



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

# Werkprogramma 2009



# 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. (Rien) Meijerink

### Leden

Mw mr. A.M. van Blerck-Woerdman

Mr. H. Bosma

Mw professor 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

# Werkprogramma 2009

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)  
[www.ceg.nl](http://www.ceg.nl)

**Colofon**

Ontwerp Vormgeving & dtp ministerie van VROM

Tekst Monique Noteboom en Bert Kreemers

Fotografie Eveline Renaud

Bart Versteeg

SasPartout (foto geld pag. 14)

Els Jacobi (foto bedfiets pag. 20)

Michiel Thomas (foto internet pag. 21)

Druk Koninklijke Broese en Peereboom

Uitgave 2009

ISBN 978-90-5732-204-4

*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 09/03.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg



# Inleiding

Voor u ligt het werkprogramma 2009 van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) inclusief het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG). De RVZ heeft de wettelijke taak de regering en de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal te adviseren op het terrein van de gezondheidszorg, de langdurige zorg, de publieke gezondheid en de maatschappelijke ondersteuning. De RVZ is hét adviesorgaan van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Zorg voor strategische beleidsvragen.

In de brochure ‘Maatschappelijke Opgaven Volksgezondheid en Gezondheidszorg. Leidmotief voor de kennis- en innovatieagenda van de gezondheidssector’ identificeert het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) op zijn terrein de vijf grote thema’s. Deze hebben de vorm van “maatschappelijke opgaven”.

In onderstaand schema zijn de adviesonderwerpen in dit werkprogramma toebedeeld aan deze opgaven.

## Adviesthema's RVZ

Maatschappelijke opgaven VWS	1. nieuwe ordeningen	2. publieke financiering		3. zorg voor kind	4. nieuwe technologie			5. CEG-signalelementen		
		a. zorgvangnetten	b. sturen op gezondheid		a. arbeidsbesparing	b. patiënt + internet	c. nieuwe beroepen	a. dagelijkse morele dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden	b. genetische aanleg en registratie van etniciteit	c. zorg op afstand
1. Anticiperen op een groeiende en veranderende zorgvraag	X	X		X		X	X	X	X	X
2. Langer leven in gezondheid			X							
3. Houdbare kwaliteit en patiëntveiligheid								X	X	X
4. Grenzen aan zorg en omgaan met schaarste en risico's		X			X			X		X
5. Versnellen van ontwikkeling en toepassing van innovatieve medische producten					X	X	X			X

Uit dit schema blijkt dat de RVZ in 2009 een groot deel van zijn advieswerk zal wijden aan:

1. het antwoord op de groeiende en veranderende zorgvraag;
2. de versnelling van zorginnovatie.

Maar ook de andere maatschappelijke opgaven van VWS zullen in de adviezen van de RVZ aan bod komen. De Raad doet dit vanuit zijn eigen opdracht: de strategische advisering in een vroeg stadium van de beleidscyclus.

# De Raad stelt zich voor

*van links naar rechts*

drs. P. Vos

prof. dr. W.N.J. Groot

mw. E.R. Carter, MBA

prof. dr. J.P. Mackenbach

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

mr. H. Bosma

mw drs. M. Sint

prof. drs. M.H. Meijerink

prof. dr. D.L. Willems

mw. prof. dr. D.D.M. Braat





*prof. drs. M.H. (Rien) Meijerink*

**De heer Meijerink** (1943) studeerde economie. Van 1990 tot 1995 was hij werkzaam als secretaris-generaal van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen. Van 1995 tot 2000 was hij voorzitter van de Vereniging van Universiteiten (VSNU) en van 2000 tot 2005 voorzitter Raad van Bestuur van het Universitair Medisch Centrum in Rotterdam (Erasmus MC). In 2006 was hij voorzitter van de Visitatiecommissie voor de Gerechten.

Momenteel werkt hij als adviseur bij Het Expertise Centrum en is hij onder meer voorzitter van de Raad van Toezicht Universiteit Utrecht.



*mevrouw mr. A-M. (Anke)  
van Blerck-Woerdman*

**Mevrouw Van Blerck-Woerdman** (1944) studeerde Nederlands recht aan de Rijksuniversiteit te Utrecht.

Zij bekleedde diverse bestuurlijke functies. Zo was zij lid van de Tweede Kamer, woordvoerder Volksgezondheid Welzijn en Sport; lid van de Vaste Commissie Sociale Zaken, voorzitter van de Commissie Justitie van de Tweede Kamer en wethouder voor Milieu, verkeer, ruimtelijke ordening van het buitengebied en sport in Breda. Daarnaast bekleedt zij verschillende nevenfuncties o.a. als voorzitter Raad van Toezicht van het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg en voorzitter Raad van Toezicht Bureau Jeugdzorg Noord-Brabant.



**De heer Bosma** (1943) studeerde rechten in Groningen. Hij was werkzaam in diverse functie bij het ministerie van Economische Zaken en bij de gemeente Amsterdam, onder andere als directeur Gemeentelijk Grondbedrijf en directeur dienst Openbare Werken.

Vanaf 1990 was hij werkzaam bij PinkRocade N.V. (en rechtsvoorgangers). Onder zijn leiding werd het Rijks Computercentrum verzelfstandigd tot N.V. RCC. In de loop der jaren is RCC uitgegroeid tot PinkRocade N.V, daarvan was de heer Bosma voorzitter van de Raad van Bestuur. In het voorjaar van 2005 ontstond de combinatie Getronics PinkRocade. Per 1 augustus 2005 trad hij terug uit zijn bestuursfunctie en trad toe tot de Raad van Commissarissen van Getronics PinkRocade.

Verder is hij lid van de Raad van Commissarissen van N.V. NOM (Noordelijke Ontwikkelingsmaatschappij) en lid van de Raad van Commissarissen Synergia Capital Partners B.V.



mr. H. (Henk) Bosma



*mevrouw prof. dr. D.D.M. (Didi) Braat*

**Mevrouw Braat (1954)** studeerde geneeskunde aan de Vrije Universiteit Amsterdam en specialiseerde zich in de gynaecologie en voortplantingsgeneeskunde. In 1992 promoveerde zij op het proefschrift *Multiple pregnancies in pulsatile GnRH treatment*. Mevrouw Braat werkt als hoogleraar Obstetrie en Gynaecologie (O&G), tevens Voortplantingsgeneeskunde, is afdelingshoofd O&G en opleider van de specialistenopleiding O&G bij het Universitair Medisch Centrum St. Radboud. Ze is lid van de Gezondheidsraad, plaatsvervangend lid van de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek en voorzitter van het Bestuur Stafconvent; UMC St. Radboud. Daarnaast bekleedt zij verschillende andere nevenfuncties.



*mevrouw E.R. (Elisa) Carter*

**Mevrouw Carter (19??)** studeerde aan de Bradford University in Groot-Brittannië en the NIMBAS Utrecht en behaalde de titel *Master of Business Administration (MBA)*.

Mevrouw Carter is lid van de Raad van Bestuur GGzE Eindhoven en de Kempen en draagt de eindverantwoordelijkheid voor de totale bedrijfsvoering binnen deze organisatie. Eerder was zij werkzaam - van 1996 tot 2004 - als (eenhoofdige) Raad van Bestuur RIAGG Maastricht en - van 1994 tot 1996 - als manager/hoofd algemene gezondheidszorg GGD Brabant Noordoost.

Verder is mevrouw Carter werkzaam als coach en adviseert ze managers en jonge leidinggevenden; advisering over cultuursensitieve aspecten in leidinggeven en over gezondheidszorgbeleid en productontwikkeling.

**De heer Groot** (1960) studeerde economie en filosofie aan de Universiteit van Amsterdam.

In 1992 promoveerde hij op het proefschrift over werkeloosheid en opleiding.

Sinds 1998 is hij werkzaam als hoogleraar Gezondheidseconomie en sinds 2008 als hoogleraar Evidence Based Education aan de Universiteit van Maastricht.

Daarnaast is hij voorzitter van de Provinciale Raad van de Volksgezondheid in Limburg en columnist voor Het Financieele Dagblad, Economisch Statistische Berichten en Zorgvisie.



prof. dr. W.N.J. (Wim) Groot

**De heer Mackenbach** (1953) studeerde geneeskunde aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam. In 1988 promoveerde hij op het proefschrift *Mortality and medical care*.

Vanaf 2001 is hij werkzaam als hoogleraar Maatschappelijke gezondheidszorg, tevens afdelingshoofd aan het instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Ook is hij kerndocent Epidemiologie en volksgezondheid bij de Netherlands School of Public Health te Utrecht en Honorary professor aan de London School of Hygiene and Tropical Medicine.



prof. dr. J.P. (Johan) Mackenbach

Ook is hij voorzitter van het bestuur van Netherlands Institute for Health Services, lid van het bestuur van het Instituut voor onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving (IVO) en lid van de Gezondheidsraad. Daarnaast bekleedt hij diverse andere nevenfuncties.



*mevrouw drs. M. (Marjanne) Sint*

**Mevrouw Sint** (1949) studeerde economie aan de Universiteit van Amsterdam. In 1974 slaagde zij voor haar doctoraalexamen in de studierichtingen macro-economie, openbare financiën en internationaal-economische betrekkingen. Vanaf 2007 is mevrouw Sint voorzitter van de Raad van Bestuur van de Isala Klinieken Zwolle. Van 2000-2007 was zij secretaris-generaal van het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer. Daarvoor was zij werkzaam als Gemeentesecretaris Amsterdam. Verder is mevrouw Sint lid van de Raad van Toezicht Jellinek-Mentrum (Geestelijke Gezondheidszorg Amsterdam) en lid van de Raad van Commissarissen BPF Bouwinvest.



*prof. dr. D.L. (Dick) Willems*

**De heer Willems** (1954) studeerde geneeskunde aan de RijksUniversiteit Groningen. In 1995 promoveerde hij op het proefschrift *Tools of care – Explorations into the semiotics of medical technology*.

Vanaf 2003 is hij werkzaam als arts en hoogleraar Medische ethiek aan het Amsterdams Medisch Centrum/ Universiteit van Amsterdam. Daarnaast is hij als consulent verbonden aan de huisartsen-peergroep Palliatieve zorg Amsterdam.

Hij is o.a. voorzitter van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid, lid van de beraadsgroep Ethiek en recht van de Gezondheidsraad en lid van de beleidsadviesraad van de KNMG. Daarnaast bekleedt hij verschillende andere nevenfuncties.

**De heer Vos** (1947) is psycholoog; hij behaalde zijn doctoralexamen organisatie-psychologie in 1977 aan de Rijksuniversiteit Utrecht. Na een aantal functies in de gezondheidszorg, onder meer bij de geneeskundige inspectie, trad hij in dienst van de toenmalige Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV). Na een aantal jaren secretaris van de Kamer geestelijke gezondheidszorg van de NRV te zijn geweest, werd hij in 1994 algemeen secretaris van de NRV. Deze Raad werd in 1996 opgeheven, waarna de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) ontstond. Hij is algemeen secretaris van de RVZ. In die hoedanigheid is hij de secretaris van de Raad en directeur van het bureau van de Raad. Dit bureau bestaat uit ongeveer dertig medewerkers.

*Pieter Vos is lid van een aantal Raden van Toezicht/Raden van Advies in de gezondheidszorg.*



*drs. P. (Pieter) Vos*



# Nieuwe adviezen voor 2009

## Nieuwe ordeningen in de zorg

De oude dichotomieën tussen tweede en eerste lijn, tussen generalistisch en specialistisch, tussen psychisch en somatisch, tussen algemene zorg en categoriale zorg en tussen intramuraal verblijf en zorg aan huis brokkelen af. Technologische ontwikkelingen en andere opvattingen over maatschappelijke participatie vragen om een herordening van de zorg. Weg van de grote algemene voorzieningen en op zoek naar kleinschaligheid, professionele organisaties en meer specialisatie. Maar ook naar geïntegreerde zorg in ketens, ten behoeve van chronisch zieken (disease management). Speciale aandacht is nodig voor de toenemende comorbiditeit cq multi-problematiek. Continuïteit van zorg is steeds vaker het ijkpunt. Dit biedt overigens veel nieuwe kansen en mogelijkheden voor ondernemende professionals.

Het einde van het geïntegreerd medisch specialistische bedrijf? Van de institutionele AWBZ? Nieuwe vormen tussen de versnipperde

lokale eenmansbedrijfjes en de ultragrote 'alles-in-een' instellingen? Tussen generalisatie en specialisatie? Anderhalfdelijnszorg? Beleidsmatig is men op zoek naar structuren die betere mogelijkheden bieden voor meer substitutie naar de eerste lijn, voor meer verbinding met de persoonlijke levenssfeer (preventie) en voor een betere adressering van allerlei maatschappelijke vragen en ontwikkelingen (wijkcentra).

Deze visie krijgt langzamerhand steeds meer gestalte, maar een duidelijk kader om dit op te bouwen ontbreekt. Hoe dit te realiseren? Wie is aan zet in deze ingrijpende verbouwing? Wat kan de overheid doen? Dit onderwerp leent zich voor een groot, strategisch advies. Dit zou zich moeten concentreren op de vraag hoe het bestaande bouwwerk van wet- en regelgeving, in het bijzonder de financiering en de bekostiging, geschikt is te maken voor het nieuwe zorgaanbod (dat wil zeggen voor de veranderende zorgvraag en de toenemende behandelmogelijkheden). Geschikt maken betekent dan: stimuleren.

Raadsleden : prof. dr. W.N.J. Groot  
mw. E.R. Carter MBA  
mw. prof. dr. D.D.M. Braat

Project- : drs. P. Vos  
manager  
Telefoon : 070 340 5837  
E-mail : p.vos@rvz.net



## Publieke financiering

Decentralisatie en ontmanteling van aanbodregulering en budgettering staan volop in de aandacht.

Marktwerking lijkt het dominante ordeningsprincipe te worden in de zorgsector. De 'achterkant' hiervan is dat de overheid zich dient te heroriënteren op de publieke functies en haar financiële verantwoordelijkheid daarvoor. Kortom op de overheidstaak. Hoe financieren we de zorgtoeslag? Hoe gaan we om met inkomenssolidariteit, het belastingstelsel, rijksbijdragen voor niet te vermarkten onderdelen van de zorg, acute zorg, de financiële verhouding met de gemeenten, de financiering van opleidingen en de subsidies.

Met andere woorden een herijking van de rol en taken van de publieke (niet zijnde premie-)financiering. Dit lijkt zich nu min of meer automatisch uit te kristalliseren op geleide van de keuzen voor marktwerking. Maar biedt een zelfstandige analyse niet een betere grondslag voor de toekomst van de publieke financiering? De gedachte hierachter is ook dat de markt beter functioneert bij een heldere overheidstaak. Een sterke markt: een sterke overheid.



In dit advies expliciteert de RVZ de overheidstaak in het licht van de transitie waarin zich de zorgsector bevindt. Hij plaatst deze taak naast die van de civil society en van de burger enerzijds, de markt anderzijds. De Raad zal in dit advies de overheidstaak beleggen met sturingsinstrumenten.

Nadat dit algemene, strategische advies is uitgebracht, zal de Raad dit thema op twee manieren uitwerken en wel als volgt.

### **a. Zorgvangnetten**

De toenemende specialisering van zorg en de behoefte aan vraagarticulatie door de patiënten en cliënten (inclusief de roep om keuzemogelijkheden en eigen verantwoordelijkheid) heeft ook een keerzijde. Er is een groep die daar maar moeizaam mee uit de voeten kan. We kunnen denken aan de verkommerden en verloederen, zwaar verslaafden en psychisch zieken, illegalen, mensen met een taalachterstand, mensen met een laag inkomen, lage opleiding of andere achterstandsproblematiek.

Bekend is dat veel van deze mensen (behorende tot de lage SES-groepen) een slechtere gezondheid hebben dan mensen in andere groepen in de samenleving (sociaal-economische gezondheidsverschillen/SEGV). De indruk is dat deze groep niet kleiner wordt. Ieder zorgstelsel, hoe ook gefinancierd, kent deze mensen.



Deze groep heeft specifieke behoeften waar de zorgsector niet altijd op is toegerust. Die is daardoor niet goed in staat adequate zorg te bieden. Dit vormt uiteraard een probleem voor deze doelgroepen, maar deze vormen op hun beurt soms ook weer een probleem voor het functioneren van het bestaande systeem (taalachterstanden, agressie, onverzekerd zijn etc.).

Voor dergelijke achterblijvende groepen zijn sociaal-medische vangnetfuncties nodig. Een groot aantal van dit soort vangnetfuncties werd traditioneel vervuld door de gemeentelijke gezondheidsdiensten (bemoeizorg, kwetsbare groepen). Deze is tegenwoordig echter vooral gericht op preventie en op sociale taken en veel minder op het zorginhoudelijke functioneren en de gevolgen van liberalisering, deconcentratie en extramuralisatie. Voor de reguliere zorginstellingen is het steeds moeilijker om een vangnetfunctie te vervullen. De bekostiging biedt hier weinig of geen ruimte voor. De behoefte aan deze functies neemt echter toe en daardoor dreigen er gaten in de vangnetten te ontstaan. Hoe zien de huidige vangnetten in de zorg eruit en hoe kunnen deze worden verbeterd? Veel kunnen wij leren van de Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ). Het advies zou zich moeten richten op de vraag

hoe marktconform handelen in de zorg in overeenstemming kan worden gebracht met de creatie van sociaal-medische functies en vangnetten.

Raadsleden : prof. dr. D.L. Willems  
mw drs. M. Sint

Project- : mw. mr. M.W. de Lint  
manager  
Telefoon : 070 340 7268  
E-mail : m.delint@rvz.net

### **b. Sturen op gezondheid**

Is het mogelijk de zorgsector te sturen op gezondheidsdoelen? De RVZ zal in eerste instantie de casus 'Levensverwachting' uitwerken en wel in twee richtingen.

1. Hoe ontwikkelt de levensverwachting zich in Nederland in de periode 1980 – 2010? Deze vraag wordt ook internationaal beantwoord. Naast de feitelijke ontwikkeling, kijkt de Raad naar determinanten en invloeden van levensverwachting, binnen en buiten de zorgsector. De RVZ werkt samen met het RIVM.
2. Wie is verantwoordelijk voor de ontwikkeling van de levensverwachting? Is deze te sturen en zo ja, met welke instrumenten? Hoe is dit in het verleden verlopen en tot welke resultaten heeft dit geleid? En welke suggesties kan men doen voor de sturing van de toekomstige zorgsector? Is het denkbaar de prestaties van de

zorgsector (en de investeringen daar in) af te meten aan een parameter als levensverwachting? Kan men een dergelijke prestatie of outcome rechtstreeks koppelen aan incentives?

Raadsleden : prof. dr. J.P. Mackenbach  
mw. mr. A.M. van Blerck-  
Woerdman  
mw. prof. dr. D.D.M. Braat

Contact- : drs. P. Vos  
persoon  
Telefoon : 070 340 5837  
E-mail : p.vos@rvz.net



## Intersectorale zorg voor het kind

Er bestaat maatschappelijk onbehagen over de ontwikkeling van jeugd en gezin, althans als de oprichting van het nieuwe gelijknamige ministerie, het EKD, de centra voor jeugd en gezin en de media-aandacht symptomatisch zijn. Dit heeft ook gevolgen voor de zorg- en welzijnssectoren. Het ontbreken van een integrale aanpak is een probleem dat breed wordt onderschreven.

Kinderen met problemen – medisch, psychisch, maatschappelijk – en hun ouders komen in aanraking met verschillende beleidsdomeinen. De afstemming verloopt momenteel niet optimaal. Hoe verbeteren we de afstemming tussen de zorg bij somatische, psychische en maatschappelijke klachten en de ontwikkeling van het kind? Welke rol heeft de zorg- en de welzijnssector in dit geheel?



De naast elkaar bestaande en vaak onafhankelijk van elkaar opererende financieringsstelsels voor de zorg voor het kind creëren hun eigen problematiek: afwenteling, interferentie, afscherming. De knippen tussen de stelsels (Zvw, AWBZ, PGB, Justitie, Speciaal onderwijs, Wajong) vormen evenzovele risico's voor zorg die integraal en continu moet zijn en voor vroegdiagnostiek en tijdig ingrijpen. Ieder stelsel heeft zijn eigen taal, netwerk en rationaliteit. Dit probleem leent zich voor een intersectoraal advies met een aantal andere adviescolleges (bijvoorbeeld de RMO en de Onderwijsraad).

Raadsleden :mw. E.R. Carter MBA  
mw. drs. M. Sint  
Project- :mw. dr. I. Doorten  
managers :mw. dr. A.J. Struijs  
Telefoon :070 340 6673  
070 340 5836  
E-mail :i.doorten@rvz.net  
a.struijs@rvz.net

## Introductie nieuwe technologie in de zorgsector

De Werkprogramma's 2007 en 2008 van de RVZ bevatten al het thema 'Innovatief vermogen zorg', geprogrammeerd voor 2009. Het ging concreet om de bijdrage van de zorgsector aan de economische ontwikkeling. Daarnaast is aan de orde de verspreiding van innovatieve technologie over de zorgsector en de vraag hoe die te versnellen. Inmiddels heeft de minister van VWS een Zorginnovatieplatform (ZIP) opgericht. VWS, ZIP en RVZ zullen bezien op welke manier de RVZ input kan leveren aan het innovatiebeleid van VWS. Er zijn drie potentiële adviesthema's op het terrein van de RVZ.

### a. Toelating en diffusie van (arbeidsbesparende) technologie

De verwachte tekorten op de arbeidsmarkt vormen een probleem dat de beleidsagenda van de zorg nog voor jaren zal beheersen. Een voor de hand liggende manier om hier iets aan te doen is de substitutie van arbeid door kapitaal. We hebben het dan concreet over techniek die arbeidsbesparend werkt en de zorg – zo mogelijk – verbetert. Op dit gebied wordt geen activerend beleid gevoerd. Wel bestaan er veel drempels:

financiering, toelating op de markt, vaste gewoonten bij de beroepsgroep, bedreiging van arbeidsplaatsen en onvoldoende kennis. En bovenal: geen prikkels voor ondernemerschap (lees: kostenbesparing en innovatie).

Het gevolg: trage diffusie van arbeidsbesparende technologieën. Hoe bereiken we dat er snel meer arbeidsbesparende technologieën in de zorgsector worden ingezet? Dit kan niet alleen door extra te investeren, maar zal vooral moeten worden

gerealiseerd door een verschuiving van arbeid naar kapitaal. Hoewel het HMF hier onlangs een behartigenswaardig inventariserend rapport over uitbracht, leent dit onderwerp leent zich voor een strategisch beleidsadvies. Daarin moet de RVZ primair ingaan op de rolverdeling. Specifieke aandachtspunten: ICT en internet, nieuwe beroepen, de markt van de persoonlijke dienstverlening en efficiënt bouwen cq vastgoedmanagement.



Raadsleden :mw. mr. A.M. van  
Blerck-Woerdman  
mr. H. Bosma

Project- :mw. dr. W.G.M. van der  
manager Kraan  
Telefoon :070 340 5895  
E-mail :w.vanderkraan@rvz.net

### **b. Patiënt en internet: web 2.0 en 3.0**

Het medium internet heeft in de zorg veel impact. Door het beschikbaar komen van informatie over gezondheid en zorg heeft internet bijgedragen aan het verkleinen van de informatiekloof tussen zorgprofessional en zorgconsument. Aanvankelijk werd internet gebruikt voor het aanbieden en afnemen van informatie, ook wel het 'alleen lezen web' of Web 1.0 genoemd. Het internet maakte het mogelijk informatie te zoeken en te lezen. Inmiddels is internet geëvolueerd tot Web 2.0: het 'lezen en schrijvenweb'. Internetgebruikers kunnen zelf 'content' aan het web toevoegen en in interactie treden met andere gebruikers. Voorbeelden zijn websites als YouTube.com, MySpace.com en Hyves.nl, RSS-feeds, wiki's en het zogenoemde 'bloggen': internetgebruikers leveren zelf informatie waaraan zij en gelijkgestemden behoefte aan hebben.

Inmiddels is sprake van de opkomst van Web 3.0, het semantische web. Het huidige web is niet in staat om te onderscheiden wat relevant



is en wat niet. Door gebruik te maken van bepaalde formats kunnen gegevens begrepen worden door programmatoeepassingen, zoals nu mensen gegevens kunnen interpreteren door hun plaats binnen de context.

De opkomst van Web 2.0 heeft ook betekenis voor de zorgsector. De interactie tussen internetgebruikers kan invloed hebben op het gebruik van zorgvoorzieningen. Wiki's zouden gebruikt kunnen worden om de toepassing van behandelrichtlijnen te bevorderen. Relevant is ook de aankondiging van grote bedrijven als Google en Microsoft om het gebruik van door hen ontwikkelde elektronische patiëntendossiers te faciliteren. Dit zou de toepassing van EPD's in een stroomversnelling kunnen brengen. En wat eerder overheden en partijen in het veld niet lukte, slaagt nu misschien wel door grote groepen internetgebruikers.

Vragen hierbij zijn: wat zijn de kansen en bedreigingen van Web 2.0 en Web 3.0 voor de volksgezondheid en de zorg en welke rol moet de overheid bij deze ontwikkelingen spelen? De meer strategische vraag hierachter is die naar de betekenis van het internet voor het huidige sturingsconcept.

Raadsleden : mr. H. Bosma  
mw. prof. dr.  
D.D.M. Braat

Projectmanager : drs. A.J.G. van Rijen  
Telefoon : 070 340 5807  
E-mail : o.vanrijen@rvz.net





### c. Nieuwe beroepen

Het stelsel van beroepen en opleidingen in de zorgsector is in beweging. Nieuwe zorgvragen vereisen nieuwe competenties. Ook maken nieuwe interventie mogelijkheden het nodig dat nieuwe beroepen ontstaan. De RVZ heeft hieraan regelmatig aandacht besteed, zie onder meer zijn adviezen over taakherschikking, arbeidsmarkt en AWBZ. Algemene teneur: zorgvraag, wetenschap en technologie vereisen andere beroepen, maar er is geen regisseur met doorzettingsmacht in dit veld vol tegenstrijdige belangen. Een aantal EU-lidstaten is hierin voortvarender. Hoe kunnen wij een innovatief beleid van beroepen en opleidingen tot stand

brenge? Hoe kunnen wij het aanbod meer in overeenstemming krijgen met de vraag? En zijn de bestaande scheidslijnen (medisch, verpleegkundig, paramedisch) wel houdbaar?

Raadsleden : mw. drs. M. Sint  
prof. dr. D.L. Willems

Contactpersoon: drs. P. Vos  
Telefoon : 070 340 5837  
E-mail : p.vos@rvz.net



## Overheidssteun aan zorginstellingen

De overheid kan zorginstellingen financiële steun verlenen indien zij als gevolg van exploitatieverliezen in financiële problemen komen en over een negatief eigen vermogen beschikken. Op 1 januari 2007 is dat in een beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgelegd, maar de overheid heeft ook al eerder dergelijke steun verleend.

De reden voor een advies over deze overheidssteun aan zorginstellingen zijn divers:

1. De kredietcrisis zal mogelijk het aantal steunaanvragen doen toenemen. Er is, als het niet meer om incidenten gaat, behoefte aan een duidelijk kader voor steunverlening, waarvoor een politiek en maatschappelijk draagvlak bestaat.
2. De rol van de overheid verandert door de introductie van meer marktwerking in de gezondheidszorg. In een stelsel van aanbodregulering neemt de overheid beslissingen over de totstandkoming en instandhouding van een bepaald voorzieningenniveau en is daarvoor medeverantwoordelijk. In een

stelsel met marktwerking nemen marktpartijen deze beslissingen voor eigen rekening en verantwoording en is de overheid verantwoordelijk voor de werking van het systeem. De verantwoordelijkheid voor eventuele steunverlening verschuift daardoor ook, wat een herijking van het bestaande beleid nodig maakt.

3. De actuele casus van de IJsselmeerziekenhuizen roept vragen op over de instrumenten die de overheid in afzonderlijke gevallen kan hanteren.

Raadsleden : prof. dr. W.N.J. Groot  
prof. dr. M.H. Meijerink

Project-  
manager : mr. J.P. Kasdorp  
Telefoon : 070 340 7176  
E-mail : j.kasdorp@rvz.net

# Centrum ethiek en gezondheid (CEG)

Het Centrum voor ethiek en gezondheid (CEG) is op initiatief van minister Borst in 2003 ingesteld. In het CEG werken de Gezondheidsraad en de RVZ samen op gebied van ethiek en gezondheid. In signalementen worden regering en parlement geattendeerd op de morele dilemma's van onze tijd en worden oplossingen verkend. Zo draagt het CEG bij aan een afgewogen, ethisch verantwoord gezondheidsbeleid, dat aanstuurt op goede zorg voor iedereen. Het CEG is tevens een kennis- en informatiebron voor breder publiek. De website, [www.ceg.nl](http://www.ceg.nl), van het CEG speelt hierin een belangrijke rol en biedt een schat aan informatie over ethische onderwerpen, links en debaatsmogelijkheden

## Genetische aanleg en registratie van ethniciteit

Op dit moment wordt de etnische achtergrond van patiënten en proefpersonen in principe niet geregistreerd. Met het oog op goede diagnostiek en een effectieve behandeling van aandoeningen, maar ook voor wetenschappelijk onderzoek, lijkt het echter relevant om rekening te houden met de etnische achtergrond van patiënten. Registratie van ethniciteit kan in dit verband een belangrijk instrument zijn, maar is in ethisch opzicht omstreven vanwege het gevaar van misbruik en om redenen van privacy (RVZ/CEG, 2003). Staatssecretaris Bussemaker laat in haar brief naar aanleiding van de Trendanalyse Biotechnologie 2007 aan de Kamer weten dat zij voornamelijk geen maatregelen neemt om registratie van ethniciteit te bevorderen (TK 27 428, nr 114, 9 september 2008). Zij wacht eerst de studie af die het CEG van plan is te verrichten. Beide in het CEG participerende adviesraden, de Gezondheidsraad en de RVZ zullen samenwerken in dit signalement.



Raadsleden : mw. E.R. Carter, MBA  
prof. dr. D.L. Willems

Project-  
manager : mw. dr. A.J. Struijs  
Telefoon : 070 340 5836  
E-mail : a.struijs@rvz.net

## Dagelijkse morele dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden

De veranderende context waarbinnen verpleegkundigen en verzorgenden hun dagelijks werk uitvoeren leiden tot nieuwe morele dilemma's die voor hen niet altijd gemakkelijk te herkennen en te hanteren zijn.

Ze hebben niet altijd de morele basiskennis- en vaardigheden om met deze dilemma's om te gaan. De vraag is hoe zij hun kennis en kunde hierin kunnen versterken en wat opleidingen, instellingen, beroepsgroepen en de overheid in dit opzicht kunnen doen.

De morele dilemma's waarmee verpleegkundigen en verzorgenden worden geconfronteerd hangen samen met twee belangen waarmee zorgprofessionals dagelijks te maken hebben. Enerzijds is er het



belang van de directe zorgrelatie: de verantwoordelijkheid die de professional voelt voor de zorg aan zijn patiënt of cliënt. Anderzijds is er het belang van de professionaliteit van de zorgprofessional. De zorgprofessional moet in zijn kennis en kunde ook opgewassen zijn tegen de eisen die vanuit de bredere omgeving (van buitenaf en bovenaf) aan hem worden gesteld. Kenmerkend voor de huidige situatie is dat de eisen uit de omgeving sterker worden en soms haaks staan op het belang van de directe zorgrelatie tussen zorgverlener en patiënt/cliënt. Dat kan nieuwe morele problemen opleveren. Doel van het signalement is om op basis van actuele, dagelijkse morele dilemma's te komen tot voorstellen hoe morele kennis en vaardigheden onder professionals (uitvoerenden) en op instellingsniveau verbeterd kunnen worden en deze ook (beter) ingebed zijn in de structuur en cultuur van de instelling. Ook zal aandacht besteed worden aan de rol van beroepsgroepen, het onderwijs en de overheid op dit gebied. De resultaten worden gepresenteerd in een signalement.

Raadsleden : prof. dr. D.L. Willems  
mw. E.R. Carter MBA

Project- : dr. G.J. Olthuis  
manager  
Telefoon : 070-340 5617  
E-mail : g.olthuis@rvz.net

## Zorg op afstand

Verskillende maatschappelijke ontwikkelingen maken dat er steeds meer aandacht komt voor het perspectief van 'zorg op afstand'. Voorbeelden zijn de vergrijzing en de wens van veel ouderen om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen, de decentralisatie van de zorg en de krapte op de arbeidsmarkt bij een toenemende zorgvraag in de samenleving. Slimme technologie, zoals de mogelijkheid om computers onze bloeddruk, spierspanning, hartritme of suikerspiegel te laten meten en dit via sensoren direct te laten registreren bij de behandelaar of hier via de computer met de behandelaar over te communiceren, kan dan oplossingen bieden.

Het perspectief van 'zorg op afstand' biedt interessante voordelen voor patiënten en zorginstellingen. Bij het (via computers) monitoren van de gezondheidstoestand van mensen in de eigen omgeving kunnen patiënten langer zelfstandig functioneren, maar bij afwijkingen in de registratie – bijvoorbeeld bij hartritme stoornissen – kan er ook gelijk actie worden ondernomen, de medicatie kan worden aangepast of bij erger een ambulance worden gestuurd.

Ethisch gezien zijn er voor- en nadelen aan deze snelle technologische

ontwikkelingen. Wat zijn de pluspunten en wat zijn minpunten? Wat wordt er dan allemaal gemonitord bijvoorbeeld? In hoeverre zijn de privacy en autonomie van de patiënt gewaarborgd? Mag een patiënt zich nog af en toe ‘ongezond’ gedragen? Hoe zijn taken en verantwoordelijkheden verdeeld en wie heeft toegang tot welke informatie? In hoeverre worden relaties in de zorg functioneler en is er minder ruimte voor een menselijke benadering? Welke aspecten van

face-to-face zorg zijn wel en welke niet vervangbaar door ‘zorg op afstand’? Het signalement is bedoeld als een ethische verkenning van voor- en nadelen van ‘zorg op afstand’.

Raadsleden : mw. prof. dr.  
D.D.M. Braat  
mr. H. Bosma

Projectmanager : mw. dr. I. Doorten  
Telefoon : 070 340 6673  
E-mail : [i.doorten@rvz.net](mailto:i.doorten@rvz.net)





Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

VFFS

De voorzitter van de RVZ  
Parnassusplein 5  
2511 VX DE HAAG

Ons kenmerk  
MEVA/AEB-2881468  
Onderwerp  
werkprogramma RVZ 2009

Inlichtingen bij  
Cees Vos

Doorkiesnummer  
5057  
Bijlage(n)

Den Haag  
14 OKT 2008  
Uw brief

Hierbij deel ik u mee dat in de Ministerraad van 12 september jl, de werkprogramma's van de verschillende adviescolleges in samenhang zijn besproken en vastgesteld. Het totaal aan adviesaanvragen is met een kleine 30 % teruggebracht.

Voor de RVZ betekent dit dat ik u verzoek uitvoering te geven aan het voorgenomen programma:

- \* nieuwe ordeningen in de zorg
  - \* publieke financiering
  - \* intersectorale zorg voor het kind
  - \* introductie nieuwe technologie in de zorgsector
- en daar aan toe te voegen het onderwerp 'Parallele belangen bij gezondheid en preventie'.

Het kabinet dringt er bij alle adviescolleges op aan om zoveel als mogelijk brede intersectorale perspectieven te hanteren en daarvoor samenwerking te zoeken met andere adviesraden en te komen tot een gezamenlijk adviesproduct.

De RVZ vraag ik in het bijzonder voor het adviesonderwerp 'parallele belangen bij gezondheid en preventie', samenwerking te zoeken met de RMO, ROB, Onderwijsraad en SER. Bij het onderwerp 'intersectorale zorg voor het kind' verzoek ik u samen te werken met de RMO en te komen tot een gezamenlijk advies. Ik zal dat verzoek ook doen aan de RMO.

Ik wens u veel succes toe bij de uitvoering van het werkprogramma 2009 en zie uit naar uw adviezen.

De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink

# Publicaties

## 2008

Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg

Versterking voor gezinnen

Dilemma's op de drempel (CEG)

Afscheid van de vrijblijvendheid (CEG)

Schaal en zorg

Screening en de rol van de overheid

Passend bewijs (CEG)

Zorginkoop

Goed Patiëntschap

Beter zonder AWBZ?

## Samenstelling secretariaat

### Directie

Drs. P. Vos

Dr. H.P.M. Kreemers

### Functie

algemeen secretaris

adjunct algemeen secretaris

### Communicatie

Mw. drs. S.T. Speelman

communicatie adviseur

### **Adviesgroep**

Drs. P.P.T. Jeurissen	senior adviseur
Mr. J.P. Kasdorp	senior adviseur
Mw. mr. M.W. de Lint	senior adviseur
L. Ottes, arts	senior adviseur
Mw. mr. G.P.M. Raas	senior adviseur
Drs. A.J.G. van Rijen	senior adviseur
Mw. dr. A.J. Struijs	senior adviseur/ projectcoördinator CEG
vacature	adviseur
Mw. dr. I. Doorten	adviseur
Drs. J. van Hasselt	adviseur
Mw. drs. M.E.M. Huijben	adviseur
Mw. dr. W. van der Kraan	adviseur
Dr. G.J. Olthuis	adviseur CEG
Mw. drs. A.C.J. Rijkschroeff-van der Meer	adviseur

### **Stafbureau**

Mw. M. ten Bruggencate	hoofd
Mw. M.L. Heuff	informatiespecialist
Mw. P. de Zwart	medewerker stafbureau
Mw. M.A.M. Broomans-Harreveld	medewerker stafbureau
Mw. M. Noteboom	communicatiemedewerker
Mw. C.A. Dijkhuizen	coördinator raadssecretariaat/ communicatiemedewerker
Mw. V. Pahladsingh-Jewlal	directiesecretaresse
Mw. S. Bekker	projectsecretaresse
Mw. N. Buijs	projectsecretaresse/ helpdeskmedewerker
Mw. I.A. de Prieëlle	projectsecretaresse
Mw. L. Romein-Hoek	projectsecretaresse CEG
Mw. S. Sookhan	assistent visueel gehandicapte

# Te verwachten publicaties uit Werkprogramma 2008

Enkele van de adviezen uit het Werkprogramma 2008 verschijnen in 2009: 'Intersectoraal gezondheidsbeleid', 'Intergenerationele solidariteit' (Versterking voor gezinnen deel II) en 'Farmaceutische industrie en geneesmiddelen gebruik'. Twee van de adviezen uit het Werkprogramma 2008 zullen in een andere vorm een plaats krijgen in het Werkprogramma 2009, te weten 'Innovatief vermogen zorg' en 'Van gezondheid naar services'. Op deze wijze werkt de RVZ het Werkprogramma 2008 volledig af. Hij heeft inmiddels een aantal ad hoc adviesvragen beantwoord (deels overloop 2007) en de nazorg

van enkele adviezen afgerond met een publicatie:

- De verzekeraar en de patiënt: een succesvolle coalitie (20 januari 2009).
- Governance en kwaliteit van zorg (10 maart 2009).
- Geven en nemen in de spreekkamer (maart 2009).
- Een advies over kwaliteitsnormen uit het Werkprogramma 2007 kon pas in 2008 ter hand worden genomen. Dit advies is opgenomen in Governance en kwaliteit van zorg.

Het Werkplan 2008 van het Centrum voor ethiek en gezondheid (CEG) zal in de eerste helft van 2009 zijn gerealiseerd.

- Toegang tot het Elektronisch Patiëntendossier.
- Ethische aspecten rond gezondheidszorg op TV.







Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



