

Briefadvies

De strategische beleidsagenda zorg 2007 - 2010

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

Den Haag, 2007



Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
De heer drs. J.F. Hoogervorst
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
Tel 070 - 340 50 60
Fax 070 - 340 75 75
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Geachte heer Hoogervorst,

Dit is een briefadvies voor het nieuwe kabinet. De Raad adviseert een strategische beleidsagenda met vier strategische speerpunten, elk met een groot verbeterpotentieel: een centrale plaats voor kwaliteit van zorg binnen de gereguleerde concurrentie, ketenzorg en preventie onder meer door een brede geïntegreerde eerste lijn, de herpositionering van de langdurige zorg binnen de samenleving en de keuze voor duurzame medeverantwoordelijkheid van de burger bij de financiering van de zorg. Het nieuwe kabinet moet de zorgresultaten en de kwaliteit merkbaar verbeteren. Zorginhoudelijk en randvoorwaardelijk beleid moet beter met elkaar worden verbonden. Dit verbetert de communicatie met professionals en instellingen. Voortzetting van het beleid van gereguleerde marktwerking blijft gewenst. Dit betekent: investeren in zorginkoop en het 'afschaffen' van de microbudgettering in zijn huidige vorm. Het is uiteindelijk onontkoombaar dat de eigen betalingen zullen stijgen. Dit is niet erg zolang we tegelijkertijd twee zaken realiseren: betere zorgresultaten en bescherming van de (inkomens van) kwetsbare groepen.

Datum
25 01 2007
Onderwerp
Briefadvies
De strategische beleidsagenda
zorg 2007 - 2010

1 Inleiding en werkwijze

Inleiding

Onze gezondheid en onze zorg zijn belangrijke maatschappelijke thema's, die nagenoeg alle Nederlanders raken: patiënten, cliënten en hun familieleden, artsen, verpleegkundigen en overige werknemers in de sector en natuurlijk ook de verzekerden. Het onderwerp neemt dan ook een prominente plaats in op de politieke agenda en dat zal, getuige de nog steeds toenemende media-aandacht en het grote aantal Kamervragen, ook zo blijven. Enerzijds is de zorg daardoor van 'iedereen', maar anderzijds is zij voor haar functioneren sterk afhankelijk van specifieke professionele kennis en vaardigheden. Dit verklaart mede de bestuurlijke turbulentie waarin de sector bijna continu verkeert.

Een strategische beleidsagenda moet te allen tijde uitzicht bieden op betere zorgresultaten. Dit biedt de beste kans om maatschappelijke en professionele doelstellingen op één lijn te krijgen en zo een teveel aan bestuurlijke turbulentie te verhinderen. De Raad is van opvatting dat zijn strategische beleidsagenda het perspectief biedt op een merkbare verbetering van de zorguitkomsten. Dit is niet alleen het centrale doel van volksgezondheidsbeleid, maar draagt ook bij aan de duurzaamheid van het huidige stelsel. Het draagvlak is immers gebaat bij betere volksgezondheid en betere zorguitkomsten. Het huidige 'kostenperspectief' moet daarom worden omgebogen tot een 'opbrengstenperspectief'. Gezondheidswinst en publieke gezondheid komen dan meer centraal te staan.

Werkwijze

De Raad heeft bij de totstandkoming van dit briefadvies een grote groep deskundigen en stakeholders geconsulteerd. Hij heeft een enquête gehouden onder ruim honderd beleidsmakers, onderzoekers, consultants, zorgaanbieders en verzekeraars en belangenorganisaties. Verder organiseerde hij vier besloten debatbijeenkomsten. De bijlagen bevatten uitgebreide informatie over deze aanpak en de uitkomsten.

De Raad heeft door deze activiteiten een goed overzicht gekregen van de verschillende opvattingen en meningen over de strategische beleidsagenda voor het nieuwe kabinet. Hij heeft echter een zelfstandige afweging gemaakt en is als enige aanspreekbaar op deze strategische beleidsagenda.

2 Continuïteit en verandering

Continuïteit: volksgezondheid, ZVW, AWBZ en gereguleerde concurrentie

De overheid houdt een belangrijke rol bij het volksgezondheids- en preventiebeleid. Het beleid zal zich moeten blijven richten op de bevordering en de bescherming van de volksgezondheid. Dit vereist onderhoud en verbreding van het bestaande instrumentarium, versterking van het facetbeleid en investeren in de bestrijding van nieuwe risico's, zoals de mogelijkheid van massale epidemieën (RVZ, 2006c).

De Raad is voorstander van het op hoofdlijnen doorzetten van het beleid van gereguleerde concurrentie. Er is nu een basisverzekering voor elke Nederlander en verzekeraars zijn in een felle concurrentiestrijd gewikkeld om de gunsten van de premiebetaler. De zorgpremies vielen, althans in het eerste jaar, veel lager uit dan verwacht. De Nederlandse Bank berekende onlangs dat de zorgverzekeraars in 2006 daardoor € 360 miljoen verlies hebben geleden op hun polissen. Ziek en gezond wisselen even vaak van zorgverzekeraar (De Jong en Groenewegen, 2006). Het ziet ernaar uit dat we hier van een succesvolle hervorming kunnen spreken.

De verzekering voor de langdurige zorg (AWBZ) is gedeeltelijk herijkt. De huishoudelijke hulp is samen met een aantal kleinere verstrekkingen per 1 januari 2007 overgeheveld naar de gemeenten (WMO). Op 1 januari 2008 gaat bovendien de curatieve geestelijke gezondheidszorg van de AWBZ naar de basisverzekering. Hiermee is de positie van de AWBZ tussen de marktgerichte basisverzekering en de lokaal georiënteerde WMO in een ander daglicht komen te staan.

Op de langere termijn moeten de voordelen van het nieuwe verzekeringsstelsel vooral komen van een doelmatiger inkoop van de zorg. Dit zou moeten inhouden dat men meer moet inzetten op de kwaliteit van zorg en verbetering van zorguitkomsten. De zorgverzekeraars hebben tot dusver beperkt vooruitgang geboekt bij hun zorginkoop. Een aantal redenen ligt hieraan ten grondslag: de focus op de invoer van de nieuwe basisverzekering, beperkte investeringen in de zorginkoopfunctie, schaarste op de (regionale) zorgmarkt, inverse prikkels in de wet- en regelgeving en een verlaging van het schadelastrisico binnen de verevening. Het betreft in een aantal gevallen tijdelijke effecten waardoor de zorginkoopfunctie de komende jaren zichtbaar zou kunnen verbeteren. De overheid moet de resterende oorzaken van stagnatie actief wegnemen.

Er is overigens reeds veel voorbereidend werk gedaan voor een doelmatiger zorginkoop. Het financieringssysteem is meer kostenconform (DBC's en zorgzwaartebe Kostiging) en men experimenteert met vrije prijsvorming (fysiotherapie en b-segment ziekenhuizen). De AWBZ heeft meer mogelijkheden voor persoonsgebonden financiering. Het huidige kabinet koerst aan op een verdere verruiming van de marktwerking per 1 januari 2008. De verdere liberalisering van de prijsvorming is

daarbij het gezichtsbepalende onderdeel.

De Raad is er voorstander van de verdere invoer van gereguleerde concurrentie - die ook op groot draagvlak kan rekenen - te continueren. De invoer van integrale kapitaallastentarieven is cruciaal: instellingen nemen hun eigen investeringsbeslissingen en lopen daarover volledig bedrijfsrisico. De potentiële doelmatigheidswinst is enorm, doordat de huidige inefficiënte allocatie van kapitaal kan worden opgeheven. In de AWBZ kan het scheiden van wonen en zorg snel van de grond komen. Hoe eerder deze operatie gerealiseerd is, hoe beter (RVZ, 2006c).

De Raad is geen voorstander van de combinatie van vrije prijzen en een (centraal) vastgesteld instellingsbudget. Het overheidsbeleid hinkt teveel op deze beide gedachten, terwijl het veld daarentegen teveel neigt naar snelle invoering van vrije prijsvorming. Er moet meer duidelijkheid komen over de strategie met betrekking tot de prijzen en budgetten. De meer 'technische' keuzes zijn inmiddels gemaakt (DBC's en zorgzwaartebekostiging) en er is ook een zekere overeenstemming over het uiteindelijke doel (concurrentie op prijs-kwaliteitverhouding). Wat ontbreekt is een set van budgettaire spelregels die duidelijkheid creëert over hoe er met tegenvalers wordt omgegaan. Doordat er nu geen heldere spelregels zijn, leidt de beoogde erosie van de aanbodbudgettering tot bestuurlijke onrust. Het radicale alternatief - de vlucht vooruit naar totale vrije prijsvorming - is risicovol. De budgettaire spelregels moeten zich vooral richten op beloning van prestaties: extra volume, extra kwaliteit en meer efficiency.

De Raad adviseert het nieuwe kabinet daarom om de budgettering van de zorgvolumes los te laten. Het Budgettair Kader Zorg krijgt daarmee, net als bij de sociale zekerheid, het karakter van een volumeraming. Het is heel wel mogelijk dat de zorguitgaven daardoor harder stijgen dan economisch wenselijk is. Er is dan een aantal aangrijpingspunten voor de budgettaire spelregels. Zo kan aan de burger een bijdrage worden gevraagd (eigen betalingen en een kleiner pakket) onder de conditie dat hij daarvoor iets terugkrijgt (kwaliteit en volume). Voor instellingen blijft grosso modo een vorm van gereguleerde prijsvorming gelden: ze kunnen bijvoorbeeld worden geconfronteerd met vaste degressieve tarieven, extra productie betekent immers lagere marginale kosten. In het uiterste geval kunnen deze tarieven worden verlaagd, maar dan in ieder geval niet met terugwerkende kracht. Er zijn ook structuurmaatregelen denkbaar. Een sterkere eerste lijn kan veel verwijzigingen voorkomen waardoor de totale uitgaven minder snel stijgen.

De zorginstellingen krijgen door de liberalisering van het vastgoed en het gedeeltelijk afschaffen van de budgettering extra financiële vrijheid. De Raad denkt dat het nieuwe kabinet er goed aan doet eerst de uitwerking van deze maatregelen af te wachten. Indien de markt hierop positief reageert, dat wil zeggen met een verbetering van de zorgkwaliteit en de doelmatigheid zonder grote betaalbaarheidsproblemen, dan komt vrije prijsvorming in beeld als het sluitstuk van de gereguleerde marktwerking. De huidige experimenten met vrije prijzen hoeven dan ook niet te stoppen, maar voor het grootste deel van de zorg blijft de prijsregulering voorlopig nog gelden.

Verandering: de zorg centraal

Er bestaat behoefte aan een heroriëntering van de strategische beleidsagenda. De nadruk van het beleid tot dusver heeft - terecht - gelegen op het creëren van randvoorwaarden voor de gereguleerde marktwerking. Binnen dit beleid moet, vindt de Raad, de overheid wel accenten verleggen, namelijk meer focus op de inhoud van de zorg en de daarmee behaalde gezondheidswinst.

In het veld is onvoldoende duidelijk wat gereguleerde marktwerking is en wat men

verwacht van de zorgaanbieders (BMC, 2006). Een duidelijke overheidsvisie waarin er ook plaats is voor zorginhoudelijke doelstellingen kan deze leemte vullen. Het feit dat de overheid zich concentreert op een randvoorwaardelijke rol betekent niet dat zij geen visie op de wenselijke ontwikkelingen in de zorgsector hoeft te hebben. Integendeel, zij moet hierin heel duidelijk zijn en dit ook uitdragen. De effectiviteit van de gereguleerde marktwerking is hiermee alleen maar gebaat.

Het nieuwe kabinet moet de ambitie hebben de volksgezondheid en de zorgresultaten merkbaar te verbeteren voor alle Nederlanders. Het maatschappelijk draagvlak voor en de duurzaamheid van ons zorgstelsel zullen dan toenemen. Met het oog op de komende vergrijzing is dit belangrijk. Het is aan het nieuwe kabinet om een aantal strategische issues te benoemen en daarin het voortouw te nemen. Het nieuwe kabinet moet uitdragen dat we de huidige prognoses over de ontwikkeling van de levensverwachting, de ziektelast en de productiviteit kunnen en ook gaan verbeteren.

De overheid kan dit natuurlijk niet zelf, maar zij moet hieraan wel een stevige en gerichte bijdrage leveren.

3 De strategische beleidsagenda

Concurrentie op verbetering kwaliteit van zorg

De verbetering van de kwaliteit van zorg moet centraal staan binnen de gereguleerde concurrentie. De Raad constateert dat er - terecht - meer belangstelling ontstaat voor de 'opbrengsten' van volksgezondheid en gezondheidszorg. Dit thema kwam dan ook regelmatig aan de orde tijdens de debatten en in de uitkomsten van de gehouden enquête. De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006 stelt dat investeringen in gezondheid een hoog rendement hebben. Werken aan betere zorgresultaten loont.

Investeringen in zorgresultaten en in de kwaliteit van de zorg leiden in de regel tot een stijging van de doelmatigheid. De waarde van de zorgopbrengsten overtreffen immers normaliter de gemaakte kosten. Investeren in kwaliteit van zorg kan in een aantal gevallen zelfs tot lagere kosten leiden. Denk daarbij aan minder complicaties en recidives en kostendalingen door taakherschikking en meer gespecialiseerde zorgaanbieders.

De Raad pleit ervoor om in de tweede fase van de implementatie van gereguleerde concurrentie de verbetering van kwaliteit centraal te stellen. Dit betekent dat verzekeraars meer moeten inkopen op basis van kwaliteit van zorg en zorgresultaten. Michael Porter (2006) stelt dat deze '*value based competition*' de enige effectieve strategie vormt die marktwerking (doelmatigheid) kan verbinden met de andere maatschappelijke doelstellingen (kwaliteit en toegankelijkheid).

Het is noodzakelijk de huidige dichotomie tussen de beleidssystemen voor prijsvorming en kwaliteitsborging te overbruggen. De prijs-kwaliteitverhouding moet centraal staan bij de zorginkoop. Dit betekent in de praktijk een intensivering van de aandacht voor kwaliteit, temeer omdat vrije prijsvorming vooralsnog niet integraal wordt ingevoerd. Het gevolg is dat de zorguitkomsten en de doelmatigheid verbeteren en daardoor het draagvlak voor (extra) zorguitgaven toeneemt. De huidige onduidelijkheid bij instellingsbestuurders over de betekenis van de gereguleerde concurrentie neemt af als deze een zorginhoudelijke pendant krijgt.

De cruciale stap om gereguleerde concurrentie het voertuig voor betere zorguitkomsten te maken, is transparantie van kwaliteit: burger en verzekeraar moeten zicht krijgen op de relatieve prestaties van aanbieders en hulpverleners. De door de Raad

gehouden enquête en debatten maken duidelijk dat de wenselijkheid van transparante kwaliteit - bij voorkeur op het niveau van de aandoening - breed wordt gedeeld. Dit vormt de doorslaggevende prikkel voor een efficiënte markt op basis van *'value based competition'*. Zorgaanbieders focussen zich op continue verbetering van kwaliteit en zorgvragers krijgen daardoor meer gezondheidswinst. Verzekeraars proberen om deze extra kwaliteit in te kopen.

De Raad adviseert het nieuwe kabinet om dit beleid sterk te intensiveren. Het is een kerntaak van de rijksoverheid. Naast meer aandacht voor kwaliteitstransparantie, zijn aanvullende beleidsmaatregelen wenselijk:

- het wettelijk borgen van een minimum kwaliteitsniveau;
- afspraken maken met de zorgverzekeraars over het intensiveren van de zorginkoop op basis van kwaliteit en zorguitkomsten;
- de NZa vragen om in haar periodieke rapportages aandacht te besteden aan de analyse van prijs-kwaliteitverschillen;
- de implementatie van een landelijke ICT-structuur voor de uitwisseling van zorggegevens (elektronisch patiënten dossier).

Een andere veelbelovende strategie om de kwaliteit en zorguitkomsten te verbeteren, is meer ketenzorg en preventie met behulp van een geïntegreerde eerste lijn.

De Raad gaat hier apart op in.

Preventie, ketenzorg en geïntegreerde eerste lijn

De tijd is rijp voor een nieuw preventiebeleid. Dat zou, anders dan nu, gebaseerd moeten zijn op de integratie van preventie en curatieve c.q. langdurige zorg en op het beter positioneren van preventie in het verzekeringsstelsel. Het nieuwe kabinet moet daartoe meer werk maken van ketenzorg en de opzet van een (functioneel) geïntegreerde eerste lijn. Hiermee valt nog veel gezondheidswinst te boeken. Er bestaan sterke signalen dat ketenzorg onvoldoende van de grond komt (Algemene Rekenkamer, 2006). Kwaliteitsindicatoren in de ziekenhuizen laten bijvoorbeeld zien dat geïntegreerde diabeteszorg en transmurale behandeling van hartfalen geen gemeengoed zijn en maar langzaam verbeteren (IGZ, 2006).

Het belang van goed functionerende zorgketens zal in de toekomst om twee redenen snel stijgen. De ziektelast van chronische aandoeningen neemt de komende twintig jaar met minimaal 40% toe (RIVM, 2006). Chronische patiënten zijn gebaat bij ketenzorg, zeker als er sprake is van comorbiditeit. De tweede reden is dat zorg steeds minder plaatsvindt in een intramurale omgeving en steeds meer in de eigen leefomgeving. De patiëntvriendelijkheid neemt toe, maar ook de complexiteit rondom de afstemming en de continuïteit van de zorg. Daarnaast wordt individuele preventie belangrijker en zij verdient dus een stevige plaats in de in de zorgketen. Dit voorkomt knelpunten in de tweede lijn en draagt bij aan minimalisatie van de ziektelast en van overbodige kosten.

Organisatorische factoren zijn van groot belang voor het goed functioneren van de zorgketen (Algemene Rekenkamer, 2006). Het natuurlijke zwaartepunt van veel ketenzorg ligt vaak - maar zeker niet altijd - in de eerste lijn. Een te lage integrale organisatiegraad is daarbij echter een probleem. De Raad meent dat een (functioneel) meer geïntegreerde eerste lijn, inclusief preventie, een goede structuur voor ketenzorg biedt. Multidisciplinaire samenwerking en taakherschikking komen hierin op natuurlijke wijze tot stand. Er ontstaat, ondanks de kleinschalige aanpak, ook ruimte voor een meer programmatische werkwijze, het navigeren van hulpvragers door de steeds complexere zorg alsmede meer samenwerking met de preventieve gezondheidszorg, de langdurige zorg en de tweede lijn. Een geïntegreerde eerste lijn biedt ook belangrijke voordelen bij de implementatie van noodzakelijke, maar complexe ICT-systemen, weten-schappelijk onderzoek en een wijkgerichte aanpak van sociaal-economische gezondheidsverschillen.

De totale kosten voor eerstelijnszorg bedragen circa € 3,7 miljard (RIVM, 2006). De extra uitgaven voor opschaling naar een meer geïntegreerde structuur zijn naar verwachting beperkt, terwijl de potentiële gezondheidseffecten en de inderdieneffecten binnen de tweede lijn een behoorlijke omvang hebben. De 'markt' lijkt dit positieve rendement inmiddels te onderkennen: zorgverzekeraar Menzis wil vijftig gezondheidscentra exploiteren en commerciële aanbieders zoals internetbedrijf Independer en Symphony Gezondheidscentra zijn ook actief in de geïntegreerde eerste lijn. De uitkomsten van de door de Raad gehouden enquête en debatten wijzen op draagvlak voor (functioneel) een geïntegreerde eerste lijn.

De Raad adviseert het nieuwe kabinet een aantal stappen te zetten om de geïntegreerde eerste lijn te stimuleren:

- het publiceren en actief uitdragen van een ambitieuze zorgvisie gericht op meer ketenzorg en preventie onder meer door versterking van de geïntegreerde eerste lijn. De overheid formuleert duidelijke doelstellingen en creëert enkele honderden miljoenen budgettaire ruimte voor opstartkosten (aangepaste huisvesting en apparatuur);
- wet- en regelgeving mag op geen enkele manier strijdig zijn met de bovenstaande doelstellingen; de vigerende regelgeving wordt hierop doorgelicht en zo nodig aangepast;
- ketenzorg en de geïntegreerde eerste lijn worden een duidelijk herkenbare prioriteit binnen de beleidsorganisatie van het ministerie van VWS.

Een andere organisatie van de langdurige zorg

Het kabinet heeft de beslissing over de toekomst van de AWBZ doorgeschoven naar zijn opvolger, maar wel voorbereidende stappen gezet. Er ligt een viertal beleidsscenario's klaar en is nader onderzoek aangekondigd voor enkele cruciale AWBZ-onderdelen. Uit de enquête kwam duidelijk de toekomst van de AWBZ naar voren als de belangrijkste opdracht voor het nieuwe kabinet.

Geen onderwerp veroorzaakt zoveel, bijna permanente (politieke) commotie. Het uitgavenmanagement is zorgelijk, de kwaliteit van zorg schiet tekort, de administratieve lastendruk is hoog en er is schaarste op onderdelen. De oorzaak moet men zoeken in de onduidelijke positie van de AWBZ in het financieringssysteem van de zorgsector en in zijn zwakke identiteit. Waar ligt de nadruk: gezondheidszorg of welzijnzorg; zorg of sociale zekerheid; verzekering of voorziening; cure of care? De komst van de basisverzekering en de WMO dragen verder bij aan deze onduidelijkheid.

Het nieuwe kabinet zal nu aan de slag moeten met dit uiterst complexe en politiek-gevoelige onderwerp. Dit is nodig, omdat de AWBZ-zorg naast alle onduidelijkheid over het precieze doel sterk is verankerd in instituten en wet- en regelgeving die een aantal noodzakelijke veranderingen belemmert. Er bestaat nu onvoldoende samenhang in de zorgketen tussen intra- en extramurale voorzieningen en tussen care en cure. Twee andere enorme uitdagingen zijn de betaalbaarheid van de langdurende zorg én de maatschappelijke participatie van mensen met een beperking. Dit is alleen op te lossen als de huidige AWBZ, zowel in meer institutionele als in verzekeringstechnische zin, grondig wordt veranderd (RVZ, 2005a). Een nieuw kabinet ontkomt er niet aan duidelijkheid te creëren over de AWBZ in relatie tot zijn omgeving: de zorgsector, de weten basisverzekering en WMO; de sociale zekerheid met betrekking tot arbeid en inkomen; volkshuisvesting als het gaat om wonen.

Als het nieuwe kabinet geen stelselherziening wil, terwijl de problemen met de AWBZ toch worden aangepakt, dan zou het, volgens de Raad, dit beleid als volgt kunnen ontwikkelen:

- versterking van de vraagzijde. De positie van de consument kan op twee manieren worden versterkt. In de eerste plaats door verdergaande stappen te zetten naar meer transparantie over producten, prijzen en kwaliteit. En in de tweede plaats door een verdere uitbreiding van de reikwijdte van de persoonsgebonden budgetten (met behoud van de keuzemogelijkheid voor een naturapolis). De RVZ is overigens van mening dat versterking van de vraagzijde kan samengaan met inkomensafhankelijke eigen betalingen;
- de herijking van de woonfunctie. Het gaat dan om het scheiden van wonen en zorg, met als oogmerk: zorg financieren in een zorgkader, wonen niet. Het gaat ook om de snelle invoer van een nieuw vastgoedmanagement in de zorgsector;
- een brede geïntegreerde eerste lijn is een conditio sine qua non voor een verandering van de AWBZ. Het beroep op deze eerste lijn zal stijgen door de vermaatschappelijking van de langdurende zorg. Hiernaast wordt de eerste lijn met andere zorgvragen geconfronteerd. Curatie wordt verbonden met participatie van burgers en ketenzorg wordt belangrijker;
- een kritische doorlichting van de huidige aanspraken met als criteria 'verzekerbaarheid' (dat wil zeggen overhevelen naar de basisverzekering), 'participatie' (dat wil zeggen overhevelen naar de WMO) en 'eigen verantwoordelijkheid' (dat wil zeggen decollectiveren). Dit zou een wezenlijk ander pakket kunnen opleveren en impliceert een fundamentele analyse van de taken en verantwoordelijkheden van burger, verzekeraar en overheid (gemeente en rijk).

Duurzaamheid tussen collectieve financiering en eigen verantwoordelijkheid

De collectieve betaalbaarheid van de zorg blijft onder druk staan. Een 'AOW-discussie' voor de zorg is onontkoombaar. Technologische ontwikkelingen blijven de curatieve zorguitgaven opstuwten. De AWBZ-uitgaven zijn impliciet gekoppeld aan de groei van de welvaart: hoe rijker we worden, hoe 'luxer' we onze langdurige zorg willen. De vergrijzingsdiscussie in de zorg gaat - veel meer dan over de feitelijke groei van het aantal ouderen - over de vraag wie deze toekomstige stijging van het zorgniveau gaat betalen. De Raad pleit daarbij voor meer zelf betalen onder de conditie dat hier extra kwaliteit en keuzemogelijkheden tegenover staan.

De programma's van de politieke partijen besteden traditioneel veel aandacht aan inkomenspolitieke onderwerpen. Dat was deze verkiezingen niet anders en bij veel partijen bestaat momenteel steun voor het afschaffen of hervormen van de no-claim in de basisverzekering. De Raad kan deze redenering op zichzelf goed volgen. Het is echter ook het zoveelste bewijs van de moeizame omgang die ons land heeft met eigen betalingen en pakketmaatregelen: ze overleven zelden meer dan één kabinetsperiode. Dit wordt mede veroorzaakt doordat de politieke compromissen leiden tot hoge uitvoeringskosten. De belangrijkste doelstelling, in de regel een rem op het zorgvolume, wordt zelden bereikt. Het is niet wenselijk om op deze manier te blijven doorgaan en de Raad bepleit dan ook meer duurzaamheid in het gehanteerde instrumentarium.

Deze duurzaamheid moeten we zoeken in een consistent en transparant pakketbeheer op basis van criteria van minimale ziektelast, werkzaamheid en kosteneffectiviteit (RVZ, 2006b) en in eigen betalingen. Beide zijn wenselijk vanuit het perspectief van eigen verantwoordelijkheid en op de langere termijn ook onontkoombaar met het oog op de verdere stijging van de zorguitgaven. Op de langere termijn is volledig collectieve financiering van, zeg een vijfde deel van ons nationaal inkomen, niet haalbaar om macro-economische redenen. Het is verder op dit moment al zo dat andere Westerse landen met een hogere zorgquote deze voor een deel met hogere eigen betalingen financieren.

Een zekere hoeveelheid privaat geld zal bovendien de dynamiek van de gereguleerde marktwerking in positieve zin beïnvloeden. Zorgvragers en private investeerders houden aanbieders scherp en er ontstaan meer productinnovaties. Het draagt bovendien bij aan een goed ontwikkelde markt voor de aanvullende verzekeringen. Dat is wenselijk met het oog op de brede toegang tot zorgvormen die niet in het basispakket zijn opgenomen (bijvoorbeeld de tandarts, de fysiotherapie en de aanvullende kraamzorg).

Een beroep op de eigen verantwoordelijkheid is legitiem, indien het uitgaven betreft die normaliter voor eigen rekening van de burger komen (verblijf) of als die met vrijwillige keuzes samenhangen (accijnzen). We moeten ons realiseren dat het maatschappelijke draagvlak voor steeds meer collectieve financiering niet per definitie 'onbegrensd' is. Recente berekeningen (VWS, 2007) laten zien dat de gemiddelde bijdrage van de nettobetalers van de ziektekostenpremies sterk zal stijgen als er op dit terrein niets verandert. Dit kan, in combinatie met meer duidelijkheid over de ziekteoorzaken, op den duur de solidariteit tussen groepen onder druk zetten. De Raad (2005b) heeft hier reeds eerder op gewezen.

De Raad acht het traditionele motief voor eigen betalingen, namelijk remgeld, van minder groot belang. In het verleden is dit met hoge uitvoeringskosten gepaard gegaan en ons land kent bovendien relatief weinig overconsumptie - soms zelfs onderconsumptie - van zorg. Het grootste remeffect bestaat in de eerste lijn, maar dat heeft het risico van consumptie van veel duurder tweedelijnszorg op een later tijdstip.

Het belangrijkste argument tegen eigen betalingen en pakketmaatregelen is dat dit ten laste gaat van de zieken en kwetsbaren in onze samenleving. De overheid heeft echter de mogelijkheid tot specifiek inkomensbeleid voor deze groep. De zorgtoeslag kan samen met de fiscale voorziening voor bijzondere uitgaven compensatie bieden. Het huidige ondergebruik van deze laatste fiscale faciliteit moet dan wel verminderen.

We moeten ons bovendien realiseren dat de toekomstige zorgvragers zich lang niet allemaal in een financieel kwetsbare positie bevinden. De koopkracht van ouderen neemt de komende decennia sterk toe. Het mediane inkomen van 65-plussers is in 2010 voor het eerst hoger dan dat van 65-minners (SZW, 2006). De hoge vermogens van een aanzienlijke groep ouderen, onder andere door het eigenwoningbezit, zijn daarbij niet meegeteld. Deze draagkrachtige babyboomers zijn best in staat meer bij te dragen aan de kosten van de door hen genoten zorg. In die zin kan zorg ook tot de 'reguliere' domeinen worden gerekend waar individuen keuzen maken.

De Raad adviseert het nieuwe kabinet om een begin te maken met het werken aan een duurzaam evenwicht tussen collectieve financiering en eigen verantwoordelijkheid:

- publieke gezondheid vergt primair een integrale aanpak, maar bij aantoonbare gezondheidswinst mogen hogere eigen betalingen en hogere accijnzen op ongezonde producten worden gehanteerd. Hierbij moet wel rekening worden gehouden met Europese regelgeving. De financieringsstructuur moet, indien mogelijk, bijdragen aan doelstellingen van publieke gezondheid, maar mag deze in ieder geval niet hinderen;
- ontwikkel een duurzaam pakketbeheer op basis van: minimale ziektelast, kosteneffectiviteit en evidence based care. Het aanvullende pakket, in 2005 goed voor € 8,6 miljard, zal daardoor in belang toenemen;

- de no-claim wordt budgettair neutraal afgeschaft. Dit betekent dat hiervoor een verplicht eigen risico dan wel een eigen bijdrage per ligdag ten behoeve van de verblijfskosten in de plaats komt;
- het aandeel (inkomensafhankelijke) eigen betalingen in de AWBZ kan geleidelijk omhoog. De heroriëntatie van de langdurende zorg kan gepaard gaan met hogere eigen betalingen (nu € 1,7 miljard). De burger krijgt hier meer kwaliteit van zorg en productinnovaties voor terug;
- de overheid spant zich serieus in om de onderbenutting van de buitengewone-uitgavenregeling door lagere inkomensgroepen te verminderen. De Raad denkt hierbij aan een halvering van de huidige zestig procent onderbenutting door de rechthebbende chronisch zieken en gehandicapten (VWS, 2006).

4 De uitvoering van de strategische beleidsagenda

De grens tussen de verantwoordelijkheid van de overheid en van de markt is momenteel te diffuus. Dit heeft te maken met het ontbreken van een helder zorginhoudelijk kader voor veel overheidsbeleid. Hierdoor mist het kabinet het houvast om in de richting van parlement en zorgsector effectief te communiceren over de grenzen van de ministeriële verantwoordelijkheid. De strategische beleidsagenda kan hier een belangrijke functie vervullen.

De Raad vindt dat de overheid de implementatie van de strategische beleidsagenda voortvarend ter hand moet nemen. Dus niet alleen een rol op het terrein van randvoorwaarden. De overheid moet een zorginhoudelijke visie hebben en deze ook uitdragen - zij moet deze echter niet dwingend opleggen. De Raad adviseert vier strategische speerpunten voor het nieuwe kabinet. Het vergt een goed besturend vermogen om dit te realiseren. Het veld is immers buitengewoon ingewikkeld georganiseerd en de onderlinge tegenstellingen zijn soms aanzienlijk.

Hoe, dat wil zeggen onder welke bestuurlijke voorwaarden, kan de overheid de beleidsagenda 2007 - 2010 succesvol afwerken?

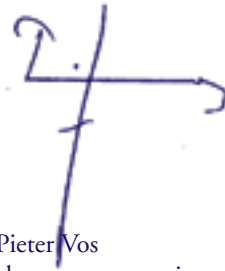
1. De minister presenteert een overzichtelijke en beperkte lijst van veranderingen voor de komende regeerperiode: zijn strategische beleidsagenda. De beleidsagenda straalt interesse uit voor de zorg zelf. Van meet af aan daagt de minister parlement en veld uit tot een open communicatie over de (uitvoering van de) beleidsagenda. Tegelijkertijd probeert hij zijn gesprekspartners te committeren aan de uitvoering. De beleidsagenda moet de komende jaren ordenend werken. De agendapunten krijgen de vorm van beleidsprogramma's.
2. In dit proces zal zo snel mogelijk meer duidelijkheid moeten ontstaan over de rollen van overheid en marktpartijen. Minister en veldpartijen spreken op hoofdlijnen af hoe de omgangsvormen en - de spelregels eruit zien. De overheid is duidelijk over wat zij van het veld verwacht bij het bereiken van de doelstellingen uit de strategische beleidsagenda. Zij maakt ook duidelijk wat zij hiervoor teruggeeft. Het gaat dan bijvoorbeeld om de afschaffing van de budgettering op het zorgvolume, de liberalisering van het vastgoed en extra intensivering voor de geïntegreerde eerste lijn en ICT.

3. De minister moet van begin af aan helder zijn over de kerntaak van de overheid. Deze ligt op vier terreinen: de positie van de consument; de publieke gezondheid; de samenhang van care, cure, publieke gezondheid en maatschappelijke ondersteuning; de betaalbaarheid van het zorgstelsel onder condities van solidariteit. De minister zal zijn regierol op deze terreinen moeten vertalen in doorzettingsmacht. De kerntaken van de overheid en de strategische beleidsagenda zijn duidelijk zichtbaar in de departementale organisatie en in een strakke beleidsregie.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg



Rien Meijerink
voorzitter



Pieter Vos
algemeen secretaris

Literatuur

Algemene Rekenkamer. Afstemming in de Zorg. Aanpak van chronische aandoeningen, twee voorbeelden uit de curatieve sector. Den Haag: Algemene Rekenkamer, 2006.

Bestuur en Management Consultants. Eindrapportage onderzoek naar marktgedrag in de zorg: 'Het ruist en bruist in de zorg!'. Leusden: BMC, 2006.

Cnossen S. Alcohol Taxation and Regulation in the European Union. Den Haag: Centraal Planbureau, 2006.

De Jong J. en P. Groenewegen. Wisselen van Zorgverzekeraar in het Nieuwe Stelsel. Utrecht: Nivel, 2006.

De Nederlandse Bank, Kwartaalbericht december 2006.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het resultaat telt 2005, prestatieindicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg. Den Haag: IGZ, 2006.

Porter M.E. en E.O. Teisberg. Redefining Health Care, Creating Value-Based Competition on Results. Harvard University Press, Cambridge, 2006.

RIVM. Zorg voor Gezondheid – Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. Bilthoven: RIVM, 2006.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, Publieke gezondheid. Den Haag: RVZ, 2006a.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, Zinnige en duurzame zorg. Den Haag: RVZ, 2006b.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, Management van vastgoed in de zorgsector. Zoetermeer: RVZ, 2006c.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief. Zoetermeer: RVZ, 2005a.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2005b.

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, De toekomstige inkomenspositie van ouderen. Werkdocument, Den Haag: SZW, 2006.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Naar integratie van buitengewone uitgaven en zorgtoeslag? Den Haag: VWS, september 2006.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Niet van Later Zorg. Den Haag: VWS, 2007.

Bijlagen

Bijlage 1

Adviesvoorbereiding

Vanuit de Raad

dhr. drs. M.H. Meijerink

dhr. mr. A.A. Westerlaken

Ambtelijke projectgroep

dhr. drs. P.P.T. Jeurissen

dhr. drs. P. Vos

mw. J.J. Lekahena-de Wolf

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommitteerd.

Debatten

Tijdens het adviestraject is een viertal debatten over de strategische beleidsagenda georganiseerd.

Deelnemers debat 12 december 2006

dhr. prof. dr. P.J. van der Maas, RGO

dhr. P. Polak, Ned. Vereniging Cardiologie

dhr. drs. W. Geerlings, Erasmus MC

dhr. prof. dr. R.S. Kahn, UMC Utrecht

dhr. J.F.M. Bergen, huisarts

dhr. P.C.M.H. Holland, arts, KNMG

mw. T.M. Slagter-Roukema, huisarts

dhr. dr. R. Valentijn, Haga Ziekenhuis

mw. R.M. Dijkman, NVVA

mw. M.J.M. van Weelden-Hulshof, KNMP

dhr. drs. H.B. Eenhoorn, KNGF

dhr. prof. dr. T. van Achterberg, UMC St. Radboud

mw. dr. A.J. Mintjes-de Groot, LEVV

dhr. drs. R. Meijerink, RVZ

dhr. drs. P. Vos, RVZ

dhr. drs. P.P.T. Jeurissen, RVZ

Deelnemers debat 14 december 2006

dhr. drs. A. Gupta, Gupta Strategist

dhr. drs. P.C. Hermans, CVZ

dhr. prof. dr. J.A. Knottnerus, Gezondheidsraad

dhr. P.J.M. Koopman, Adhezie GGZ Midden-Overijssel

dhr. drs. M.A.M. Leers, CZ-groep

dhr. prof. dr. P. Schnabel, SCP

dhr. drs. R. Meijerink, RVZ

dhr. drs. P. Vos, RVZ

dhr. drs. P.P.T. Jeurissen, RVZ

Deelnemers debat 15 december 2006

dhr. mr. F.H.G. de Grave, Nederlandse Zorgautoriteit

prof. dr. P.A.H. van Lieshout, WRR

dhr. prof. dr. M. Berg, Plexus Medical Group

mw. prof. dr. M.C.H. Donker, GGD Rotterdam e.o.

dhr. W. Etty, Andersson Elffers Felix BV
dhr. A.A. Westerlaken, RVZ
dhr. P. Vos, RVZ
dhr. P.P.T. Jeurissen, RVZ

Deelnemers debat 20 december 2006

dhr. drs. H.G. Ouwerkerk, VGN
mw. drs. M. Rompa, ActiZ
dhr. mr. E.M. d'Hondt, GGD Nederland
dhr. drs. E. Zijlstra, NVZ
dhr. M.J.W. Bontje, Zorgverzekeraars Nederland
mw. I. van Bennekom, NPCF
dhr. N.A.G. Bernts, Land. Ver. Georganiseerde Eerste Lijn
mw. drs. E. van Rest, GGZ Nederland
dhr. drs. R. Meijerink, RVZ
dhr. drs. P. Vos, RVZ
dhr. drs. P.P.T. Jeurissen, RVZ

Bijlage 2

De strategische beleidsagenda: uitkomsten van een enquête

1. Inleiding

Het is belangrijk om bij het concipiëren van een briefadvies over de strategische beleidsagenda in de zorg, gebruik te maken van de opvattingen die hierover leven. Dit levert veel informatie op en voedt daardoor de discussie. Het draagt bovendien ook bij aan de herkenbaarheid van een strategische beleidsagenda voor de zorg bij professionals en beleidsmakers die in hun dagelijkse werkzaamheden aan de slag zijn met strategisch beleid. De Raad heeft er daarom voor gekozen om bij een groot aantal deskundigen en professionals hun opvattingen te peilen over die onderwerpen die thuishoren op een strategische beleidsagenda. Deze mensen zijn hoofdzakelijk werkzaam bij zorgaanbieders, zorgverzekeraars, overheidsinstanties en ZBO's, universiteiten, onderzoeksinstituten, consultancy bureaus en financiële dienstverleners. Ze houden zich beroepshalve veel bezig met strategisch beleid in de gezondheidszorg.

Dit rapport vormt de weerslag van de resultaten van die inventarisatie naar de belangrijkste strategische beleidsthema's. We presenteren allereerst de resultaten van de 'open' vraag naar de belangrijkste strategische beleidsdossiers. Daarna gaan we nader in op de scores op 'gesloten' vragen naar het belang van bepaalde strategische thema's. Bij de bespreking van de resultaten maken we gebruik van eventuele toelichtingen die de respondenten bij hun antwoorden hebben gegeven. We sluiten af met een korte beschouwing over hoe we deze antwoorden duiden. De enquête is uitgezet onder 101 deskundigen waarvan er 77 (78%) hebben gereageerd. Dit is een bijzonder hoge respons. De bijlage bevat meer informatie over de precieze werkwijze die we hebben gehanteerd.

2. Resultaten

2.1 De belangrijkste strategische beleidsdossiers op basis van een 'open' inventarisatie

De eerste vraag die de respondenten voorgelegd kregen, was om een 'top drie' van strategische beleidsonderwerpen te noemen die een nieuw kabinet met voorrang zou moeten oppakken. De gegeven antwoorden zijn vervolgens gecodeerd op basis van de indeling in strategische beleidsdossiers die ook is gebruikt om het tweede deel van de enquête te structureren. De uitkomsten daarvan behandelen we in paragraaf 2.2. Er is een categorie 'anders' gebruikt voor die antwoorden waarbij het niet mogelijk was om ze op basis hiervan te coderen. De genoemde beleidsdossiers hebben allemaal een score van één, twee of drie gekregen. Het eerstgenoemde onderwerp kreeg de hoogste score en het laatstgenoemde kreeg één punt. Zo waren er in het totaal 439 punten te verdelen. Er is voor gekozen om deze in deze analyses niet nader onder te verdelen naar categorie respondenten (universitair, beleidsmakers, consultants, sector, brancheorganisaties en overig); dit 'verdunt' het aantal antwoorden teveel. De gecodeerde antwoorden op deze vraag zijn opgenomen in de eerste tabel. Deze wordt toegelicht in het vervolg van deze paragraaf.

De reikwijdte van de verschillende zorgstelsels

Duidelijkheid over de reikwijdte van de verschillende zorgstelsels en dan met name geënt op de toekomst van de AWBZ scoort bij de respondenten op afstand het hoogste. De respondenten vinden het erg belangrijk dat een nieuw kabinet duidelijk is over de grenzen tussen de AWBZ enerzijds, en de WMO en basisverzekering

anderzijds. Sommige respondenten koppelen dit thema aan meer doelmatigheid (in de AWBZ), het verminderen van de huidige AWBZ-aanspraken en een groter beroep op de eigen verantwoordelijkheid van de burger. Een respondent formuleert dat als volgt: *“Door de vergrijzing nemen de kosten van ouderenzorg sterk toe. Er zijn sterke aanwijzingen dat de AWBZ niet doelmatig functioneert. De invoering van de WMO versterkt nog eens de noodzaak om over toekomst van de AWBZ na te denken”*. Een ander meent dat het noodzakelijk is om: *“de rechten van burgers op AWBZ af te bouwen naar een noodzakelijke kern”*. De meeste respondenten houden het echter bij het krijgen van duidelijkheid, zonder de precieze voorkeursrichting daarvan aan te geven.

Tabel 1: Uitkomsten open inventarisatie strategische beleidsdossiers (n=77)

Reikwijdte zorgstelsels	48	Transparantie	12
Prijsvorming	33	Fusies / marktordering	11
Kwaliteit van Zorg	32	Verpleeghuiszorg	8
BKZ en uitgavenmanagement	31	Groeiende zorgvraag	6
Publieke gezondheid	30	Jeugd	6
Solidariteit	29	Levensloop	5
Ketenzorg / 1 ^e lijn	27	Geneesmiddelen/biotechnologie	4
Integrale tarieven / vastgoed	23	Scheiden wonen en zorg	3
Arbeidsmarkt /voorwaarden	21	Internationalisering	3
Toezicht/ adm. lasten	19	Onderwijs en zorg	3
Innovatie	18	Medische Ethiek	3
Pakket	16	Anders	37
Patiëntenbeleid / vraagsturing	12	Totaal	440

Prijsvorming en het BKZ

Het dossier van de reikwijdte van de verschillende zorgstelsels wordt op redelijke afstand door een aantal andere strategische beleidsdossiers gevolgd; het gewicht dat de respondenten hebben toegekend aan de thema's vanaf prijsvorming tot de ketenzorg verschilt onderling niet zoveel. Het thema prijsvorming wordt regelmatig gekoppeld aan de liberalisering van de prijzen voor de medisch specialistische zorg, maar ook aan het verbeteren van het risicovereveningsmodel van de zorgverzekeraars alsmede het afschaffen van de huidige ex-post correcties hierin. Een enkeling pleit specifiek voor de komst van output pricing in de eerstelijnszorg. Het thema BKZ en uitgavenmanagement wordt in een aantal gevallen rechtstreeks gekoppeld aan de ontwikkeling van een werkbaar systeem van eigen betalingen.

De kwaliteit van de zorg

De toelichtingen op de gegeven antwoorden maken duidelijk dat de kwaliteit van de zorg een wat bijzonder thema is. Heel veel respondenten geven aan dat ze dit belangrijk vinden. Ze spitsen zich daarbij in hun antwoorden tegelijkertijd opvallend vaak toe naar het belang van transparantie en goede kwaliteitsindicatoren voor de gereguleerde concurrentie. Kwaliteit en transparantie overlappen elkaar daardoor enigszins. Iemand pleit voor: *“het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren op het niveau van zorgverleners en verzekeraars en beter toezicht om concurrentie mogelijk te maken op de kwaliteit in plaats van op de prijs.”* Een ander zegt dat de overheid moet: *“Zorgen dat er goede kwaliteitsinfo komt over zorgproducten voor consumenten en verzekeraars. Dit helpt ook om de rol van de patiënt te vergroten: deze kan dan verzekeraars en artsen/instellingen kiezen mede op basis van kwaliteitsoverwegingen.”* Er zijn ook respondenten die de rechtstreekse relatie leggen tussen kwaliteit van zorg en het goed functioneren van het zorginkoopproces. Iemand pleit voor: *“zorginkoop op basis van de kwaliteit van ziekenhuiszorg (ontwikkeling, onderhoud en gebruik van landelijke richtlijnen, prestatie-indicatoren en zorginkoopindicatoren)”*, en een ander kiest voor: *“prikkels voor aanbieders om het primaire proces substantieel en verifieerbaar te verbeteren”*.

Ketenzorg

De toelichtingen op het thema ketenzorg maken ook enkele opvallende dingen duidelijk. Er zijn nogal wat respondenten die ketenzorg verbinden met een geïntegreerde eerstelijnszorg en pleiten om deze laatste substantieel te verbeteren. Sommige respondenten bepleiten meer transmurale zorg en het stimuleren van meer substitutie naar de eerste lijn met expliciete financiële arrangementen. Iemand wil meer: *“structuur en samenhang binnen de eerstelijnsgezondheidszorg (met het oog op de extramuralisatie van verpleeg- en verzorgingshuizen en de zorg voor chronisch zieken)”*. Een ander bepleit eveneens voor versterking van de eerste lijn met als doel om de tweedelijnszorgvraag te beperken. Deze versterking betekent volgens deze respondent een kwantitatieve en kwalitatieve verbreding van het eerstelijnsdomein met behulp van gespecialiseerde verpleegkundigen en transferexpertise. Een volgende respondent pleit ervoor om de: *“eerste lijn en de jeugdgezondheidszorg te integreren tot integrale gezondheidszorg voor kind en gezin met publieke en private financieringsarrangementen”*. De wens om meer zorgarrangementen tussen de solopraktijk en de intramurale instelling in, alsmede de weerbaarheid om dat te bereiken wordt door iemand als volgt verwoord: *“Versterking van de eerstelijnszorg door het stimuleren van grotere zorggroepen, het versterken van de bovenbouw en meer op resultaat te sturen. De zorgverzekeraars zouden dat moeten doen, maar doen dat niet omdat ze klem zitten in een concurrentiestrijd over de verzekerde”*.

Er zijn echter ook respondenten die ketenzorg niet aan de eerste lijn koppelen en deze als een zelfstandig thema benoemen voor de strategische beleidsagenda. De regie van het zorgproces wordt als een belangrijk probleem ervaren. De overgangen tussen domeinen van zorgaanbieders of de overgang naar zelfzorg zijn vaak niet goed georganiseerd, noch praktisch noch juridisch. Door de toename van multimorbiditeit, het steeds grotere aantal chronisch zieken alsmede de steeds grotere ambities op andere terreinen komt een effectiever en efficiënter zorgsysteem volgens een respondent steeds meer buiten bereik. Een ander merkt op dat: *“een ziekenhuisopname is een kortdurend incident in het ziekteproces van een patiënt. De voor- en nazorg zijn van groot belang. Behandeling kan pas zinvol en efficiënt uitgevoerd worden als de totale keten beschikbaar is, dus ook het verzorgingshuis, verpleeghuis, thuiszorg en de eerste lijn.”*

Publieke gezondheid

Het onderwerp van de publieke gezondheid scoort eveneens relatief goed onder respondenten. Verschillende mensen pleiten voor meer aandacht voor het terugdringen van de sociaal-economische gezondheidsverschillen. Iemand brengt dit als volgt onder woorden: *“Ik vind dat we meer moeten doen aan achterstandsbeleid: er is een groeiende onderklasse in de samenleving die veelal ook gekleurd is en elke aansluiting gaat missen. De indruk bestaat dat een slechte gezondheid (met name depressie en problematisch gedrag) daarvan het gevolg is.”* Er is ook een brede roep om meer in preventie en publieke gezondheid te investeren, ook al: *“is het niet gezegd dat dit tot lagere zorguitgaven zal leiden. Het doel is vooral een betere volksgezondheid”*. Enkele respondenten wijzen ook op het feit dat het systeem van de publieke gezondheid veel beter moet en kan worden aangestuurd.

Arbeidsmarkt en toezicht

Twee strategische thema's die zich in de middenmoot ophouden, zijn het arbeidsmarkt- en arbeidsvoorwaardenbeleid en het toezicht en de administratieve lasten. Het thema van de arbeidsmarkt wordt vooral gezien tegen de achtergrond van de dreigende personeelstekorten. In de caresector wordt soms een relatie gezocht met het versterken en ondersteunen van de mantelzorgers. Iemand wil de: *“personeelstekorten in de caresector in relatie tot mantelzorgers op de kaart zetten en ondersteuning van de laatstgenoemde regelen ten einde het tekort aan formele zorg te dempen.”*

Het belang van toezicht en administratieve lasten wordt zowel gekoppeld aan een sterkere overheid als aan het te hard stijgen van allerlei bureaucratie en overhead. Zo pleit een respondent voor: *“versterking van de marktwerking en vrijheden en verantwoordelijkheden voor het veld onder gelijktijdige versterking van de publieke randvoorwaarden en het toezicht (ruim speelveld met veel vrijheid, strenge maatregelen bij het overschrijden van de spelregels)”*, terwijl een ander juist wijst op de: *“ongewenste stijging van overheadkosten door bureaucratiesering en de toename van de regels (dossiers bij aanbestedingen in het kader van de WMO, de complexe DBC-administratie, en de verantwoordingseisen bij zorgverzekeraars en zorgkantoren).”*

EPD en het functioneren van politiek en bestuur

Een aantal antwoorden waren niet goed in te delen op de voorgecodeerde lijst van strategische beleidsdossiers. Hiervoor is een categorie ‘anders’ gehanteerd. Een tweetal zaken vielen op. Op de eerste plaats waren er meerdere respondenten die expliciet pleiten voor een snelle invoering van het elektronische patiënten dossier (EPD) en een sterkere rol daarbij van de centrale overheid. Op de tweede plaats werd het functioneren van de politiek en het bestuur door de overheid zelf nogal eens ter discussie gesteld. Het gaat dan bijvoorbeeld om de consistentie van het gevoerde beleid: *“De overheid dient de koers vast te houden. Consistentie van het beleid is uitermate relevant. De beleidsdoelstellingen worden in zijn abstractheid onderschreven door de politiek maar als het op uitwerken aan komt, kiest men niet altijd voor consistentie”*. Enkele respondenten wijzen ook op een teveel aan ‘beleidsdrift’ en te weinig aandacht voor beleidsevaluaties en het op basis daarvan incrementeel aanpassen van de beleidsrichting. Een voorstander van meer transparantie neemt het consensusmodel in binnen de aansturing van de zorgsector op de korrel: *“Inzetten op grotere transparantie van het zorgaanbod en prestatiefinanciering. Met name druk zetten op verbeteren van de logistiek en op de operationaliteit van de prestatiefinanciering. Niet langer polderen maar een adequate koers uitzetten en daaraan vasthouden”*.

2.2 De strategische beleidsagenda op basis van een ‘gesloten’ inventarisatie

De respondenten kregen vervolgens vierentwintig strategische beleidsdossiers voorgelegd, elk met een korte toelichting. Ze konden vervolgens het belang van deze dossiers duiden op een schaal van 1 tot 3; er was ook ruimte voor een andere mening (categorie anders). Er is gevraagd om het aantal 1-tjes te beperken tot maximaal tien. De gemiddelde score per antwoord ligt daardoor tussen het getal één (belangrijk beleidsdossier) en drie (policy in progress). De gevonden uitkomsten staan in de twee overzichtstabellen aan het einde van deze paragraaf. Er is daarbij ook een onderscheid gemaakt naar de categorie respondenten. De in deze en de volgende paragraaf besproken resultaten zijn voor de leesbaarheid geïllustreerd met grafieken en figuren die op de beide overzichtstabellen gebaseerd zijn.

De scores op de ‘gesloten’ antwoorden komen grotendeels, maar niet helemaal, overeen met de beschreven ranglijst in de vorige paragraaf. Met name het belang van de ‘groeivraag’ en het ‘jeugdbeleid’ wordt in de ‘gesloten’ vragenlijst veel hoger aangeslagen dan in de ‘open’ vraag. Dit zijn blijkbaar twee strategische beleidsdossiers die men weliswaar belangrijk vindt, maar die tegelijkertijd niet ‘voor op de tong’ liggen van de respondenten.

De rest van deze paragraaf bespreekt de resultaten op basis van de scores die zij hebben bereikt. De daaropvolgende paragraaf gaat nader in op de belangrijkste verschillen die er daarbij bestaan tussen de categorieën respondenten (universiteiten en onderzoeksinstituten, overheid en zelfstandige bestuursorganen, consultants en financiële dienstverleners, zorginstellingen en verzekeraars, brancheorganisaties)

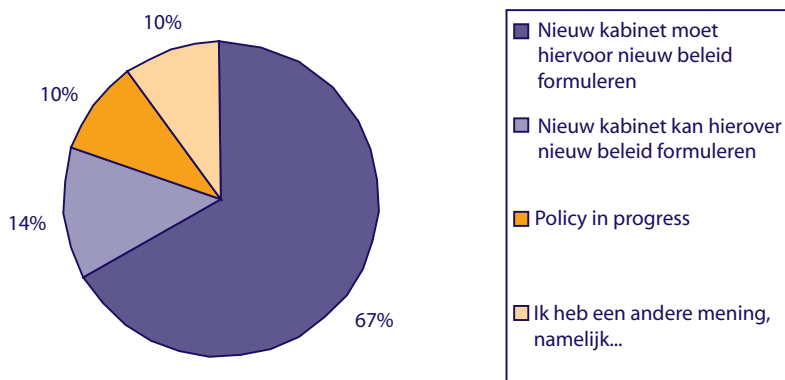
Tabel 2: Uitkomsten gesloten inventarisatie strategische beleidsdossiers (n=77)

Reikwijdte zorgstelsels	1,36	Kwaliteit van zorg	1,86
BKZ en uitgavenmanagement	1,54	Scheiden wonen en zorg	1,89
Groeiende zorgvraag	1,68	Verpleeghuiszorg	1,92
Jeugd	1,68	Patiëntenbeleid / vraagsturing	1,92
Solidariteit	1,71	Fusies / marktordening	1,95
Arbeidsmarkt /voorwaarden	1,73	Geneesmiddelen/biotechnologie	2,00
Pakket	1,73	Innovatie	2,05
Integrale tarieven / vastgoed	1,74	Levensloop	2,07
Prijsvorming	1,75	Internationalisering	2,10
Publieke gezondheid	1,76	Transparantie	2,17
Toezicht/ adm. lasten	1,78	Onderwijs en zorg	2,21
Ketenzorg / 1e lijn	1,83	Medische Ethiek	2,25

De reikwijdte van de verschillende zorgstelsels

De reikwijdte van de verschillende zorgstelsels (WMO, AWBZ, Basis- en aanvullende verzekering en de publieke gezondheid) staat afgetekend bovenaan op de lijst van belangrijke strategische beleidsdossiers (tabel 2); 67% van de respondenten is van mening dat een nieuw kabinet hierover beleid moet formuleren (figuur 1).

Figuur 1: De reikwijdte van de verschillende zorgstelsels



Het gevonden resultaat betekent dat volgens de respondenten het nieuwe kabinet in ieder geval duidelijkheid zou moeten scheppen over hoe de verstrekkingen over de stelsels worden verdeeld. In de praktijk gaat het daarbij vooral over de toekomst van de huidige AWBZ. Welk deel gaat naar de WMO, welk deel naar de basisverzekering en wat blijft eventueel in de AWBZ achter? Iemand zegt hierover: *“De WMO kan leiden tot substitutie van goedkopere vormen van zorg die nu naar de WMO overgaan voor duurdere zorg in de AWBZ. Herziening van AWBZ is noodzakelijk. De risico-aansprakelijkheid voor de zorgverzekeraars moet worden vergroot en daarnaast moet de eigen verantwoordelijkheid van burgers voor zorg in de AWBZ worden vergroot, onder andere door hogere eigen bijdragen en een verplicht eigen risico”.*

De respondenten hechten ook sterk aan duidelijkheid van de overheid in de richting van de sector: *“De overheid moet zo spoedig mogelijk duidelijk maken hoe men verschillende zorgvormen herverkaveld, zodat het veld daar rekening mee kan houden. Vervolgens moet men daar niet teveel meer aan tornen. Onduidelijkheid is namelijk in niemands belang en leidt tot heel veel frictiekosten en afwachtend gedrag.”*

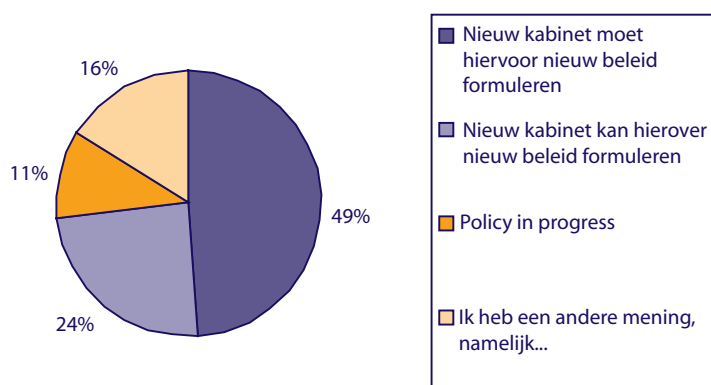
Meer onenigheid lijkt er te bestaan over de precieze richting van de mogelijke herverkaveling: *“de care uit de AWBZ moet snel worden opgeschoond en dan worden overgedragen naar de WMO. Alles wat behandeling is binnen de care gaat over op cure. De gemeenten moeten meer keuzevrijheid krijgen wat betreft marktwerking en helemaal*

over de nationale ellende van de huidige aanbestedingsprocessen”, maar iemand zegt ook: “het is zeer onbegrijpelijk dat een andere overheidslaag, de gemeente, in de zorg betrokken is geraakt (WMO). De praktijkverhalen zijn om van te griezelen. In elk geval zal de overheid de zaak moeten heroverwegen en herverkavelen.”

Het Budgettair Kader Zorg

Op plaats twee staat het Budgettair Kader Zorg en het uitgavenmanagement; 49% is van mening dat het nieuwe kabinet hier iets mee moet (figuur 2). Hier gaat het feitelijk vooral om de optimalisatie van het koppel betaalbaarheid en een zo goed mogelijke *value-for-money*. Veel respondenten geven aan dat ze een spanning zien tussen (gereguleerde) marktwerking en het handhaven van een centraal budgettair kader. Marktwerking zal volgens de meerderheid van de respondenten leiden tot hogere kosten en dit betekent een druk op de omvang van het pakket en de hoogte van de eigen betalingen, wat overigens niet perse als negatief wordt gezien: “Er zit een weeffout in het stelsel: decentrale beslissingsbevoegdheid binnen een centraal budgettair kader zorg. De enige uitweg hieruit is a) pakketverkleining en b) hogere eigen bijdragen. Gezien de grenzen aan de collectieve lastendruk is een herbezinning op eigen bijdragen in de komende tijd noodzakelijk. Hierbij dient ook te worden bedacht dat de eigen bijdragen in Nederland - in vergelijking met andere landen - laag zijn.”

Figuur 2: BKZ en het uitgavenmanagement



Niet iedereen is er overigens van overtuigd dat meer marktwerking de doelstelling van kostenbeheersing in de weg zit: “Er is een redelijke consensus dat de doelmatigheid nog flink omhoog kan, in ieder geval in de curatieve sector. De overheid moet dus zorgen dat doelmatigheidsprikkels hun werk kunnen doen (bijvoorbeeld door verzekeraars en aanbieders meer risico te laten lopen, FB-budget af te schaffen etc.). Ik weet niet zeker of het BKZ perse moet verdwijnen, maar het heeft in ieder geval geen zin om tegelijkertijd te liberaliseren en als overheid iedere beweging in de hand te willen houden. De overheid moet eerst zorgen dat de randvoorwaarden goed zijn geregeld en dan een besluit nemen: hebben we nu vertrouwen in gereguleerde concurrentie of niet? Als er echt flinke doelmatigheidswinst is te behalen, hoeft er niet veel meer geld aan zorg te worden uitgegeven dan in het ongewijzigd beleidspad, eerder minder.”

Er zijn dan ook enkele respondenten die een alternatieve oplossing zien. Het gaat dan vooral om het beter op elkaar afstemmen van de prijs van de zorg en de daarvoor geleverde kwaliteit: “De verdere 'uitrol' van de marktwerking; marktwerking moet *value-based competition* genereren, niet enkel het doorschuiven van de kosten naar andere partijen”; en, in de woorden van een andere respondent: “De prijs van de zorg moet gekoppeld worden aan de geleverde kwaliteit. Een zorgaanbieder moet daarop worden afgerekend. Door deze koppeling ontstaat er duidelijkheid omtrent het gewenste service level. De consument zal zelf streven naar een maximaal kwaliteitsniveau. Dat hoeven anderen niet voor hem/haar te realiseren”.

Groeiende zorgvraag, jeugdbeleid en solidariteit

De plaatsen drie tot en met vijf verschillen onderling niet veel en worden ingenomen door achtereenvolgens, de groeiende zorgvraag, het jeugdbeleid en de solidariteit. Een gemeenschappelijk kenmerk van deze drie dossiers is misschien dat ze vooral gaan over de houdbaarheid en effectiviteit van de huidige arrangementen op de wat langere termijn. De groeiende zorgvraag wordt daarbij vooral geplaatst binnen het kader van de financiële discussie zoals die ook voor het BKZ relevant is.

Een aantal respondenten vraagt echter ook veel meer aandacht voor technologie en innovatie: *“innovaties moeten gestimuleerd worden op het gebied van kleinschalige zorg in combinatie met toepassingen van moderne media en e-health. Daarvan is nog veel winst te verwachten.”*

De toelichting bij de antwoorden van het jeugdbeleid ademen een sfeer uit van verschillende normatieve opvattingen ten aanzien van dit thema en een zekere onduidelijkheid en misschien zelfs onzekerheid bij veel respondenten over de oplossingsrichtingen. Sommigen pleiten voor drastische reorganisaties, terwijl anderen juist terughoudendheid bepleiten. Het belang van normatief getinte opvattingen blijkt bijvoorbeeld uit de volgende twee toelichtingen: *“Dit is een decennia lang tobdossier, en de vraagstelling suggereert dat het een coördinatievraagstuk is. Ik denk dat eerst het domein van de publieke verantwoordelijkheid moet worden afgetast”* en: *“De jeugdwerksector dient op centraal niveau fors gereorganiseerd te worden, het is een chaos. Van ouders verlangen dat zij beiden werken en tegelijkertijd verantwoord kinderen groot brengen is de zee leegpompen door het eruit gepompte water er weer in te lozen.”*

De respondenten verschillen van mening over de eventuele oplossingsrichtingen. Er wordt vaak gewezen op het bestaan van afstemmings- en coördinatieproblemen in de jeugdzorg, maar er klinkt ook een roep om meer preventie: *“Het professionele domein kan die taak juist uitstekend aan, maar de overheid voert vooral incidentenpolitiek. De optimale verhouding tussen professionele zorg en zorg door de ouders en tussen de jeugdwelzijnszorg en de jeugdgezondheidszorg ligt bij het versterken van het primaat van de zorg door de ouders. Naarmate ouders meer opvoedingsondersteuning ontvangen kan professionele zorg, jeugdgezondheidszorg en jeugdwelzijnszorg beperkt blijven. De overheid behoort dan ook vooral in preventie en ondersteuning van ouder-kindzorg te investeren. Dit betekent ook dat de combinatie werkloosvoeden voor ouders verder moet worden gefaciliteerd. Werkgevers spelen hierbij een belangrijke rol en de overheid zou voorbeeldfuncties van werkgevers kunnen belonen.”*

Sommigen respondenten stellen een meer grootschaligere aanpak voor: *“In de grote steden zijn er grote investeringen nodig: in de kwaliteit van onderwijs, de kinderopvang en de integratie alsmede activiteiten voor moeders en vaders. Brede scholen en centra voor kind en gezin die tijdig signaleren en kunnen investeren in kind en ouder. Er is een deltaplan voor de jeugd nodig om het aantal vmbo-ers die zonder startkwalificatie de school verlaten, te beperken. Weer een soort jeugdwerkgarantieplan, met stageplaatsen en praktijkgericht onderwijs.”*

Solidariteit in de zorg leeft bij veel van de respondenten als een belangrijk thema. De toelichtingen maken echter ook duidelijk dat men hier zeker niet hetzelfde over denkt. Een respondent merkt bijvoorbeeld op: *“Het is gevaarlijk, onjuist, maar wel modieus om specifieke collectieve uitgaven als die voor de zorg uit de context van de totale collectieve uitgaven te halen, deze te problematiseren en vervolgens te twijfelen aan de solidariteit.”* Anderen zien wel gevaren voor de houdbaarheid van de solidariteit, met name waar het gaat om de intergenerationele solidariteit: *“Met name solidariteit tussen leeftijden wordt een probleem. De kosten per gewonnen levensjaar voor ouderen worden steeds duurder. Er is beleid nodig over wat we nog moeten behandelen en wat dat collectief mag kosten.”*

Er zijn ook mensen die dit thema expliciet koppelen aan het stimuleren van meer preventie: *“Ik zou snel de no-claimteruggave afschaffen en tegelijkertijd positieve leefstijlaspecten belonen in de premiestelling. Dit kan door roken en overgewicht premietechnisch te ontmoedigen, maar ook door beweegmogelijkheden in het aanbod te stimuleren. Het is toch raar dat georganiseerd en begeleid bewegen eigenlijk veel te duur is.”*

Strategische thema's met een lagere prioriteit

Aan de andere kant van het spectrum valt vooral op dat transparantie, de diffusie van zorginhoudelijke innovaties en de internationalisering van de zorg (de rol van Europa) zo laag scoren. Het is niet geheel duidelijk hoe dit komt, maar misschien heeft het te maken met de weerbarstigheid van deze dossiers of het gebrek aan voldoende politiek-bestuurlijk momentum.

Een aantal respondenten stelt dat er op het terrein van de transparantie al veel gebeurt. Iemand wijst op het bestaan van een spanning tussen meer transparantie en minder administratieve lasten, alsmede de effecten van fragmentatie in de zorg: omschrijving, indicatie, aflevering, declaratie en betaling en verantwoording. Iemand wijst ook op het 'maatschappelijke schrik-effect' van meer transparantie: *“Als de zorg al een glazen huis wordt, dan is het voorlopig toch vooral matglas. Nederland zal nog schrikken van medische fouten en kwaliteitsproblemen als er werkelijk transparantie zou ontstaan.”*

Een andere respondent ziet een duidelijke relatie tussen meer transparantie en meer marktwerking: *“Geef de marktwerking een serieuze kans en laat de overheid niet te snel in de verleiding komen om het kind met het badwater weg te gooien. (...) Laten we eerlijk zijn: juist nu zijn er grote kwaliteitsverschillen, mismanagement en oneigenlijk hoge salarissen. Als bestuurders dan toch al veel verdienen, laat ze dan ook maar meer risico en verantwoordelijkheid dragen..”*

Een aantal toelichtingen maakt ook duidelijk dat er een behoorlijke gepassioneerde houding bestaat bij de voorstanders van meer transparantie: *“transparantie is een fundamenteel goed, maatschappelijk en bedrijfseconomisch. Hoe bestaat het dat daar nog verzet tegen is!”* Het thema transparantie, zeker in combinatie met kwaliteit, scoort behoorlijk hoog bij de 'open' vraag (zie paragraaf 2.1). Dit duidt erop dat de toelichting bij deze vraag wellicht de lading niet helemaal goed heeft gedekt.

Weliswaar wordt het belang van internationalisering door veel respondenten onderschreven, maar nationaal beleid wordt gewoon veel relevanter geacht. Iemand merkt op dat het feit: *“dat de belangrijkste 'gezondheidsbedreigingen' in de meeste westerse landen gelijk zijn, geeft het nog geen grensoverschrijdend karakter. De zorg is eerder een regionale markt. Mededingingszaken van de Europese Commissie lijken me niet van toepassing. Als mensen de grens over willen, moeten ze dat zelf weten.”*

Het belang van een rol van de overheid bij de (diffusie van) innovaties in de zorg wordt door sommige respondenten betwist. Men verwacht op dit terrein meer van marktwerking en van minder regels. Een aanjaagfunctie wordt door sommigen wel op prijs gesteld en sommige respondenten vragen om een sterke rol van de overheid bij de invoering van het elektronisch patiënten dossier: *“De overheid kan wel een rol hebben bij de totstandbrenging van zeer grote ICT-systemen zoals het EPD. Hier kan de markt falen.”* Het EPD wordt door een aantal respondenten bij de beantwoording van de 'open' vraag eveneens gezien als een belangrijk strategisch thema.

De 'zorginhoud' scoort lager dan de 'structuur en financiering'

Zorginhoudelijke dossiers scoren - met uitzondering van het jeugdbeleid - over het geheel genomen een stuk minder goed dan dossiers die betrekking hebben op de sturing en financiering van de zorg. Zo scoren innovatie, het zorgonderwijs en de

medische ethiek laag. Publieke gezondheid, ketenzorg, de kwaliteit van de zorg, verpleeghuizen, en het scheiden van wonen en zorg komen allemaal niet verder dan een plaatsje in de middenmoot. Dit soort dossiers scoort veelal iets hoger bij de open vraag naar de top drie van beleidsdossiers, maar dan zien we weer dat deze worden verbonden met sturing en financiering; zo wordt de kwaliteit van zorg sterk gekoppeld aan de ontwikkeling van prestatie-indicatoren en transparantie (zie paragraaf 2.1).

Dossiers die typerend zijn voor het terrein van de sturing en financiering zoals prijsvorming, liberalisering van de kapitaallasten, toezicht, de administratieve lasten en het pakket scoren allemaal relatief hoog. Dit kan een welbewuste keuze zijn, maar het kan ook een indicatie zijn voor het bestaan van een dichotomie tussen de wereld van beleid en de wereld van de zorg. De toelichtingen maken ook duidelijk dat er bij de meer bestuurlijke thema's eveneens meer onenigheid is over de richting van het te voeren beleid, terwijl hierover bij de zorginhoud juist veel overeenstemming bestaat.

Een aantal respondenten noemt uit eigen beweging specifieke zorginhoudelijke dossiers waarvoor meer aandacht zou moeten komen. Voorbeelden hiervan zijn een gespecialiseerde gezondheidszorg voor ouderen (breder dan alleen dementie), de geïntegreerde eerste lijn (mede in relatie met jeugdzorg), meer investeren in preventie en het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Enkele respondenten pleiten bovendien voor herstel van de professionele verantwoordelijkheid en autonomie.

Categorie anders

De respondenten kregen ook bij het beantwoorden van de gesloten vragen de kans om eventuele andere thema's onder de aandacht te brengen. Hiervan is regelmatig gebruik gemaakt, maar vooral in de herhalende of toelichtende zin. Er wordt wederom aandacht gevraagd voor het elektronische patiënten dossier en de geïntegreerde eerste lijn. Hiernaast spelen er vragen op het terrein van het functioneren van de overheid en het veld. Iemand vindt dat het zoeken naar: *“maatschappelijke consensus en de belangrijkste thema's per kabinetsperiode centraal moeten staan. Er is volop discussie over de afbakening, financiering en sturing, maar een breed draagvlak ontbreekt.”* Sommige respondenten problematiseren ook de relatie tussen het management van de instellingen en de daar werkzame professionals. Eén respondent pleit voor: *“Herstel van een evenwichtige relatie tussen het management (intern, extern, toezicht, e.d.) en de professionaliteit werkvloer”* en een ander voor meer aandacht voor de: *“honorering, managementstructuur (incentive structuur), medische beroepsbeoefenaren (specialisten en huisartsen).”*

Tabel 3: Frequentieverdeling waardering beleidsonderwerpen

	Nieuw kabinet moet hierover nieuw beleid formuleren		Nieuw kabinet kan hierover nieuw beleid formuleren		Policy in progress		Ik heb een andere mening, namelijk...		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Toezicht en administratieve lastendruk	25	34%	22	30%	12	16%	15	20%	74	100%
BKZ en uitgabenmanagement	37	49%	18	24%	8	11%	12	16%	75	100%
Prijsvorming	31	42%	19	26%	15	21%	8	11%	73	100%
Integrale tarieven/vastgoed	33	44%	22	29%	15	20%	5	7%	75	100%
Fusie- en marktordeningsvraagstukken	21	30%	24	34%	18	25%	8	11%	71	100%
De reikwijdte van de verschillende zorgstelsels	49	67%	10	14%	7	10%	7	10%	73	100%
Jeugdbeleid	31	42%	25	34%	10	14%	8	11%	74	100%
Levensloop	15	20%	27	36%	19	26%	13	18%	74	100%
Internationalisering	14	19%	29	40%	20	28%	9	13%	72	100%
Patiëntenbeleid / vraagsturing	22	30%	27	36%	17	23%	8	11%	74	100%
Solidariteit	36	48%	18	24%	16	21%	5	7%	75	100%
Pakket	32	43%	17	23%	15	20%	10	14%	74	100%
Transparantie	18	24%	18	24%	29	39%	9	12%	74	100%
Scheiden van wonen en zorg	23	31%	27	36%	16	22%	8	11%	74	100%
Medische ethiek	12	16%	28	38%	29	39%	5	7%	74	100%
Genesmiddelen/biotechnologie	15	21%	34	47%	15	21%	8	11%	72	100%
Ketenzorg	30	42%	14	19%	19	26%	9	13%	72	100%
Kwaliteit van zorg	28	38%	16	22%	19	26%	10	14%	73	100%
Innovatie	22	31%	14	20%	25	35%	10	14%	71	100%
Publieke gezondheid	28	41%	28	41%	12	17%	1	1%	69	100%
De groeiende zorgvraag	31	44%	16	23%	12	17%	12	17%	71	100%
Arbeidsmarkt- en arbeidsvoorwaardenbeleid	28	40%	24	34%	11	16%	7	10%	70	100%
Onderwijs en zorg	11	16%	32	46%	25	36%	2	3%	70	100%
Verpleeghuiszorg	21	29%	25	35%	16	22%	10	14%	72	100%

Tabel 4: Gemiddelde schaalscores waardering beleidsonderwerpen, per categorie (aflopend gesorteerd op basis van totaalscore)

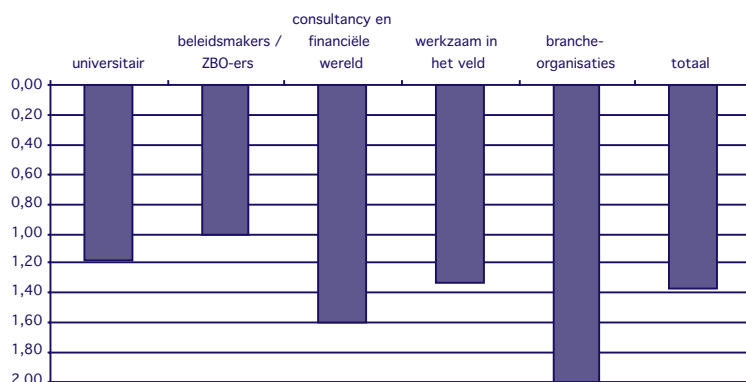
	universitair	beleidsmakers/ ZBO-ers	consultancy en financiële wereld	werkzaam in het veld	branche- organisaties	overig	totaal
Medische ethiek	2,13	2,08	2,36	2,23	2,46	2,25	2,25
Onderwijs en zorg	2,13	2,27	2,20	2,20	2,25	2,25	2,21
Transparantie	2,19	1,92	2,30	2,33	1,89	2,67	2,17
Internationalisering	2,20	1,88	2,30	2,27	1,64	2,25	2,10
Levensloop	1,80	2,27	1,78	2,46	1,80	2,67	2,07
Innovatie	2,00	2,00	2,09	2,31	1,80	2,00	2,05
Geneesmiddelen/biotechnologie	2,36	1,91	2,20	1,93	1,64	1,75	2,00
Fusie- en marktordeningvraagstukken	1,69	2,30	1,92	2,21	1,57	2,00	1,95
Patiëntenbeleid/vraagsturing	2,40	2,00	2,00	1,60	1,70	1,50	1,92
Verpleeghuiszorg	1,60	2,17	1,90	1,92	2,25	1,75	1,92
Scheiden van wonen en zorg	1,94	1,85	2,00	1,87	1,73	2,25	1,89
Kwaliteit van zorg	1,50	2,23	1,90	2,07	1,67	1,33	1,86
Ketenzorg	1,79	1,60	2,09	1,75	2,00	1,50	1,83
Toezicht en administratieve lastendruk	2,07	1,56	1,67	1,46	1,89	2,25	1,78
Publieke gezondheid	1,69	1,82	1,82	1,81	1,70	1,75	1,76
Prijsvorming	2,14	1,82	1,70	1,71	1,33	1,75	1,75
Integrale tarieven/vastgoed	2,00	1,58	1,42	1,79	1,77	2,00	1,74
Pakket	1,75	1,85	1,78	1,82	1,55	1,50	1,73
Arbeidsmarkt- en arbeidsvoorwaardenbeleid	1,69	1,91	1,63	1,77	1,64	1,75	1,73
Solidariteit	1,44	2,31	1,70	1,56	1,83	1,00	1,71
Jeugdbeleid	1,60	1,45	1,73	1,88	1,67	1,75	1,68
De groeiende zorgvraag	1,69	1,64	1,82	1,54	1,63	2,00	1,68
BKZ en uitgavenmanagement	1,50	1,67	1,64	1,38	1,60	1,33	1,54
De reikwijdte van de verschillende zorgstelsels	1,19	1,00	1,60	1,33	2,00	1,25	1,36

2.3 Verschillen in opvattingen op basis van de ‘gesloten’ inventarisatie

De reikwijdte van de verschillende zorgstelsels

We focussen ons nu nader in op een aantal opmerkelijke verschillen tussen de antwoorden van de categorieën respondenten. De reikwijdte van de verschillende zorgstelsels wordt het meest belangrijk gevonden door beleidsmakers en mensen die bij zelfstandige bestuursorganen werkzaam zijn. Het onderwerp behaalt bij die respondenten de hoogst mogelijke score (figuur 3).

Figuur 3: De reikwijdte van de verschillende zorgstelsels



Het valt wel op dat de scores van de respondenten uit de hoek van de brancheorganisaties wat lager zijn. Hier wordt bijvoorbeeld door iemand opgemerkt dat: *“Alleen de toekomst van de ouderenzorg is beleidsprioriteit. De afbakening tussen de Zorgverzekeringswet, de AWBZ, de WMO en de WCPV moet in de praktijk uitkristalliseren en niet voortijdig achter de tekentafel worden bedacht.”* Een andere respondent meent: *“eerst de nieuwe structuren operationaliseren en dan pas weer herverkavelen. De komende vier jaren dienen te worden ingezet voor een consolideren van de stelsels en deze te verbeteren waar nodig. Pas op de plaats voor het entameren van discussies over alsmaar voortgaande stelselwijziging. Binnen de verschillende sectoren zijn al problemen genoeg; eerst die oplossen!”*.

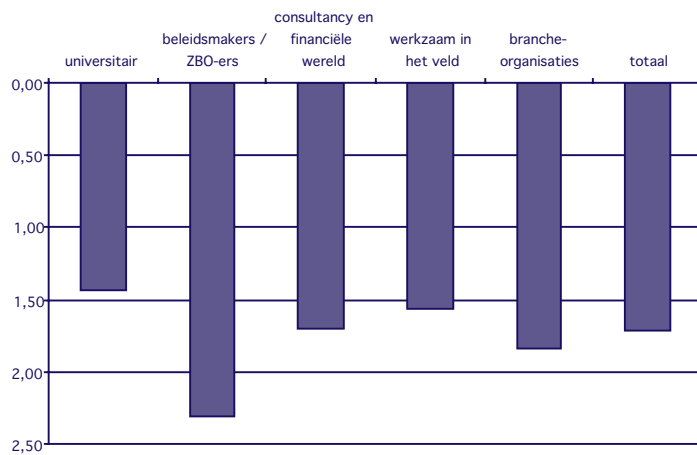
Het Budgettair Kader Zorg

De toekomst van het Budgettair Kader Zorg en de kostenbeheersing wordt hoog gewaardeerd met een relatief beperkte onderlinge spreiding. Iemand zegt: *“Met meer marktwerking zullen we meer waar voor ons geld krijgen. De efficiëntie zal toenemen. Maar dat wil niet zeggen dat de kosten ook lager worden. Waarschijnlijk zullen totale kosten toenemen omdat mensen eerder en duurdere behandelingen zullen afnemen.”* De respondenten uit het veld hebben ook veel behoefte aan duidelijkheid. Een respondent uit het veld koppelt dit thema aan de verdere verbetering van de logistiek binnen de sector: *“Het kabinet moet snel een duidelijke keuze maken voor welke delen van de zorg marktwerking bijdraagt aan het doel van een gematigde kostenontwikkeling om vervolgens tot invoering over te gaan en de markt zijn werk te laten doen. Voor de onderdelen van de zorg die daar (nog) niet aan voldoen moet het kabinet een breed stimuleringsbeleid ontwikkelen gericht op het verbeteren van de “logistiek” binnen zorgprogramma’s.”*

Solidariteit

We zien een opvallend verschil bij de uitkomsten over het belang van het dossier solidariteit (figuur 4). Dit thema scoort ronduit laag bij de beleidsmakers en de respondenten bij de zelfstandige bestuursorganen. Het thema scoort wel hoog bij alle andere categorieën van respondenten en belandt daardoor toch nog op de vijfde plaats.

Figuur 4: Solidariteit

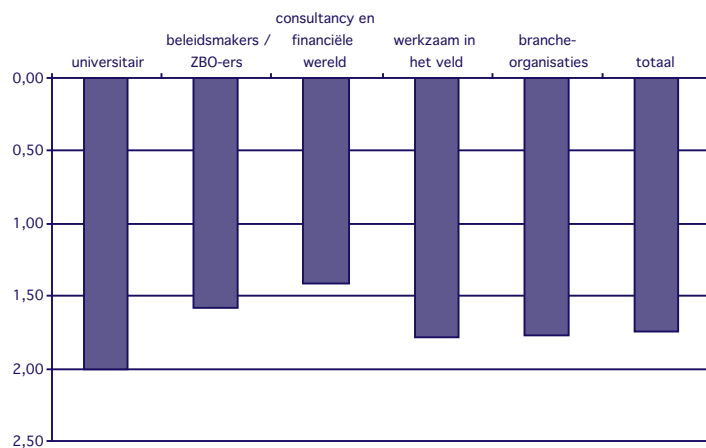


Het grote onderlinge verschil tussen de beleidsmakers en de overige respondenten heeft misschien te maken met de weerbarstige politiek-bestuurlijke werkelijkheid om hierin verandering aan te brengen zoals de discussies over pakket en eigen betalingen keer op keer hebben aangetoond. Een andere mogelijke verklaring vormen de grote onderlinge meningsverschillen over ‘meer’ of juist over ‘minder’ solidariteit, zoals ook wel blijkt uit de verschillende toelichtingen bij deze vraag. Er kan bovendien ook worden gewezen op de beperkte praktische aanknopingspunten voor het beleidsinstrumentarium. Zo merkt een respondent op dat: *“Ik denk dat mensen best solidair willen zijn, als het maar gaat om zieken die er zelf weinig aan kunnen doen dat ze ziek zijn. De discussie over de no-claim gaat erg de richting uit dat iedere eigen betaling voor chronisch zieken onacceptabel is. Mensen willen waarschijnlijk niet zo solidair zijn als overduidelijk is dat anderen hun ziekte zelf veroorzaakt hebben, maar dat komt niet zo vaak voor.”*

Integrale tarieven/vastgoed

De beleidsmakers zien de liberalisering van de kapitaallasten als een belangrijk beleidsdossier. Dit thema scoort zelf het hoogst onder consultants en mensen uit de financiële sector. Het potentiële belang van de liberalisering van de kapitaallasten als strategisch thema, wordt door de respondenten in de andere categorieën iets lager aangeslagen (figuur 5).

Figuur 5: Integrale tarieven/vastgoed



Hoewel de snelle toename van financiële risico's als gevolg van de liberalisering van de kapitaallasten waarschijnlijk veel extra adviesvragen en hogere rentetarieven zal genereren, is het hogere belang van deze liberaliseringoperatie een andere. Een

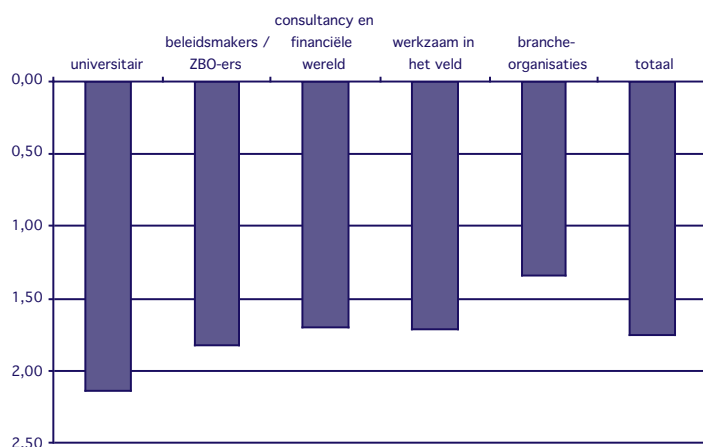
financiële dienstverlener stelt: *“Doorzetten met invoeren van integrale kostprijzen voor DBCs en de zorgwaartebekostiging. Vervolgens de verantwoordelijkheid voor huisvesting zo spoedig mogelijk bij de zorginstelling neerleggen. Deregulering van kapitaallasten is de sleutel tot marktwerking.”* Iemand anders zegt: *“Het snel invoeren van integrale tarieven, inclusief vastgoed geeft een enorme stroomstoot in het daadwerkelijk centraal stellen van de klant; dit moet snel en vrijwel zonder garanties/vangnetten.”*

Prijsvorming

De respondenten van de brancheorganisaties lijken de (toekomst van de) prijsvorming te beschouwen als het belangrijkste strategische beleidsdossier, althans het scoort onder die groep hoger dan alle andere dossiers (figuur 6).

Misschien is dit ook niet helemaal verbazingwekkend, gezien het feit dat de wijze van prijsvorming tot de corebusiness van de belangenbehartiging door de brancheorganisaties behoort. Een respondent van een brancheorganisatie zegt: *“Uiteindelijk moeten alle prijzen vrij. We zitten in een overgangsfase om daar te komen via de gereguleerde marktwerking. De grootste ramp die de gezondheidszorg kan overkomen is als we in deze fase ‘- bijvoorbeeld via maatstafconcurrentie - blijven steken. Hoe minder overheidsingrijpen in de prijsvorming, hoe verder de overheid op afstand komt. Hoe meer er gedifferentieerd gaat worden in product- en dienstenaanbod. Hoe sneller de patiënt zijn zorgvraag beantwoord krijgt.”*

Figuur 6: Prijsvorming



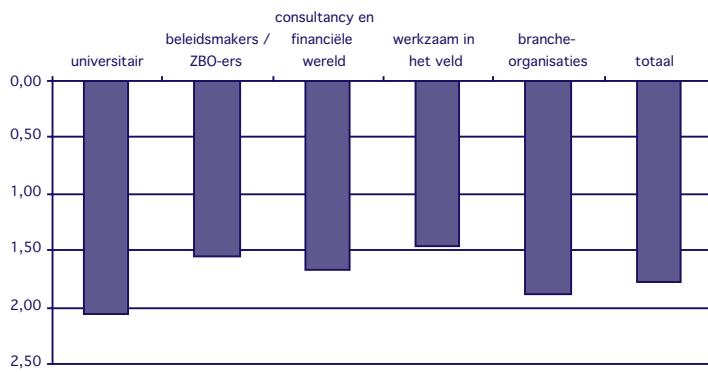
Sommigen - met name academici - zijn voorzichtiger in hun mening: *“Het is verstandig om de uitbreiding van de vrij onderhandelbare DBC's voorzichtig en geleidelijk te laten verlopen, bijvoorbeeld door eerst te werken met maximum tarieven. Vrije prijsvorming in de gezondheidszorg kan de efficiëntie verhogen, maar zorgt tegelijkertijd voor een aanzienlijke kostenstijging.”* Een andere respondent stelt: *“Dit is een belangrijk thema, zeker bij de huidige monopolievorming op regionaal en wellicht landelijk niveau. Ik voorzie een grote rol voor de NZA, wat mij betreft ook in regelende zin.”*

Toezicht en administratieve lastendruk

Het dossier toezicht en administratieve lastendruk laat een opmerkelijk spagaat zien. Het staat enerzijds hoog genoteerd, vooral bij beleidsmakers en de mensen in het veld, maar scoort een stuk lager bij de andere categorieën respondenten (figuur 7).

Het is overigens enigszins onduidelijk of de beleidsmakers en de respondenten bij de zelfstandige bestuursorganen voor dezelfde beleidsrichting kiezen als de mensen die bij de instellingen en verzekeraars werkzaam zijn. De respondenten bij de overheid zijn misschien geneigd om meer en meer te borgen en het beleid te beïnvloeden via het toezicht, terwijl de sector veelal kritischer is over de extra administratieve last die hiermee gepaard gaat.

Figuur 7: Toezicht en administratieve lastendruk



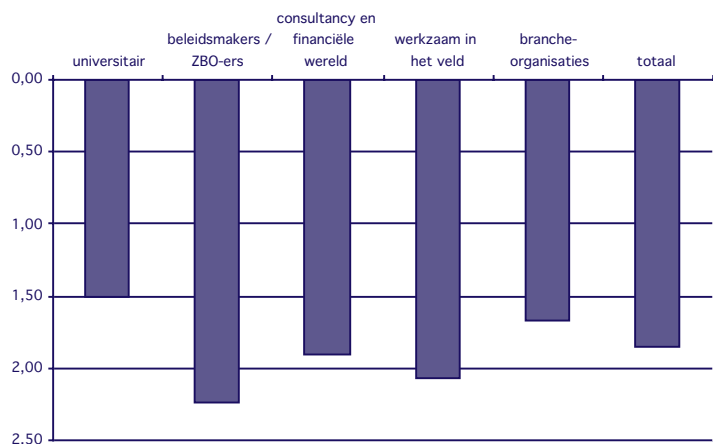
Een beleidsmaker wijst erop dat: *“De rol van het openbaar bestuur tendeert steeds meer naar het borgen van de benodigde randvoorwaarden voor een zelfsturend zorgsysteem. Dit vraagt om een sterker en ander soort van toezicht. Hier zijn echter nog veel onduidelijkheden. Het veld is bang voor nog meer regels en is ook niet altijd belanghebbend bij een sterker toezicht. Echter, de kans dat er zonder adequaat toezicht ‘ontsporingen’ optreden is reëel. De enige uitweg lijkt een afname van de administratieve lastendruk voor die onderwerpen, die voor het publieke belang minder zwaar wegen. Dan ontstaat er bij instellingen de ‘ruimte’ om aan nieuwe toezichteisen te voldoen.”*

Een respondent die werkzaam is bij een zorginstelling kiest echter voor een duidelijk andere toonzetting: *“Het zorgsysteem is volstrekt dichtgegroeid met toezichthouders. Dit terwijl er bij alle aanbieders en verstrekkers van zorg wetten, regels, eigen toezichthouders, cliëntenraden en accountants betrokken zijn. Wel zal er altijd een toezichthouder op de juiste besteding van het verzekeringsgeld moeten zijn. De administratieve lastendruk is een door de overheid gecreëerde noodzakelijkheid die altijd (commissie de Beer) minder kan, maar die door al het ingrijpen en aanpassen (dakpan over dakpan) alleen maar erger wordt.”*

Kwaliteit van zorg

De antwoorden op het onderwerp kwaliteit van zorg laten, net als bij het toezicht en de administratieve lastendruk, wederom een dichotomie zien. Dit onderwerp scoort bij sommige groepen respondenten hoog (universiteiten en onderzoeksinstituten), maar bij anderen, in dit geval vooral de beleidsmakers en de mensen uit de sector, juist weer relatief laag (figuur 8).

Figuur 8: Kwaliteit van zorg

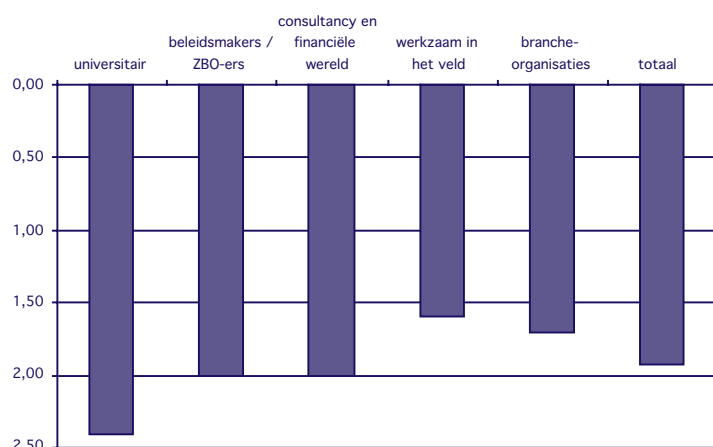


Hoewel veel respondenten erop wijzen dat dit beleidsdossier sterk samenhangt met transparantie en dat transparantie van kwaliteitsresultaten erg lastig is. De steun voor meer transparantie van kwaliteit vinden we duidelijk terug in de antwoorden op de open vragen, zoals die in de vorige paragraaf beschreven zijn. Overigens wordt door een aantal beleidsmakers en mensen uit het veld gesteld dat hier ook gewoon al veel gedaan is. Een beleidsmaker geeft aan: *“Veel procedures, instituties, en beleidsmaatregelen zijn inmiddels ingericht en/of opgericht. Laten we nu eens zien wat dat oplevert, zonder alles weer opnieuw om te gooien”*. In het veld vinden we gelijksoortige geluiden: *“Er is een inspectie, er is een Kwaliteitswet, er is een BIG, er zijn tal van inspraak-, ordenings-, toetsings-, toezicht- en afrekenorganen en de kwaliteit van zorg zal nooit verbeteren omdat een minister dit wil. In het veld wordt gewerkt aan nieuwe toetsingskaders en normen voor verantwoorde zorg”*.

Patiëntenbeleid en vraagsturing

De beleidswenselijkheid van het onderwerp patiëntenbeleid en vraagsturing wordt het hoogst aangeslagen bij de bestuurders bij de instellingen in de sector en bij de medewerkers van de brancheorganisaties (figuur 9). Dit onderwerp scoort echter laag bij de respondenten die werkzaam zijn bij universiteiten en onderzoeksinstituten, iemand zegt: *“De regels die op deze punten reeds zijn, voldoen naar behoren. Het enkele feit dat ze niet netjes in een enkele wet te vinden zijn, is op zichzelf onvoldoende reden om ze 'op de schop' te nemen”*. Dit specifieke punt wordt overigens ondersteund door iemand die een brancheorganisatie van zorgaanbieders vertegenwoordigt: *“De rechtspositie van patiënten is in Nederland al bijzonder sterk en zijn 'plichten' zijn hier - in tegenstelling tot veel andere Europese landen - ook al zwaar aangezet. Het gaat er niet om de bestaande rechten nog eens opnieuw te formuleren in een Zorgconsumentenwet, maar vooral om het stroomlijnen van de bestaande mogelijkheden die patiënten nu al hebben. De code voor 'goed patiëntschap' is een achterhaalde gedachte vanuit vanuit de paternalistische gedachte dat de patiënt zich moet houden aan bepaalde gedragsregels die artsen en andere hulpverleners hem opleggen. Centraal uitgangspunt behoort te zijn dat gelijkwaardige consumenten hun rechten en plichten op een gelijkwaardige wijze ten aanzien van hulpverleners kunnen waarmaken en wie zich daarbij misdraagt behoort daarvan de (rechts)gevolgen te dragen net zoals dat bij overige consumentenzaken het geval is. Patiëntenorganisaties behoren zich vooral in zetten voor collectieve patiëntenbelangen en meer en nauwere samenwerking te zoeken met consumentenorganisaties. Nu nog zijn de onderlinge tegenstellingen vaak te groot en de belangen te versnipperd.”*

Figuur 9: Patiëntenbeleid en vraagsturing



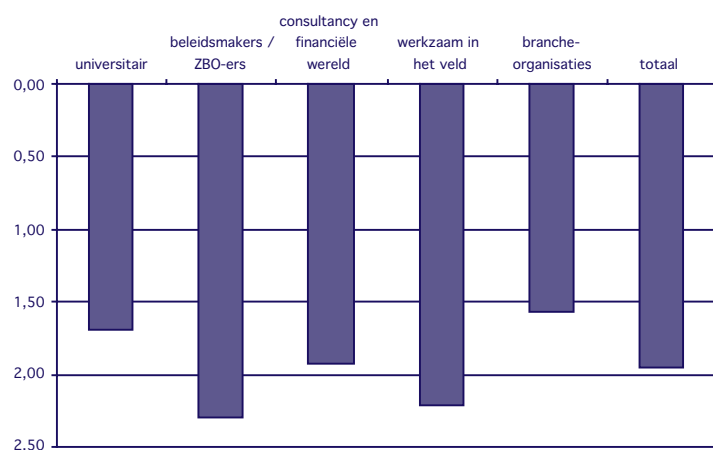
De respondenten die patiëntenbeleid en vraagsturing een belangrijk beleidsonderwerp vinden, leggen soms een expliciete relatie met het thema marktwerking, de betaalbaarheid en de persoonsgebonden budgetten. Een directeur van een zorginstel-

ling zegt: “Wat mij betreft is de enige manier om te komen tot een duurzame betaalbaarheid en toegankelijkheid, het veel serieuzer nemen van de patiënt als een ‘medebehandelaar’, keuzevrijheid en transparantie zijn daartoe cruciaal”. Een stakeholder van een brancheorganisatie meent dat meer eigen betalingen het emancipatieproces van de patiënten en cliënten zullen versterken: “Consumenten worden pas actief als zij financieel risico lopen. Voor zorgconsumenten is dat niet anders. Als het stelsel financieel goed wordt ingericht zullen patiënten en consumenten vanzelf hun rol opeisen. Het toedragen van invloed aan patiënten en verzekerden zonder de bijbehorende financiële verantwoordelijkheid wordt nooit wat.” Anderen wijzen erop dat dit effect ook kan worden bereikt via collectief gefinancierde individuele arrangementen, zoals het persoonsgebonden budget: “Vraagsturing werkt niet volgens het Poldermodel, maar volledig geïndividualiseerd met persoonsgebonden flexibele financiering, veel keuzevrijheid en een goede ondersteuning op het gebied van informatie en makelaardij.”

Fusie- en marktorderingsvraagstukken

Het onderwerp fusie en marktorderingsvraagstukken scoort laag, vooral bij beleidsmakers. Zij zien hier misschien niet altijd een sturende rol voor zichzelf weggelegd, en de mensen in het veld. Het onderwerp scoort ook laag bij de mensen in het veld, die misschien juist teveel inmenging vrezen (figuur 10). In de wereld van de universiteiten en het onderzoek zijn er bij een aantal respondenten echter duidelijke aarzelingen bij de trend naar meer schaalvergroting: “Eens. Meer in het algemeen is een pleidooi voor kleinere zorginstellingen op zijn plaats. Waar zijn de veronderstelde voordelen van de fusies? Is de zorg beter? Goedkopere zorg? Voor mij zijn dat grote vraagstukken. Ik merk de stroperigheid van de grote organisaties dagelijks.”

Figuur 10: Fusie en marktorderingsvraagstukken



Sommige brancheorganisaties van aanbieders vrezen vooral de snel toenemende concentratie bij de zorgverzekeraars: “De fusievorming aan de kant van de zorgverzekeraars levert voor de instellingen grote problemen op aangezien de onderhandelingen vooral regionaal worden gevoerd. Dat betekent dat zorgverzekeraars gebruik/misbruik kunnen maken van hun dominante machtsposities. De overheid moet inderdaad afzijdig blijven, maar de toezichthouders (NMa en NZa) moeten ingrijpen in de machtsposities van zorgverzekeraars”.

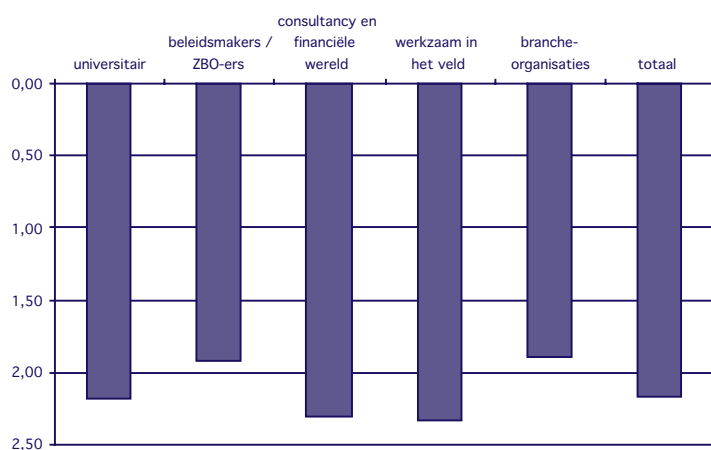
De respondenten die werkzaam zijn bij instellingen en verzekeraars zetten het onderwerp, net zoals de beleidsmakers, niet erg hoog op de beleidsagenda. De heersende tendens onder deze respondenten is dat de huidige mededingingswetgeving voldoende aanknopingspunten voor een gezonde marktordering biedt: “Met de oprichting van de zorgautoriteit zijn er voldoende waarborgen dat verdere fusies niet tot ongewenste machtsconcentraties leiden, die de mededinging belemmeren. Daarom is er geen aanvullend beleid van de overheid nodig.”

De toelichtingen maken verder nog duidelijk dat een aantal respondenten het idee hebben dat de marktconcentraties de afgelopen jaren dusdanig zijn toegenomen dat dit moeilijk meer valt terug te draaien. Een consultant merkt op: *“Dit heeft een zeer hoge prioriteit. De overheid heeft het hier volledig laten afweten. Schaalvergroting bij ziekenhuizen is zeker niet doelmatig (geweest). Bovendien ontstaat er teveel marktmacht. De overheid moet veel meer ingrijpen en ook zorgen dat nieuwe aanbieders volop kansen krijgen. In het bijzonder moet men ook letten op (kartels) bijvoorbeeld via beroepsverenigingen, koepelorganisaties etc.”* Vanuit een brancheorganisatie valt een gelijksoortig geluid te horen: *“Houden zo (ironisch bedoeld), marktwerking brengt immers marktordening met zich mee. De versterking van het maatschappelijke middenveld, het betrekken van burgers bij vormgeving van hun samenleving wordt door fusie naar immense grootschaligheid niet gediend, doch daarover heeft de overheid geen standpunt.”*

Transparantie

We hebben al eerder opgemerkt dat transparantie opvallend laag scoort bij veel respondenten. De respondenten die bij de overheid en de zelfstandige bestuursorganen werkzaam zijn, schatten het belang van transparantie gemiddeld iets hoger in, maar zeker niet hoger dan de meeste andere onderwerpen (figuur 11). Een beleidsmaker stelt voor om de inspanningen op het terrein van transparantie meer te verbinden met voorlichting: *“Transparantie moet, maar daarnaast moeten we ook werken aan het tegengaan van de zorg en gezondheidsilliteracy.”* Anderen vinden dat het onderwerp al teveel aandacht gehad heeft en iemand merkt op dat: *“Een miljoen oordelen vormen geen oordeel meer”*. Iemand uit de sector stelt dat: *“Meer transparantie is zeker noodzakelijk maar we moeten de onzichtbare processen niet uit het oog verliezen. Zorg moet meer zijn dan een benchmark.”*

Figuur 11: Transparantie



2.4 Conclusies: duidelijke randvoorwaarden

In deze afsluitende paragraaf gaan we op zoek naar de overkoepelende conclusies van deze exercitie. We kijken daarbij niet zozeer naar de verschillen die er natuurlijk wel degelijk bestaan tussen de verschillende respondenten, de resultaten van deze enquête zijn immers altijd helemaal eenduidig, maar naar de centrale conclusies. De geconsulteerden adviseren het nieuwe kabinet in ieder geval om duidelijkheid te scheppen over de toekomst van de AWBZ, in relatie tot de reikwijdte van de WMO en de basisverzekering. Dit thema scoort veruit het hoogst, zowel bij de antwoorden op de ‘open’ vraag als in de ranglijst van de ‘gesloten’ vragen. Het nieuwe kabinet krijgt daarmee feitelijk de opdracht en de kans, voor wat betreft de versprekkingskant, om de stelselherziening te voltooien. De respondenten is niet expli-

ciet gevraagd naar de precieze invulling van de reikwijdte van de verschillende zorgstelsels, maar uit de toelichtingen spreekt veelal - maar niet altijd - een duidelijke voorkeur voor een forse opschoning van de AWBZ.

De beleidsdossiers die raken aan het thema van de gereguleerde marktwerking, en dan vooral voor zover deze betrekking hebben op de zorginkoopmarkt, scoren eveneens goed. De conclusies die we hieruit kunnen trekken is echter minder eenduidig. Zo geeft aan aantal respondenten aan dat zij twijfels hebben bij het marktwerkingsbeleid. Veel deelnemers verwachten behoorlijke kostenstijgingen als gevolg van meer marktwerking. De toelichtingen maken echter ook duidelijk dat deze tendens volgens een sommige respondenten niet snel genoeg kan gaan, zij pleiten voor verregaande liberalisering en marktwerking. Hoe dan ook, de relatieve eenduidigheid die er bestaat over de invulling van de reikwijdte van de verschillende zorgstelsels, lijkt bij dit thema te ontbreken. Er is echter één aspect waarop een meerderheid van de respondenten zich wel kan vinden en dat is het grote belang van meer inzicht in kwaliteit en zorgresultaten. Dit geldt zowel voor de consumenten als de zorgverzekeraars. Veel respondenten merken op dat dit inzicht niet alleen intrinsiek wenselijk is, maar dat het ook een belangrijke randvoorwaarde vormt voor meer marktwerking; sommigen maken een koppeling met de wenselijkheid van minimale kwaliteitsnormen. Een nieuw kabinet dat werk wil maken van meer marktwerking, krijgt dus het advies om daarbij stevig in te zetten op meer inzicht in de kwaliteit van zorg (de batenkant) en dit eventueel te koppelen aan een verdere liberalisering van de prijsvorming.

We richten onze blik nu op de meer zorginhoudelijke thema's. Het valt daarbij op dat er nogal wat respondenten zijn die de ketenzorg op de beleidsagenda plaatsen. Nog opvallender is het dat dit thema vaak wordt gekoppeld aan de versterking en verbreding van de eerstelijnszorg. Er blijkt een behoorlijke groep respondenten te bestaan het antwoord op algemene trends, zoals de extramuralisering en de snelle toename van het aantal chronisch zieken, verbindt met een andere opzet van de eerste lijn; dit pleidooi wordt soms aangevuld met het idee van meer afstemming en integratie tussen eerste lijn en jeugdzorg. Het nieuwe kabinet zou zich kunnen afvragen of de huidige ordeningsmechanismen, die zich grotendeels baseren op de principes van de echelonnering en het organisatorische onderscheid tussen generalistische en specialistische zorg, nog wel voldoen.

Deze drie conclusies geven het nieuwe kabinet aanknopingspunten voor beleid op een drietal beleidsdomeinen: het stelsel, marktwerking en concurrentie en de zorginhoud. Een aantal andere uitkomsten mag echter niet onvermeld blijven. Er wordt vooral veel aandacht voor de publieke gezondheidszorg gevraagd, niet alleen in de zin van meer investeren, maar ook wil een aantal respondenten een betere aansturing en betere prikkels voor een gezonde leefstijl; het invoeren van het elektronisch patiënten dossier zou de prestaties van de zorg volgens sommigen fors verbeteren, maar dit lijkt zonder een sterker overheidsoptreden niet goed te lukken; tot slot wil een aantal respondenten dat de overheid meer consistent is in haar optreden en beleid.

Methodologische verantwoording

De Raad heeft een groep van 101 mensen gevraagd om een enquête in te vullen. De selectie van de respondenten is primair gebaseerd op basis van deskundigheid en ervaring met strategische beleidsonderwerpen. Hoewel de respondenten niet primair op basis van representativiteit zijn geselecteerd, mogen we, mede gezien de hoge respons, toch aannemen dat de gevonden resultaten representatief zijn voor wat 'policy watchers' en andere deskundigen als de belangrijkste strategische beleidsdossiers beschouwen. De geselecteerde groep is werkzaam bij universiteiten en onderzoeksinstituten (n=27), overheidsinstanties en zelfstandige bestuursorganen (n=17), consultancy firma's en financiële dienstverleners (n=13), zorgverzekeraars, instellingen en GGD'en (n=19) en allerlei brancheorganisaties (n=22). Enkele respondenten waren niet in één van deze vijf categorieën onder te brengen (n=3).

De uiteindelijke respons op de enquête bedroeg 76% (n=77). Dit is bijzonder hoog te noemen. Er is tussentijds één keer gerappelleerd en de respondenten is een anonieme verwerking toegezegd. De relatieve respons was het hoogst onder de groep van de consultants en de financiële dienstverleners (92%). De groep van de brancheorganisaties scoorde het laagst (64%). Verzekeraars en instellingen (89%), beleidsmakers en zelfstandige bestuursorganen (82%) en universitaire en onderzoeksinstituten (67%) zaten tussen deze beide scores in.

De verzonden vragenlijst is in deze bijlage opgenomen. Een eerdere pilotversie is door RVZ-medewerkers ingevuld en dit heeft ertoe geleid dat de uiteindelijke vragenlijst enigszins aangepast is. De vragenlijst bestaat uit twee delen. In het eerste deel is aan de respondenten gevraagd naar hun top drie van belangrijkste strategische beleidsdossiers voor het nieuwe kabinet. De antwoorden hierop zijn vervolgens gecodeerd op basis van de indeling in strategische beleidsdossiers die is gebruikt om het tweede deel van de enquête te structureren. Deze gecodeerde beleidsdossiers hebben een score van één, twee of drie gekregen. Het eerst genoemde onderwerp kreeg de hoogste score en het laatst genoemde kreeg één punt.

De respondenten kregen daarna vijftientig strategische beleidsdossiers voorgelegd, elk met een korte toelichting. Ze konden het belang van deze dossiers duiden op een schaal van 1 tot 3. Er was ook ruimte voor een andere mening. Er is gevraagd om het aantal 1-tjes te beperken tot maximaal tien. De geretourneerde vragenlijsten zijn door "Right Marktonderzoek" ingevoerd in een door hun ontwikkelde database. Het secretariaat van de RVZ heeft op basis daarvan analyses uitgevoerd.

Toelichting op het invullen van de inventarisatie

U treft onderstaand een lijst aan van ongeveer vijftientig strategische beleidsonderwerpen. Deze lijst is verdeeld in drie delen. In deel A kunt u, uw eigen beleidsprioriteiten kwijt. Deel B en deel C betreffen vragen over respectievelijk de sturing en financiering en de zorginhoud. Bij elk onderwerp staat een korte toelichting met een aantal relevante beleidsvragen. U kunt zelf nieuwe onderwerpen en vragen toevoegen. U kunt per beleidsonderwerp aangeven hoe u deze waardeert, door deze van een nummer te voorzien (aankruisen). De mogelijkheden daarbij zijn:

1. Een nieuw kabinet **moet** over dit onderwerp nieuw beleid formuleren. Het hoort zeker thuis op een beknopte strategische (veranderings)agenda.
2. Een nieuw kabinet **kan** over dit onderwerp nieuw beleid formuleren. Dit hoeft echter niet; er is sprake van discretionaire beleidsruimte. Het is onduidelijk of dit onderwerp thuishoort op een beknopte strategische (veranderings)agenda.
3. Er is sprake van *policy in progress*. Er bestaat breed draagvlak over het continueren van dit reeds ingezette beleid en dit loopt goed. Het hoort om die reden ook **niet** thuis op een beknopte strategische (veranderings)agenda.
4. Ik heb een andere mening, namelijk:

U vindt in de inventarisatie ook de ruimte om eventuele strategische beleidsonderwerpen onderwerpen te noemen die u mist, maar waarvan u vindt dat ze op de beleidsagenda van een nieuw kabinet horen.

Om te voorkomen dat teveel onderwerpen als zeer belangrijk worden bestempeld, geldt de spelregel dat men niet meer dan **tien keer** het getal 1 mag aankruisen.

De rapportage van deze inventarisatie wordt **geanonimiseerd**. De resultaten zullen niet tot personen te herleiden zijn. Met het oog op de verdere verwerking wordt u verzocht om deze lijst uiterlijk voor vrijdag 20 oktober te retourneren. Per e-mail naar jj.lekahena@rvz.net of sturen aan RVZ, t.a.v. J. Lekahena, Postbus 19404, 2500 CK Den Haag. (Indien u het bestand per computer invult en per e-mail retourneert; let u er dan op dat u het bestand eerst opslaat).

Rien Meijerink,
voorzitter

Inventarisatie strategische beleidsonderwerpen

A. De drie belangrijkste prioriteiten

1. Top drie van strategische beleidsonderwerpen

U kunt hier drie strategische beleidsonderwerpen invullen die een nieuw kabinet, naar uw mening, met voorrang moet oppakken. Het is belangrijk om deze vraag ook het eerst te beantwoorden.

1...

2...

3...

B. Vragen over sturing en financiering

Dit onderdeel bevat een aantal strategische beleidsonderwerpen die hoofdzakelijk liggen op het terrein van de sturing en financiering van de gezondheidszorg en de welzijnssector.

2. Toezicht en administratieve lastendruk

De rol van het openbaar bestuur tendeeft steeds meer naar het borgen van de benodigde randvoorwaarden voor een zelfsturend zorgsysteem. Dit vraagt om een sterker en ander soort van toezicht. Hier zijn echter nog veel onduidelijkheden. Het veld is bang voor nog meer regels en is ook niet altijd belanghebbend bij een sterker toezicht. Echter, de kans dat er zonder adequaat toezicht 'ontsporingen' optreden is reëel. De enige uitweg lijkt een afname van de administratieve lastendruk voor die onderwerpen, die voor het publieke belang minder zwaar wegen. Dan ontstaat er bij instellingen de 'ruimte' om aan nieuwe toezichteisen te voldoen.

1	2	3	4
---	---	---	---

Ik zie dit anders, namelijk...

3. BKZ en uitgavenmanagement

Veel politieke partijen bezuinigen in hun partijprogramma's op de zorgsector. Op de 'beleidsarme' CPB-ramingen worden soms aanzienlijke kortingen toegepast. Het is de vraag hoe zich dit met de geplande introductie van meer marktwerking en meer financiële vrijheid voor het veld verhoudt. Hoe kan de overheid bereiken dat de zorguitgaven zich gematigd blijven ontwikkelen met een maximale value-for-money.

1	2	3	4
---	---	---	---

Ik zie dit anders, namelijk...

4. Prijsvorming

De prijzen in de zorg worden nog steeds grotendeels centraal gecoördineerd. Dit is geen houdbaar systeem bij de invoering van volledig vrije markten. Deze constatering ligt genuanceerder bij gereguleerde marktwerking. Hoe wordt bepaald wat de beste afweging is tussen 'vrije' en 'gereguleerde' prijzen? Hoe verloopt de afstemming tussen deze mechanismen?

1	2	3	4
---	---	---	---

Ik zie dit anders, namelijk...

5. Integrale tarieven/vastgoed

Het kabinet heeft een nota uitgebracht waarin de stelling wordt betrokken dat de kapitaallasten in de vigerende prijsvorming (dbc's, zorgzwaartebekostiging) wordt ondergebracht. De bedoeling is om instellingen op termijn volledig risico voor hun investeringen te laten dragen. Omdat de variabele kosten van de instellingen relatief laag zijn, nemen de risico's bij productiedalingen sterk toe. Aan de andere kant is de potentiële doelmatigheidswinst enorm. De meeste politieke partijen hebben zich in hun partijprogramma's uitgesproken voor de invoering van integrale tarieven. Rondom de invoering, met name de snelheid daarvan, spelen nog een aantal vragen.

1	2	3	4
---	---	---	---

Ik zie dit anders, namelijk...

6. Fusie- en marktordeningsvraagstukken

De zorgsector wordt al sinds het verschijnen van de eerste plannen voor meer marktwerking (Commissie Dekker) met fusies geconfronteerd. Op de landelijke verzekeringsmarkt zijn nog maar vier grote partijen actief. In de meeste regio's wordt het overgrote deel van de zorg door slechts enkele instellingen geleverd. Wel vindt er ook schaalverkleining plaats door de komst van privéklinieken, diagnostische centra, zzp'ers en persoonsgebonden budgetten. De mededingingsautoriteit meent dat de zorg een regionale markt is. Dit betekent dat fusievorming steeds meer via landelijke ketens zal verlopen, omdat binnen de regio nauwelijks nog ruimte voor extra fusies is. De overheid staat afzijdig; zij heeft geen formeel standpunt over de gewenste marktordering.

1	2	3	4
---	---	---	---

Ik zie dit anders, namelijk...

7. De reikwijdte van de verschillende zorgstelsels (publieke gezondheid, WMO, AWBZ, basis- en aanvullende verzekering en arbozorg)

Met de komst van de WMO en de basisverzekering heeft de overheid de institutionele randvoorwaarden gecreëerd voor een eventuele herverkaveling van de verschillende verstrekkingen en voorzieningen over de verschillende stelsels. Er bestaan echter nog veel onduidelijkheden over de uiteindelijke verdeling van de verschillende vormen van zorg en maatschappelijke ondersteuning in deze nieuwe structuren en hoe deze op elkaar worden afgestemd. Het gaat dan over de reikwijdte van de WMO, van de basisverzekering en de toekomst van de AWBZ.

1	2	3	4
---	---	---	---

Ik zie dit anders, namelijk...

8. Jeugdbeleid

Op het terrein van de jeugd spelen behoorlijke problemen. Het aantal kinderen dat naar het speciaal onderwijs gaat neemt snel toe. Er zijn vraagtekens bij de effectiviteit van de jeugdzorg. Het professionele domein krijgt sluipenderwijs een steeds grotere taak, die ze echter niet altijd lijkt aan te kunnen. Wat is de optimale verhouding tussen professionele zorg en ouderlijke zorg en tussen jeugdgezondheidszorg en jeugdwelzijnszorg? Hoe kunnen ouders werk en opvoeden combineren? Wat is het rendement van investeren in kinderen en hoe zorgen we dat deze zich kunnen blijven ontwikkelen tot 'goede' burgers?

1	2	3	4
---	---	---	---

Ik zie dit anders, namelijk...

9. Levensloop

Doordat mensen op steeds latere leeftijd aan kinderen beginnen en ouderen steeds ouder worden en dan een beroep doen op informele zorg door hun kinderen ontstaat er een 'spitsuur generatie'. De verdeling van de hoeveelheid vrije tijd over de levensloop is scheefgegroeid. Jongeren en ouderen hebben 'teveel vrije tijd' en de traditionele beroepsbevolking (met name 'het cohort tussen de 30 en 50) 'te weinig'. Het kabinet zou een visie moeten ontwikkelen op de levensloop in een moderne samenleving en op de toenemende spanningen daarbinnen (meer werken, meer carrière, meer opleiding, maar ook meer opvoeding, meer mantelzorg en meer vrijwilligerswerk).

1	2	3	4
---	---	---	---

Ik zie dit anders, namelijk...

10. Internationalisering

De zorg wordt steeds meer geconfronteerd met aspecten van internationalisering en globalisering. Het grensoverschrijdende patiëntenverkeer neemt toe, zonder dat de nationale en internationale instituties daarop altijd evengoed toegesneden zijn. Daar waar nationale overheden kiezen voor meer marktwerking krijgen zij te maken met internationaal mededingingsrecht. Van een geheel andere orde is het feit dat belangrijke gezondheidsbedreigingen steeds vaker een grensoverschrijdend karakter hebben, wat vraagt om een meer internationale aanpak.

1	2	3	4
---	---	---	---

Ik zie dit anders, namelijk...

11. Patiëntenbeleid / vraagsturing

Het gaat hier om de versterking van de positie van de patiënt en om zijn 'plichten' voor zover hij een beroep doet op collectief gefinancierde verstrekkingen. Hoe moet de rechtspositie van de patiënten worden vormgegeven ('recht-op-zorg', Zorgconsumentenwet) en welke positie krijgen patiëntenorganisaties? Wordt het niet tijd voor een code 'goed patiëntschap'?

1	2	3	4
---	---	---	---

Ik zie dit anders, namelijk...

12. Solidariteit

De hoeveelheid solidariteit die een samenleving bereid is om op te brengen hangt samen met argumenten van welbegrepen eigenbelang en de gevoelens van onderlinge saamhorigheid. Dit laatste kan bijvoorbeeld samenhangen met de sociaal-culturele homogeniteit in de samenleving. Deze beide pijlers onder de solidariteit staan onder druk; hiernaast stijgen de kosten en de daarmee samenhangende financiële solidariteitsoverdrachten. Daarmee staat de vraag op de agenda hoe de toekomstige solidariteitsarrangementen er uit moeten zien en welke incentives zijn aangewezen. Concrete vragen in dit dossier die op korte termijn om een antwoord vragen zijn de 'koppelingsmechanismen' tussen zorgtoeslag en de stijgende zorgkosten, de positie van de bijzondere lastenaftrek en de positie van de no-claimregeling.

1	2	3	4
---	---	---	---

Ik zie dit anders, namelijk...

13. Pakket

De materiële inhoud van het pakket wordt voor een groot deel bepaald door dat wat gebruikelijk is bij de beroepsgroep (cure) en de maatschappij (care). Duidelijke criteria ontbreken en het gevolg is dat er behoorlijke verschillen in behandeling en verzorging kunnen bestaan. Pakketbeslissingen zijn bovendien ook niet altijd erg effectief op het terrein van de kostenbeheersing, bijvoorbeeld door hun functionele omschrijving. Veelvuldig vindt ook reparatie plaats (pil, IVF) of verschuiven behandelingen de private sfeer (tandarts, fysiotherapie) zonder dat dit leidt tot lagere kosten. Er is behoefte aan een nieuw systeem met richtlijnen voor pakketbeheer.

1	2	3	4
---	---	---	---

Ik zie dit anders, namelijk...

14. Transparantie

Moderne media en nieuwe technologie zorgen ervoor dat de zorgsector steeds meer in een 'glazen huis' opereert. Verschillen in kosten, kwaliteit en toegankelijkheid worden duidelijker voor een groter publiek, maar bijvoorbeeld ook de salarissen van de bestuurders zijn openbaar. Dit heeft als voordeel dat anderen profijt van deze informatie kunnen hebben; bedrijfsprocessen kunnen verbeteren. Tegelijkertijd kan de maatschappelijke onrust toenemen. Grote kwaliteitsverschillen, mismanagement en excessieve salarissen kunnen het vertrouwen van het publiek in een adequaat functionerende zorg aantasten.

1	2	3	4
---	---	---	---

Ik zie dit anders, namelijk...

15. Overige

Het overzicht van strategisch belangrijke dossiers op het terrein van de sturing en financiering is niet compleet. Ik mis de volgende onderwerp(en), die in ieder geval op een beknopte strategische (veranderings)agenda van een nieuw kabinet thuishoren (alleen keuze 1 items):

C. Vragen over zorginhoud

De volgende vragen hebben hoofdzakelijk betrekking op de zorginhoud.

16. Scheiden van wonen en zorg

Het scheiden van wonen en zorg is in de langdurende zorg (ouderenzorg, ggz en gehandicaptenzorg) al meer dan tien jaar lang beleid. In de praktijk gaat dit nog steeds moeizaam. De kloof tussen het aanbod en de vraagzijde wordt daardoor steeds groter. 'Nieuwe' generaties ouderen worden met een slechts langzaam veranderend zorgaanbod geconfronteerd. De veranderingen in de zorgvraag verlopen sneller dan de aanpassingen van het aanbod. Bovendien willen nieuwe generaties vermogende ouderen in toenemende mate voor extra services betalen. Deze services zijn nu nog vaak niet beschikbaar. Dit alles creëert in toenemende mate een legitimiteitsprobleem voor de langdurende ouderenzorg.

1	2	3	4
---	---	---	---

Ik zie dit anders, namelijk...

17. Medische ethiek

De toenemende medische mogelijkheden leiden tot additionele ethische vragen. Hierbij kunnen we denken aan behandelingen met genterapie en embryo's. Ook rondom oudere ethische problemen zoals abortus, blijven moeilijkheden bestaan nu steeds duidelijker wordt dat dit vaak met langdurige psychische problematiek gepaard gaat. De algemene toename van commerciële zorg kan betekenen dat ook behandelingen met een ethische lading makkelijker worden 'vermarkt'. De loopbruggen tussen ethische en andere vraagstukken moeten worden versterkt.

1	2	3	4
---	---	---	---

Ik zie dit anders, namelijk...

18. Geneesmiddelen/biotechnologie

In rap tempo komen er nieuwe en vaak dure geneesmiddelen beschikbaar. Al sinds jaar en dag stijgen de geneesmiddelenkosten harder dan veel andere categorieën van zorguitgaven. De vanzelfsprekendheid dat geneesmiddelen altijd collectief worden gefinancierd verdwijnt daardoor. Fabrikanten zijn zelf ook op zoek naar nieuwe distributiekanaalen. Aan de zorgkant ontstaat ondertussen meer behoefte aan integratie van de geneesmiddelenkolom in het zorgaanbod. Hierbij is het van belang dat steeds meer mensen meerdere geneesmiddelen tegelijk slikken en dat de mogelijkheden van medicatietherapie nog steeds toenemen.

1	2	3	4
---	---	---	---

Ik zie dit anders, namelijk...

19. Ketenzorg

Er zijn steeds meer actoren betrokken bij één enkele zorgvraag. Het belang van een goede afstemming en communicatie voor de zorguitkomst wordt daardoor steeds belangrijker. Tegelijkertijd vindt veel medisch en verpleegkundig falen zijn oorzaak in een slechte communicatie en afstemming. Dit betekent dat 'ketenzorg' in al zijn facetten op de agenda van een betere gezondheidszorg staat.

1	2	3	4
---	---	---	---

Ik zie dit anders, namelijk...

20. Kwaliteit van zorg

De zorgsector wordt met enige regelmaat opgeschrikt door 'kwaliteitsschandalen'; dit hangt overigens samen met de toegenomen openheid over dit soort zaken. Een hoge kwaliteit van zorg is niet alleen een doel in zichzelf, het is eveneens één van de belangrijkste middelen om het draagvlak voor de stijgende uitgaven en de groeiende solidariteitsoverdrachten in stand te houden. Een evident hoog kwaliteitsniveau mag wat kosten; sterker nog in een aantal gevallen leidt hogere kwaliteit juist tot lagere kosten door minder complicaties, fouten en recidives. Kwaliteit heeft overigens meer aspecten dan het medische proces. Bejegening en intermenselijke communicatie spelen eveneens een rol. De kwaliteit van zorg moet merkbaar verbeteren.

1	2	3	4
---	---	---	---

Ik zie dit anders, namelijk...

21. Innovatie

De diffusie van innovaties verloopt traag. Dit leidt tot min of meer ‘toevallige’ verschillen in behandeling en zorgverlening en betekent minder gezondheidswinst. Het gaat dan vooral om de verspreiding van best-practices en bewezen werkzame producten. De overheid heeft hiervoor een ‘aanjaagorganisatie’ in het leven geroepen (sneller beter), maar moet misschien meer doen. Hiernaast komt innovatie in dienstverlenende sectoren mede tot stand in de interactie tussen zorgverlener en patiënt/cliënt; het verbeteren van de kwaliteit van deze communicatie leidt tot innovatie.

1	2	3	4
---	---	---	---

Ik zie dit anders, namelijk...

22. Publieke gezondheid

Het wordt steeds duidelijker dat de stagnatie van de levensverwachting te maken heeft met ongezonde leefstijlen. De volksgezondheidsconsequenties hiervan zijn groot. De negatieve trends hebben echter een sterke intrinsieke kracht (reclame, jongerencultuur, etc.) en zijn daarom alleen met forse maatregelen op te lossen. Deze moeten aanhaken bij de verschillende aspecten van het dagelijkse leven (sport, voeding, portemonnee, werk, etc.) maar het kabinet zal wellicht ook de discussie over leefstijl en solidariteit moeten starten. De publieke gezondheid wordt hiernaast ook geconfronteerd met nieuwe risico's die grote gevolgen kunnen hebben (klimaatverandering, infectieziekten, terrorisme etc.). De bestaande beschikbaarheidsfuncties moeten hiervoor worden aangepast.

1	2	3	4
---	---	---	---

Ik zie dit anders, namelijk...

23. De groeiende zorgvraag

De zorgvraag neemt nog steeds toe. Het probleem daarbij ligt niet zozeer in de vergrijzing op zichzelf, maar veel meer in het feit dat de technologische en sociaal-culturele ontwikkelingen de ‘intensiteit’ van de vraag sterk omhoog stuwten. Dit roept verdelingsvraagstukken op, met name gaat het er dan om in hoeverre deze ‘intensivering’ van de zorg collectief moet worden gefinancierd. De recente ‘beleidsarme’ vergrijzingsstudie van het CPB maakt duidelijk dat in 2040 minimaal 14% van het BBP naar de collectieve zorg gaat. Hierbij gaat men er impliciet vanuit dat toekomstige generaties zelf de stijgende kosten van technologische ontwikkelingen. Tegelijkertijd laat allerlei onderzoek zien dat er nog veel winst is te behalen in de omvang van de gevraagde zorg. Er is nog steeds veel onnodige zorg.

1	2	3	4
---	---	---	---

Ik zie dit anders, namelijk...

24. Arbeidsmarkt- en arbeidsvoorwaardenbeleid

Er dreigt een structureel tekort op de arbeidsmarkt voor zorgverleners. Nog afgezien van de majeure financiële consequenties, kan dit domweg niet met enkel betere arbeidsvoorwaarden worden opgelost. Het arbeidsmarktbeleid moet worden verbreed naar het zorgproces zelf. Een ander zorgproces met een grotere nadruk op preventie en kapitaalintensieve behandelingen leidt tot een minder snelle stijging van de vraag naar personeel. Ook de liberalisering van de markt voor persoonlijke dienstverlening kan belangrijke positieve consequenties hebben.

1	2	3	4
---	---	---	---

Ik zie dit anders, namelijk...

25. Onderwijs en zorg

In de verschillende opleidingen voor artsen, verzorgenden en verpleegkundigen spelen een aantal knelpunten. De capaciteit is wellicht onvoldoende om de groeiende zorgvraag op te vangen. Anderzijds speelt ook hier de (toekomstige) problematiek van een te beperkt aantal stageplaatsen.

1	2	3	4
---	---	---	---

Ik zie dit anders, namelijk...

26. Verpleeghuiszorg

Keer op keer komen er verpleeghuizen negatief in het nieuws. Hoewel de meeste verpleeghuizen gewoon goed functioneren, bestaan er aanzienlijke onderlinge verschillen in geleverde prestaties en blijft een aantal instellingen achter. De maatschappelijke beeldvorming over deze sector is negatief. Dit leidt vervolgens tot allerlei beleidsmaatregelen, zonder dat deze sector uit het 'verdomhoekje' lijkt te komen. De kwaliteit en doelmatigheid van de verpleeghuissector moeten de komende jaren merkbaar verbeteren.

1	2	3	4
---	---	---	---

Ik zie dit anders, namelijk...

27. Overige

Het vorige overzicht van strategisch belangrijke beleidsdossiers op het terrein van de zorginhoud is niet compleet. Ik mis de volgende onderwerp(en), die in ieder geval op een beknopte strategische (veranderings)agenda van een nieuw kabinet thuishoren (alleen keuze 1 items):

Bijlage 3

Beknopt overzicht van relevante recente RVZ adviezen

Publieke gezondheid

De hoofdboodschap van dit advies is het beter afstemmen van het beleid op de eisen die voortvloeien uit het complexer worden van volksgezondheidsproblemen. Deze complexiteit komt tot uiting in onzekerheid over de gezondheidsrisico's en de werkzaamheid van de interventies, het grote aantal determinanten, de diversiteit van de actoren en sectoren en diversiteit van doelen en belangen. Er moet een proces op gang worden gebracht waarin alle betrokkenen samenwerken aan de aanpak. Zij zullen daartoe gemotiveerd zijn als duidelijk wordt wat hun belang is en soms vereist dat actieve beïnvloeding van belangen. Een aantal zaken is belangrijk:

- een integrale beleidsstrategie is wenselijk;
- het organiseren van maatwerk door het stimuleren van samenwerking tussen relevante actoren en het verbeteren van de kennisontwikkeling;
- het organiseren van betrokkenheid door zorgvuldige regie op basis van win-win-situaties en - als dat niet mogelijk blijkt - het beïnvloeden van divergente belangen met financiële prikkels en gebods- of verbodsbepalingen;
- het stimuleren van preventie binnen de zorginkoop door verzekeraars;
- intersectorale samenwerking op internationaal, landelijk en lokaal niveau door te investeren in netwerken, regionale gezondheidsverkenningen en het gebruik van integrale kosteneffectiviteitsanalyses;
- investeren in gezondheid.

Zinnige en duurzame zorg

De hoofdboodschap van dit advies is dat er een consistente en rechtvaardige afweging noodzakelijk is om de zorg af te bakenen die uit gemeenschapsgelden wordt betaald. De beschikbare middelen moeten zo eerlijk en adequaat mogelijk worden ingezet. Het advies geeft de methodologie, inclusief de criteria, om tot zulke beslissingen te komen. De grenzen aan de zorg worden duidelijk voor zorgverleners en zorgconsumenten. De relevante criteria zijn: noodzakelijkheid/zorgbehoefte, effectiviteit en kosten en rechtvaardigheid.

Deze criteria kunnen worden geoperationaliseerd met behulp van een kwantitatieve bepaling van de ziektelast: de kosten per QALY. Het principebesluit om een interventie al dan niet uit collectieve middelen te vergoeden, dient te worden gebaseerd op een drempel voor de ziektelast en een plafond voor de kosten van een interventie per QALY per jaar, gerelateerd aan de ziektelast met een nader te stellen maximum. In een maatschappelijke toetsing komen vervolgens de niet kwantificeerbare criteria zoals rechtvaardigheid aan de orde, waardoor er een correctie op het 'technisch' verkregen principebesluit mogelijk is. Een daartoe geautoriseerde instantie moet erop toezien dat de besluitvorming volgens deze fasen ordentelijk verloopt.

Op dit moment zijn een verstandelijke handicap en dementie de duurste diagnosegroepen. Er is nog nauwelijks onderzoek gedaan naar de werkzaamheid en kosteneffectiviteit van zorg voor deze groepen. Dit onderzoek moet dan ook met voorrang worden uitgevoerd.

De patiënt beter aan zet met een Zorgconsumentenwet?

Is een Zorgconsumentenwet de beste manier om de rechtspositie van de patiënt te versterken? Het is, op zichzelf genomen, zeker nodig die positie te versterken.

Tekortkomingen in het pakket wettelijke maatregelen zijn er op deze terreinen:

- het recht op vergelijkende keuze-informatie;
- de toegankelijkheid van de patiëntenrechten, onder meer het recht op verantwoorde zorg.

Hoewel deze tekortkomingen ernstig zijn, is een, onder meer door de patiëntenbeweging bepleite, Zorgconsumentenwet daarvoor geen goede oplossing. Zo'n wet creëert juridische problemen, zoals de relatie tot het Burgerlijk Wetboek (waarin de berekening van de patiënt nu al is geregeld). En verder zal een Zorgconsumentenwet de bestaande tekortkomingen niet wegnemen. Zo gedetailleerd kan en moet een wet namelijk niet zijn.

De RVZ heeft een andere oplossing:

1. Aanpassing van wetgeving door tekortkomingen daarin weg te nemen (wetswijziging).
2. Verhoging van de toegankelijkheid van patiëntenrechten door die periodiek op thematische wijze te evalueren met als invalshoeken: samenhang tussen wettelijke regelingen en de praktijkproblemen van patiënten.
3. Verhoging van de toegankelijkheid van patiëntenrechten door een kennis- en adviescentrum te creëren (wegwijzer, vraagbaak, monitor).

Management van vastgoed in de zorgsector

Het kabinet wil de bekostiging van kapitaallasten van zorginstellingen liberaliseren. Dit kan grote, maar uiteindelijk positieve gevolgen hebben. De Raad analyseert deze gevolgen en formuleert vervolgens de competenties en voorwaarden op het terrein van vastgoedmanagement als zorginstellingen volledig verantwoordelijk zijn voor hun vastgoed. Een flink aantal instellingen voldoet hier nog niet aan.

Hoewel deze operatie grote gevolgen kan hebben voor (de continuïteit van) zorginstellingen, wijst de Raad overheidsingrijpen (vangnetten bijvoorbeeld) af. Hij kiest voor een abrupte overgang van de bestaande naar de nieuwe situatie. Zo'n 'big bang' zal een sanerende werking hebben en het ondernemend gedrag benaderen. Wel zal de overheid veel energie moeten steken in het implementatieproces en daar een strakke beleidsregie op voeren.

In ruil voor een risicodragend vastgoedmanagement, zou de overheid de instellingen vrijheid van winstbestemming moeten bieden, private steuninitiatieven niet bij voorbaat moeten ontmoedigen en een vermelde overgang naar de geliberaliseerde situatie moeten belonen.

Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief

De AWBZ is onhoudbaar, zegt de RVZ op grond van een analyse van de werking van deze wet. De AWBZ faalt op het terrein van de maatschappelijke participatie, kwaliteit, bevordering van de eigen verantwoordelijkheid en verantwoord uitgavenmanagement. Is er een alternatief? Met de komst van de ZVW en de WMO is dat het geval. De AWBZ moet men herverkavelen over:

- voor rekening burger (wonen, welzijn);
- WMO (verzorging, ondersteuning, etc.);
- ZVW (behandeling, verpleging, etc.).

Zo ontstaan heldere verantwoordelijkheden voor burger, gemeente en zorgverzekeraar. Ook in deze situatie bestaat een 'knip', namelijk die tussen WMO en ZVW. Deze moet worden ondervangen met onder meer coördinerende/zorgsturende eerstelijnscentra. Verder zal in de ZVW de care een explicietere plaats moeten krijgen. Voorwaarden zijn tenslotte: brede toepassing van de Wet gelijke behandeling en een 'participatiebudget'.

Het kabinet zou zo spoedig mogelijk een strategische visie op AWBZ-zorg in relatie tot ZVW, WMO en eigen verantwoordelijkheid moeten presenteren, gekoppeld aan een plan de campagne. De Raad begrijpt dat een grote, nieuwe stelselwijziging niet voor de hand ligt. Maar met een doelgericht (ontmanteling van de AWBZ als

perspectief) stappenplan kan hetzelfde worden bereikt. De Raad noemt de essentiële onderdelen daarvoor (onder meer scheiden wonen - zorg, eerstelijnscentra, participatiebudget).

Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg

De financiële overdrachten tussen de nettobetalers en netto-ontvangers van de zorgverzekeringen zijn in de loop der jaren sterk toegenomen. De zorguitgaven concentreren zich steeds meer bij een klein deel van de bevolking. Dit is een gevolg van de 'sluipende' toename van de risicosolidariteit en de stijgende reële zorgkosten; de structuren van solidariteit zijn grotendeels ongewijzigd gebleven. Ongewijzigd beleid leidt ertoe dat dit proces zich in de toekomst verder zal doorzetten. De budgettaire druk neemt hierdoor toe.

Deze toenemende solidariteitsoverdrachten worden door ons allemaal gefinancierd, maar het is niet per se vanzelfsprekend dat dit ongewijzigd wordt gecontinueerd. De reële inkomensgroei van de toekomstige generaties, waaruit de stijgende overdrachten worden gefinancierd, zal in vergelijking met de huidige situatie stagneren. Veel toekomstige zorgvragers (de babyboomers) zijn tegelijkertijd relatief welvarend en dit roept de vraag op of zij niet meer kunnen bijdragen. Individualisering en maatschappelijke differentiatie zetten zich verder door. Wetenschappelijk onderzoek brengt de relatie tussen 'gedrag' en ziekte steeds beter in kaart.

Dit roept de vraag op of de solidariteitsoverdrachten niet meer moeten worden 'geclausuleerd'. De maatschappelijke discussie kan worden gevoerd aan de hand van een aantal stellingen:

- het basispakket is *evidence based*. Zorg die niet *evidence based* is, hoort niet in het basispakket (clausule 1);
- gedrag is een belangrijke voorwaarde voor de effectiviteit van de gezondheidszorg. Het is toegestaan mensen te belonen voor gezond gedrag (clausule 2a) en gepast patiëntschap (clausule 2b);
- premiedifferentiatie naar leeftijd (clausule 3) kan worden heroverwogen;
- de overheid stimuleert een prudent gebruik van zorg met eigen betalingen (clausule 4). Zij hanteert hierbij als voorwaarde dat de burger ook reële beïnvloedingsmogelijkheden heeft;
- alle services (wonen, verblijf, hotelkosten) komen in beginsel voor rekening van de gebruiker (clausule 5);
- werkgevers en werknemers krijgen reëel uitzicht op goede arbeidsgerelateerde zorgverlening (clausule 6a). Individuele preventie wordt krachtig gestimuleerd (clausule 6b);
- er komen individuele keuzemogelijkheden voor beperkte vormen van kapitaaldekking (clausule 7);
- de overheid stimuleert diegenen die vanuit hun taakopdracht of missie een bijdrage leveren aan meer algemene solidariteit- en vangnetfuncties in de gezondheidszorg. Deze stimulansen gelden voor professionele zorg (clausule 8a), maar ook voor burgers die naar elkaar omzien (clausule 8b). Daar waar marktpartijen zelf vormen van solidariteit organiseren (aanvullende verzekeringen) ziet de overheid erop toe dat deze markten in het belang van de consument functioneren (clausule 8c).

Overzicht publicaties RVZ

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de website van de RVZ (www.rvz.net), of te bestellen per mail: mail@rvz.net.

De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid kunt u per mail bestellen bij: info@ceg.nl

Adviezen en achtergrondstudies

- 07/01 Briefadvies De strategische beleidsagenda zorg 2007 - 2010
- 06/12 De patiënt beter aan zet met een Zorgconsumentenwet?
- 06/11 Publieke gezondheid: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij advies Publieke gezondheid)
- 06/10 Publieke gezondheid
- 06/09 Arbeidsmarkt en zorgvraag: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Arbeidsmarkt en zorgvraag)
- 06/08 Arbeidsmarkt en zorgvraag
- 06/07 Zicht op zinnige en duurzame zorg (achtergrondstudie bij het advies Zinnige en duurzame zorg)
- 06/06 Zinnige en duurzame zorg
- 06/04 Strategisch vastgoedbeheer in de zorgsector: economische en juridische aspecten (achtergrondstudie bij het advies Management van vastgoed in de zorgsector)
- 06/03 Dossier management van vastgoed in de zorgsector (achtergrondstudie bij het advies Management van vastgoed in de zorgsector)
- 06/02 Management van vastgoed in de zorgsector
- 06/01 Briefadvies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg
- 05/15 Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief
- 05/14 De AWBZ internationaal bekeken: langdurige zorg in het buitenland (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)
- 05/13 Informele zorg: het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers in de langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)
- 05/12 Achtergronden voor internationale vergelijkingen van langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)
- 05/11 Blijvende zorg: economische aspecten van langdurige ouderenzorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)
- 05/07 Medische diagnose: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid)
- 05/06 Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid
- 05/05 Weten wat we doen: verspreiding van innovaties in de zorg (achtergrondstudie bij het advies Van weten naar doen)
- 05/04 Van weten naar doen
- 05/03 Briefadvies Standaardisering Elektronisch Patiënten Dossier
- 05/02 De WMO in internationaal perspectief (achtergrondstudie bij briefadvies WMO)
- 05/01 Briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning
- 04/09 De GHORdiaanse knoop doorgehakt (gezamenlijk advies met de Raad voor het openbaar bestuur)
- 04/08 Gepaste zorg
- 04/07 Met het oog op gepaste zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)

04/06	De invloed van de consument op het gebruik van zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)
04/04	De Staat van het Stelsel: achtergrondstudies
04/03	Verantwoordingsprocessen in de zorg op basis van de balanced scorecard (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)
04/02	Indicatoren in een zelfsturend systeem, prestatieinformatie voor systeem, toezicht, beleid en kwaliteit (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)
04/01E	The state of the system (Engelse vertaling van het advies De Staat van het stelsel)
04/01	De Staat van het Stelsel
03/15	Acute zorg (achtergrondstudie)
03/14	Acute zorg
03/13	Gemeente en zorg (achtergrondstudie)
03/12	Gemeente en zorg
03/10	Kiezen in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)
03/09	Marktconcentraties in de ziekenhuissector (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)
03/08	Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg
03/07	Internetgebruiker en kiezen van zorg (resultatenonderzoek bij het advies Van patiënt tot klant)
03/06	Zorgaanbod en cliëntenperspectief (achtergrondstudie bij het advies Van patiënt tot klant)
03/05	Van patiënt tot klant
03/04	Marktwerking in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies
03/03	Anticiperen op marktwerking (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)
03/02	Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)
03/01	Marktwerking in de medisch specialistische zorg
02/19	Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)
02/18	Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)
02/17	Taakherschikking in de gezondheidszorg
02/15	Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies en debatverslagen bij het advies Gezondheid en gedrag)
02/14	Gezondheid en gedrag
02/13	De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)
02/12	Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid
02/11	Biowetenschap en beleid
02/10	Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)
02/09	Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)
02/07	Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)
02/06	Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)
02/05	E-health in zicht
02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)

02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)
02/01	Winst en gezondheidszorg
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)
01/10	Volksgezondheid en zorg
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)
01/08	Verzekerbaarheid van nieuwe gezondheidsrisico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkenningstudie)
01/04E	Healthy without care
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudiebij De rollen verdeeld)
00/03	De rollen verdeeld

Bijzondere publicaties

06/05	De AWBZ voldoet niet meer. Verslag van vier debatten met de zorgsector over het advies van de RVZ over de AWBZ
06/01E	Tenable Solidarity in the Dutch Health Care System
05/13E	Informal care: The contribution of carers and volunteers to longterm care
05/16	Adviseren aan de andere overheid (verslag van de invitational conference, 16 juni 2005)
05/10	Uw stem in de WMO (brochure bij het briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning (05/01) en het advies Gemeente en zorg (03/12))
05/09	Internetgebruiker en veranderingen in de zorg
05/08E	The Dutch health care market: towards healthy competition (Engelse vertaling samenvattingen van de adviezen Winst en gezondheidszorg, Marktwerking in de medisch specialistische zorg en Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)
04/11	RVZ: sanus sine cure (rapport bij evaluatieverslag 2000-2004)
04/10	Evaluatierapport RVZ 2000-2004
04/05	Tot de klant gericht (conclusies van de invitational conference Van patiënt tot klant)
03/11E	The preferences of healthcare customers in Europe
03/11	De wensen van zorgcliënten in Europa
02/16	Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen
01M/02	Meer tijd en aandacht voor patiënten? Hoe een nieuwe taakverdeling kan helpen
01M/01E	E-health in the United States
01M/01	E-health in de Verenigde Staten
01M/03	Publieksversie Verzekerd van zorg
01M/02	De RVZ over het zorgstelsel
01M/01	Management van beleidsadvisering
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)

Signalementen met achtergrondstudies

- Sig 05/04 Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: essays en maatschappelijk debat (behoort bij briefadvies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg (06/01) en bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: signalement (Sig 05/02).
- Sig 05/03 Risicosolidariteit en zorgkosten (achtergrondstudie bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg)
- Sig 05/02E Tenable Solidarity in the Dutch Health Care System
- Sig 05/02 Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: signalement
- Sig 05/01 Het preventieconcert: internationale vergelijking van publieke gezondheid
- Sig 03/01 Exploderende zorguitgaven

Publicaties Centrum Ethiek en Gezondheid

- Signalering Ethiek en Gezondheid 2003
- Drang en informele dwang in de zorg (2003)
- Signalering Ethiek en Gezondheid 2004
- Signalering Ethiek en Gezondheid 2005
- Bundel achtergrondstudies Economisering van zorg en beroepsethiek (2004)
- Mantelzorg...onbetaalbaar? Verslag van het debat gehouden in Utrecht, 26 februari 2004
- De vertwijfeling van de mantelmeeuw (2004)
- Achtergrondstudie Ethiek in de zorgopleidingen en zorginstellingen (2005)
- Signalement Vertrouwen in verantwoorde zorg (2006)
- Verkenning Keuzevrijheid en kiesplicht (2006)

Publicaties Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking

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

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

Werkprogramma's en jaarverslagen

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

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: Quantes, Rijswijk
Uitgave: 2007
Publicatienummer 07/01
ISBN 978-90-5732-178-8

*U kunt deze publicatie bestellen of downloaden via de website van de RVZ
(www.rvz.net) of telefonisch bij de RVZ (070 340 50 60) of per mail: mail@rvz.net*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

