtig steeds nadrukkelijker naar voren komt, heeft dit, behalve in de ggz, niet geleid tot een zorginhoudelijke integratie van ‘care’- en ‘cure’-voorzieningen. De ordening is in die tijd meer gericht op de vorm van financiering van bestaande instituties.

Care en cure spelen slechts een marginale rol in de ordeningen

Tot op zekere hoogte correleert de ordening van het verzekeringsstelsel in compartimenten met een onderscheid tussen ‘care’ en ‘cure’. Sinds de totstandkoming van de AWBZ in 1968 heeft zich langzaam een volksverzekering ontwikkeld die grotendeels gericht was op verpleging en verzorging. In latere jaren zijn echter uiteenlopende voorzieningen om uiteenlopende motieven onder de AWBZ gebracht, waardoor de AWBZ niet louter een verzekering is voor ‘care’-voorzieningen. De ZFW en de particuliere verzekeringen blijven overwegend gericht op ‘curatieve’ voorzieningen.

AWBZ niet louter een verzekering voor care-voorzieningen

Een andere ordening heeft de Raad gepresenteerd in zijn advies De rollen verdeeld (RVZ, december 2000). Redenerend vanuit het perspectief van de zorgvrager heeft de Raad daarin vijf ‘zorgmarkten’ onderscheiden. De vijf zorgdeelmarkten dekken met elkaar de totale zorgvraag. Behalve op de markt van potentiële ziekten en stoornissen is steeds sprake van een zorgvraag die care- en cure-elementen omvat. Wel is sprake van een zekere dominantie van care of cure op die deelmarkten. Zo is care dominant op de zorgdeelmarkt van de aangeboren stoornissen en cure op de deelmarkt van de acute situaties.

Ordeningsvoorstel van de Raad: vijf zorgdeelmarkten met zorgvragen die zowel care- als cure-elementen bevatten

De ordening in zorgdeelmarkten is van belang om voor de verschillende zorgdeelmarkten een gedifferentieerd sturingsinstrumentarium te kunnen ontwikkelen en in te zetten.

Ordening in zorgdeelmarkten maakt gedifferentieerde inzet van sturingsinstrumenten mogelijk

In hoeverre kan nog gesproken worden over care en cure c.q. chronisch en acuut en hoe verhoudt zich de term gehandicaptenzorg hiertoe?

Zoals in het antwoord op de eerste vraag is verwoord, zijn care en cure containerbegrippen waardoor de betekenis ervan afneemt. Voor de termen acuut en chronisch ligt dat enigszins anders. In de organisatie van de zorg zullen ze vooral een rol spelen vanwege de noodzaak de bedrijfsprocessen af te stemmen op de verschillen. De bedrijfsprocessen voor mensen die langdurig zijn aangewezen op intramurale voorzieningen als het verpleeghuis, zullen immers andere kenmerken hebben dan die voor mensen die langdurig thuiszorg nodig hebben of voor mensen die voor diagnostiek en kortdurende behandeling naar het ziekenhuis gaan.

Termen acuut en chronisch zijn vooral voor de organisatie van de zorg van belang

De term gehandicaptenzorg zegt evenals de begrippen care en cure weinig over de inhoud van de zorg. In de eerste plaats maakt de term niet duidelijk of het om zorg voor verstandelijk of lichamenlijk gehandicapten gaat. Voor de inhoud van de zorg is dat wel van betekenis. In de tweede plaats gaat het om zeer uiteenlopende soorten hulpvragen en ondersteuningsbehoeften die binnen patiëntencategorieën zeer sterk variëren. Zo is voor sommige patiëntencategorieën klinische expertise nodig, voor sommige psychiatrische expertise en voor weer andere categorieën is expertise nodig op het gebied van arbeidsrehabilitatie en/of ondersteuning bij meer zelfstandig functioneren.

De term gehandicaptenzorg zegt weinig over de inhoud van de zorg

De verhouding van de term gehandicaptenzorg tot termen als care, cure, chronisch en acuut is daarom moeilijk aan te geven. Bovendien is in de zorg voor verstandelijk gehandicapten een beleid ingezet, gericht op community care. Community care kan men omschrijven als 'het ondersteunen van mensen met ernstige beperkingen – waaronder begrepen ondersteuning voor hun sociaal netwerk – bij het leven in en deelnemen aan de (lokale) samenleving'. Meer nog dan in andere sectoren speelt in de gehandicaptenzorg daarom de vraag welke delen van de 'care' tot de gezondheidszorg gerekend moeten worden en in het stelsel van ziektekostenverzekeringen opgenomen moeten worden. De Raad is gevraagd over het onderwerp community care apart te adviseren (Werkprogramma 2001-2002). In dat advies zal hij de daarmee samenhangende vragen beantwoorden.

Vooraf in de gehandicaptenzorg speelt de vraag welk deel van de care tot de gezondheidszorg behoort

Wanneer is er behoefte aan integreren, wanneer aan differentiëren?

De vraag naar integreren of differentiëren doet zich op drie verschillende niveaus voor.

Drie niveaus

Op het niveau van de patiëntenzorg heeft de Raad n het antwoord op de eerste vraag al aangegeven dat daar behoefte bestaat aan het integreren van care en cure. Vanuit het perspectief van patiënten zijn care en cure onlosmakelijk met elkaar verbonden.

Patiëntenzorg: care en cure zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden

Op het niveau van de organisatie(s) van de zorg is enerzijds behoefte aan integreren, anderzijds aan differentiëren. De behoefte aan integreren wordt vooral ingegeven door de noodzaak de inhoud van de zorg en bedrijfsprocessen af te stemmen op een samenhangend en geïntegreerd zorgaanbod. Die behoefte komt op verschillende manieren tot uitdrukking: multiprofessionele (behandel)protocollen en samenwerkingsrelaties tussen instellingen uit de verschillende verzekeringscompartimenten variërend van uitwisseling van expertise tot fusies. De behoefte aan differentiëren wordt naast de ervaren eigenheid van de sector ingegeven door de mate waarin men uit een oogpunt van geïntegreerde patiëntenzorg is aangewezen op andere organisaties in de zorg.

Organisatie van de zorg: enerzijds behoefte aan integreren, anderzijds aan differentiëren

Op het niveau van het stelsel van ziektekostenverzekeringen bestaat behoefte aan het integreren van het 1^e en 2^e compartiment vooral wanneer patiënten tegelijkertijd of intermitterend zorg uit die verschillende compartimenten nodig hebben. De verschillen in verzekeringssystemen belemmeren dan een geïntegreerd en op de patiënt afgestemd aanbod van zorg.

Verzekeringen: behoefte aan integratie als patiënten zowel zorg uit het 1^e als 2^e compartiment nodig hebben

Behoeftte aan differentiatie, behoud van een 1^e en 2^e compartiment, komt voort uit de wens de zorg voor de meest kwetsbare groepen veilig te stellen.

Hoe luidt een oordeel over de Nederlandse situatie en hoe groot is de noodzaak voor een paradigma- en strategiekanteling?

De Raad is van mening dat het huidige verzekeringsstelsel met zijn twee compartimenten en de daarmee verbonden uitvoeringspraktijk onvoldoende zijn ingericht op de wezenlijke veranderingen die nodig zijn om tegemoet te komen aan de verwachtingen die patiënten in deze tijd hebben ten aanzien van de zorgverlening. Patiënten willen een (waar nodig geïntegreerd) aanbod dat is afgestemd op de individuele behoefte en ze willen keuzemogelijkheden. Het huidige systeem biedt daarvoor onvoldoende ruimte.

Huidig stelsel niet geschikt voor wezenlijke veranderingen die nodig zijn

Naar de mening van de Raad is er sprake van een ernstig probleem. De legitimiteit van het noodzakelijke veranderingsproces wordt ter discussie gesteld. Door vele betrokkenen is de afgelopen jaren aanzienlijk geïnvesteerd om een samenhangend en geïntegreerd aanbod van zorg tot stand te brengen. De grenzen om dat binnen het bestaande stelsel te doen, zijn echter bereikt.

De oorzaken van de problemen liggen echter niet alleen op het vlak van de verschillende verzekeringssystemen, maar evenzeer op het vlak van de aanbodregulering, verschillen in cultuur tussen het 1^e en 2^e compartiment, op het vlak van de ‘aanpalende’ stelsels en de arbeidsmarkt.

De Raad is van mening dat er voldoende aanleiding is de komende herziening van het verzekeringsstelsel te benutten voor een meer fundamentele en brede aanpak. Voor de afzonderlijke problemen die op genoemde terreinen spelen, zijn binnen het bestaande stelsel deels nog wel oplossingen te vinden. Vanuit dat perspectief is het niet noodzakelijk het 1^e en 2^e compartiment te integreren. Vanuit het perspectief van een toekomstgericht stelsel met keuzevrijheid en met meer ruimte voor zorginnovatie en ondernemerschap voor de patiënt, ziektekostenverzekeraar, zorgaanbieders en zorggebruikers, is integratie van het 1^e en 2^e compartiment wel wenselijk.

Vanuit het perspectief van een toekomstgericht stelsel is integratie 1^e en 2^e compartiment wenselijk

Met behulp van welke beleidsinstrumenten kan de zorginhoudelijke vervlechting van care en cure op de werkvloer worden gerealiseerd?

Om de zorginhoudelijke vervlechting van care en cure op de werkvloer te realiseren, zijn verschillende beleidsinstrumenten nodig. Het gaat om beleidsinstrumenten die aansluiten bij de drie niveaus die hiervoor zijn genoemd.

Op het niveau van de patiëntenzorg zijn multiprofessionele richtlijnen een belangrijke impuls voor een zorginhoudelijke vervlechting van care en cure. De ontwikkeling daarvan zou door de overheid krachtig gestimuleerd moeten worden. Het introduceren van vormen van multiprofessioneel onderwijs kan daaraan een belangrijke bijdrage leveren.

Patiëntenzorg:
multiprofessionele richtlijnen
en multiprofessioneel
onderwijs

De organisaties in de gezondheidszorg moeten in staat gesteld worden de zorginhoudelijke vervlechting op de werkvloer te stimuleren. Beleidsinstrumenten die daarvoor ingezet kunnen worden, liggen op het vlak van het verminderen van de aanbodregulering, ruimte bieden voor ondernemerschap,

Organisaties: ruimte voor
ondernemerschap,
modernisering en
flexibilisering regelingen
arbeidsmarkt

modernisering en flexibilisering van de regelgeving van de arbeidsmarkt.

De inrichting van het verzekeringsstelsel en de wijze waarop aanspraken worden geformuleerd, kunnen een zorginhoudelijke vevlechting van care en cure op de werkvloer eveneens stimuleren. Aanspraken in de vorm van persoonsgebonden of persoonsvolgende budgetten zullen aanbieders stimuleren om een geïntegreerd aanbod van care en cure te ontwikkelen.

Overheid: verminderen aanbodregulering, inrichting verzekeringsstelsel

5.3 Aanbevelingen

Naar de mening van de Raad is voor de langere termijn één (basis)verzekering voor de gezondheidszorg het meest geschikt om meer samenhang tussen care en cure te bewerkstelligen. Een nieuw stelsel van ziektekostenverzekeringen moet voor patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars incentives bevatten voor initiatieven en zorgvernieuwing, die de samenhang bevorderen. Zijn opvattingen over de daarbij behorende verantwoordelijkheden en sturing heeft hij uiteengezet in zijn advies De rollen verdeeld (RVZ, 2000b). Samengevat komt die opvatting op het volgende neer.

Lange termijn: één verzekering voor care en cure

De burger, consument stuurt als verzekerde door keuze uit verschillende polissen met bijbehorende pakketten. Als patiënt is hij verantwoordelijk voor een gepast gebruik van de zorg. De verzekeraar stuurt door zijn contracteerbeleid. Hij is verantwoordelijk voor de uitvoering van de wettelijke basisverzekering. De zorgaanbieder stuurt door het ontwikkelen van producten die voldoen aan de normen van de professionele standaard en door ondernemerschap. Hij is verantwoordelijk voor de inrichting van het primaire proces. De overheid stuurt door het vaststellen van de wettelijke zorgaanspraken, het stellen van kwaliteitseisen en het regelen van toezicht en is verantwoordelijk voor de borging van het publieke belang.

De Raad vindt dat de overheid moet uitgaan van een zelfde sturingsfilosofie voor de zorg uit het huidige 1^e en 2^e compartiment. Maar de overheid moet daarbij wel rekening houden met de verschillende beleids- en marktcondities die te onderscheiden zijn op de door de Raad onderscheiden zorgdeelmarkten. Dat veronderstelt dat de beleidsinstrumenten gedifferentieerd worden ingezet. De totstandkoming van een

Uitgaan van een zelfde sturingsfilosofie, maar beleidsinstrumentarium gedifferentieerd inzetten

Nu al stappen nodig om urgente problemen op te lossen

nieuwe ziektekostenverzekering zal enige tijd in beslag nemen. Op weg naar die ene verzekering kunnen nu al vast stappen gezet worden om de meest urgente problemen aan te pakken.

De meest dringende knelpunten in de aanbodregulering die om een oplossing vragen zijn: de bureaucratie (terugdringen administratieve lasten), de indicatiestelling (voor verpleging en verzorging) in de AWBZ en de sectorale afbakeningen in de aanspraken. De Raad beveelt aan deze knelpunten bij voorrang op te lossen. Op de aanbevelingen van de inmiddels ingestelde commissie voor het terugdringen van de administratieve lasten zou zo spoedig mogelijk een standpuntbepaling moeten volgen, waarna maatregelen zo spoedig mogelijk geïmplementeerd worden. De Raad vindt dat de indicatiestelling door de RIO's beperkt moet worden tot beslissingen over langdurige intramurale zorgverlening. Zo nodig moet de overheid het Zorgindicatiebesluit op dit punt aanpassen. Verder beveelt de Raad aan de aanspraken op verpleging en verzorging functioneel te omschrijven in combinatie met een aanspraak op afzonderlijke onderdelen en ze los te koppelen van de voorzieningen of instellingen. Instituutsgebonden aanspraken op zorg dienen beperkt te worden tot zorg waarbij de locatie onlosmakelijk samenhangt met de geboden zorg. Met deze maatregelen kan nu al meer samenhang in de zorg bereikt worden.

Korte termijn:
Aanbodregulering
vermindere:

- terugdringen bureaucratie
- RIO indicatiestelling beperken tot langdurige verpleging en verzorging
- afschaffen instituutsgebonden en sectorale aanspraken

Meer samenhang in de zorg is verder gebaat bij een verdere uitbreiding van de mogelijkheden van persoonsgebonden en persoonsvolgende budgetten. Mensen hebben dan zelf meer mogelijkheden om die samenhang te beïnvloeden. Verder kan ook het toekomstige experimenteerartikel in de herziene WTG benut worden voor meer samenhang tussen zorg uit het 1^e en 2^e compartiment.

Uitbreiding persoonsgebonden en persoonsvolgende budgetten

Naast noodzakelijke wijzigingen in het verzekeringsstelsel om de zorg af te stemmen op wat patiënten nodig hebben, acht de Raad het arbeidsmarktbeleid van groot belang. Zonder voldoende en voldoende gekwalificeerde professionals kunnen de ambities die met de wijziging van het verzekeringsstelsel worden nagestreefd, niet worden waargemaakt. De overheid zou in het overleg met de sociale partners de flexibilisering van de regelgeving van de arbeidsmarkt hoog op de agenda moeten zetten.

Tekorten op de arbeidsmarkt bestrijden

In de bijdrage voor de loonkostenontwikkeling zou de overheid rekening moeten houden met de mate waarin de

Toeslag voor sectoren met lagere arbeidsproductiviteitsontwikkeling

arbeidsproductiviteit in de verschillende sectoren beïnvloed kan worden. Omdat in de AWBZ-sectoren sprake is van een lagere arbeidsproductiviteitsontwikkeling door het arbeidsintensieve karakter van de zorg, bepleit de Raad voor die sectoren een toeslag op de reguliere ruimte voor de arbeidsvoorwaardenontwikkeling.

Met het ineenschuiven van de compartimenten worden niet alle problemen opgelost. Barrières voor een geïntegreerde zorg die samenhangen met aanpalende stelsels moeten volgens de Raad echter niet opgelost worden door integratie van voorzieningen in het stelsel van ziektekosten. Instrumenten als zorgbemiddeling of zorgconsulenten die de overgang van het ene naar het andere stelsel soepel regelen, zijn daarvoor geschikter. Wel is een adequate regeling van het domein van de dienstverlening voorwaarde om op de langere termijn het domein van de gezondheidszorg verder te kunnen profileren. Bij een adequate regeling kan dat deel van de thuiszorg dat tot de dienstverlening kan worden gerekend (de ondersteuning bij het dagelijks functioneren en het huishouden), ondergebracht worden in een aparte wet op de dienstverlening of een herziene WVG. De vraag welke delen van de gehandicaptenzorg tot de gezondheidszorg behoren, beantwoordt de Raad in het volgend jaar uit te brengen advies over community care.

Adequate regeling van de dienstverlening

Cultuurverschillen en de strijd over domeinen tussen instellingen en professionals verdwijnen niet vanzelf door het ineenschuiven van de compartimenten. Vooral instellingen en verzekeraars zullen instrumenten moeten inzetten om de daarmee samenhangende problemen op te lossen. Zorgverzekeraars kunnen in hun contracten kwaliteitseisen stellen die geïntegreerde zorg bevorderen en zich profileren op zorgbemiddeling. Instellingen kunnen door een herontwerp van zorgprocessen barrières tussen instellingen en professionals wegnemen.

Verzekeraars: profileren op zorgbemiddeling
Instellingen: herontwerp van zorgprocessen

In haar reactie op het advies Professionals in de gezondheidszorg heeft de Minister toegezegd maatregelen te nemen om bij betrokken partijen de multiprofessionele

Overheid: multiprofessionele benadering bevorderen

benadering van beroepsinhoudelijke ontwikkelingen, opleidingen en capaciteitsvraagstukken te bevorderen. De Raad verwacht dat daardoor onder professionals meer begrip komt voor elkaars deskundigheden en dat dit in de beroepspraktijk leidt tot meer samenhang tussen care en cure.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,

Voorzitter,

Prof. drs. J. van Londen

Algemeen secretaris,

Drs. P. Vos

Noten

- ¹ Verpleeghuisbedden in ziekenhuizen komen onder verschillende benamingen voor: brugbedden, schakelzorg, herstelafdelingen, etc.
- ² Het gaat om de volgende maatregelen: het verder uitbouwen en versterken van de indicatiestelling, het verbeteren van de registratie van feitelijk geleverde zorg, vereenvoudiging van bouwprocedures en herziening van de WZV, het vergroten van de vrije marge voor zorgvernieuwing in de CTG-beleidsregels, het versterken van de regionale afweging bij de inzet van middelen, het verder flexibiliseren van de aanspraken, het in kaart brengen van omslagpunten intramuraal – extramuraal, het beschikbaar hebben van een set producten met (maximum) productprijzen per sector, het beschikbaar hebben van cliëntregistraties, het uitwerken van het pgb/pvb nieuwe stijl, een systeem van visitaties en benchmarking van zorgkantoren, het geleidelijk afschaffen van de contracteerplicht in de AWBZ en het versterken van zorgkantoren.

Bijlagen

Bijlage 1

Relevant gedeelte uit het werkprogramma RVZ 1999

8 Care en cure: differentiëren of integreren

8.1 Het beleidskader

De gezondheidszorg heeft drie functies (of doelen): het voorkomen van ziekte (met inbegrip van het bevorderen en beschermen van gezondheid), het genezen van ziekte en het verlichten van (ongeneeslijk) lijden. Het medisch-verpleegkundig zorgsysteem is de afgelopen 40 jaar op basis daarvan geordend. Dat leidde tot differentiatie en specialisatie. Zo ontstond er een cure- en care-systeem. Een voorbeeld is de differentiatie sinds ruwweg 1970 van verpleeghuiszorg ten opzichte van ziekenhuiszorg. Soms krijgt men de indruk dat de zorgdoelen zich gescheiden van elkaar zijn gaan ontwikkelen in plaats van in de samenhang die ooit bedoeld was (integrale zorg). Er hebben zich autonome middelstructuren ontwikkeld.

In deze tijd ziet men de omgekeerde beweging: care en cure reïntegreren relatief. Dit geschiedt onder impuls van de vraag- en vanuit de aanbodzijde.

- *Epidemiologie*: het aantal chronische aandoeningen in de totale vraag stijgt en daarmee neemt de aandacht voor care toe. Bovendien: chronisch ziekenzorg is per definitie care én cure.
- *Maatschappelijke participatie*: ook patiënten met chronische aandoeningen verlangen een normaal leven met mogelijkheden tot maatschappelijke participatie.
- *Therapie en diagnostiek*: onder invloed van ontwikkelingen op deze terreinen verliezen de begrippen acuut en chronisch en daarmee care en cure gaandeweg hun oorspronkelijke betekenis; zij gaan elkaar overlappen en kunnen daardoor niet meer fungeren als ordeningsprincipes in het stelsel.
- *Continuïteit van zorg*: door deze ontwikkelingen worden

principes als continuïteit van zorg, integrale zorg en zorg op maat relatief belangrijker voor de organisatie van de zorgverlening; er ontstaan medisch-verpleegkundige zorgketens, als de core-business van de gezondheidszorg. Men spreekt ook wel over disease management.

- *Schaalvergroting*: zorgaanbieders sluiten zich om uiteenlopende motieven aaneen tot soms regionale "total care-instituten"; vanuit een managerial perspectief zijn de begrippenparen care-cure en chronisch-acuut minder functioneel dan bijvoorbeeld 20 jaar geleden.

In de jaren negentig is de aandacht voor de chronisch ziekenzorg toegenomen. In meer algemene zin kan men zeggen dat de zorg in de AWBZ, of, zo men wil, de gehandicaptenzorg, zich goed heeft ontwikkeld in de afgelopen decennia. Daaraan heeft het overheidsbeleid bijgedragen. Het heeft daarmee ook bijgedragen aan de verbijzondering van de care ten opzichte van de cure. Dit op differentiatie en emancipatie gerichte overheidsbeleid kreeg gestalte in de ZFW/AWBZ, in de WTG en in de WZV, maar ook in specifieke regelgeving, zoals die op het vlak van de indicatiestelling, de wachtlijsten en de eigen bijdragen.

In de analyse van het overheidsbeleid moet men overigens twee "tegenstellingen" onderscheiden. Er is het onderscheid care-cure, zie boven. Maar er is ook het onderscheid tussen medisch-verpleegkundig handelen (of: gezondheidszorg) en maatschappelijke zorg (die kan zijn: gehandicaptenzorg). Er zijn aanwijzingen dat de laatste twee zich meer ten opzichte van elkaar gaan profileren, mede door bestaande verschillen in planning en financiering. En daarnaast zien wij de opkomst van het begrippenpaar "stoornis" en "beperking".

Het Regeerakkoord lijkt op dit punt een bezinning te bevatten. Aan de ene kant het bijzondere, het categoriale care-beleid ten opzichte van de cure. Maar aan de andere kant het plan om AWBZ-zorg en ZFW-zorg experimenteel te integreren. Deze zorgintegratie zou via de verzekeraars(-budgetten) moeten verlopen.

Het nadeel van financieringsschotten wordt in het Regeerakkoord erkend. Dit zou kunnen wijzen op een kanteling van het strategisch perspectief.

8.2 Probleemstelling

De in 8.1 genoemde impulsen zijn er de oorzaak van dat - vanuit het perspectief van de patiënt(-en preferenties), de epidemiologie, de wetenschap, zorgparadigma's en zorgmanagement - care en cure een reïntegratie tegemoet kunnen zien. De aan care en cure ten grondslag liggende begrippen chronisch en acuut verliezen deels hun oorspronkelijke betekenis.

Een rode draad door meer dan tien jaar gezondheids- en zorgbeleid is de wens dat de cure meer care-achtig wordt, de care meer cure-achtig. Een deels impliciete overheidsdoelstelling is dat in de cure meer aandacht ontstaat voor chronisch ziekenzorg, voor sociaal-medisch handelen, voor de maatschappelijke positie van de patiënt. In de care zou het genezen wel wat meer aandacht kunnen krijgen.

Hoewel men, zoals beschreven, een reïntegratie-tendens ziet, is deze beleidswens nog niet vervuld in de zorgverlening zelf, hoewel er duidelijke bewegingen zijn in die richting.

In een appendix bij dit hoofdstuk zijn op dit moment bestaande knelpunten rond het integreren van care en cure opgenomen.

Het beleidsprobleem is: hoe kan men beleidscondities creëren, waaronder het zojuist geschetste ideaal als vanzelf ontstaat? Welke beleidsinstrumenten moeten worden ontwikkeld om zorgketens rond de individuele patiënt te bevorderen? Om disease management meer kansen te geven? Is een paradigma - en een parameterkanteling noodzakelijk of kan dit binnen het bestaande beleidskader gebeuren?

Hierbij moet men bedenken dat care en cure, althans de zorg in respectievelijk het eerste en het tweede compartiment vanuit verschillende motieven worden gestuurd. De beleidsfilosofie is anders. Het eerste compartiment wordt gekenmerkt door een op beheersing en beperking gericht beleid. De financiering en bekostiging staan in het teken van de risicobeperking. In het tweede compartiment zijn meer mogelijkheden voor innovatie en groei, krijgt het veld zelf meer kansen. Hierdoor komt de care in een ongelijkwaardige positie te staan ten opzichte van de cure en ontstaan er te weinig ontwikkelingskansen. De incentives zijn ongelijk verdeeld over care en cure. Dit bevordert de emancipatie van de care niet.

Een achterliggend beleidsprobleem heeft te maken met onze ordeningsprincipes. Welke zijn dat en zijn ordeningsprincipes als care en cure nog wel houdbaar? Belangrijker nog is de vraag: waartoe ordenen, wat willen wij daarmee bereiken,

kostenbeheersing, institutionalisering, categorialisering of bijvoorbeeld continuïteit van zorg?

Een doordenking van onze ordeningsprincipes is gewenst. Zo kan men zich afvragen of het, gezien de ontwikkelingen in het veld (zorgketens, disease management, transmuralisering) niet goed zou zijn te ordenen naar beloop, of naar ziekte/beperking. In dit verband moet men onder meer denken aan indicatiestelling. En men moet ook bedenken dat het "doelgroepenbeleid" (ouderen, gehandicapten etc.) in de care-sector altijd veel sterker heeft geleefd dan in de cure-sector.

In het beleidsproces zou een veelomvattend en vooral ook uitdagend en stimulerend beleidskader een nuttige rol kunnen spelen. Eventuele experimenten kunnen zo in een beleidsmatig perspectief worden geplaatst, hetgeen de monitoring en de evaluatie vergemakkelijkt.

8.3 Beleidsvragen en adviesdomein

De RVZ zal tegen de achtergrond van deze probleemstelling de volgende vragen in zijn advies beantwoorden.

1. Feiten

- Hoe verhouden care en cure zich op dit moment tot elkaar in Nederland en welke zorginhoudelijke en beleidsmatige trends zijn hierin te ontdekken?
- Hoe is deze verhouding in de ons omringende landen?
- Welke relevante ordeningsprincipes zijn voorhanden, in relatie tot te onderscheiden ordeningsdoelen?

2. Analyse

- In hoeverre kan nog worden gesproken over care en cure c.q. chronisch en acuut en hoe verhoudt zich de term gehandicaptenzorg hiertoe?
- Wanneer is er behoefte aan integreren, wanneer aan differentiëren?
- Hoe luidt een algemeen oordeel over de Nederlandse situatie en hoe groot is de noodzaak voor een paradigma- en strategiekanteling?
- Hoe zou de globale beleidsrichting voor de komende vier jaar er uit moeten zien?

3. Advies

- Met behulp van welke beleidsinstrumenten kan de zorgin-

- houdelijk gewenste vervlechting van cure en care op de werkvloer worden gerealiseerd?
- Welke verdeling van verantwoordelijkheden en taken behoort hierbij, als het gaat om de sturing?
 - Hoe ziet het hierbijbehorend actie- en implementatieprogramma er uit?

Het advies richt zich op de vormen van zorg die zijn ondergebracht in het eerste en in het tweede compartiment. De Raad zal met bijzondere aandacht kijken naar de geestelijke gezondheidszorg, de verpleeghuiszorg, de thuiszorg en de huisartsgeneeskunde, de paramedische zorg, de ziekenhuiszorg, de revalidatiezorg en de verstrekking van de genees- en hulpmiddelen.

De Raad zal beginnen met het in kaart brengen van de stand van zaken in Nederland. Dit omvat de reguliere gezondheidszorg en vernieuwingsprojecten, waarin care en cure in een andere mengverhouding worden aangeboden.

Hierbij zal de Raad een relatie leggen met het beloop van ziekten en stoornissen en nagaan in hoeverre de zorgverlening daarbij aansluit. Dit kan leiden tot zorgprofielen.

8.4 Functie advies

De Raad wil met zijn advies bijdragen aan het beraad in de zorgsector over de toekomstige ordening van de zorg. Daarbij spelen termen als care en cure een belangrijke rol.

Het advies borduurt voort op het Regeerakkoord. De Raad zal proberen plannen in het Regeerakkoord een plaats te geven in een strategisch beleidskader voor de middellange termijn. Dit beleidskader zou stimulerend en samenbindend moeten zijn. Het zou, na parlementaire besluitvorming naar aanleiding van het advies, kunnen fungeren als discussiestuk in het overleg tussen veld en overheid. Zo zou het richting kunnen geven aan het denken over de toekomst van het zorgstelsel.

De Raad kan op deze wijze ook gestalte geven aan de advies-taak over de chronisch ziekenzorg die in 1999 overgaat van NCCZ naar RVZ, blijkens een brief van 2 april 1998 van VWS en SZW aan de Tweede Kamer. Men zou kunnen zeggen dat juist in de zorg voor chronisch zieken care en cure samenkomen.

8.5 Programmering

De functie die het advies kan vervullen maakt het gewenst niet te lang te wachten met het uitbrengen. Dan kan op afzienbare termijn een debat in de zorgsector starten en kan nog deze kabinetsperiode beleid geformuleerd worden.

Om deze reden zal de Raad zijn advies uitbrengen begin 2000 (februari). Eerder dat jaar kan een eerste debatronde plaatsvinden naar aanleiding van de bevindingen van de Raad.

8.6 Relevante andere publicaties en instanties

De Raad zal tijdens de advisering contact zoeken met de IGZ en met ZON. Bij het verzamelen van het empirisch materiaal zal ook met organisaties in de zorgsector worden samengewerkt. Rond de opheffing van de NCCZ en de overdracht van diens adviestaak naar de RVZ zal overleg met VWS en NCCZ plaatsvinden.

Relevante andere adviezen van de Raad onder meer:

- Redesign eerste lijn en transmurale zorg (verschijnt in 1998).

8.7 Literatuur

STG. *Toekomstbeelden van de curatieve zorg. Een eerste scenario-analyse.* Zoetermeer, STG 1997.

STG. *Managed Care en Disease Management in Nederland.* Zoetermeer, STG, 1997.

WRR. *Volksgezondheidszorg.* 's-Gravenhage, Sdu 1997.

Overheidsbeleid

Brief van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 2 april 1998 over de follow up van de Nationale Commissie Chronisch Zieken.

Appendix bij hoofdstuk 8

Problemen rond het integreren van care en cure

Uit de regionale bijeenkomsten van de RVZ over Redesign eerste lijn en uit een achtergrondstudie van Spreeuwenberg & Elfahmi (1998) komen de volgende knelpunten en problemen naar voren:

1. *Organisatie van de zorg*

Algemeen: de organisatie van de zorg is onvoldoende toegesneden op de behoeften van de patiënt. De zorg is sterk categoriaal en sectoraal georganiseerd.

- De organisatie van de huisartsenzorg is onvoldoende, zowel richting patiënt als richting (andere) hulpverlener en zorgverzekeraar.
- De zorg is georganiseerd in verschillende echelons, beroepsgroepen en sectoren, met eigen taal, tradities en cultuur. De wereld en de blik van de huisarts zijn anders dan die van de specialist; het verpleeghuis heeft een andere cultuur dan een ziekenhuis. De cultuurverschillen belemmeren samenwerking en leiden tot gebrekkige communicatie en tot belangentegenstelling.
- Onvoldoende coördinatie op regionaal niveau.

2. *Financiering*

- De geldstromen volgen niet de zorgstromen. De huidige financieringswijze sluit niet goed aan bij de zorgprocessen. Een benadering op basis van producttypering en output-pricing zou daar beter bij passen.
- Het bestaan van verschillende financieringssystemen (budgettering, verrichtingen, abonnement) en verschillende financieringsbronnen (AWBZ, ZWF, subsidieregelingen) maakt samenwerkingsprocessenodeloos ingewikkeld.
- Overlegtijd, samenwerking, zorgcoördinatie worden niet als te financieren activiteiten beschouwd. Coördinatie is in de thuiszorg geen product; overlegtijd wordt niet in het tarief van de huisarts verdisconteerd.
- Het ontbreken van een financiële honorering gaat (uiteindelijk) ten koste van de motivatie van de betrokken hulpverleners.
- Innovatieve, transmurale projecten worden vaak met

tijdelijke projectsubsidies opgezet. Projecten stoppen vaak na beëindiging van de projectfinanciering, ondanks een positieve inhoudelijke evaluatie.

- Oplossingen worden gezocht in 'rugzak'-modellen, flexigelden, regio-budgetten, grijze productieafspraken en persoonsgebonden budgetten, maar de oplossingen zijn tot op heden weinig doorzichtig en doelmatig en belemmeren daardoor de verdere ontwikkeling van transmurale zorg.
- Daar waar men in de praktijk overgangen tussen AWBZ en ZFW soepel wil regelen, loopt men tegen de regelgeving op, die strak is en ook door de ZFR strak wordt geïnterpreteerd ('is het binnen de ZFW een verstrekking?'). Tegenstrijdig: VWS stimuleert wel vernieuwing, maar ziekenfondsen krijgen later problemen met COTG en ZFR.

Gevolg is dat ziekenfondsen afhaken.

3. *Informatievoorziening*

- Transmurale zorg en zorgketens vereisen een goede informatievoorziening. Op dit punt zijn er problemen: gebrekkige informatiesystemen, die weinig relevante (beleids)informatie opleveren; onvoldoende automatisering bij diverse beroepsgroepen.
- Op regionaal niveau, binnen een zorgketen, is er behoefte aan één, uniek patiënt-identificatienummer. Vanuit de overheid wordt dit echter tegengehouden (privacy).
- Onvoldoende voorlichting aan patiënten.

4. *Compartmentering*

- De huidige compartimentering is niet toegesneden op de behoeften van chronisch zieken en patiënten met ernstige en langdurige beperkingen. Vaak hebben zij (in een samenhangend aanbod) voorzieningen c.q. deskundigheid nodig die in verschillende compartimenten zijn ondergebracht.

Bijlage 2

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)

Voorzitter:

Prof. drs. J. van Londen

Leden:

Mw. prof. dr. I.D. de Beaufort

Drs. J.C. Blankert

J. Franssen (vanaf 01-01-2001)

Mw. M.J.M. le Grand-van den Bogaard

Prof. dr. T.E.D. van der Grinten

Mw. prof. dr. J.P. Holm

Mw. J.M.G. Lanphen, huisarts

Drs. E.H.T.M. Nijpels (tot 31-12-2000)

Mr. A.A. Westerlaken

Algemeen secretaris:

Drs. P. Vos

Bijlage 3

Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Betrokken raadsleden:

- Prof. dr. T.E.D. van der Grinten
- Mw. prof. dr. J.P. Holm

Samenstelling projectgroep:

- Mw. mr. G.P.M. Raas, projectleiding
- Mr. J.P. Kasdorp, projectleiding
- Drs. P.P.T. Jeurissen, projectmedewerker
- Mw. M.M. van Heijningen-Siek, projectsecretaresse

Bijlage 4

Verantwoording van de adviesvoorbereiding

In totaal werden er vijf sectorale bijeenkomsten georganiseerd.

1 Sector mensen met een verstandelijke handicap, 1 september 2000 in 's Heeren Loo-Lozenoord, Amersfoort

Gastheer:

Mr. J. Schraivesande, directeur van 's Heeren Loo-Lozenoord

Aanwezigen:

- Drs. A. Benschop, Kwadrant
- Mr. A.L.K. Blokland, Het Huis
- L.A. van Doorn, Woningstichting
- J.W.P. van Dijk, gemeente Ermelo
- H. Eijsenga, gemeente Harderwijk
- J.P.N. van Gorkum, Sociaal Pedagogische Dienst Veluwe
- Mw. A. de Graaf, Kwadrant
- Mw. drs. J. van der Graaf, inspectie voor de gezondheidszorg
- K. de Haan, 's Heeren Loo-Lozenoord
- Ing. A. van 't Hoff, Woningstichting De Groene Zoom
- Mw. G. Kamer, Zorgkantoor Utrecht
- J. te Loeke, Sociaal Pedagogische Dienst Veluwe
- Mw. R. Oosterhof, Regionaal Patiënten/Consumenten Platform
- Mw. M. Roosien, 's Heeren Loo-Lozenoord
- H.J. Stokvis, Welzijnszorg
- E.H.J. Uitentuis, 's Heeren Loo-Lozenoord
- Mr. A. Westerlaken, 's Heeren Loo-Lozenoord

Namens de RVZ:

- Mw. prof. dr. J.P. Holm
- Mw. drs. L. Horn
- Drs. P.P.T. Jeurissen
- Mr. J.P. Kasdorp
- Mw. drs. A. Schoemaker
- Mw. prof. dr. S.P. Verloove-Vanhorick
- Drs. P. Vos

**2 Sector verpleging en verzorging, 7 september
2000 in VerpleegThuis- en reactiveringscentrum
De Geinsche Hof, Nieuwegein**

Gastheer:

M.C. Dekker, voorzitter Raad van Bestuur

Aanwezigen:

- Mw. A. van Aarnhem, huisarts te Nieuwegein
- R. Coenen, directeur algemene zaken divisie ouderen
Stichting Altrecht
- Mw. M. Frijns, Stichting Zorgspectrum
- J. Geurts, voorzitter Regionale Huisartsen Vereniging
- K. Hazelaar, RIVAS Zorggroep
- W.D.J. Lucas, manager zorgkantoor Utrecht
- R.F. Mouton, directeur de Open Ankh
- Mw. M. Palmen, hoofd behandeling/begeleiding
Verpleeghuis Rosendaal
- F. Penninx, algemeen directeur van VITRAS
- H.B. Pomerantz, lid Raad van Bestuur Zuwe
- Mw. F. Roeleven, manager intake en indicatie van bureau
wachtlijstenservice
- L. Roseboom, directie Stichting Rhijnhuysen
- Mw. M. Weerts, directeur Provinciaal Patienten Platform
- K. Weevers, algemeen secretaris van VSVU
- G.A. Wiggers, directeur Algemene Stichting Ouderenzorg
in Zeist
- Mw. H.M. van Xanten, projectleider wonen en zorg
Mitros Wonen
- G. Zandbergen (Mitros Wonen)

Namens de RVZ:

- Prof. dr. T.E.D. van der Grinten
- Mw. drs. L. Horn
- Drs. P.P.T. Jeurissen
- Mr. J.P. Kasdorp
- Mw. mr. G.P.M. Raas
- Mw. drs. A. Schoemaker
- Mw. prof. dr. S.P. Verloove-Vanhorick

**3 Sector curatief-somatische zorg, 8 september
2000 in het Groene Hart Ziekenhuis, Gouda**

Gastheer:

P.H.M. Onland, Raad van Bestuur van het Groene Hart
Ziekenhuis

Aanwezigen:

- R. Bertels, Regionaal Zorgberaad Midden-Holland
- E. van Bockel, Groene Hart Ziekenhuis
- Mw. I. van Driel, PGMH
- Mw. E.C.M.M. Donkers, Stichting Transmuraal Netwerk
Midden-Holland
- Mw. M. Fluitsma, Regionaal Indicatie Orgaan
- P. de Husson, Stichting Zorgcentra regio Midden-Holland
- H.G.M. de Jong, Trias Zorgverzekeraar
- J.Th. Kedzierski, Robert Fleury Stichting
- J. Kemper, Groene Hart Ziekenhuis
- H.H. Meppelder, Zorg en Zekerheid
- Mw. J. van Ogtrop, Regionaal Indicatie Orgaan
- F. Schouten, Stichting Gouwestreek
- Mw. E.A. Zuidema, De Vierstroom
- E. Zwart, Groene Hart Ziekenhuis

Namens de RVZ:

- Prof. dr. T.E.D. van der Grinten
- Mw. drs. L. Horn
- Drs. P.P.T. Jeurissen
- Mr. J.P. Kasdorp
- Mw. mr. G.P.M. Raas
- Mw. drs. A. Schoemaker
- Mw. prof. dr. S.P. Verloove-Vanhorick

4 Sector zorg voor mensen met een lichamelijke handicap, 15 september 2000 in Heliomare, Wijk aan Zee

Gastheer:

C.M.G. Raaijmakers, algemeen directeur

Aanwezigen::

- Mw. J. Beekhuizen-v.d. Reijden, lid van de Cliëntenraad Heliomare
- T. Brouwer, manager Wonen WTC Heliomare/CIC VOLIM
- R. van Calcar, accountmanager van het Zilveren Kruis
- W. Duffels, accountmanager van de Univé Zorgverzekeringen, afdeling ZIV/ZI
- A. van Dijk, directeur Nieuw Unicum
- Mw. L. De Jongh, locatiemanager van het Verpleeghuis Heemswijk
- J. van den Heuvel, algemeen directeur Rode Kruis Ziekenhuis
- Mw. M.C. Eckhardt-van de Anke, directeur a.i. van de Stichting Thuiszorg IJmond
- F.A.M. Le Fèvre, Manager van het Revalidatiecentrum Heliomare
- Mw. C. Keesen, projectmedewerker meerjarenafspraken zorg van Kennemer Patiënten Platform
- Mw. J. van Lelyveld, directeur Kennemer Patiënten Platform
- M. van Lochem, teamleider stadszaken Gemeente Beverwijk
- R. Lustermaans, sectormanager kind/jeugd van de Hartekamp/WDD Groep
- J.T. Nieman, paramedisch adviseur van Zilveren Kruis Achmea, afdeling Zorgbeleid en contractering
- R. Peters, huisarts
- C. van der Wal, manager behandel- en stafdienst van Hartekamp/WDD Groep
- R. Zondervan, revalidatiearts van het Revalidatiecentrum Heliomare

Namens de RVZ:

- Mw. drs. L. Horn
- Drs. P.P.T. Jeurissen
- Mr. J.P. Kasdorp
- Mw. mr. G.P.M. Raas
- Mw. drs. A. Schoemaker
- Mw. prof. dr. S.P. Verloove-Vanhorick
- Drs. P. Vos

**5 Sector geestelijke gezondheidszorg, 21 september
2000 in de Robert-Fleury Stichting, Leidschendam**

Gastvrouw:

Mw. A.M.A. Meijs, psychiater, Raad van Bestuur

Aanwezigen:

- N. van As, psychiater, locatiepsychiater Robert-Fleury Stichting in Zoetermeer
- Mw. S. Böger, locatiemanager Robert-Fleury Stichting in Zoetermeer
- Drs. W.C.M. Derks, directeur ZorgRing
- Drs. H.A. van der Hoeven, directeur St. Gezondheidscentra in Zoetermeer
- G.F.A. Kalsbeek, huisarts
- Drs. J. Th. Kedzierski, Raad van Bestuur Robert-Fleury Stichting
- Drs. A.G.R. Klein, Zorgkantoor Haaglanden
- G. Pater, Zorgkantoor Haaglanden
- Mw. drs. A.M. Onrust, RIBW Fonteyenburg
- Drs. A. de Vries, directeur Nieuw Berkendael

Namens de RVZ:

- Mw. prof. dr. J.P. Holm
- Mw. drs. L. Horn
- Drs. P.P.T. Jeurissen
- Mw. mr. G.P.M. Raas
- Mw. drs. A. Schoemaker
- Mw. prof. dr. S.P. Verloove-Vanhorick

Geconsulteerde personen:

- Mr. J.W.G. Blaauw, Zorggroep Noorderbreedte
- Drs. S.G.M. van Erp, Gehandicaptenraad
- Prof. dr. R. Huijsman, Erasmus Universiteit Rotterdam
- J. Jacobs, Trias
- H.G.M. de Jong, Trias
- Ir. W.J. van Kessel, VIR

- Ir. H.G.F.M. van Lisdonk, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- Mw. drs. J.M.W. Massop, PWZ verzekeringen
- Drs. P.J.M. Meis, College voor Zorgverzekeringen
- G. Melkert, Arcares
- Mr. M.E.M. Nuyten, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- Mw. drs. H.A.M. Oosterom, Arcares
- Drs. P.H.M. Peters, VRIN
- R. Peters, huisarts
- Prof. E.A. van Roijen, Ziekenhuis Rijnland
- Th.J. Stam, Trias Zorgverzekeraar
- J.A. Terlouw, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
- Drs. M. Ten Holten, Arcares
- Dr. P.A.H. Verbraak, GGZ Eindhoven
- D. Verstegen, NPCF
- C. van Vlaanderen, RIVAS Zorggroep
- Drs. E. Zijlstra, Atrium

Bijlage 5

De verhouding cure - care in vier sectoren

Inleiding

In deze bijlage gaan we in op de betekenis (van de functie) van care en cure in de verschillende sectoren van de gezondheidszorg. Bij de omschrijving van sectoren is gekozen voor een pragmatische aanpak, daarbij de indeling in de Zorgnota 2000 volgend:

1. Somatisch curatieve zorg:
huisarts, ziekenhuis, revalidatiecentrum.
2. GGZ:
voorzieningen voor ambulante en intramurale ggz.
3. Verpleging en verzorging:
thuiszorg, verzorgingshuis, verpleeghuis.
4. Gehandicaptenzorg:
voorzieningen voor lichamelijk en verstandelijk gehandicapten.

Eerst wordt iets gezegd over aard en omvang van de doelgroep(en) in de sectoren. Vervolgens wordt nagegaan in hoeverre iets gezegd kan worden over de verhouding tussen care en cure. Per sector wordt ingegaan op de dominantie van cure of care in de sector, de raakvlakken met andere sectoren en wat de care betreft, het onderscheid tussen wonen, gezondheidszorg en dienstverlening.

1. Curatief-somatische zorg

Huisarts

Aard en omvang van de doelgroep

Het percentage mensen dat jaarlijks contact heeft met de huisarts (inclusief telefonische contacten en contacten met de praktijkassistent) fluctueert iets boven 75 procent. Het aantal contacten per ingeschreven patiënt is tussen 1996 en 1998 iets gestegen (NIVEL/NZi, 1999) en blijkt in 1998 op 6,2 te liggen. In vergelijking tot 1996 is dat een stijging van 0,2. Van de totale contactfrequentie van 6,2 contacten per jaar zijn er 3,9 met de huisarts en 2,2, met de assistente. Het overgrote deel van de contacten betreft consulten in de praktijk van de

huisarts. Dit aantal is 7 keer zo groot dan het aantal visites (LINH, 1998).

Omdat de huisarts als generalist en als poortwachter van de gezondheidszorg wordt beschouwd, is het niet verwonderlijk dat de aard van de problemen waarmee hij of zij geconfronteerd wordt, zeer divers is. Blijkens de Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk is de toptien van gezondheidsproblemen waarmee de huisarts geconfronteerd wordt: moeheid, hoofdpijn, hoesten, verstopte neus, nervositeit, slapeeloosheid, snel opgewonden zijn, rugklachten, nek/schouderklachten en lage-extremitetklachten (Van der Velden, 1990).

De diversiteit van gezondheidsproblemen blijkt verder ook uit de in de huisartsgeneeskunde gebruikte International Classification of Primary Care (ICPC). De daarin onderscheiden categorieën zijn zeer divers. Ook uit de verwijscijfers van huisartsen blijkt dat ze te maken hebben met uiteenlopende problemen. Vrijwel alle specialismen zijn in de verwijscijfers terug te vinden en de uitsplitsing naar diagnoses daarbinnen laten het hele scala aan problemen zien waarvoor de huisarts een verwijzing uitschrijft. De meest voorkomende diagnoses zijn: andere visus symptomen/klachten, lage rugpijn met uitstraling en diabetes mellitus (Jaarrapport LINH, 1998).

De verhouding tussen care en cure

De zorg door de huisarts wordt doorgaans als cure-zorg getypeerd: gericht op genezing en herstel. Toch moet worden aangenomen dat de zorg voor (chronisch zieke) mensen waarbij genezing geen reële optie is, een in omvang belangrijk deel is van de zorg door de huisarts. Veel chronische ziekten¹ als diabetes mellitus, hypertensie en CARA komen in vrijwel iedere huisartsenpraktijk voor. Bovendien is bekend dat voor veel chronische ziekten en leeftijd een sterk verband geldt. Uit gegevens blijkt dat de contactfrequentie met de hoogste leeftijdscategorie uit het patiëntenbestand het hoogst is (NIVEL, 1992; LINH, 1998). Daarnaast komt in de hoogste leeftijdscategorieën veel co-morbiditeit voor. Zo vond Meyboom-de Jong bij mensen van 65 jaar en ouder in 10% tenminste drie chronische ziekten (Meyboom-de Jong, 1989).

Samenwerking met andere sectoren

De problemen waarmee patiënten zich tot de huisarts wenden, zijn van dien aard dat ze voor 90% door de huisarts geheel zelfstandig afgehandeld kunnen worden (RVZ, 1998a, Ribbens, 1999). Dat geldt ook voor problemen die liggen op

het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. Wel wordt de huisarts meer geconsulteerd door mensen met psychische en sociale problematiek dan door mensen met ernstige psychiatrische ziekten. Ook deze problematiek wordt in 90% van de gevallen door de huisarts zelfstandig afgehandeld. Slechts in minder dan 10% vindt verwijzing plaats naar andere hulpverleners in eerste of tweede lijn (RVZ, 1998b).

Door veranderingen in de (organisatie van de) zorg krijgt de huisarts met meer en andere actoren in en buiten de gezondheidszorg te maken. Zo is samenwerking met de bedrijfsarts nodig voor de sociaal-medische begeleiding van zieke werknemers. De reïntegratie van de zieke werknemer krijgt immers meer gewicht door veranderingen in het stelsel van de sociale zekerheid. Verder vergen transmurale zorg en ketenzorg meer afstemming tussen huisarts en specialist en huisarts en andere disciplines. Zo is samenwerking met de verpleeghuisarts als gevolg van veranderingen in de ouderenzorg evenzeer een actueel thema.

Ribbens positioneert de huisarts als 'spin in het web' binnen de zorg. Hij heeft met vrijwel elke te onderscheiden sector contacten. Hoewel de aard en de frequentie van de contacten met andere hulpverleners en sectoren varieert, wordt de huisarts steeds meer geacht met anderen samen te werken. "Niet langer zal het gebruikelijk zijn dat de huisarts als solist opereert, louter gestuurd door professionele inzichten en met een grote mate van onafhankelijkheid. De huisarts van de toekomst zal afhankelijker worden: niet afhankelijker van collega-huisartsen met wie hij nauw samenwerkt en ook in zakelijk opzicht verbonden is, maar afhankelijker van andere disciplines die in en rond zijn praktijk opereren" (Ribbens, 1999).

Ziekenhuis

Aard en omvang van de doelgroep

Jaarlijks worden ongeveer 1.500.000 mensen in ziekenhuizen opgenomen. Het aantal dagopnamen stijgt de afgelopen jaren en bedraagt in 1998 ongeveer 750.000. Verder komen jaarlijks ongeveer 6.000.000 voor de eerste keer op de polikliniek van een ziekenhuis. Het totaal aantal polikliniekbezoeken ligt op ongeveer 20.000.000.

De doelgroepen van het ziekenhuis zijn mensen van alle leeftijden met ziekten en aandoeningen waarvoor de generalistische geneeskunde op het gebied van diagnostiek en

behandeling onvoldoende is toegerust. De zorg wordt gekenmerkt door de specifieke deskundigheid en vaak ook de beschikbaarheid van medisch-technische voorzieningen die daarvoor vereist is.

De klinische populatie in de ziekenhuizen is door de vergrijzing van de bevolking en door een ander behandelbeleid in loop der jaren ouder geworden. In 1975 was een van de zes opgenomen patiënten 65 jaar en ouder, in 1995 een op de drie (Van Montfort en Vandermeulen, 1999).

Sinds het rapport van de commissie Biesheuvel (1994) wordt het ziekenhuis doorgaans getypeerd als een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf. Kenmerkend daarvoor is dat de organisatie en de daarin werkzame professionals gezamenlijk staan voor het verlenen van doelmatige en kwalitatief hoogwaardige patiëntenzorg. De verschuiving van langdurige naar kortdurende ziekenhuisbehandelingen heeft tot gevolg dat ziekenhuizen steeds meer centra worden voor medisch specialistische hightech onderzoek en behandeling met de daarbij behorende verpleging en verzorging.

De verhouding tussen care en cure

Het genezen van patiënten is de primaire invalshoek voor de diagnostiek en behandeling van mensen die in ziekenhuizen worden opgenomen. Daarmee is ziekenhuiszorg te typeren als 'echte' cure. De realiteit is echter dat veel patiënten niet genezen. Veel diagnostiek en behandeling staan ook in het teken van voorkomen van achteruitgang van de gezondheidstoestand en het beperken van de nadelen van ziekte zoals het verlichten van pijn. Dat zijn 'echte' care doelen.

Door betere behandelmogelijkheden is ziekenhuiszorg voor veel patiënten een tijdelijke fase in een veelal langdurend ziekte- en behandelproces. Zo is voor patiënten met hart- en vaatziekten, bijvoorbeeld hartfalen of een CVA, regelmatig medisch specialistische zorg nodig. Artsen en verpleegkundigen (en ook andere hulpverleners in het ziekenhuis) hebben niet alleen aandacht voor de ziekte op zich, maar houden rekening met de psychosociale en emotionele gevolgen van de ziekte voor de patiënt.

Samenwerking met andere sectoren

De opvatting dat de patiënt centraal moet staan in de zorgverlening heeft niet alleen gevolgen voor de organisatie

van de patiëntenzorg in het ziekenhuis zelf, maar ook voor de samenwerking met andere voorzieningen in de gezondheidszorg. De samenwerking krijgt op uiteenlopende wijzen vorm onder evenzovele verschillende begrippen: transmurale zorg, zorgketens, ziekenhuisgerelateerde zorg en ziekenhuisverplaatste zorg.

Lemstra zegt over de samenwerking: “In de regio’s schieten samenwerkingsverbanden als paddestoelen uit de grond. Alles is volop in ontwikkeling. Van eenvormigheid is daarbij geen sprake. Projecten van zeer verschillende aard zijn opgezet afhankelijk van het aantal instellingen met specifieke problematiek in de regio, van de doelstellingen die nagestreefd worden en niet in het minst van de onderlinge verhoudingen” (NVZ, 1998).

Voorbeelden van samenwerking tussen huisartsen en ziekenhuizen zijn huisartsenposten en huisartsenklinieken in ziekenhuizen, gezamenlijke spreekuren van huisarts en medisch specialisten en medisch coördinerende centra. Ook de samenwerking tussen ziekenhuis en verpleeghuis en tussen ziekenhuis en thuiszorg kent vele vormen. Verpleeghuisartsen die in het ziekenhuis werken en verpleegkundigen uit het ziekenhuis die thuis de patiënt bezoeken, zijn daarvan voorbeelden.

Revalidatie

Aard en omvang van de doelgroep

Revalidatiezorg wordt in Nederland aangeboden in zowel afzonderlijke revalidatie-instellingen als op revalidatieafdelingen van algemene en academische ziekenhuizen. Er zijn 23 (regionaal gespreide) revalidatiecentra met een breed takenpakket, zowel klinisch als poliklinisch, zowel voor kinderen als volwassenen. Verder beschikken 20 ziekenhuizen over poliklinische revalidatieafdelingen.

Onder meer door nieuwe technologische mogelijkheden is de revalidatiezorg nog volop in ontwikkeling. Voor patiëntengroepen waar voorheen weinig mogelijkheden voor waren, biedt de techniek soms oplossingen. Een voorbeeld daarvan is het leren communiceren met een spraakcomputer. Maar ook maatschappelijke opvattingen stimuleren nieuwe ontwikkelingen. De opvatting dat mensen met een handicap er maar mee moeten leren leven is veranderd. Dat leidt tot de ontwikkeling van nieuwe zorgvormen, behandelmethoden en hulpmiddelen. Voorbeelden daarvan zijn nieuwe producten als

cognitieve revalidatie voor mensen met een hersenbeschadiging en thuisrevalidatie.

Uit gegevens van de VRIN blijkt dat revalidatiecentra op jaarbasis 31.000 nieuwe patiënten opnemen. De gemiddelde opnameduur is 12 weken. De leeftijd van patiënten varieert van 0+ tot 80+. Van de opgenomen patiënten wordt 90% naar huis ontslagen. In de revalidatiecentra bedraagt het aantal uren niet klinische revalidatie 980.000 en in de ziekenhuizen 130.000 (VRIN, 2000).

De verhouding tussen care en cure

Redenerend vanuit een onderscheid in doelstellingen tussen care en cure zou de revalidatiezorg als een echte care sector getypeerd moeten worden. Hoewel de revalidatie wordt gerekend tot de curatief somatische sector richt de revalidatiezorg zich niet op het genezen van ziekten, maar op het beperken van de gevolgen van ziekten, ongevallen en aangeboren afwijkingen. Het voorkomen van beperkingen en handicaps, het vergroten van zelfredzaamheid van mensen en het minimaliseren van afhankelijkheid aan zorg zijn de belangrijkste doelstellingen.

Bij revalidatiezorg zijn vele disciplines betrokken. Dit komt ook tot uitdrukking in de aanspraak van verzekerden op revalidatie: revalidatiezorg van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard (artikel 8 Ziekenfondswet). Behalve op medisch gebied beweegt de revalidatie zich ook op sociaal, arbeidstechnisch en onderwijskundig gebied.

Samenwerking met andere sectoren

De doelstellingen van de revalidatiezorg brengen met zich mee dat op velerlei terrein samengewerkt wordt met andere sectoren en instanties. Zo bestaat er een sterke functionele samenhang tussen de revalidatiezorg en de medisch specialistische en ziekenhuiszorg (Wiggers, 1993). In de afgelopen jaren is de samenwerking tussen revalidatiecentra en ziekenhuizen verbeterd, maar er is meer binding mogelijk. Omdat ook in de verpleeghuizen revalidatieactiviteiten plaatsvinden en de thuiszorg een belangrijke rol speelt in de nazorg moet ook met die sectoren samengewerkt worden. De VRIN ondersteunt daarom het tot stand komen van regionale zorgketens voor de revalidatie (VRIN, 2000).

Voor een aantal patiënten speelt in het revalidatieproces de reïntegratie in het werk een rol. Samenwerking met instanties uit de sociale zekerheid is daarvoor belangrijk. Andere patiënten zullen na de revalidatieperiode behoefte hebben aan een andere invulling van de dagbesteding. Verder wordt vanuit de revalidatiezorg steeds intensiever samengewerkt met het onderwijs.

2. GGZ

Aard en omvang van de doelgroep

Jaarlijks heeft één op de vier volwassen Nederlanders één of meer psychiatrische stoornissen. Angststoornissen komen relatief het meeste voor. Verder gaat het om mensen met stemmingsstoornissen, alcoholmisbruik of –afhankelijkheid, drugsmisbruik of –afhankelijkheid, eetstoornissen en schizofrenie. De drie diagnosegroepen schizofrenie, stemmingsstoornissen en angststoornissen vormen tezamen 62% van de GGZ-cliënten (GGZ-Nederland, Brancherapport 1993-1997).

In 1997 waren 489.000 patiënten/cliënten in behandeling/begeleiding in een van de GGZ-circuits. De GGZ kent vijf circuits: volwassenen, ouderen, kinderen en jeugdigen, forensische psychiatrie en verslavingszorg.

De verhouding tussen care en cure

De verhouding tussen care en cure is moeilijk vast te stellen. In registraties speelt het onderscheid care/cure geen rol. Een deel van de activiteiten die in de ggz-sector worden verricht, valt onder wat de RVZ rekent tot wonen of dienstverlening.

In het advies 'Thuis in de ggz' heeft de RVZ berekend dat tussen de 50% en 70% van de langverblijfpatiënten niet per se is aangewezen op het ziekenhuis en in principe kan doorstromen naar andere woonvormen. Variërend van zelfstandig wonen met aanvullende zorg naar beschermd wonen nieuwe stijl en naar verzorgings- en verpleeghuizen zonodig met aanvullende zorg vanuit de ggz (RVZ, 1996). GGZ-Nederland haalt een recent onderzoek aan waaruit blijkt dat 34% van de chronische patiënten die in een psychiatrisch ziekenhuis wonen met enige ondersteuning zelfstandig zou kunnen wonen en 57% van hen het beste uit zou zijn met een woning op of bij het ziekenhuisterrein (GGZ Nederland, Brancherapport 1993-1997).

In de ggz is een ontwikkeling gaande om het zorgaanbod te beschrijven in termen van zorgprogramma's met als doel het hulpaanbod inzichtelijk te maken. Een programma dient als een beschrijving van samenhangende producten. Het begrip dienstverlening heeft daarbij in de ggz deels een andere betekenis dan in de terminologie van de RVZ. Onder dienstverlening worden alle activiteiten verstaan die geen verband houden met eigen cliënten en die gericht zijn op werkers buiten de eigen instelling of de beroepspraktijk, met het doel hebben te ondersteunen in hun (toekomstige) werkzaamheden als er psychische problemen in het geding zijn. Tot het individu herleidbare dienstverlening wordt tot de functie behandeling gerekend.

Uit de omschrijving van de concrete activiteiten die te onderkennen zijn in de beschrijving van de zorgprogramma's valt af te leiden dat een deel daarvan tot de dienstverlening in de terminologie van de RVZ kan worden gerekend. Zo bevat het programma voor mensen met chronisch-psychiatrische/psychische problematiek activiteiten als permanente gezinszorg, bieden van richtlijnen voor primair leefmilieu, ADL-begeleiding, et cetera (NVAGG, 1992).

Samenwerking met andere sectoren

In toenemende mate wordt met andere sectoren samengewerkt. Circuitvorming in de ggz was aanvankelijk gericht op samenwerking tussen de verschillende instellingen in de geestelijke gezondheidszorg. De laatste tijd ligt het accent meer op samenwerking met aanpalende voorzieningen. Zo werkt de GGZ voor ouderen samen met verpleeg- en verzorgingshuizen, de kinder- en jeugdpsychiatrie met de jeugdhulpverlening en de langdurige GGZ-zorg met gemeentelijke voorzieningen op het terrein van wonen, werk en welzijn. De door fusies ontstane GGZ-centra werken verder samen met ziekenhuizen. Naast samenwerken met psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen wordt nog op vele andere terreinen met algemene ziekenhuizen samengewerkt (GGZ Nederland, Brancherapport 1993-1997).

In zijn advies Geestelijke gezondheidszorg in de 21^e eeuw heeft de RVZ een pleidooi gehouden voor een sterke eerstelijns ggz. Dat betekent meer contacten met de huisarts als poortwachter voor de tweedelijns ggz en met het algemeen maatschappelijk werk. Verder heeft de RVZ in dat advies een duidelijker onderscheid bepleit tussen ggz gezondheidszorg en

welzijn/dienstverlening. Dit laatste brengt met zich mee dat er veelvuldig contact zal moeten zijn met 'aanpalende sociale stelsels' (RVZ, 1998b).

3. Verpleging en verzorging

Thuiszorg

Aard en omvang van de doelgroep

Per jaar maken ongeveer 2.920.500 cliënten gebruik van de verschillende diensten van de thuiszorg. De thuiszorgdiensten bestaan uit: algemene thuiszorg, jeugdgezondheidszorg 0 tot 4 jaar, voedingvoorlichting en dieetadvisering, kraamzorg en verpleegartikelen. De algemene thuiszorg heeft per jaar 603.500 cliënten (LVT, 2000).

De thuiszorg richt zich op alle mensen die te maken krijgen met ziekte of ouderdomsbeperkingen die ondersteuning behoeven om thuis te kunnen blijven wonen. De aard en de intensiteit van de benodigde ondersteuning hangen af van de aard en de omvang van de beperkingen en de hinder die mensen bij hun dagelijks functioneren ondervinden. Dat kan variëren van lichte ondersteuning om het huishouden draaiende te houden tot intensieve verpleging en verzorging. Het gaat om een veelzijdig patroon van behoeften, geheel afhankelijk van de persoonlijke omstandigheden van de cliënt (LVT, 2000).

De verhouding tussen care en cure

Het is in de thuiszorg niet gebruikelijk een onderscheid te maken tussen care en cure. De begrippen spelen doorgaans geen rol in de financiering of in het beleid van de organisatie. De sector wordt tot de care sectoren gerekend.

Zo is het maar de vraag of de cure functie toch niet een wezenlijk onderdeel is van de thuiszorg. De (kortdurende) thuiszorg aansluitend op de ziekenhuiszorg is wezenlijk niet anders dan de zorg die bij een wat langer verblijf in het ziekenhuis zou zijn genoten. Technische voorzieningen maken behandeling en verpleging thuis mogelijk die voorheen alleen in een ziekenhuis kon worden geboden: dialysebehandelingen en monitoring van patiënten bijvoorbeeld. Het aandeel cure in de thuiszorg is echter moeilijk te schatten, omdat er niet op die manier geregistreerd wordt.

Care omvat in de thuiszorg verschillende diensten en producten. Een deel daarvan valt onder wat de RVZ dienstverlening noemt. De verhouding tussen het deel van de care dat tot de gezondheidszorg en tot de dienstverlening gerekend wordt, kan als volgt benaderd worden. Binnen de algemene thuiszorg worden de volgende producten

onderscheiden: alphahulp, huishoudelijke verzorging, verzorging, ADL, verpleging, gespecialiseerde verzorging, gespecialiseerde verpleging en advies en instructie (LVT, 2000). Wanneer de eerste vier producten tot de dienstverlening gerekend worden en de laatste tot de gezondheidszorg, bedraagt het aantal uren zorgproductie per jaar ongeveer 51.807.000 voor de dienstverlening en 4.949.000 voor de gezondheidszorg. Een verhouding van ongeveer 9:1. Wanneer ook de ADL tot de gezondheidszorg wordt gerekend, bedraagt de verhouding ongeveer 3:1 (41.347.000 uren dienstverlening en 15.409.000 uren gezondheidszorg).

Samenwerking met andere sectoren

Veel van de patiënten/cliënten van de thuiszorg maken gebruik van diensten van andere instanties en hulpverleners binnen de gezondheidszorg. De omvang van de groep thuiswonende patiënten met complexe zorgvragen die gebruik maakt van meerdere hulpverleners bedraagt ten minste 32.000 (RVZ, 1998).

Exacte en complete gegevens over voor welk deel van de thuiszorgpatiënten samengewerkt moet worden met andere sectoren en actoren zijn niet voorhanden. Van de hiervoor genoemde patiënten met complexe zorgvragen is berekend hoe het zorggebruik per discipline en multidisciplinair zorggebruik eruit ziet. Voor die groep werkt de huisarts in 1996 in 2.4% van de patiënten samen met de gezinszorg, 1.3% met de wijkverpleging en 0.4% met gezinszorg en wijkverpleging. De percentages voor samenwerking met de specialist liggen op respectievelijk 2.1%, 1.0% en 0.4 %.

De LVT ziet de thuiszorg als een generalistische basisvoorziening voor mensen in elke levensfase en beslist niet als slechts een categorale voorziening voor ouderen. Om aan de vraag naar zorg op maat tegemoet te komen, wordt in toenemende mate met andere zorgaanbieders samengewerkt. In veel regio's wordt in verschillende varianten gewerkt aan het ontstaan van ketenzorg. In sommige regio's is een intensivering van de relatie tussen thuiszorg en verzorgingshuis en/of verpleeghuis te constateren, in andere regio's is de samenwerking tussen thuiszorg en ziekenhuis sterk in opkomst (LVT, 2000).

Door de indicatiestelling voor verpleging en verzorging door de RIO's en de samenhang met voorzieningen op basis van de WVG is de samenwerking met gemeenten toegenomen.

Verpleeghuizen

Aard en omvang van de doelgroep

Karakteristiek voor de doelgroep van verpleeghuiszorg is dat het gaat om mensen die afhankelijk zijn van hulp en waarvoor elders in de gezondheidszorg geen toereikende deskundigheid of opvangmogelijkheden beschikbaar zijn. Verpleeghuizen beschouwen complexe zorg, geleverd op het scharnierpunt van care en cure, als de core-business. Als basisfuncties van complexe zorg worden onderscheiden: revalidatie/activering, langdurige/chronische zorg, bijzondere zorg en observatie/screening/diagnostiek. Binnen elke functie zijn elementen van behandelen, verplegen, en verzorgen en begeleiden geïntegreerd.

Binnen de verpleeghuiszorg spreekt men van een care- en een curekolom. In de carekolom ligt het accent op verpleging, verzorging en begeleiding. De benodigde cure in die kolom staat ten dienste van het primaire doel: het persoonlijk welbevinden en de kwaliteit van leven van cliënten. In de curekolom staat de ziektegerichtheid op de voorgrond en ligt het accent op behandelen en begeleiden. De medische diagnose is belangrijk en op grond daarvan is ofwel revalidatie/reactivering mogelijk, ofwel bijzondere zorg gewenst (NVVz, 1993; 1998).

Het merendeel van de patiënten is bejaard tot hoogbejaard. Een ruime meerderheid van alle patiënten in alle verpleeghuizen is 80 jaar en ouder (61,7%). De gemiddelde leeftijd van psychogeriatrische patiënten is gemiddeld vijf jaar hoger dan die van somatische patiënten. In 1997 is de gemiddelde leeftijd van somatische patiënten 77,5, die van psychogeriatrische patiënten 82,3 (NZi, 1998).

De hoofddiagnose bij somatisch opgenomen patiënten is ziekte van het hart vaatstelsel. Ruim een derde van de patiënten (38,6%) heeft die diagnose, gevolgd door de diagnose ziekte van zenuwstelsel en zintuigen (15,2%). De helft van de in de verpleeghuizen verblijvende patiënten heeft de diagnose psychische stoornissen (50,8%). Psychische stoornissen komen voornamelijk voor bij de psychogeriatrische patiënten (89,8%).

Er zijn in 1997 58 somatische verpleeghuizen, 57 psychogeriatrische verpleeghuizen en 216 gecombineerde verpleeghuizen. Het gemiddeld aantal toegelaten bedden in alle verpleeghuizen tezamen bedraagt 56.605. In de periode

1993 – 1997 is het aantal somatische bedden met 1.0% afgenomen. Het aantal psychogeriatrische bedden is in diezelfde periode gestegen met 12,5% (NZi, 1998).

Verhouding tussen care en cure

Zoals gezegd, positioneren verpleeghuizen zich op het snijvlak van care en cure. De verhouding tussen die twee is moeilijk aan te geven. Hoewel ook revalidatie in het takenpakket voorkomt, ligt het accent bij verpleeghuizen volgens het SCP op de care (SCP, 1996). Op basis van de doelstellingen van de verpleeghuizen, gecombineerd met de (leeftijd van de) patiëntenpopulatie, is het aannemelijk dat het care functie in verpleeghuizen op de voorgrond staat.

Wat de care betreft is het moeilijk een onderscheid te maken tussen care die tot de gezondheidszorg kan worden gerekend en de care die tot dienstverlening kan worden gerekend. In een achtergrondstudie bij het advies Met zorg wonen deel 2 heeft de RVZ (RVZ, 1998) een eerste verkennende exercitie uitgevoerd om kostprijzen te berekenen voor de functies wonen, gezondheidszorg en dienstverlening van verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Binnen de functie dienstverlening is daarvoor nog een onderscheid gemaakt tussen het basisaanbod dienstverlening (energie, voeding en was- en linnenverzorging) en de bijzondere dienstverlening (ondersteuning in de vorm van 'handen' bij het dagelijks functioneren). De kostprijzen voor gezondheidszorg en bijzondere dienstverlening zijn daarbij gebaseerd op het toerekenen van personeel dat zich voor deze functies inzet. Uitgaande van de veronderstelling dat bijzondere dienstverlening in verpleeghuizen te vergelijken is met de functies in de thuiszorg die tot de dienstverlening kunnen worden gerekend, zet bij benadering 30% van het personeel zich in voor de functie dienstverlening. De inzet van personeel voor de functie gezondheidszorg is bij benadering 69%.

Samenwerking met andere sectoren

Verpleeghuizen ontwikkelen in toenemende mate met andere aanbieders van zorg, wonen en welzijn producten om aan de vraag van mensen die complexe hulp behoeven, tegemoet te komen. De publicatie Verpleeghuiszorg als coproductie (NVVz, 1996) bevat een inventarisatie van producten die op het grensvlak tussen verpleeghuizen aan de ene kant en verzorgingshuizen, thuiszorg, ziekenhuizen, RIAGG en Welzijn Ouderen ontwikkeld zijn. Wat de samenwerkingsvormen betreft, wordt geconstateerd dat die

een grote variatiebreedte kennen. Ook inhoudelijk varieert het zorgaanbod door verpleeghuizen. Het gaat bijvoorbeeld om huiskamerprojecten in verzorgingshuizen, verpleeghuisafdelingen in verzorgingshuizen, aanvullende verpleeghuiszorg in verzorgingshuis en thuis, herstelafdelingen in ziekenhuizen en een ambulante multidisciplinaire geriatrie team.

Verzorgingshuizen

Aard en omvang van de doelgroep

De doelgroep van verzorgingshuizen is de groep ouderen die zich met alle mogelijkheden van thuiszorg toch niet zelfstandig kunnen redden. Het merendeel van de bewoners heeft behoefte aan beschermende zorg. Naast hulp bij hun algemene dagelijkse levensverrichtingen hebben zij ook behoefte aan structuur, veiligheid en sociale contacten.

In de periode 1965 – 1976 nemen de capaciteit van verzorgingshuizen en het aantal bewoners jaarlijks toe. Vanaf 1986 is sprake van geleidelijke daling van de capaciteit en het aantal bewoners. Op 31 december 1998 telde Nederland 1.389 verzorgingshuizen met een gezamenlijke capaciteit van 114 duizend plaatsen en een bewonersaantal van 108 duizend (CBS, 2000).

De gemiddelde leeftijd van bewoners in verzorgingshuizen is hoog: 82% is ouder dan 80 jaar. De grootste groep daarvan valt in de leeftijdscategorie van 80 – 89: 32%. Van de bewoners in verzorgingshuizen is 84% alleenwonend. Vrouwen zijn veruit in de meerderheid: 79%. De meeste bewoners die in een verzorgingshuis worden opgenomen, komen uit de eigen woonomgeving: 83% (CBS, 2000).

Verhouding tussen care en cure

De woonfunctie heeft in verzorgingshuizen lange tijd op de voorgrond gestaan. Nog steeds wordt consequent gesproken van bewoners. De gemiddelde zorgzwaarte is in de loop der tijd echter hoger geworden. Mede daardoor zijn verzorgingshuizen zich steeds meer gaan richten op ouderen met chronisch somatische en/of psychogeriatrische problemen. Deze mensen hebben extra behoefte aan begeleiding en medische en paramedische zorg. Hoewel uit het CBS gegevens over validiteit niet zonder meer kunnen worden beschouwd als een indicatie voor de zorgbehoefte is wel te constateren dat het aantal bewoners dat hulpbehoevend is jaarlijks stijgt. Het aantal mensen dat niet lichamelijk

hulpbehoevend is, is in de periode 1985 – 1998 gedaald van 41 naar 25% (CBS, 2000).

De medische zorg in verzorgingshuizen wordt geleverd door huisartsen. Bewoners hebben hun eigen huisarts. Gegevens over de omvang van de medische zorg zijn niet voorhanden. Zo wordt in de gegevens van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) over bijvoorbeeld contactfrequenties geen onderscheid gemaakt naar mensen die zelfstandig wonen en mensen die in een verzorgingshuis verblijven. Besloten is per 1 januari 2001 de medische zorg (inclusief genees- en hulpmiddelen) onder de aanspraak op verzorgingshuiszorg te brengen. De uitwerking vereist een zodanig tijdspad dat dit met een aparte algemene maatregel van bestuur zal geschieden (Staatsblad 2000 221, Nota van Toelichting).

Wat de care betreft is het, evenals voor de verpleeghuizen, moeilijk een onderscheid te maken tussen care die tot de gezondheidszorg kan worden gerekend en de care die tot dienstverlening kan worden gerekend. In de eerder genoemde achtergrondstudie bij het advies Met zorg wonen deel 2 heeft de RVZ (RVZ, 1998) een eerste verkennende exercitie uitgevoerd om kostprijzen te berekenen voor de functies wonen, gezondheidszorg en dienstverlening van verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Binnen de functie dienstverlening is daarvoor nog een onderscheid gemaakt tussen het basisaanbod dienstverlening (energie, voeding en was- en linnenverzorging) en de bijzondere dienstverlening (ondersteuning in de vorm van 'handen' bij het dagelijks functioneren). De kostprijzen voor gezondheidszorg en bijzondere dienstverlening zijn daarbij gebaseerd op het toerekenen van personeel dat zich voor deze functies inzet. Op basis daarvan is berekend dat het aandeel dienstverlening ongeveer 73% bedraagt en het aandeel gezondheidszorg 26%.

Een andere benadering is om op basis van de CBS-gegevens over de mate van validiteit een schatting te maken. In de CBS-gegevens worden vier categorieën genoemd: praktisch voortdurend bedlegerig, niet bedlegerig doch wel volledig hulpbehoevend, niet bedlegerig doch gedeeltelijk hulpbehoevend en niet lichamelijk hulpbehoevend. Indien de zorg aan de laatste twee categorieën wordt gerekend tot wat de RVZ dienstverlening noemt, is 31,6% van de bewoners aangewezen op gezondheidszorg en 68,7% op dienstverlening.

Samenwerking met andere sectoren

Evenals de thuiszorg en de verpleeghuizen werken verzorgingshuizen samen actoren en sectoren die uit een ander verzekeringscompartiment gefinancierd worden. De huisarts is al genoemd. Verder wordt er samengewerkt met de geestelijke gezondheidszorg. De toenemende psychische problemen als depressie en angststoornissen en de psychogeriatrische problematiek van bewoners leidt tot samenwerkingsverbanden met de RIAGG.

Verder wordt samengewerkt met de thuiszorg en verpleeghuizen. De thuiszorg kan worden ingeschakeld voor intensieve verpleging en verzorging voor bewoners die tijdelijk worden opgenomen en zo zijn er verpleegunits in verzorgingshuizen.

Verzorgingshuizen bieden in toenemende mate zorg en diensten aan zelfstandig wonende ouderen in aanleunwoningen en in de wijk. Verder groeit de dag- en nachtopvang, de alarmering en de maaltijd- en restaurantvoorziening. Zo verzorgen de verzorgingshuizen in 1998 gemiddeld 54.621 maaltijden per dag en zijn 66.089 mensen aangesloten op een alarmeringssysteem (CBS, 2000).

4. Gehandicaptenzorg

Zorg voor verstandelijk gehandicapten

Aard en omvang van de doelgroep

De aard en de omvang van de doelgroep van verstandelijk gehandicapten zijn moeilijk te markeren. Dat heeft te maken met het gebrek aan eenduidigheid in definities en de operationalisering daarvan (Schipper en van Genneep, 1999). Uit diverse publicaties blijkt dat het gaat om ongeveer 100.000 verstandelijk gehandicapten die gebruik maken van professionele hulp. Bij verstandelijk gehandicapten gaat het om een redelijk stabiel percentage van de bevolking (Schipper en van Genneep, 1999; SCP 1998; Van den Dungen 1998).

In de zorg voor verstandelijk gehandicapten gaat het om zeer uiteenlopende soorten hulpvragen en ondersteuningsbehoeften. De zorgvragen kunnen binnen patiëntencategorieën zeer sterk variëren. Dat heeft te maken met de verschillen in aard en ernst van de stoornissen en beperkingen en door de combinatie van lichamelijke, psychische en sociale problemen, die per cliënt kan

verschillen. Ook de zorgvragen van mensen met ernstige meervoudige beperkingen blijkt zeer heterogeen te zijn. Dat geldt eveneens voor de zorgvraag van licht verstandelijk gehandicapten met gedragsproblemen. De zorgbehoefte varieert voor de tijd dat er zorg nodig is (van kortdurend tot zeer langdurig) en voor de intensiteit van de zorgbehoefte (variërend van beperkte ondersteuning tot behoefte aan 24-uurszorg in een gesloten behandelsetting (Schippers en Van Genneep, 1999)).

De helft van alle mensen met een verstandelijke handicap woont niet in een woonvoorziening. Daaronder zijn ook een groot aantal ernstig verstandig en meervoudig gehandicapten die bij hun ouders wonen. Experts verwachten een toenemende vraag naar kleinschalige voorzieningen en begeleid zelfstandig wonen met continue begeleiding van personeel of informatie- en communicatietechnologie (Van den Dungen, 1998). De schattingen over welk deel van de populatie van de huidige instellingen zelfstandig(er) kan wonen, lopen uiteen: van ongeveer 30% tot 80% (RVZ, 1999).

De verhouding tussen care en cure

De sector staat bekend als een 'echte' care sector. Niettemin is evenzeer sprake cure (zie ook paragraaf 2.2). De Gezondheidsraad spreekt zelfs van topzorg. Zo is er binnen de groep licht verstandelijk gehandicapten met gedragsstoornissen een groep die aangewezen is op klinische (en psychiatrische) expertise vanwege de ernst van de problematiek. Het behandelperspectief als voorwaarde voor opname in een voorziening voor SGLIV-cliënten (sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapten) is eveneens een indicatie dat cure wel degelijk aan de orde is in de sector.

Het aandeel cure is echter moeilijk te kwantificeren. Dat heeft onder meer te maken met de operationalisering van het begrip, maar ook met de verschillende categorieën gehandicapten.

Onder care wordt in de gehandicaptenzorg al die activiteiten verstaan die te maken hebben met de dagelijkse verzorging en begeleiding op alle levensterreinen zoals persoonlijke verzorging, wonen, arbeid, dagactiviteiten en vrije tijd. Een groot deel van de care activiteiten in de verstandelijk gehandicaptensector valt onder wat de RVZ dienstverlening noemt. Dat blijkt onder meer uit de omschrijving van het aanbod in de sector in rubrieken en producten die in het kader van een vernieuwing van de systematiek van levering en

bekostiging worden ontwikkeld. Zo onderscheidt Coolen (Coolen, 2000) vier globale rubrieken:

- a) begeleiding, verzorging en verpleging bij het dagelijks leven;
- b) begeleiding en verzorging bij dagactiviteiten;
- c) gezinsondersteuning;
- d) diensten op het vlak van onderzoek, advies, observatie en behandeling.

Raakvlakken met andere sectoren

Volwaardig burgerschap voor verstandelijk gehandicapten is het uitgangspunt in het beleid. Vermaatschappelijking en Community Care zijn daarbij kernbegrippen. Die trend vereist samenwerking met andere sectoren als wonen, arbeid en onderwijs en andere delen van de zorgsector als de thuiszorg en het ziekenhuis.

Voor welk deel van de verstandelijk gehandicapten samenwerking met deze sectoren nodig is, is moeilijk in te schatten. Zo blijkt uit de rapportage van het SCP dat het zeer lastig is om in beeld te brengen hoeveel verstandelijk gehandicapten onderwijs ontvangen (SCP, 1998).

De zorg voor lichamelijk gehandicapten

Aard en omvang van de doelgroep

Er zijn in Nederland tussen de 400.000 en 600.000 mensen met ernstige lichamelijke beperkingen die zelfstandig thuis wonen. Ziekte of ouderdom vormen de belangrijkste oorzaak van lichamelijke beperkingen. Ongeveer 80% van de mensen met ernstige lichamelijke beperkingen is 55 jaar of ouder (SCP, 1998). Van Cortenberghe (1999) schat het aantal op 1 miljoen.

Slechts een klein deel van de totale groep mensen maakt gebruik van de specifieke woonvormen voor lichamelijk gehandicapten. Cijfers lopen uiteen van ongeveer 3.000 tot 4.000 (Post 1999; Van Cortenberghe 1999). Door verruiming en differentiatie van de zorg, hulpmiddelen en woningaanpassingen kunnen veel mensen met een lichamelijke handicap thuis blijven wonen.

Het specifieke aanbod voor lichamelijk gehandicapten bestaat uit woonvormen en activiteitencentra. Wat de woonvormen betreft, wordt een onderscheid gemaakt tussen voorzieningscentra voor jongeren, grote en kleine woonvormen. Van oudsher richten zij zich op mensen met fysieke stoornissen. Wel is een verschuiving in de doelgroep te

constateren. Uit onderzoek is gebleken dat de helft van de huidige cliënten mensen met een hersenletsel na ziekte of ongeval zijn. Van de overige cliënten heeft een kwart een aangeboren hersenletsel met deels vergelijkbare zorgvragen. Van de mensen die op een wachtlijst staan voor een woonvorm hebben 90% stoornissen aan het bewegingsapparaat en 70% cognitieve stoornissen (lees: hersenletsel) (VGN, 1997).

De woonvormen onderscheiden de volgende producten: verzorgd verblijf, verzorgd verblijf met psychosociale begeleiding, woontraining, woonbegeleiding en begeleid zelfstandig wonen. De activiteitencentra bieden een breed scala aan activiteiten, variërend van arbeidsmatige activiteiten, allerlei vormen van handvaardigheid, gesprekken en cursussen met multidisciplinaire begeleiding die aansluit bij de individuele zorgvragen en persoonlijke omstandigheden van de deelnemers. (Post, 1999; VGN, 1997).

De verhouding tussen care en cure

De care in de lichamelijk gehandicaptensector ligt voor een deel op het terrein van wat de RVZ tot de dienstverlening rekent. De care in de activiteitencentra kan daartoe gerekend worden. Voor de woonvormen ligt dat genuanceerder.

De grote woonvormen hebben formeel dezelfde doelstelling als verpleeghuizen. Ze bieden huisvesting, verpleging, verzorging, begeleiding, medische en paramedische diensten en activiteitenprogramma's. In de kleinere woonvormen krijgen bewoners psychosociale begeleiding, hulp bij de huishouding en hulp bij de ADL. Van de onderscheiden producten die de woonvormen aanbieden zouden verzorgd verblijf en verzorgd verblijf met psychosociale begeleiding tot de gezondheidszorg gerekend kunnen worden. De verhouding tot deze en andere woonproducten is niet bekend.

Uit de gegevens over de wachtlijsten (VGN, 1997) kan verder afgeleid worden dat 81% van de wachtenden een aanvraag voor gezondheidszorg heeft ingediend: 48% verzorgd verblijf met psychosociale begeleiding en 33% verzorgd verblijf.

Samenwerking met andere sectoren

Samenwerkingsvraagstukken doen zich vooral voor als mensen met een lichamelijke handicap zijn aangewezen op de specifieke voorzieningen. Voor thuiswonenden zijn de raakvlakken met andere maatschappelijke sectoren dezelfde als

voor niet-gehandicapten hoewel de bereikbaarheid, beschikbaarheid en toegankelijkheid niet altijd voldoen aan de eisen die het leven met een handicap stelt.

De implicaties van het beleid van vraaggestuurde zorg en volwaardig burgerschap betekenen een intensivering van samenwerkingsrelaties met het onderwijs, de sector huisvesting en de sector arbeid. De invoering van de WVG in 1997 en het voornemen de indicatiestelling voor de gehandicaptenzorg in 2001 formeel onder te brengen bij de regionale indicatie-organen brengen hechtere samenwerkingsrelaties met gemeenten met zich mee.

Noot

- ¹ In het algemeen worden chronische ziekten omschreven als onomkeerbare aandoeningen zonder uitzicht op volledig herstel en met een gemiddeld lange ziekteduur. Al naar gelang de omschrijving varieert hiermee ook het aantal mensen met een chronische ziekte van circa 1,5 miljoen tot 4,5 miljoen mensen. Omdat er verschillende definities worden gehanteerd, is geen eenduidig antwoord te geven op de vraag welke ziektebeelden als chronisch kunnen worden aangemerkt (NCCZ, 1999).

Bijlage 6

Aspecten van (stelsel)afbakeningen op het microniveau een inventarisatie

1. Inleiding

In de gezondheidszorg lijkt de rol van de eigen verantwoordelijkheid en de patiënt in het algemeen toe te nemen. Door deze ontwikkeling zijn onder meer ook de afbakeningen in de wet- en regelgeving meer in de aandacht gekomen. Inmiddels klinken vanuit het veld veelvuldig klachten over de bestaande afbakeningen in de wet- en regelgeving. Men spreekt in dit verband ook wel over 'schotten'. Deze 'schotten' zouden op het microniveau samenwerking, zorgvernieuwing en transmuralisatie in de weg staan. Als oplossing hiervoor wordt veelvuldig geroepen om vergaande deregulering en decentralisering.

In deze bijlage wordt een schot gedefinieerd als een juridische regeling die de samenwerking en afstemming ten behoeve van het patiëntgericht werken (rechtstreeks) in de weg staat.

In Nederland bestaan er op dit terrein twee stromingen. Er is een stroming die zegt dat de huidige problemen grotendeels terug zijn te voeren op de 'schottenproblematiek'. De vertegenwoordigers van deze stroming zijn hoofdzakelijk in het veld te vinden. De andere stroming heeft de neiging om deze stelling te bestrijden. Deze groep wijst er bijvoorbeeld op dat de 'schotten' de ontwikkelingen in sommige regio's veel meer lijken tegen te houden dan in andere regio's. De vertegenwoordigers van deze stroming treft men veelal aan bij de overheid en de ZBO's. Beide stromingen hebben dus een verschillende perceptie ten aanzien van de vraag of de 'schotten' er toe doen.

Het lijkt op het eerste gezicht mogelijk dat betrokkenden de neiging hebben om de 'schottenproblematiek' te onderschatten. Dit komt omdat men geneigd is om vooral te redeneren vanuit het eigen functioneren in plaats van uit de gehele zorgketen. Men is dan weliswaar in staat om voor de

eigen problemen pragmatische oplossingen te bedenken, maar mist het overzicht van de gehele problematiek.

De 'schottenproblematiek' kan vanuit twee perspectieven worden gezien. Er bestaat een perspectief dat de schotten meer beziet vanuit de organisatie van de zorg en een perspectief dat dit doet vanuit het stelsel en de wet- en regelgeving (tabel 1). In deze notitie wordt primair ingegaan op het laatste perspectief. Hierbij mag duidelijk zijn dat ook het eerste perspectief van groot belang is. In de maatschappelijke discussie lopen beide perspectieven dan ook door elkaar.

Het vervolg van deze notitie ziet er als volgt uit. In paragraaf 2 wordt allereerst een algemeen overzicht van de belangrijkste verschillen in de door de overheid gereguleerde verzekeringssystemen gegeven. Vervolgens wordt in de paragraaf 3 een overzicht gegeven van de problemen waar tegenaan wordt lopen. Dit gebeurt aan de hand van enkele recente publicaties over deze problematiek (Boelens & Schreuder, 2000; Heijnen, 1999; Juch e.a., 1999) en een twaalftal gesprekken met mensen uit de praktijk (zie bijlage). In paragraaf 4 volgen de conclusies.

Tabel 1.1: Twee perspectieven

	Prijzen	Planning	Verzekeringen
Perspectief vanuit de organisatie van de zorg			
Perspectief vanuit het stelsel en de wet- en regelgeving			

2. Verschillende verzekeringssystemen

Mensen kunnen in Nederland verzekerd zijn binnen de context van vijf verschillende systemen. Hiervan worden er vier grotendeels door de overheid gereguleerd. Alleen van de zogenoemde particuliere maatschappijpolissen kan worden gezegd dat deze in beginsel grotendeels buiten de overheidsregulering vallen. In tabel 1.2 worden de verschillende systemen met elkaar vergeleken. Hierbij vallen in de afbakeningen tussen care en cure een aantal belangrijke zaken op.

- Een belangrijk verschil tussen de AWBZ en de ZFW is dat in de AWBZ gewerkt wordt met een aanzienlijke inkomensafhankelijke eigen bijdrage, terwijl er in de ZFW eigenlijk geen sprake is van eigen bijdragen of eigen risico's. De consument heeft derhalve in die zin een prikkel om zijn zorg zoveel mogelijk binnen de curatieve sector (ZFW) te halen.
- Het budgetrisico van de verzekeraar is zowel in de AWBZ als in de WTZ nagenoeg afwezig. Verzekeraars hebben dus in theorie in die zin een prikkel om zorg zoveel mogelijk ten laste van de AWBZ of WTZ te brengen. Afwenteling van de risico's in de richting van de AWBZ wordt overigens wel bemoeilijkt door een drietal factoren: de eigen bijdrage, de indicatiestelling van de RIO's en het concessiestelsel.
- Een ander verschil is de wijze waarop met de aanvullende verzekering wordt omgegaan. In de ZFW kan de consument door de aanvullende verzekering additionele keuzen rondom het standaardpakket maken. In de AWBZ is dit echter veel minder goed mogelijk. Het (enige) reële alternatief is om voor deze zorg niet van een verzekeringssysteem gebruik te maken en deze kosten zelf te financieren. De kosten kunnen daardoor voor een individuele cliënt sterk oplopen.
- Binnen zowel AWBZ als ZFW zijn allerlei regelingen gecreëerd om zorgvernieuwing en transmuralisatie te stimuleren. Blijkbaar was dit onvoldoende mogelijk binnen het bestaande aanspraken- en financieringssysteem. De complexiteit van het huidige systeem neemt hierdoor echter verder toe.
- Uit de tabel wordt meteen duidelijk dat er sprake is van een complex geheel. In zo'n omgeving zijn ongewenste effecten goed denkbaar. Onduidelijk is wat dit betekent voor de transparantie.
- Er is voor de verzekeraar een verbod op eigen instellingen.

Op het eerste gezicht valt op dat het aantal afbakeningen relatief beperkt is. Dat is wat merkwaardig gezien het grote aantal klachten over de 'schottenproblematiek' in relatie tot de samenwerking tussen care en cure. Door de verschillende verzekeringssystemen bestaan er weliswaar ook verschillen in de wijze waarop aan de leveringsvoorwaarden vorm moet worden gegeven, maar hiermee zal een gemiddeld bedrijf toch ook te maken hebben. Wel valt op dat dat het stelsel een grote mate van complexiteit in zich herbergt.

Op basis van de bovenstaande analyse van de verschillende verzekeringssystemen kan op dit moment nog niet de conclusie worden getrokken dat deze elkaar tegen werken. Het is echter een andere vraag of de huidige wet- en regelgeving, gezien ook de complexiteit, daadwerkelijk positieve prikkels tot samenwerking bevatten. Een nadere inventarisatie is derhalve nodig om erachter te komen of de problematiek toch ingewikkelder ligt. Behalve in het verzekeringsstelsel kunnen er bijvoorbeeld ook problemen zijn in de regulering rondom de prijzen, budgetten en bouw (aanbodregulering). Om hier achter te komen wordt de balans uit de praktijk opgemaakt. Dit gebeurt aan de hand van recent gepubliceerde rapporten over ervaringen in de regio Gorinchem en aanvullende gesprekken met praktijkdeskundigen.

3. De schottenproblematiek in de praktijk

3.1 Ontschotten in Gorinchem

Inleiding

Een van de bekendste voorbeelden van een transmuraal zorgconcern vormt de regio Gorinchem. In deze regio is dan ook ruime ervaring opgedaan met eventuele schotten die deze transmuralisatie in de weg hebben gestaan. In een recente publicatie met de titel "Ontschotten in Gorinchem" wordt hier uitgebreid op ingegaan (Juch et al., 1999). In deze paragraaf wordt deze inventarisatie kritisch beproefd.

Verbindingen tussen care en cure vormen een minderheid in de transmurale projecten

Van de 70 projecten die in Gorinchem zijn uitgevoerd, blijken vooral de projecten op de as van ziekenhuis naar thuissituatie (21 projecten, 2253 patiënten, 1.1 miljoen gulden) en op de as verpleeghuis/verzorgingshuis naar de thuissituatie (25 projecten, 299 patiënten, 5.3 miljoen gulden) van belang te zijn. Op de as ziekenhuis en verpleeghuis/verzorgingshuis is slechts sprake van 5 projecten (224 patiënten, 1.2 miljoen gulden). Er zijn wel vrij veel projecten die alle drie de assen raken. Het gaat dan met name om projecten op het gebied van organisatorische en zorginhoudelijke afstemming en algemene randvoorwaarden voor transmuralisatie (17 projecten, 4299 patiënten, 1.7 miljoen gulden).

Deze gegevens uit Gorinchem roepen de vraag op of de afbakeningsproblematiek niet veel meer speelt tussen de intra-

en de extramurale sector dan tussen de verschillende compartimenten. Hierbij dient wel aangetekend te worden dat niet meer dan 26 van de 70 projecten tot specifieke problemen op dit terrein hebben geleid. Het is dus in principe mogelijk dat de 'schottenproblematiek' zich meer dan evenredig in de verhouding tussen care en cure voordoet. Hiernaast kan het ook zo zijn dat de zorgfilosofie in Gorinchem er op is gericht om patiënten zo snel mogelijk naar de thuissituatie te brengen. De uitgevoerde projecten zullen zich dan ook vooral hierop richten. Tot slot kan het ook nog zo zijn dat de AWBZ instellingen later zijn betrokken in het samenwerkingsproces. Het geringe aantal projecten op de as care-cure blijft echter erg opvallend.

Schottenproblemen bij het transmuraal werken

De belangrijkste praktijkproblemen die men in Gorinchem is tegengekomen bij het opzetten van transmurale werkvormen staan in tabel 1.3. Opvallend is dat niet al deze problemen in dezelfde mate betrekking hebben op de schotten. Zo wordt ook gewezen op beperkte middelen (CVA unit, beademingspatiënten in verpleeghuis en de probeerflat), de extra administratieve 'rompslomp' en de extra overheadkosten bij de RIO's. Een wat ouder probleem dat wordt genoemd, zijn de zogenoemde 'grijze afspraken'. Dit heeft echter vooral te maken met de beperkte mogelijkheden om op lokaal niveau transparante prijsafspraken te maken en niet zozeer met de 'schotten' op zichzelf¹. Ook het niet structurele en gestapelde karakter van sommige financieringsvormen wordt als een schottenprobleem gezien, terwijl het hier toch ook vooral om een middelenprobleem lijkt te gaan.

Uit tabel 1.3 blijkt duidelijk dat de problemen zich niet alleen voordoen bij de verbindingen tussen care en cure maar ook bij verbindingen binnen de care en binnen de cure. De schottenproblematiek speelt zich dus ook binnen de compartimenten af. Dit lijkt met name het geval in de AWBZ en in de relatie tussen de intra- en extramurale sector. Bovendien worden de 'schotten' als een containerbegrip gebruikt waaronder een heel scala van problemen schuilgaat.

De volgende problemen hangen wel duidelijk samen met de afbakeningen:

- De eigen bijdrage in de AWBZ staat de samenwerking met ZFW-voorzieningen tot op zekere hoogte inderdaad in de weg. De verzekeraar moet (terecht) hierin de formele weg te volgen.

- Er vindt soms oneigenlijke financiering plaats ten laste van een compartiment of sector. Op microniveau is dit vooral een probleem van (creatief) administreren en verantwoorden. Echter op het macroniveau neemt de transparantie af en er ontstaat discrepantie tussen het formele budget en de werkelijke uitgaven. Hierdoor worden de centrale ramingen bemoeilijkt. Overigens kan dit proces ook optreden bij een functionele omschrijving van de aanspraken.
- De overdracht van middelen tussen instellingen is, ook binnen de compartimenten, een probleem. Naast juridische problematiek zoals in het geval van een dubbele verstrekking zijn de ongelijke financieringssystemen hiervan de hoofdoorzaak. Zo lopen de marginale budgetten van de verschillende soorten instellingen vaak sterk uiteen en zijn de hiermee gemoeide kosten veelal niet erg inzichtelijk. Omdat in de financiering van de verschillende sectoren bovendien met ongelijksoortige vast/variabel systemen wordt gewerkt kunnen er problemen ontstaan rondom de overdracht van het vaste budgetdeel. Zowel in het 1^e als in het 2^e compartiment bestaat er bovendien geen relatie tussen het tarief en de werkelijke kosten

Tabel 1.3: Praktijkvoorbeelden “schottenproblematiek”

Project	Verbinding care/cure	Problematiek
CVA-unit in verzorgingshuis	Ja	<ul style="list-style-type: none"> - Extra afschrijvingskosten CVA-unit worden oneigenlijk via AWBZ i.p.v. ZFW nagecalculeerd. - Personeel verzorgingshuis wordt bekostigd op basis van budgetsystematiek thuiszorg (inclusief de voeding). - Patiënten worden niet aangemeld bij het CAK omdat dit onterecht tot een eigen bijdrage zou leiden (verzekeraar is het hiermee oneens).
Medische en paramedische hulp in CVA-unit	Ja	<ul style="list-style-type: none"> - Kosten van huisartsen zitten onvoldoende in abonnement of tarief terwijl werkdruk (reistijd) toeneemt. - Het ziekenhuis levert de fysiotherapie op basis van een te laag eerstelijns tarief (fysiotherapeut verzorgingshuis heeft onvoldoende ervaring). - Logopedie en extra ergotherapie moeten worden gefinancierd door middel van een grijze afspraak van 800 zittingen fysiotherapie.

Project	Verbinding care/cure	Problematiek
Herstelafdeling (verpleeghuiszorg in ziekenhuis)	Ja	<ul style="list-style-type: none"> - Oneigenlijke inkrimping van 36 naar 23 bedden. - Gestapelde financiering (tot 28^e dag uit ziekenhuisbudget vervolgens met een plafond uit zorg-op-maat gelden). Hierdoor budgetnadeel bij zoveel snelle (<28 dagen) als trage (> plafond) doorstroom. - De instelling wil de eigen bijdrageregeling van de thuiszorg toepassen (40% patiënten gaat naar huis). De verzekeraar wil de hoge eigen bijdrage van de verpleeghuis-zorg laten gelden.
Beademingspatiënten in verpleeghuis	Nee	<ul style="list-style-type: none"> - Sprake van verkeerdebedproblematiek - Voor beademing in ziekenhuis is extra apparatuur nodig waarvoor geen middelen zijn. De extra kosten voor het verpleeghuis (personeel en zuurstof) zijn onvoldoende verwerkt in het tarief van f286 per dag (budget).
Dialysepatiënten met complicerende aandoeningen in verpleeghuis	Ja	<ul style="list-style-type: none"> - Verpleeghuis moet extra kosten geneesmiddelen (zitten in vast deel ziekenhuisbudget) zelf betalen. - Indien verpleeghuis deze patiënten oneigenlijk als dagbehandelingen registreert worden de kosten wel door het dialysecentrum gedragen.
Probeerflat in verzorgingshuis	Nee	<ul style="list-style-type: none"> - Aangezien de patiënten in het verpleeghuis geregistreerd moeten blijven is er bij opname in het verzorgingshuis sprake van een dubbele verstrekking. De verpleeghuisarts moet naar het verzorgingshuis. - Het verzorgingshuis moet volgens Zorgkantoor gebruik maken van middelen voor tijdelijke opnames (FLOP-middelen). Deze zouden echter te laag zijn.
Zorgcircuit diabetes patiënten	Nee	<ul style="list-style-type: none"> - Financiering multidisciplinaire screening in huisartsenpraktijk middels afspraak 100 opnames interne geneeskunde.
Regionaal Indicatie Orgaan	Nee	<ul style="list-style-type: none"> - Veel administratieve rompslomp en extra overheadkosten.

Verantwoording en administratie is een probleem van geheel eigen orde

In de loop der jaren heeft de overheid zich via regelgeving bezig gehouden met de 'schottenproblematiek' in de zorgsector. In het 1^e compartiment betreft dit de regeling zorg-op-maat (1997) en de regeling intensieve thuiszorg (1998) terwijl ook de pgb-regeling (1996) in beginsel ontschottend zou kunnen werken. In het 2^e compartiment zijn de flexizorgregeling (1996), de regeling organisatie en coördinatiekosten (1999), de beleidsregel zorgvernieuwing binnen de ziekenhuisfinanciering (1998) en de uitbreiding aanspraak ziekenhuisverpleging (1999) van kracht zijn geworden. Hiernaast stimuleert het CVZ een aantal initiatieven met als doel het doorbreken van schotten en muren (CVZ, 2000). Op deze wijze worden experimenten mogelijk gemaakt op het gebied van transcompartimentale zorg, vernieuwing gezondheidscentra, ziekenhuisverplaatste zorg en samenwerking tussen ziekenhuis en huisarts.

De administratie ten behoeve van al deze extra regelingen leidt tot veel extra administratieve belasting waarvan recentelijk een uitgebreide inventarisatie is gemaakt (PWC, 2000). Bovendien komen de verantwoordingscriteria veelal pas laat ter beschikking. Hierbij komt nog dat verantwoording en administratie door de keten- en netwerkvorming technisch steeds gecompliceerder wordt. Immers door 'nieuwe verrichtingen' waarvoor er nog geen tarief of budget bestaat, personeel en middelen die anderssoortig worden ingezet en door het op andere locaties werkzaam zijn van personeel wordt de aansluiting met de traditionele voorzieningsgerichte wijze van administreren steeds diffuser. De administraties zijn hier veelal nog onvoldoende op ingericht.

Financieringsproblematiek bij transmuralisatie wordt in het veld verschillend beleefd

Er worden door de verschillende sectoren andersoortige problemen genoemd bij het transmuraal werken. Zo ervaart de thuiszorg geen problemen zolang de activiteiten maar in thuiszorguren uit te drukken zijn, terwijl de huisartsen transmurale zorg juist veelal als een extra belasting ervaren waarvoor zij geen extra financiële middelen krijgen (abonnementstarief Zfw-patiënten). De verpleeg- en verzorgingshuizen zien de regionale verdeling van tijdelijke middelen, fluctuaties in de jaarlijkse omvang van de middelen, de diversiteit binnen de financiële regelingen, het veelal niet structurele karakter van de financiering en de onduidelijkheid in de regelgeving als de belangrijkste problemen. Het ziekenhuis ervaart dat het transmuraal werken financieel niet

altijd voordelig is. Bovendien is niet altijd duidelijk of en hoe het CTG de initiatieven budgettair zal verwerken. De zorgverzekeraar ziet een toenemende administratieve belasting als gevolg van de eisen van het CTU. Hiernaast kan ook onzekerheid over de positie die het CTU zal innemen tot risicomijdend gedrag leiden². Tot slot is er voor de verzekeraar in het 2^e compartiment de prikkel om de kosten naar de AWBZ te verschuiven.

3.2 Overige problemen met ‘schotten’

Uit de publicatie “Ontschotten in Gorinchem” is veel op te maken over de schottenproblematiek in relatie tot de samenwerking tussen care en cure. In deze regio is men in dat opzicht zeker een voorloper. Het is echter toch nuttig om breder te kijken. Hiervoor is er met verschillende praktijkdeskundigen gesproken en aanvullende literatuur bestudeerd. Veelal zijn uiteraard dezelfde problemen genoemd als in Gorinchem. Daar wordt nu uiteraard niet meer verder op ingegaan. Additionele inzichten over de schottenproblematiek zijn:

- Het Regionale Indicatie Orgaan (RIO) fungeert als poortwachter van het 1e compartiment. Op het moment dat de zorg in verschillende compartimenten plaatsvindt, ontstaan er gemakkelijk problemen bij de doorstroom. Om dit probleem binnen de ketenzorg op te lossen, pleit het HMF bij enkelvoudige zorgvragen voor toetsing achteraf. Bij meervoudige zorgvragen blijft het RIO primair verantwoordelijk. In Gorinchem is ervoor gekozen om te werken met trajectbegeleiders die actief zijn binnen de gehele ketenzorg.
- De verschillende inkomensstructuren van professionals kunnen samenwerking in de weg staan. Zo werken artsen in het 1e compartiment veelal in loondienst en is de huisarts voor zijn ziekenfondspatiënten afhankelijk van een abonnementshonorarium. Het gevolg hiervan is dat zij zich bij extra patiëntenstromen als gevolg van veranderende zorgopvattingen veelal geconfronteerd zien met extra werkdruk waar vaak geen vergoeding tegenover staat.
- De in een regio dominante zorgverzekeraar opereert anders dan zijn (particuliere) concurrent. Dit komt onder meer omdat de incentivesystematiek beide in een andere richting drijft. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan de acceptatieplicht en de budgettering voor de ziekenfondsen

alsmede hun relaties met de zorgkantoren. Bij de particuliere verzekeringen heeft de regiovertegenwoordiger vaak alleen een mandaat voor de ziekenhuiszorg. Deze verzekeraars lijken meer belang te hebben bij kostenbeheersing.

- Ook binnen de nieuwe functionele omschrijvingen blijven er in de AWBZ sectorgerichte afbakeningen bestaan. Er komen aparte aanspraken voor verpleeghuiszorg, thuiszorg, verzorgingshuiszorg, gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg.
- Het verbod op een eigen instelling belemmert wellicht ook het evenwicht in de onderhandelingsrelatie tussen verzekeraar en aanbieder.
- De dubbele budgettering van zorgaanbieder en verzekeraar beperkt de beleidsruimte van de zorgverzekeraar in het 2e compartiment. De eventuele ruimte die voor de verstrekking ziekenhuiszorg binnen het verzekeraarsbudget kan worden gevonden, bestaat immers niet noodzakelijkerwijs ook in het ziekenhuisbudget. Beide budgetten kennen immers verschillende parameters en worden jaarlijks op verschillende wijze gemuteerd.
- Onduidelijk is welke WZV-parameters gelden bij projecten op het gebied van transmurale zorg en zorgvernieuwing. In de bouwparameters is de omslag van institutioneel naar functioneel denken nog niet geheel voltooid. Hierdoor ontstaat er regelmatig extra vertraging in deze toch al langdurige procedures.

Het is natuurlijk denkbaar dat naast de al genoemde problemen er nog meer problemen bestaan. Bij andere problemen kan men bijvoorbeeld denken aan het terrein van de arbeidsvoorwaarden en de wijze waarop vorm wordt gegeven aan de inspectie en het toezicht. Bovendien bekleden de gemeenten en de provincies binnen de AWBZ een andere rol dan binnen de ZWF. De schottenproblematiek kan zich bovendien voordoen in de relatie tot aanpalende sectoren zoals wonen, welzijn en arbeid. Oplossen van de schotten in een sector betekent in de praktijk meestal het verschuiven van het schot.

4. Slot

De 'schottenproblematiek' genuanceerd bekijken in het licht van verbindingen tussen care en cure

In de zorgsector bestaan veel klachten over de zogenoemde schottenproblematiek. Dit wordt veelal als een van de belangrijkste oorzaken gezien van de belemmering van de samenwerking tussen de care en de cure. Er zouden hoge schotten staan tussen het 1^e en 2^e compartiment.

Uit de inventarisatie naar de verschillen in de verzekeringssystemen blijkt dat vooral het gebrek aan transparantie en eenvoud een belangrijk overkoepelend probleem is. Tussen het 1^e en 2^e compartiment vallen voorts op het terrein van de wet- en regelgeving een viertal hoofdzaken op die tot ongewenst gedrag kunnen leiden:

- Door de verschillen in inkomensafhankelijke heffingssystemen ontstaan tegengestelde prikkels. Het gaat dan met name om de eigen bijdrage in de AWBZ.
- Zowel in het 1^e als het 2^e compartiment wordt gewerkt met een verschillend systeem van indicatiestelling. Dit kan in beginsel leiden tot doorstromingsproblemen bij compartimentoverschrijdende ketenzorg.
- Het budgetrisico van de verzekeraar verschilt in de beide compartimenten. In het 2^e compartiment loopt hij wel een zeker budgettair risico, terwijl dit in het 1^e compartiment nagenoeg afwezig is. In de praktijk lijkt de budgettering en financiering van de aanbieders een veel groter probleem. Deze loopt zowel binnen als tussen de compartimenten sterk uiteen³. Bovendien zijn ook de honoreringssystemen van de beroepsbeoefenaren eveneens niet op elkaar afgestemd.
- Het 3^e compartiment functioneert in de praktijk hoofdzakelijk als verlengstuk van het 2^e compartiment. Ten aanzien van het 1^e compartiment is er in de praktijk noodgedwongen veelmeer sprake van vervangende in plaats van aanvullende zorg.

Ten aanzien van de schottenproblematiek kunnen vervolgens een aantal conclusies worden getrokken:

- De inspanning die men, veelal door allerlei uitvoeringsproblematiek, moet leveren om iets gerealiseerd te krijgen, wordt als een groter probleem ervaren dan de wet- en regelgeving op zichzelf. Bovendien worden schotten veelal ook als schaal- en budgetproblemen ervaren. Bij voldoende schaalgrootte is men in staat om de wet- en regelgevingproblemen achter de voordeuren te omzeilen.
- Het probleem speelt veel breder dan alleen tussen de care en de cure. Het gaat ook om problemen binnen de

compartimenten en tussen intra- en extramurale sector. Derhalve moet de schottenproblematiek ook in een breder verband worden opgelost dan alleen in de relatie tussen care en cure.

- Onder de noemer van de 'schotten' wordt een veelheid aan problemen geschoven die hier niet altijd mee te maken hebben. Gedacht kan bijvoorbeeld worden aan beperkte middelen, administratieve rompslomp, niet structurele financiering en 'grijze afspraken'.
- Bij de financiering spelen belangrijke problemen op het terrein van de transparantie en de eenvoud. Door de ongelijke financieringssystemen kunnen er bijvoorbeeld problemen ontstaan bij de overdracht van middelen tussen instellingen. Dit komt mede omdat door het gebrek aan transparantie in feite strategisch gedrag wordt gestimuleerd. De verantwoordingsstelsels zouden aan het gehele zorgproces moeten worden gerelateerd.

De 'schottenproblematiek' dient genuanceerd te worden bekeken. Er is een zekere neiging om het als een containerbegrip te gebruiken voor veel van wat er niet deugt in de zorgsector. Aan de andere kant is het ook een probleem dat breder speelt dan alleen maar tussen de compartimenten of alleen maar binnen de WTG. Naast de wet- en regelgeving is het namelijk ook een zaak van communicatieproblemen, cultuur en tradities.

Een eenvoudiger en meer transparant systeem in combinatie met enkele aanpassingen (eigen bijdrage) kan de schottenproblematiek misschien grotendeels ondervangen. Het zijn veelal niet de schotten op zichzelf maar de combinatie met de complexiteit, verkokering en de bureaucratie die tot ongewenst gedrag leiden. Men is hierdoor niet altijd in staat om 'elkaar te vinden'. Indien de mensen neutraal staat tegenover de samenwerking zijn het juist dit soort zaken die ertoe bijdragen dat er geen optimale beheersstructuren rondom de patiëntenzorg georganiseerd (tabel 1.4).

Tabel 1.4: Invloed van complexiteit, verkokering en bureaucratie op samenwerking

intentie tot samenwerking (de menselijke factor)	aanwezigheid "schotten"	resultaat
positief	ja	positief

negatief	ja	negatief
neutraal	ja	negatief

Ten slotte is het voor de overheid belangrijk om heel bewust antwoord te geven op de vraag waar er in het belang van toegankelijkheid, doelmatigheid en kwaliteit wel afbakeningen mogen worden geplaatst.

Noten:

- ¹ Overigens zijn de grijze afspraken als gevolg van de beleidsregel zorgvernieuwing in principe overbodig geworden. In de praktijk wordt met deze beleidsregel het ‘witten’ van grijze afspraken mogelijk gemaakt.
- ² In de gesprekken is echter ook opgemerkt dat het beperkte gebruik van bijvoorbeeld de flexizorgregeling niet zozeer aan de eisen van het CTU ligt, maar veel meer aan het feit dat er vanuit de verzekeringsmarkt onvoldoende dreiging bestaat die verzekeraars tot handelen aanzet. Zo lijken verzekeraars nauwelijks klanten te verliezen als zij de flexizorgregeling niet toepassen. Blijkbaar straft de incentivesystematiek het niet patiëntgericht werken onvoldoende af.
- ³ Als oplossing hiervoor is er in verschillende gesprekken geopperd om transmurale DBC's te ontwikkelen.

Bijlage 7

Lijst van afkortingen

ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
APZ	algemeen psychiatrisch ziekenhuis
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIKK	bijdrage in de kosten van kortingen
CAO's	Collectieve Arbeidsovereenkomst
CARA	Chronische Aspecifieke Respiratoire Aandoeningen
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CTU	Commissie Toezicht Uitvoeringsorganisatie
CVA	cerebraal vasculair accident
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DBC	diagnose behandel combinatie
ggz	geestelijke gezondheidszorg
ICT	Informatie- en Communicatietechnologie
ICPC	International Classification of Primary Care
LINH	Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
MDW	Marktwerking Deregulering en Wetgeving
NCCZ	Nationale Commissie chronisch Zieken
NIVEL	Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
NVAGG	Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
NVVz	Nederlandse Vereniging van Verpleeghuiszorg
Nzi	Nationaal Ziekenhuisinstituut
pgb	persoonsgebonden budget
pvb	persoonsvolgend budget
Rfv	Raad voor de financiële verhoudingen
RIO	Regionaal indicatie orgaan
RMO	Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
Rob	Raad voor het openbaar bestuur
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
SER	Sociaal Economische Raad
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VRIN	Vereniging van Revalidatie-Inrichtingen in Nederland

VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wet BIG	Wet Beroepen in de individuele gezondheidszorg
Wet REA	Wet (Re)integratie van arbeidsgehandicapten
WVG	Wet voorzieningen gehandicapten
WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
WZV	Wet ziekenhuisvoorzieningen
ZFW	Ziekenfondswet

Bijlage 8

Literatuur

- Abma T. Transmurale palliatieve teams. Ervaringen en kritische succesfactoren. Medisch Contact, 1999, no. 8, p. 271-272.
- Bakker, D., et al. Jaarrapport LINH 1998: Contactfrequenties en verrichtingen in het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Utrecht: Nivel, 1999.
- Berkhout, L. en L. Hartmenik. Verticaal of horizontaal wat maakt het uit? Een studie naar horizontale en verticale integratieprocessen vanuit het perspectief van de thuiszorg. Afstudeerstripie. Tilburg: Tilburgs Instituut voor Academische Studies (TIAS), 1997.
- Boelens, E. en R.F. Schreuder. Toekomst zorgketens: een visie op zorgketens in het jaar 2005. Zoetermeer: Health Management Forum, 2000.
- Boonekamp, L.C.M. en R. Huijsman. Bouwen aan een transmuraal zorgconcern. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1998.
- Coolen, J.A.I. Veranderende bekostiging voor de vraaggestuurde gehandicaptenzorg, ZM magazine, nr.3, maart 2000.
- Cortenbergh, E.J. van. Zorg voor mensen met een lichamelijke handicap. Handboek Structuur en Financiële Gezondheidszorg, III 6 19. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Dungen, A. van den en J. Coolen. Vooruitkijken in de gehandicaptenzorg I en II. Utrecht: NIZW, 1998.
- Foets, M., J. van der Velden en H. Sixma. Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk: basisrapport (4 dln.). Utrecht: Nivel, 1992.
- George-Hyslop, P.H. St. Piecing Together Alzheimer's. Scientific American, december 2000, p. 52-59.

Gezondheidsraad. Dagbesteding voor mensen met een ernstige meervoudige handicap. Den Haag: Gezondheidsraad, 1999.

GGZ-Nederland. Naar een transparante GGZ: brancherapport geestelijke gezondheidszorg 1993-1997. Utrecht: GGZ-Nederland, 1999.

Grinten, T.E.D van der en J. Legemaate. Kansen voor transmurale zorg: bestuurlijke en juridische aspecten. In: Spreuwenberg, C. en P. Pop (red.). Handboek Transmurale Zorg. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2000.

Hattinga Verschure, J.C.M. Patiënt, Ziekenhuis, Gezondheidszorg op weg naar 2000. S.l.: s.n., 1971.

Heijnen, S. Implementatie ondersteuning zorgvernieuwing: financieringsaspecten van transmurale zorgprocessen 'een overzicht van wet- en regelgeving, belemmeringen, ontwikkelingen en innovaties. Leiden: TNO preventie en gezondheid, 1999.

Juch, H.R. et al. Ontschotten in Gorinchem: vooronderzoek voor het transcompartimentaal experiment in de regio Gorinchem. Leusden: Deloitte & Touche; Stichting Rivas zorggroep, 1999.

Juch, H.R. et al. Van transmuraal naar integraal: ontwikkelingen van transmurale samenwerking in de Nederlandse gezondheidszorg. Leusden: s.n., 2000.

Kodner, D.L. In: Stolte lezing Dennis Kodner. Den Bosch: SWOOG, 1995.

Landelijke Vereniging voor Thuiszorg. Zorg thuis, een visie op plaats en betekenis van de thuiszorg in de 21^e eeuw, Bunnik: LVT, 2000.

Lieshout, P. van. Tussen care en cure. Samenhang als uitgangspunt, Zoetermeer: NRV, 1994.

Maarse, J.A.M. Goede bekostiging is noodzakelijke voorwaarde. Zorgvisie, 29, 1999, nr. 2, p. 20-23.

Meyboom-de Jong, B. Bejaarde patiënten, een onderzoek in twaalf huisartsenpraktijken. Dissertatie. Lelystad: Meditekst, 1989.

Moll van Charante, E.P., C.J. Ijzermans en P.J.E. Bindels. Huisartsenbedden in een ziekenhuis. Medisch contact, 55, 2000, nr. 14, p. 502-504.

Nationaal Ziekenhuisinstituut. Transmurale zorg in de somatiek. Utrecht: Nzi, 1999.

Nationale Commissie Chronisch Zieken. Van mogelijk naar noodzakelijk: chronisch-ziekenbeleid in de 21^e eeuw. Eindadvies Nationale Commissie Chronisch Zieken, Zoetermeer: NCCZ, 1999.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Tussen care en cure: advies over een referentiekader voor beleid. Zoetermeer: NRV, 1994.

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Branchebeeld ziekenhuizen 1998-1999: bouwen aan zorgketens. Utrecht: NVZ, 1998.

Nies, H.L.G.R. Care en cure; verbindingen in een nieuw tweesporenbeleid. Lezing op 12-1-2000, symposium thuiszorg Enschede- Haaksbergen. Utrecht: Prismant, 2000.

Nouws, H.M.C., J.a. van Rossum en G.W. van der Wel. Wel genezen, niet verzorgen? De veranderende houding tussen cure en care in de gezondheidszorg voor ouderen. Rijswijk: Raad voor het Ouderenbeleid, 1995.

Post, M. Mensen met een lichamelijke beperking in categoriale voorzieningen. In: NIZW. Een goede vraag een passend antwoord, fricties in de gehandicaptenzorg. Utrecht: NIZW, 1999.

PricewaterhouseCoopers. Zorg belast: categorisering van de administratieve lasten. Utrecht: PricewaterhouseCoopers, 2000.

PricewaterhouseCoopers. Zorg belast: gefragmenteerde beleidsvorming in de zorg leidt tot administratieve lasten. Utrecht: PricewaterhouseCoopers, 2000.

Prismant. Gezondheidszorg in Tel 2001. Utrecht: Prismant, 2000.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Thuis in de GGZ. Zoetermeer: RVZ, 1996.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Met zorg wonen, deel 1. Zoetermeer: RVZ, 1997.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Redesign van de eerste lijn in transmurale perspectief. Zoetermeer: RVZ, 1998a.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Geestelijke gezondheidszorg in de 21^e eeuw. Zoetermeer: RVZ, 1998b.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Professionals in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2000a.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De rollen verdeeld. Zoetermeer: RVZ, 2000b.

Raad voor het openbaar bestuur en de Raad voor de financiële verhoudingen. De kunst van het overlaten: maatwerk in decentralisatie. Den Haag: Rob, Rfv, 2000.

Ribbens, M.C. De positie van de huisarts in de gezondheidszorg. Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg.

Ribbens, M.C. De positie van de huisarts in de gezondheidszorg. Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg, III 1.3. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Schaap, C. en L. Vennemann. Zorg in revisie. De weg naar een rationele gezondheidszorg. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1998.

Schippers, A. en A. van Gennep. Een goede vraag, een passend antwoord, fricties in de gehandicaptenzorg. Utrecht: NIZW, 1999.

Schraven, Th. P.M. en C.K. Musch. Het C4-model voorbij. ZM Magazine, 2000, no. 1, p. 18-25.

Schraven, Th.P.M. Drie toepassingen van het C4-model in andere sectoren. ZM Magazine, 2000, no. 1, p. 9-13.

Schraven, Th.P.M. en G.J. Vermaeten. Het C4-model: Cure, Care, Control en Community. ZM Magazine, 2000, no. 1, p. 3-8.

Sociaal en Cultureel Planbureau. Rapportage gehandicapten 1997: leefomstandigheden van mensen met lichamelijke of verstandelijke beperkingen. Rijswijk: SCP, 1998.

Spreeuwenberg, C. en D.M.M. Elfahmi. Transmurale zorg: redesign van het zorgproces. Achtergrondstudie geschreven in opdracht van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het RVZ-advies Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief. Zoetermeer, RVZ, 1998.

Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden. Besluit 17 mei 2000 tot wijziging van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering en enige andere besluiten in verband met het regelen van de aanspraak op zorg door een verzorgingshuis en verzorging en verpleging (Stb. 2000, 221). Den Haag: Sdu Uitgevers, Staatsblad 2000, 221

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Planning en indicatie AWBZ-voorzieningen: lijst van vragen en antwoorden. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2000-2001. No. 27 180-3, p. 7.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Notitie over de Wet tarieven gezondheidszorg: verslag van een schriftelijk overleg. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2000-2001. No. 27 156-3, p. 27.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Bekostiging ziekenhuiszorg: brief van de algemene rekenkamer over aanbidding rapport Bekostiging ziekenhuiszorg. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2000-2001. No. 27 490-1, 2.

Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden. Besluit 17 mei 2000 tot wijziging van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering en enige andere besluiten in verband met het regelen van de aanspraak op zorg door een verzorgingshuis en verzorging en verpleging (Stb. 2000, 221). Den Haag: Sdu Uitgevers, Staatsblad 2000, 221

Utrecht: Nivel; Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1999.

Velden, J. van der. Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: de rol van de huisartspraktijk in Nederland. Medisch Contact, 45, 1990, no. 19, p. 605-608.

Vos, P. en G.J.M. Hutschemaekers. Overheid en geestelijke gezondheidszorg in permanente dialoog over de grenzen van de zorg. Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg, III 4. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Vries, B.J. de. Ketenzorg & Zorgconcerns: bedrijfskundig-strategische verkenningen naar twee actuele thema's in de gezondheidszorg. Afstudeerwerkstuk. Tilburg: Tilburgs Instituut voor Academische Studies (TIAS), 1999.

VRIN. Werken aan revalidatie, een perspectief voor de revalidatiezorg. Utrecht: VRIN, 2000.

Welling, B.J.M., et al. Brancherapport curatieve somatische zorg 1999: ontwikkelingen, kengetallen, verdiepingsstudies.

Wiggers, C.C.M. Moderne revalidatiezorg. Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg, C.9. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Zorg Consult Nederland. Zorgketens in internationaal perspectief. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2000.

Bijlage 9

Overzicht publicaties RVZ

De publicaties zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op bankrekeningnummer 160170400 t.n.v. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg te Zoetermeer, o.v.v het desbetreffende publicatienummer. Een jaarabonnement op de publicaties kost f 245,-.

Adviezen en achtergrondstudies

00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	15,00
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	30,00
00/03	De rollen verdeeld	30,00
99/26	Care en cure	25,00
99/25	Over Schotten in care en cure: opvattingen en werkwijzen (achtergrondstudie bij Care en cure)	25,00
99/23	Gezond zonder zorg: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	20,00
99/22	Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Interculturalisatie van de gezondheidszorg)	20,00
99/21	Interculturalisatie van de gezondheidszorg	25,00
99/20	Gezondheid in al haar facetten (TNO achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	20,00
99/19	Gezond zonder zorg	20,00
99/18	Over e-health en cybermedicine (achtergrondstudie bij Patiënt en Internet)	35,00
99/17	Patiënt en Internet	20,00
99/16	Gender en professionals in de gezondheidszorg: resultaten van een expertmeeting (achtergrondstudie bij Professionals in de gezondheidszorg)	20,00
99/15	Professionals in de gezondheidszorg	40,00
99/14	De Nederlandse zorgverzekering in het licht van het recht van de EG (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	25,00

99/13	Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel in Europa: een economische verkenning (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	25,00
99/12	The role of the European Union in Healthcare (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	25,00
99/11	Een nieuw drugsbeleid? Voor- en nadelen van de legalisering van drugs	30,00
99/10	Europa en de gezondheidszorg	25,00
99/10E	Europe and health care	30,00
99/09	Ethiek met beleid	25,00
99/06	Technologische, juridische en ethische aspecten van biotechnologie (achtergrondnota bij Octrooiering biotechnologie)	25,00
99/05	Octrooiering biotechnologie	30,00
99/04	Koppelings- en sturingsmechanisme: vergelijkende sectorstudie (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	25,00
99/03	Dossier verslaving en verslavingszorg (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	25,00
99/02	Verslavingszorg herijkt	25,00
98/10	Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Samenwerken aan openbare gezondheidszorg)	25,00
98/09	Samenwerken aan openbare gezondheidszorg	25,00
98/08	Zelftests	25,00
98/07	Maatschappelijk ondernemen in de zorg (achtergrondnota bij Tussen markt en overheid)	25,00
98/06	Tussen markt en overheid	20,00
98/05	Transmurale zorg: redesign van het zorgproces (achtergrondstudie bij Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief)	20,00
98/04	Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief	25,00
98/01	Naar een meer vraaggerichte zorg	30,00
97/20	Besturen in overleg	30,00
97/19	Verzekeraars op de zorgmarkt	20,00
97/18	Stimulering doelmatig gedrag (achtergrondnota bij Prikkels tot doelmatigheid)	20,00
97/17	Prikkels tot doelmatigheid	20,00
97/16	De ggz als vuilharmonisch orkest (essay)	10,00

97/15	Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelen-voorziening (achtergrondstudie bij Farmaceutische zorg)	25,00
97/14	Farmaceutische zorg (door arts en apotheker)	25,00
97/13	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw (achtergrondstudies)	40,00
97/12	Met zorg wonen, deel 2: Naar een nieuwe samenhang tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	40,00
97/11	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw	20,00
97/10	Medische hulpmiddelen	30,00
97/09	De toekomst van de AWBZ	30,00
97/07	Beter (z)onder dwang (achtergrondstudie)	20,00
97/06	Beter (z)onder dwang	25,00
97/05	Met zorg wonen, deel 1: De relatie tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	25,00
97/04	Internationale dimensie volksgezondheidsbeleid	25,00
97/03	Waardebepaling geneesmiddelen als beleidsinstrument	25,00
96/13	Thuis in de ggz (achtergrondstudie)	25,00
96/12	Thuis in de ggz	30,00
96/11	Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming	25,00
96/10	Strategische beleidsvragen zorgsector	15,00
96/09	Informatietechnologie in de zorg	30,00
96/08	Stand van zaken: preventie en ouderen (achtergrondstudie)	25,00
96/07	Preventie en ouderen	25,00
96/06	Fysiotherapie en oefentherapie	20,00
96/05	Herverdeling onbetaalde zorgarbeid	15,00
96/04	Sociale zekerheid en zorg	20,00
96/03	Persoonlijke levenssfeer: privacy in verpleeghuizen	20,00
96/02	Planning en bouw in België en Duitsland	15,00
96/01	Programmatistische jeugdzorg	20,00
Bijzondere publicaties		
99/24	Evaluatie en actie	gratis
99/08	De trend, de traditie en de turbulentie	gratis
99M/01	Van Biotech Bay en Biotech Beach tot Genetown	30,00

95/WZV	Een nieuw accommodatiebeleid voor de zorgsector: advies over de herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen	15,00
- -	Volksgesondheid met beleid	gratis

Advies Zorgarbeid in de toekomst
(ISBN 90-399-1535-0) 39,50

Achtergrondstudie Zorgarbeid in de toekomst
(ISBN 90-399-1536-9) 39,50

De publicaties Zorgarbeid in de toekomst zijn te
bestellen bij SDU-uitgevers, Servicecentrum/Verkoop
postbus 200014, 2500 EA Den Haag,
telefoonnummer 070 378 98 80, fax 070 378 97 83

Werkprogramma's

00/02	Werkprogramma 2001 – 2002	gratis
99/07	Werkprogramma RVZ 2000	gratis
98/03	Werkprogramma RVZ 1999	gratis
97/08	Adviesprogramma RVZ 1998	gratis
97/01	Adviesprogramma RVZ 1997	gratis

Jaarverslagen

00/01	Jaarverslag 1999	gratis
99/01	Jaarverslag 1998	gratis
98/02	Jaarverslag 1997	gratis
97/02	Jaarverslag 1996	gratis

Magazines

98M/01	Magazine bij het advies Met Zorg wonen, deel 2	3,50
98M/02	Magazine bij het advies Geestelijke Gezondheidszorg	3,50