



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



# Tussen continuïteit en verandering

27 adviezen van de RVZ 2003-2009



Publiekversie

# RVZ raad in gezondheidszorg

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg is een onafhankelijk adviesorgaan voor de regering en voor het parlement. Hij zet zich in voor de volksgezondheid en voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Daarover brengt hij strategische beleidsadviezen uit. Die schrijft de Raad vanuit het perspectief van de burger. Durf, visie en realiteitszin kenmerken zijn adviezen.

## Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

### Voorzitter

Prof. drs. M.H. Meijerink

### Leden

Mw. mr. A.M. van Blerck-Woerdman

Mr. H. Bosma

Mw. prof. dr. D.D.M. Braat

Mw. E.R. Carter MBA

Prof. dr. W.N.J. Groot

Prof. dr. J.P. Mackenbach

Mw. drs. M. Sint

Prof. dr. D.L. Willems

### Algemeen secretaris

Drs. P. Vos



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

# Tussen continuïteit en verandering

**27 adviezen van de RVZ 2003-2009**

Drs. P. Vos

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Den Haag, februari 2009

**Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**

Postbus 19404

2500 CK Den Haag

Tel 070 3405060

Fax 070 3407575

Email [mail@rvz.net](mailto:mail@rvz.net)

URL [www.rvz.net](http://www.rvz.net)

**Colofon**

Ontwerp Vormgeving & dtp ministerie van VROM

Tekst Pieter Vos en Monique Noteboom

Fotografie Eveline Renaud

SasPartout (foto geld, pagina 22)

Druk Koninklijke Broese en Peereboom

Uitgave 2009

ISBN 978-90-5732-2068

*U kunt deze publicatie bestellen via onze website ([www.rvz.net](http://www.rvz.net))  
of per mail bij de RVZ ([mail@rvz.net](mailto:mail@rvz.net)) onder vermelding  
van publicatienummer 09/05.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

# Inhoudsopgave

Who wants yesterdays papers?	4
1. 27 adviezen in zes thema's	6
1.1. De zorgverlening (inhoud, organisatie, uitvoering)	6
1.2. Kwaliteit en doelmatigheid	11
1.3. De besturing van de zorgsector: rollen, spelers, speelveld en spelregels	14
1.4. De bekostiging van het zorgaanbod	20
1.5. Financiering en sturing van volksgezondheid en zorg	22
1.6. De maatschappelijke omgeving van de zorg	26
2. Wat kwam er van de adviezen terecht?	28
2.1. 27 adviezen en 4 statements	28
2.2. De doorwerking van de adviezen	31
Bijlage: Gebruikte adviezen RVZ periode 2003-2009	34

# Who wants yesterdays papers?

In de periode 2003–2009 publiceerde de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), naast de publicaties van zijn Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG), 27 adviezen en signalementen (zie de bijlage voor een overzicht). In deze adviezen laat de RVZ de lezer alle hoeken van de

zorgsector zien. De adviezen geven een goed beeld van deze sector in het begin van de 21e eeuw.

Is er enige reden terug te blikken op deze adviezen? Ja, die is er. Niet alleen bieden de adviezen een goed overzicht van de gebeurtenissen in de afgelopen jaren. Zij staan ook ergens voor. Zij weerspiegelen de inspiratie en de ambitie van velen in de zorgsector. Meer dan duizend mensen waren bij de voorbereiding betrokken, de adviezen waren onderwerp van conferenties en debatten. Zij zijn gebaseerd op uitgebreid onderzoek: bij de 27 adviezen hoort een veelvoud aan achtergrondstudies.



De 27 adviezen staan dus voor een tijdsbeeld. En voor een gedachtegoed, in het bijzonder dat van mensen die de zorgsector willen veranderen en die daar goede argumenten voor hebben. Als wij straks de adviezen de revue laten passeren, dan springen hun ambities direct in het oog. Ambities: er moeten snel dingen veranderen, anders gaat het mis met deze mooie sector. De problemen zijn groot, zij vragen om creativiteit en vooral ook doorzettingsvermogen. Problemen, urgentie, oplossingsstrategieën, daar draaien de adviezen om. Wat zijn de grootste problemen?

### **Urgente problemen in de zorgsector**

- Het zorgaanbod reageert niet adequaat op de veranderende zorgvraag.
- Te weinig kwaliteit voor een te hoge prijs.
- Onevenwichtige verdeling collectieve en individuele lasten. En exploderende collectieve uitgaven.
- Teveel bureaucratie (controle, toezicht, administratieve lasten, wantrouwen).

Dat roept natuurlijk meteen de vraag op: wat is er met de adviezen gedaan? Het is de moeite waard om de in 27 adviezen samengebalde ambities naast de realisatie te leggen. Wat kwam er eigenlijk van terecht? Met andere woorden, is er eigenlijk iets veranderd?

Een antwoord op deze vragen kan ons iets leren over de sturing en de besturing van de zorgsector. Deze vragen beantwoorden wij in het laatste hoofdstuk. Daarin ook een poging de 27 adviezen terug te brengen tot een paar grondgedachten.

Maar nu eerst een blik op de adviezen. Deze bevatten erg veel voorstellen. Omwille van de leesbaarheid, presenteren wij de voorstellen met de hulp van zes thema's.

### **Presentatie adviezen in 6 thema's**

- Het aanbod van zorg: inhoud, organisatie en uitvoering
- Kwaliteit en doelmatigheid.
- De besturing van de zorgsector: rollen, spelers, speelveld en spelregels.
- De bekostiging van het zorgaanbod.
- Financiering en sturing van volksgezondheid en zorg.
- De maatschappelijke omgeving van de zorg.

Met elkaar bestrijken de zes thema's de hele zorgsector.

Eerst nog een waarschuwing. Wat volgt is ambitie, is toekomstige tijd. Die presenteren wij in de tegenwoordige tijd. Zo ontstaat een opsomming van wensen en plannen, vertaald in stellingen. Niet alles is al werkelijkheid. Wat nu volgt, is de stem van de RVZ, de stem van een adviseur.

# 1. 27 adviezen in zes thema's

## 1.1 De zorgverlening (inhoud, organisatie, uitvoering)

### Preventie

Preventie vormt een integraal bestanddeel van professionele, collectief gefinancierde gezondheidszorg. Zij is dus, mits evidence based, kosteneffectief en gerelateerd aan mensen en ziekten, onderdeel van het basispakket van de Zorgverzekeringswet (de Zvw). Dit geldt niet voor de collectieve preventie (waaronder openbare geestelijke gezondheidszorg) die tot het takenpakket van de gemeente behoort. Collectieve preventie is een onderdeel van een breed lokaal aanbod van maatschappelijke ondersteuning (de Wet maatschappelijke ondersteuning, Wmo). De gemeente voert zijn





taak op dit vlak uit op basis van een regionale “volksgezondheid toekomstverkenning” (opgesteld door GGD en RIVM). Het basispakket van de Zvw moet meer mogelijkheden omvatten om gezond gedrag te belonen. Zorgverzekeraars moeten de verzekerde prikkels voor gezondheid kunnen aanbieden. Risicosolidariteit mag niet aan de eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid in de weg staan. Zorgverzekeraars moeten professionals extra belonen voor preventieve interventies.

### De eerstelijnszorg

In de eerstelijnsgezondheidszorg komen preventie, care, cure en maatschappelijke ondersteuning samen in één aanbod aan de burger. De eerstelijns is (daarmee) ook de basis van een ‘nieuwe’ gezondheidszorg, die volgens het principe van disease management werkt. Dit zijn ketens van integrated care in de vorm van ziektegerichte programma’s: vraag-aanbod combinaties. Deze nieuwe, brede eerstelijns omvat, naast de klassieke generalistische zorg, specialistische voorzieningen, bijvoorbeeld diagnostiek en vormen van gespecialiseerde care. Voorbeelden: de verpleeghuisarts en de sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV).

In feite is het echelonneringsprincipe achterhaald; 1e en 2e lijn bieden gezamenlijk een nieuw aanbod van zorg aan (anderhalve lijn). Vroegtijdige

diagnostiek en screening nemen hierin een vooraanstaande plaats in. E-health en telemedicine zijn de trait d’union tussen thuis en professional.

Trouw  
woensdag, 2 april 2006, p. 5  
Volksgezondheid

## Gezondheidsraden bezorgd over wildgroei aan zelftests

Dit alles vereist een goed georganiseerd stelsel van eerstelijns zorgcentra, coproducties van zorgverzekeraars en gemeenten. In deze centra krijgt de burger laagdrempelige zorg dicht bij huis (of in huis), verleend door nieuwe, bij de setting passende, beroepen (medisch én maatschappelijk).

De rijksoverheid moet een regisserende rol spelen bij het totstandkomen van de eerstelijns. Die nieuwe eerste lijn is een succesvoorwaarde voor veel andere veranderingen: in de AWBZ (scheiden van wonen en zorg), in de Wmo, in de zorginkoop.

## HuisartsVandaag.nl



Elke dag het laatste nieuws

Acute zorg  
(19 januari 2004 20:55)

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg betreffende acute zorg, Integratie SEH en Huisartsenpost.

## De medische zorg

De medische zorg kent drie niveaus. Zij is dus ‘gestratificeerd’.

### Stratificatie medische zorg

1. De zojuist beschreven eerstelijns zorg.
2. Focus-klinieken met een beperkt aanbod van medische zorg, grotendeels poliklinisch aangeboden, gelegen in of nabij bevolkingsconcentraties (bieden diagnostiek/screening óf cure óf care).
3. UMC's en topklinische ziekenhuizen (> 500 bedden).

De focus-klinieken (waaronder ZBC's, maar ook de kleinere ziekenhuizen) zijn onderdeel van medisch-specialistische kennis-netwerken met de UMC's of de topklinische ziekenhuizen. Kennis stuurt zorg. Diagnostiek stuurt behandeling. Een flinke beperking van het aantal ziekenhuizen is mogelijk. Dan moeten er wel voldoende goed bereikbare voorzieningen zijn in de eerste lijn, in de poliklinische zorg en ook op het terrein van e health.

De top van de ziekenhuiswereld zal opgaan in Europese netwerken van medisch-specialistische zorg.

Acute zorg (strikt beperkt tot levensreddende zorg) is de exclusieve verantwoordelijkheid van de overheid en is georganiseerd in een aparte keten. Een goed georganiseerde ambulance-hulpverlening is belangrijker dan een groot aantal locaties voor acute zorg. Die kan men beperken (tot waarschijnlijk enkele tientallen) en zwaardere eisen opleggen.

Disease management programma's zijn straks het dominante organisatieprincipe in de zorg. Disease management staat voor een ziektegerichte benadering in de vorm van een zorgketen, waarin preventie, curatie en chronische zorg zijn samengebracht en waarin de patiënt centraal staat. In deze programma's zijn professionals belangrijker zijn dan instellingen. Op het (psychiatrisch of algemeen) ziekenhuis werken twee krachten in: steeds meer professionele zorg kan buiten de muren worden geleverd én steeds meer professionele zorg kan alleen nog maar geconcentreerd in instituutverband worden geleverd. De grote vraag voor de komende jaren is: wie neemt dit ter hand? De markt of de overheid?

## De langdurige zorg

De langdurige zorg (AWBZ-zorg) kun je voor een belangrijk deel allang niet meer los zien van de curatieve zorg. Die twee zijn in de praktijk sterk vervlochten geraakt, vooral in de geestelijke gezondheidszorg (de GGZ)

en in de verpleeghuiszorg. In feite zijn de chronische ziekenzorg (Zvw) en de AWBZ-zorg niet meer van elkaar te onderscheiden. Ook het verschil tussen extramurale en intramurale AWBZ-zorg is achterhaald. In plaats daarvan zou continuïteit van zorg leidend principe moeten zijn.

Continuïteit in combinatie met “integraal”, dus somatisch en psychisch in een zorgketen en niet zoals nu ondergebracht in gescheiden zorgcircuits. Je zou kunnen zeggen: disease management in de plaats van AWBZ-zorg.

### Uitdagingen voor de AWBZ

- De ontwikkeling van ziekte-gerichte zorgketens met preventie en cure; hierin zal veel meer aandacht voor vroegdiagnostiek moeten ontstaan; een belangrijk deel van de AWBZ-zorg kan in de eerstelijns plaatsvinden.
- Het scheiden van de zorg en het wonen (inclusief Welzijn), maar tegelijkertijd voor de cliënt continuïteit van zorg bieden; ook: cliënt aanspreken op diens eigen verantwoordelijkheid voor wonen en welzijn.
- De ontwikkeling van evidence based medicine en kosteneffectieve zorgprogramma's.

Op dit moment gaat het goed met de arbeidsmarkt in de zorg: de verlooptijfers zijn laag en er zijn weinig vacatures. Maar dat zal niet zo blijven. Bij een aantrekende economie zal het personeelsaanbod sterk achterblijven. Op langere termijn zijn zelfs ernstige problemen te voorzien, en dus is ingrijpen noodzakelijk. De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) doet daartoe vijf voorstellen.

**RVZ: ingrijpen noodzakelijk**

## Arbeidsmarkt raakt ernstig uit balans

TvZ/Tijdschrift voor Verpleegkundigen-2006 nr.10

Voor de AWBZ moet dus deinstitutionalisering het toverwoord zijn: community based care volgens het model van de chronische ziekenzorg. Van instelling naar samenleving en van “malzorg” naar “maat zorg”.

### Zorgarbeid

De zorgverlening in al deze segmenten krijgt de komende jaren te maken met grote personeelstekorten. Tot 2020 zijn 500.000 extra arbeidsplaatsen nodig! Deze problemen zijn een directe bedreiging voor de kwaliteit van de zorg, maar ook voor het basispakket. Dat is nu eenmaal onverbrekelijk verbonden met professionele zorgarbeid. Geen personeel, geen zorgaanpakken. Ingrijpende keuzes zijn noodzakelijk, als wij de zorg op niveau willen houden.

### Keuzes op de arbeidsmarkt

- Vergaande vormen van taakherschikking en wellicht zelfs een geheel nieuw stelsel van beroepen en opleidingen. Opheffen van bestaande scheidlijnen (intra- en extramuraal, curatief en chronisch etcetera).
- Een ander arbeidsvoorwaardenbeleid (honorering zorgberoepen, flexibilisering, verhoging arbeidsproductiviteit). Algemeen: risico's leggen bij sociale partners, niet bij de overheid.

- Een veel actievere inzet van arbeidsbesparende technologie: e-health, internet, in de bouw van zorginstellingen, domotica.
- Formalisering van de informele zorg (mantelzorg en vrijwilligerswerk) en integratie van formele en informele zorgarbeid. Inzet van een PGB.
- De ontwikkeling van een (nieuwe) markt voor 'persoonlijke dienstverlening', naast en in plaats van de formele, professionele zorgverlening. Ook hier het PGB inzetten.
- Uitbreiding van de medische opleidingscapaciteit.

Daarnaast en tegelijkertijd zullen nieuwe preventieve interventies, bijvoorbeeld bij hoge bloeddruk, de zorgvraag moeten afremmen.

Dit alles doet een zwaar beroep op de verantwoordelijkheid van de overheid. Maar het maakt ook de komst van de markt nodig: meer risico bij zorgaanbieders. Die zullen moeten wennen aan prijzen waarin de factoren kapitaal en arbeid integraal zijn verwerkt. Ook de verantwoordelijkheid voor de kosten van arbeid moet volledig bij de werkgever komen te liggen. De zorgaanbieder als ondernemer-werkgever.

## 1.2 Kwaliteit en doelmatigheid

Kwaliteit is meer dan techniek van medisch handelen. Het omvat ook de logistiek van het zorgproces, de klantvriendelijkheid, patiëntveiligheid en innovatie.

### Aldus gedefinieerd

- hangt kwaliteit samen met doelmatigheid én is er dus vaak een omgekeerde relatie tussen kwaliteit en kosten; goede zorg is niet duur, al zijn er natuurlijk uitzonderingen, bijvoorbeeld bij de introductie van dure geneesmiddelen;
- is kwaliteit niet alleen de verantwoordelijkheid van de zorgprofessional, maar ook van instelling, patiënt en zorgverzekeraar.

Verbetering van de kwaliteit tot het niveau van de professionele standaard is over een breed front hard nodig.



Alleen zo is de excessieve groei van de zorguitgaven aan de belastingbetaler te verkopen. Alleen zo kan men van de zorgconsument de straks onvermijdelijke hogere eigen betaling vragen (value for money, return on investment). Kwaliteit, vooral als die kan worden uitgedrukt in meetbare outcome (gezondheidswinst, zorgresultaat), legitimeert en bespaart (door de relatie met doelmatigheid). Deze outcome zou in ieder geval ook de maatschappelijke participatie van de patiënt moeten omvatten. Een forse investering in kwaliteitsverbetering, maar ook in transparantie, moet dus politieke prioriteit krijgen.

### **Instrumenten voor kwaliteitsverbetering**

- Stemmen met de voeten door de patiënt bevorderen door de kwaliteitstransparantie te vergroten. Er moeten dan wel meer keuzemogelijkheden komen in combinatie met een persoonsgebonden budget (PGB).
- Een met gezag en bevoegdheid bekleed publiekrechtelijk orgaan dat als regisseur de ontwikkeling van kwaliteitsnormen door de zorgsector beoordeelt en de normen vaststelt. De normen hebben bindende kracht voor zorgprofessionals. Basisnormen omvatten de minimum-veiligheidseisen en de professionele standaard.
- Scherp kwaliteitstoezicht op slechtpresterende zorgaanbieders

(IGZ) op basis van wettelijke basisnormen met maatschappelijk draagvlak (handhaving en naleving). Shame en blame door openbaarheid van prestaties. Zorgverlening onder de basisnorm is niet toegestaan.

- Concurrentie tussen zorgaanbieders door selectieve zorginkoop en sturen van verzekerden naar de beste zorg door de verzekeraars.

Politieke prioriteit en een harde aanpak zijn nodig. Wij zien dat de verbetering van de kwaliteit niet vanzelf gaat. Op een aantal punten haalt de Nederlandse gezondheidszorg niet de internationale professionele standaard en ook is de patiëntveiligheid niet altijd geborgd. De ontwikkeling van basisnormen stagneert. Blijft dit zo, dan loop je het risico dat de samenleving haar vertrouwen in de zorgsector verliest. Stevige handhaving op basis van robuuste normen is nodig. Dit betekent repressief toezicht op de naleving van de basisnormen door de IGZ. Politieke prioriteit zou ook moeten betekenen: geef altijd voorrang aan kwaliteit, zelfs als dat betekent dat het ten koste gaat van een ander publiek belang, zoals bereikbaarheid. Kwaliteit is een keuze! Op die manier reguleer je de ingebakken spanning tussen de drie publieke belangen in de zorgsector: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Over innovatie van zorg nog dit. Het duurt te lang, voordat bewezen effectieve innovatie breed is uitgerold in de zorgsector. Blijkbaar zijn er te weinig prikkels voor het peloton om het innovatieve gedrag van de kopgroep te kopiëren. En als de innovatieve interventie wordt binnengehaald, gebeurt dat vaak niet op basis van vervanging (nieuw voor oud). Het nieuwe komt naast het oude en er zijn dan dus geen besparingen.

Alleen marktprikkels kunnen in deze situatie verandering brengen. Innovatieve zorgaanbieders moeten een hogere prijs voor hun producten en diensten krijgen dan de achterblijvers. Dit betekent dat wij kwaliteit en bekostiging moeten integreren! Obsoleete interventies moeten niet meer worden gecontracteerd. En er moeten zo snel mogelijk integrale prestatieprijzen komen, die op een vrije markt van vraag en aanbod tot stand komen. Los daarvan: de consument moet objectief worden voorgelicht over innovatieve mogelijkheden.

Tenslotte, als wij stellen dat innovatie de logica van marktordening impliceert, dan zeggen wij ook dat een budgettair kader zorg (BKZ), een macro-kader als taakstelling, zich daarmee niet verdraagt. Innovatie en BKZ: onverenigbaar. De politiek zal dus moeten kiezen.

## 1.3 De besturing van de zorgsector: rollen, spelers, speelveld en spelregels

De zorgsector staat voor grote uitdagingen: stijgende zorguitgaven, kritische klanten, de noodzaak de kwaliteit te verbeteren, innovatief zijn, maar boven alles een antwoord vinden op de veranderende zorgvraag. Deze uitdagingen gaat de sector aan in een tijd van transitie: een grote beweging van overheid naar markt die zich voltrekt in een mist

van onzekerheid. Dit vraagt een gedrag- en beleidsverandering van alle spelers in de sector, op alle markten waarop zij actief zijn. Die verandering teweegbrengen is lastig. De uitdagingen die wij net noemden zijn soms onderling strijdig. Stijgende uitgaven beheersen en toch innovatief zijn: moeilijk te combineren. De politiek zal de uitdagingen dus moeten prioriteren. Niet alles kan tegelijk.

### De zorgverleningsmarkt

Op de zorgverleningsmarkt moeten patiënt en arts hun relatie en hun optreden fors veranderen. In de spreekkamer – daar waar de primaire beslissingen worden genomen met





vaak grote gevolgen— moet het gebeuren. Van beiden wordt wezenlijk ander gedrag gevraagd. Voor de patiënt betekent dit ‘goed patiëntschap’. Bij de arts (lees zorgprofessional) spreekt men van een nieuwe invulling van de professionele verantwoordelijkheid, volgens sommigen op termijn resulterend in een andere beroepsinhoud (‘de arts van straks’).

De patiënt zal meer eigen verantwoordelijkheid voor zijn gezondheid moeten nemen en een adequater gebruik van de zorg moeten maken. Hij werkt samen met de arts aan herstel op basis van een behandelplan. De arts heeft het vertrouwen van de samenleving, maar moet dat wel verdienen. Door met de patiënt in gesprek te gaan over gezondheid en gedrag en daar de tijd voor te nemen. Door de zorg te leveren die de professionele standaard voorschrijft. Door zich bewust te zijn van zijn maatschappelijke taak. Door verantwoording af te leggen. Beiden hebben dus rechten en plichten. Nu heeft de arts veel plichten, de patiënt veel rechten. In de relatie tussen hen moet dus meer evenwicht ontstaan. En vervolgens moet hun optreden in de spreekkamer de grondslag gaan vormen voor hun ‘vergoeding’, voor hun status en voor hun positie.

In de relatie tussen zorgprofessional en zorginstelling moet ook het een en ander veranderen. De

verantwoordelijkheid voor het zorgaanbod moet weer bij de professional, dat wil zeggen: in de spreekkamer, komen te liggen. Zorginstellingen zijn professionele organisaties. Kernbeslissingen (indicatiestelling, innovatie, schaal) moeten zijn gebaseerd op zorginhoudelijke afwegingen. Dit legt wel een zware medeverantwoordelijkheid voor zorg en verzekering bij diezelfde professional. En die medeverantwoordelijkheid strekt zich ook uit over prijs en volume, ook over de organisatie van de zorg, ook over doelmatigheid. Waar mogelijk werken professionals buiten zorginstellingen in moderne, multidisciplinaire praktijkcentra die zij samen met de patiënt besturen. Zorginstellingen zijn er voor hoogcomplexere zorg die kennis- en kapitaalintensief is. In ziekenhuizen zal tussen Raad van Bestuur en medische staf een in het bedrijfsleven normale verticale sturingsrelatie moeten ontstaan. Pas dan kan de Raad van Bestuur verantwoordelijkheid nemen voor kwaliteit, doelmatigheid, klantgerichtheid en innovatie.

### **De zorginkoopmarkt**

Op de zorginkoopmarkt moet door selectieve zorginkoop en sturen van patiënten (“navigeren”) meer concurrentie tussen zorgaanbieders ontstaan. Meer kwaliteit en doelmatigheid vereist marktprikkels.

De zorginkoop is een essentieel onderdeel van het mechanisme van de Zorgverzekeringswet. Selectief inkopen gebeurt op basis van transparante criteria voor kwaliteit (in de bovenbedoelde brede zin). Deze zijn de uitkomst van overleg tussen zorgverzekeraar en patiëntenorganisaties. Ook bij selectief inkopen heeft de patiënt een keuzemogelijkheid.



**Advies: Geen contract meer voor slechte artsen**

versie 11/03/17 2006

Selectief inkopen staat voor een volstrekt nieuwe vorm van bekostiging: niet meer gebaseerd op de instandhouding (exploitatie) van instellingen, maar op de bevordering van kwaliteit en doelmatigheid. Dit kan grote gevolgen hebben voor zorginstellingen. Zij zijn niet meer verzekerd van hun inkomsten en moeten hun exploitatie baseren op de verkoop (en dus op permanente verhoging van de kwaliteit tegen aanvaardbare kosten).

Selectieve zorginkoop heeft ook voor de zorgverzekeraar gevolgen. Hij zal zijn aandacht moeten verplaatsen van verkoop (van polissen) naar inkoop (van zorgkwaliteit). Dat vereist investeringen in kennis en communicatie. Vormen van verticale

integratie van een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder (bijvoorbeeld een Health Maintenance Organisation (HMO) of co-investeringen in ICT) hoeft men niet uit de weg te gaan. Maar de vitaliserende spanning tussen aanbieder en inkomer moet wel blijven bestaan. Bovendien: dienstverband van praktiserend artsen bij zorgverzekeraars is niet in overeenstemming met de zo noodzakelijke professionele autonomie.

### De zorgverzekeringsmarkt

Op de zorgverzekeringsmarkt moet de zorgverzekeraar kiezen voor een rol als actieve en selectieve zorginkoper van kwaliteit of voor de rol van schade- c.q. restitutieverzekeraar. Voor de zorgsector is een keuzemogelijkheid in deze voor verzekerden niet slecht, al is het wel zo dat de rol van zorginkoper in ieder geval moet worden gespeeld. Die rol kan men aanduiden als 'third party', een derde partij naast de rollen van consument en producent. Deze third party-rol hoeft in de toekomst alleen gespeeld te worden in specifieke situaties: bij de inkoop van complexe en/of schaarse en/of moeilijk te beoordelen medische zorg, waarbij bulkvoordelen (via de verzekeraar) substantieel kunnen zijn.

Naast de third party-rol en de restitutieverzekering, moet de patiënt kunnen kiezen uit pgb-constructies, die vooralsnog vooral goed werken in de chronisch zieken- en gehandicaptenzorg. Zo kan een directe ruilrelatie tussen zorgvrager

en zorgaanbieder ontstaan. En dat is uiteindelijk de beste manier om het aanbod op de vraag af te stemmen. En verder moet een verzekerde zijn jaarlijkse keuze uit de verzekeraars kunnen maken op basis van openbare informatie over zorginkoopprestaties. Deze informatie is afkomstig van de inspectie (IGZ) en van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De verzekeringsmarkt tendert naar een oligopolie. Dat hoeft geen bezwaar voor de klant op te leveren, kan selectieve zorginkoop zelfs stimuleren. Zowel op de zorginkoop als op de zorgverleningsmarkt zouden meerjarige overeenkomsten mogelijk moeten zijn. Verzekeraars moeten actiever worden in het bevorderen van gezond gedrag bij hun verzekerden, evengoed als zij gezondheidswinst aan de aanbodzijde zouden moeten belonen. Dit maakt hen, hoewel risicodragend, tot maatschappelijk verantwoorde ondernemers. Hier zit een van de vele spanningsvelden in de zorgsector. Maatschappelijk verantwoord ondernemen in een particuliere verzekering die het risico bij diezelfde ondernemer legt.

### **Sturing en rol overheid**

Dit alles heeft uiteraard gevolgen voor de rol en de taak van de overheid en voor de verhouding tussen markt en overheid. Hierover dit.

Wij zien een verschuiving van overheidsregulering naar markt- en zelfordening. Dit brengt risico's met zich mee, introduceert verschillen aan vraag- en aanbodzijde en vereist meer ruimte voor veldpartijen. Bij deze verschuiving zijn de beginselen van corporate governance leidend. Corporate governance betekent dat de overheid niet intervineert in het bestuur van zorginstellingen. De correctie van verkeerde beslissingen in een zorginstelling moet de markt leveren. De Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht zijn verantwoordelijk voor de prestaties van de instelling. Duidelijk is wel dat zorginstellingen het eigen bestuur en het intern toezicht op wezenlijke punten moeten verbeteren. Zij zullen zich moeten aanpassen aan gewijzigde omstandigheden. Hoe beter instellingen presteren, hoe meer de overheid zich kan terugtrekken. En hoe meer het externe, publiekrechtelijk toezicht kan worden vervangen door intern privaatrechtelijk toezicht.

Het is in zo'n transitiefase (gekenmerkt door onzekerheid, strategisch gedrag, politieke onrust) erg belangrijk dat de overheid (het kabinet) zich duidelijk uitspreekt over zijn taak. Die moet staan als een huis, niet als afgeleide van, maar naast de markt. En de twee, markt en overheid, versterken elkaar. De overheidstaak omvat de onderdelen van het A-segment, opleidingen,

ethisch complexe kwesties, bijzondere medische verrichtingen, het aanjagen van innovatie, de acute zorg en het toezicht op markt en kwaliteit (via expliciete wettelijke basisnormen). En verder formuleert de overheid randvoorwaarden en spelregels, maar dan wel zó dat publieke belangen ook door private, soms zelfs commerciële, partijen kunnen en moeten worden geborgd. Dit zal uiteindelijk zelfs de normale situatie in de zorgsector moeten zijn.

**de Volkskrant**

### **Kamer negeert rapport zorgfusie**

Van onze verslaggever Mire Zeeperken

wél een stevig centrum voor cliënt en kwaliteit en wettelijk afgedwongen transparantie van kwaliteit.

- Geen ‘aparte fusietoets voor de zorgsector’, wel een actievere opstelling van de marktmeester (NZa) bij het monitoren van de gevolgen van schaalvergroting. Het mededingingsrecht is leidend en afdoende (NMa).
- De minister legt jaarlijks of tweejaarlijks verantwoording af aan het parlement over ‘de staat van het stelsel’ (op basis van een Balanced Score Card voor de zorgsector).

Welke concrete gevolgen heeft dit alles nu voor de sturing door de overheid?

### **Gevolgen voor sturing**

- Doorpakken met de marktwerking, dat wil zeggen met de invoering (in cure én care) van de integrale prestatiebekostiging, met de uitbreiding van het B-segment, met de bevordering van selectieve zorginkoop en met een harde benadering van de kwaliteitstransparantie. Leg de risico's waar zij thuishoren: bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars.
- Een nieuwe wet die patiëntenrechten, als het ware buiten de marktwerking om, regelt past niet in deze beleidslijn,



De patient beter aan  
zet met een  
Zorgconsumentenwet?

Samenvattend: in de bestuurlijke verhoudingen, dat wil zeggen in de driehoek patiënt/verzekerde-zorgaanbieder-zorgverzekeraar, maar ook in de relatie markt-overheid, zullen fundamentele veranderingen optreden. Deze veranderingen ontstaan als gevolg van een veranderende zorgvraag, nieuwe medische mogelijkheden, de introductie van concurrentie en marktprikkels én de sterke opkomst van het internet in de zorg. De rechtstreekse ruilverhouding consument-producent, bijvoorbeeld met de hulp van een PGB, zal aan belang winnen. Naast een groeiende markt, gaan wij een steviger regisserende overheid zien op onderdelen van de zorgsector. Dat kan alleen werken als het publieke en het private domein goed van elkaar zijn te onderscheiden. Dat betekent: begrenzing van de overheidstaak. Uiteindelijk dwingen deze veranderingen het politiek-bestuurlijk systeem tot een keuze: regulering of marktwerking. Men zal op een van de twee het accent moeten leggen.

## 1.4 De bekostiging van het zorgaanbod

Er moet een andere bekostiging van het zorgaanbod komen. Geen gegarandeerde instituutfinanciering op basis van inputcriteria en bestaande infrastructuur en erkenning, maar een andere methode van zorgbekostiging.

### Anders bekostigen van zorgaanbod

1. Inkomsten/opbrengsten op basis van prestaties, bij voorkeur te meten als outcomes voor de volksgezondheid en op basis van zorgresultaat (selectieve zorginkoop!).
2. Integrale kostprijzen, waarin de factoren arbeid en kapitaal volledig en geheel voor eigen risico zijn opgenomen.
3. In principe geen aparte ondersteuningsconstructies voor 'onrendabele lijnen', met uitzondering van enkele bijzondere, landelijke gebieden.



Dit betekent: instandhouding vervangen door maatschappelijke opbrengst én: kwaliteit (lees 'outcome') en bekostiging (prijs) integreren (zie 1.2). Voor alle duidelijkheid: dit vraagt om een wezenlijk ander sturingsstelsel en om een ander toezicht dan dat wat wij nu hebben!

De uitbreiding van het B-segment, op zichzelf noodzakelijk, is afhankelijk van het "maatschappelijk resultaat" van de zojuist genoemde stappen. Dit zal dus geleidelijk aan moeten gebeuren en ook geen doel op zich moeten zijn. Belangrijke voorwaarde is een ingrijpende vereenvoudiging van het DBC-systeem. De gevolgen van de cumulatie van risico's aan de aanbodzijde (opbrengsten, kosten, vastgoed, selectieve zorginkoop), eventueel zelfs faillissement, zal de politiek moeten accepteren. En dat vereist een andere omgangsregeling tussen politiek en zorgaanbod.



Wetenschap van Zorgverzekering Nederland

9 maart 2008 10

Disease management en ketenzorg zijn ook uitdagingen voor de aanbodbekostiging. Het is denkbaar dat de eerstelijnsorganisatie (of daarbinnen de huisarts) de fundholder voor de keten wordt en dus de contractpartner voor zorgverzekeraar en gemeente. Aanbieders zullen moeten wennen aan aanbestedingsprocedures, maar ook aan nieuwe, private toezichthouders, bijvoorbeeld kapitaalverschaffers (banken).

Dit alles legt een grote verantwoordelijkheid op de Raad van Bestuur en op de Raad van Toezicht en het stelt zware eisen aan intern beheer en management. Veel zorginstellingen zijn hier nog niet klaar voor, maar dat mag geen reden voor vertraging zijn. Integendeel, alleen een duidelijk signaal (de markt komt!) brengt verandering. De markt, niet de overheid moet de countervailing power zijn in de dagelijkse praktijk. Het kan niet zo zijn dat de achterblijvers het tempo bepalen. Dat is nu het geval en dat moet veranderen.

instellingen vanaf 2008 financieel verantwoordelijk voor huisvesting

## **RVZ: Versnel liberalisering vastgoed in de zorg**

Zorginstellingen moeten zo snel mogelijk volledig verantwoordelijk worden voor hun vastgoed, voor hun investeringsbeslissingen, en hun nieuwbouw. Dit ernstigt de raad voert de volgezondheid en Zorg (RVZ) in het advies 'Management van vastgoed in de zorgsector'.

## 1.5 Financiering en sturing van volksgezondheid en zorg



De zorg moet in de toekomst uit twee bronnen worden gefinancierd: een door risicodragende zorgverzekeraars uitgevoerde zorgverzekering (de Zvw) met ruime mogelijkheden

voor de relatie tussen gezondheid en gedrag en een door (bij voorkeur samenwerkende) gemeenten in autonomie uitgevoerd lokaal ondersteuningsarrangement voor maatschappelijke participatie (de Wmo).

In dit Tweestromenland is geen plaats voor de AWBZ. Zaak is dan wel dat Zvw en Wmo bouwrijp zijn voor de overkomst van een deel van de huidige AWBZ-aanspraken. Doel daarvan is het borgen van de belangen van de AWBZ-kliënten: vaak kwetsbare mensen met een ernstige beperking.

De logica van het Tweestromenland is dat care en cure in de praktijk allang niet meer zijn te onderscheiden,





zijn opgegaan in een en hetzelfde aanbod van integrated care. Een ander argument is dat alleen de gemeente de maatschappelijke participatie kan bevorderen. Er is nog een derde argument dat tegen de AWBZ als verplichte zorgverzekering pleit: het pakket van de zorgaanspraken in de AWBZ omvat veel wonen en welzijn. Dat kan voor een flink deel voor eigen rekening komen. Zeker in de ouderenzorg zijn private verzekeringsvormen mogelijk en maatschappelijk aanvaardbaar. Maar die zullen pas op de markt komen wanneer de AWBZ is verdwenen.

De Zvw en de Wmo vormen een adequate, complementaire financieringsstructuur: markt en (lokale) overheid. Beide wetten moeten consequent worden uitgevoerd vanuit de gedachte van governance, maatschappelijk verantwoord ondernemen (MVO) en decentralisatie van bestuur en beheer richting markt en/of local community. Voor de Wmo zou dit zover kunnen gaan dat een eigen belastinggebied ontstaat. Gemeenten heffen hun eigen belasting. Dit ligt in de Nederlandse bestuurlijke verhoudingen erg moeilijk. Toch is het helemaal in lijn met de filosofie van decentralisatie en autonomie.

Een ander punt is het uitgavenmanagement. Dat staat onder druk, door de groei van de zorguitgaven. Als deze onverminderd doorzet, dan zal in de toekomst onze economische groei geheel verdwijnen in de zorgsector. Er is dan geen extra geld meer voor andere collectieve taken, zoals onderwijs of veiligheid. Daarmee komt de risicosolidariteit onder druk te staan als sociale grondslag van de zorgfinanciering. Willen wij deze grondslag behouden, dan is herijking van onze solidariteit nodig. Dat betekent opnieuw kijken naar de balans van individuele en collectieve verantwoordelijkheid. Tot nu toe beschouwen wij de zorguitgaven immers als collectieve lasten. Concreet: op vijf punten zijn harde maatregelen onvermijdelijk.

### **Uitgavenmanagement**

1. Een scherper pakketbeheer op basis van expliciete criteria en een zorgvuldig gefaseerde procesgang (assessment; appraisal); de collectieve middelen zullen beperkt moeten worden. Het basispakket moet alleen bestaan uit evidence based medicine (EBM). EBM vereist de inbreng van de relevante patiëntenorganisaties. Er moet een rechtstreeks verband bestaan tussen zorgaanspraken in het basispakket, EBM en richtlijnen, kwaliteitsnormering en –toezicht en, tenslotte, zorginkoop.



2. Aan de zorgconsument zullen hogere eigen betalingen moeten worden gevraagd. Meer algemeen: een prijsprikkel aan de vraagzijde is onvermijdelijk.
3. Preventieve maatregelen moeten de gezondheid bevorderen. Meer in het algemeen: de relatie tussen gezondheid en gedrag, mits evidence based, moet een duidelijker plaats krijgen in de zorgfinanciering. Gezondheid als taak, niet als lot.
4. Bindt de uitgavenontwikkeling aan een norm: tweemaal de economische groei. Stuur aan de voorkant, dat wil zeggen stel vooraf vast wat er moet worden gerealiseerd en wat daarvoor nodig is. Corrigeer niet aan de achterkant (achteraf bezuinigingen opleggen aan veldpartijen).
5. Verleg systematisch de risico's op de zorgverzekerings- en op de zorgcontracteringsmarkt naar aanbieders en verzekeraars. Doelmatigheid volgt risico. Hier is nog veel te winnen.

Dit zijn als het ware de grote beleidsscenario's voor de komende jaren. De houdbaarheid van de zorgverzekering staat of valt met het succes van deze scenario's. In de kern lijken de scenario's op elkaar. Zij gaan eigenlijk alle over gedrag: van de consument en van de producent. Zij gaan meer in het bijzonder over

gezondheid. Gedrag en gezondheid hebben met elkaar te maken. En de grote politieke vraag voor de komende jaren is: willen wij een zorgverzekering die gezondheid bevordert en die dus gedrag beïnvloedt? Of willen wij een 'zorgverzekering'? Willen wij een 'beleidsrijk' financieringssysteem dat gedrag beïnvloedt of een technisch en gedragsneutraal uitvoeringsapparaat dat alleen schade dekt? De keuze tussen deze alternatieven zal grote gevolgen hebben voor het optreden van de zorgverzekeraars. Met moet zich realiseren dat in de kern van de zaak het een keuze is tussen een vraaggericht- of een aanbodgericht zorgstelsel.

Hier liggen dus fundamentele keuzen op het vlak van publieke en private verantwoordelijkheid. En langs die weg komen wij ook bij een verwante kwestie. Moet de zorgverzekering uitgaan van gelijkheid of van verschil? De zojuist genoemde beleidsscenario's wijzen in feite alle in de richting van verschil. Dat doet een toekomst vermoeden die er volstrekt anders uitziet dan die van de sociale verzekering. Die gaat nu eenmaal uit van gelijk(berechtigd)heid. Hier doet zich een dilemma aan ons voor. Voor de financiering is solidariteit nodig, voor duurzaamheid verschil. Solidair of solide?

Dit brengt ons bij "geclausuleerde solidariteit" als de poging de



## 1.6 De maatschappelijke omgeving van de zorg

De zorgsector is een integraal onderdeel van de samenleving en niet meer een eiland met eigen wetmatigheden. De samenleving dringt steeds dieper door in de zorgsector, zelfs tot in de spreekkamer. Verhoudingen in de zorgsector normaliseren. Wij zien dit op een aantal terreinen.

### Normalisering verhoudingen in zorgsector

1. De effectiviteit van het medisch handelen is veel meer dan vroeger afhankelijk van voor- en nazorg in de samenleving. Medisch en maatschappelijk raken meer vervlochten, hoewel het om verschillende 'producten' gaat. Een mooi voorbeeld is 'uitstel van ouderschap'. In dat verschijnsel vloeien medische risico's en maatschappelijke voordelen ineen.
2. Het lokaal bestuur is van groot belang voor de maatschappelijke participatie van mensen met een beperking. Community



(based) care kan alleen van de grond komen door de inzet van gemeenten. Dit vereist wel een 'inclusieve samenleving' en die is er nog lang niet. Een dergelijk samenleving komt er waarschijnlijk alleen door een claimcultuur, dus met de hulp van een juridisch instrument als bijvoorbeeld de Wet gelijke behandeling. Dit is een keuze voor een Angelsaksisch model. Het vereist ook inbedding van de Wmo in een breder sociaal-lokaal vangnet (zorg, wonen, sociale zekerheid arbeid, onderwijs).

3. Wij zien de patiënt steeds meer als burger en dat heeft vroeg of laat gevolgen van zijn voor rechten en plichten. Ook hier: normalisering.

Dit heeft enorme gevolgen voor de gang van zaken in de zorgsector. Om er, naast de normalisering van betrekkingen, een te noemen: een lokale aanpak van de ondersteuningsfunctie (Wmo) introduceert verschillen tussen gemeenten, waar vroeger in de zorgsector alles landelijk en uniform was vastgelegd (de logica van de sociale verzekering). Deze verschillen - die wij overigens vanuit een marktlogica ook zullen gaan zien - kenden wij tot nu toe niet in de zorgsector. Zij bestonden wel, maar wij zagen ze niet.

## 2.

# Wat kwam er van de adviezen terecht?

## 2.1

### 27 adviezen en 4 statements

Als wij de in zes thema's geperste adviezen op ons in laten werken, dan springen vier statements naar voren die met elkaar het gedachtegoed van de RVZ vormen. Vier statements of eigenlijk vier oplossingen voor problemen in de zorgsector. Met elkaar beschrijven zij de transitie van oud naar nieuw. Zij vormen de grondtoon van de RVZ-adviezen in de achter ons liggende jaren.



## De grondtoon: vier statements

1. Kwaliteit (en dus doelmatigheid) boven alles.
2. Integrated care, disease management en deinstitutionalisering (patiënt en professional voorop).
3. Verschillen, geen gelijkheid. Van collectief naar collectiviteit.
4. Een sterke, maar begrensde, overheid, een sterke markt.

Product, proces, financiering, sturing: met die trefwoorden vangt men de adviezen. Een korte toelichting op de vier statements.

### a. Kwaliteit boven alles!

Kwaliteit boven alles wil zeggen dat bereikbaarheid en toegankelijkheid van zorg een lagere prioriteit hebben dan kwaliteit. Met kwaliteit komt duurzaamheid, houdbaarheid van de zorguitgaven (collectieve lasten) binnen handbereik. Kwaliteit legitimeert, zeker als die ook omvat zoiets als 'maatschappelijke opbrengst'. Die kwaliteit geeft draagvlak aan investeringen én aan inspanningen van consumenten. Kwaliteit boven alles is ook: loon naar werken, beloning van prestatie en doen wat de samenleving vraagt. Tenslotte: kwaliteit boven alles betekent meer opbrengst voor minder kosten. Opbrengst die je behaalt met de hulp van wetenschap en techniek, dus door innovatie en door besparingen.

### b. Integrated care graag!

Het bestaande, geïnstitutionaliseerde zorgaanbod moet op de schop. Moet de vorm krijgen van patiënt- en ziektegeoriënteerde zorgfuncties. Zorgfuncties vervuld door professionals samen met patiënten. De spreekkamer is hun arena. In die arena bestaat geen onderscheid meer tussen voorzorg, zorg en nazorg (preventie, cure, care). Niet tussen ambulante en klinisch of tussen eerstelijns en tweedelijns. Niet tussen lichamelijk en psychisch. Integrated care betekent: weg met bestaande markeringslijnen in de patiëntenzorg. De zorg volgt de vraag. Dat betekent ook anders sturen: niet op instandhouding van wat je hebt, maar op prestatie en verdienste.

### c. Verschil moet er zijn!

Minder collectief, meer individueel. Doe een beroep op de eigen verantwoordelijkheid, ook als het om de gezondheid gaat. Kijk naar jezelf, kijk dus anders naar risicosolidariteit en naar zorg. Geef voorrang aan meedoen (actief), niet aan bescherming (passief). Promoveer de zorgvrager tot volwassen en volwaardige speler in het team, met rechten, maar ook met plichten. Verschillen zijn niet het probleem, maar de oplossing. In de zorgverzekeringen meer mogelijkheden voor differentiatie en voor prijsprikkels aan de vraagzijde. Gezondheid is een taak, geen lot.

#### **d. Overheid en markt: samen sterk!**

Meer verantwoordelijkheid, dat wil zeggen meer risico leggen waar het thuishoort en waar het rendeert: in de samenleving, bij de spelers in het veld. Weg met de beschermingsconstructies en met steunverlening. De spelers in het veld borgen in hun onderlinge transacties de publieke belangen. De overheid is terughoudend, maar staat wel naast de markt met een overduidelijke eigen taak. Zij is heel duidelijk over de grenzen van haar taak: over het publiek domein. Die taak verandert door de enorme invloed die krachten van buiten (internet, kennis, ruimte) op de sturing hebben. De overheid moet desondanks in spannende tijden van transitie en dynamiek doorzettingsmacht hebben, moet knopen kunnen doorhakken.

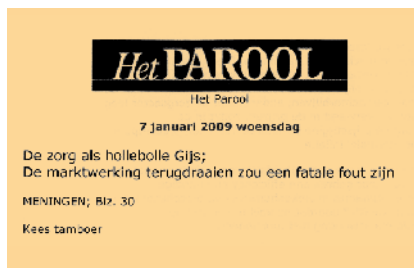
Bij elkaar een zware opdracht voor overheid en veldpartijen. Toch is het nodig deze vier uitdagingen aan te gaan. De problemen en de uitdagingen waarvoor de zorgsector zich gesteld ziet, zijn immers urgent en vragen om actie en tempo. En dat moet in de vorm van een goed georganiseerd beleidsprogramma dat tot stand komt in overleg tussen overheid en veld. Het is een publiek-privaat project met als doel de borging van de publieke belangen. Dit project heeft alleen kans van slagen bij complementariteit van private en publieke belangen. De vier statements kunnen het kompas

zijn bij de zoektocht naar deze complementariteit. Met elkaar zijn de statements bindmiddel voor markt en overheid.

#### **De 4 statements van de RVZ vormen met elkaar de veranderagenda voor de zorgsector na 2009**



## 2.2 De doorwerking van de adviezen



En dan de doorwerking van de 27 adviezen. Wat kwam er van terecht?

Het antwoord op deze vraag ligt besloten in de kenmerken van de sector en in de transitiefase waarin de sector zich bevindt. De kenmerken zijn vooral de decentrale uitvoering van de dienstverlening en de professionele autonomie, de waarde die gezondheid heeft voor mensen en de complexiteit van bestuur en financiering. De transitiefase brengt met zich mee dat de zorgsector zich beweegt van overwegend overheidsgeruleerd naar overwegend marktgeruleerd. Kenmerken en transitie doen de adviezen landen in een zorgsector vol hectiek en onzekerheid. Hoe verloopt de landing?



De adviezen sluiten meestal goed aan bij de ambities van de koplopers in de zorgsector, bij initiatiefnemers en ondernemers. Dat is niet verwonderlijk. De adviezen zijn nu eenmaal geënt op hun ideeën. Maar hoewel misschien niet iedereen geïnspireerd raakt door de adviezen, landen deze over het geheel genomen goed in de zorgsector. Leiden daar ook tot veel, constructief debat.

De primaire geadresseerde van de adviezen, de overheid, zou eigenlijk een krachtig regisseur van de transitie moeten zijn, om een optimaal gebruik te kunnen maken van de adviezen. Probleem is dat de zorgsector zo'n regiefunctie ontbeert. Dat heeft met de kenmerken van de sector te maken. Die veroorzaken een structureel machtsvacuüm; er is geen natuurlijk gezagscentrum. Maar het heeft ook met de transitiefase te maken. Daarin is de overheid de regie die nog restte wat kwijtgeraakt. Dat autonome krachten de zorgsector steeds meer in hun greep krijgen, versterkt dit alleen maar. Krachten als wetenschap en technologie, internet en transparantie laten zich niet regisseren.

Dit beïnvloedt de doorwerking van de adviezen, zeker als die in het teken van verandering staan. En dat staan zij, de vier statements hierboven laten dat zien. Het zijn alle veranderadviezen en die vragen per definitie om een verandermanager. De RVZ is zich hiervan bewust.

En hij probeert zijn adviezen zo te schrijven dat zij landen, ondanks de problemen met de landingsbaan en ondanks de vacante gezagsfunctie. De adviezen richtten zich tot nu toe op de relatie tussen minister en parlement. Zij zullen zich meer moeten richten op de relatie tussen het politiek-bestuurlijk systeem (minister en parlement) enerzijds, de veldpartijen in de zorgsector anderzijds. En tegelijkertijd, zal de RVZ de dosering van verandering en continuïteit heel zorgvuldig moeten instellen. Niet te veel van het een, niet te veel van het ander. Alleen zo zijn adviezen functioneel voor hen die aan het roer staan, binnen de overheid of binnen de sector.

De adviseur wil verandering, de werkelijkheid continuïteit.

Maar betekent dit nu dat er niets met de adviezen van de RVZ is gedaan? Nee, allerm minst. De doorwerking van de adviezen was en is groot. Soms al direct na verschijnen. Soms duurde het iets langer.

Bovendien: doorwerking is ook niet altijd volledige acceptatie. Doorwerking kan ook zijn een punt op de politieke agenda krijgen of een stevige discussie starten tussen belanghebbenden die tot nieuwe inzichten leidt. Hieronder een selectie van successen van de RVZ in de periode 2003-2009. Die laat zien dat de RVZ adviezen schrijft "die er toe doen".

### **Wapenfeiten RVZ**

- Selectieve zorginkoop en sturen verzekerden: goede zaak
- Draagvlak voor eigen betalingen en “goed patiëntschap”
- Kwaliteit publiek belang nr. 1
- Arbeidsmarkt zorg: ingrijpende maatregelen nodig
- Basispakket: appraisal-commissie bij CVZ; kosten per gewonnen levensjaar normeren
- Wmo: noodzakelijk, verder uitbouwen; scheiding participatie-zorg
- Taakherschikking moet
- Deel AWBZ (ouderenzorg) privatiseren
- Risicosolidariteit clausuleren
- Zorginnovatie vereist marktprikkels

# Bijlage

## Gebruikte adviezen RVZ periode 2003 – 2009\*

09/04	Governance en kwaliteit van zorg
08/11	Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg
08/08	Schaal en zorg
08/05	Zorginkoop
08/03	Screening en de rol van de overheid
08/01	Beter zonder AWBZ?
07/04	Rechtvaardige en duurzame zorg
07/02	Vertrouwen in de arts
07/01	De strategische beleidsagenda zorg 2007-2010
Sig 07/02	Goed patiëntschap
Sig 07/01	Uitstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?
06/12	De patiënt beter aan zet met een Zorgconsumentenwet?
06/10	Publieke gezondheid
06/08	Arbeidsmarkt en zorgvraag
06/06	Zinnige en duurzame zorg
06/02	Management van vastgoed in de zorgsector
06/01	Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg
05/15	Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief
05/06	Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid
05/04	Van weten naar doen
05/01	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
04/08	Gepaste zorg
04/01	De Staat van het Stelsel
03/14	Acute zorg
03/08	Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg
03/05	Van patiënt tot klant
Sig 03/01	Exploderende zorguitgaven

\* De signalelementen van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) zijn niet in deze publicatie verwerkt.





Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



