

# Zorgstelsel op koers of op drift?

*Acht jaar RVZ adviezen over het nieuwe zorgstelsel.*



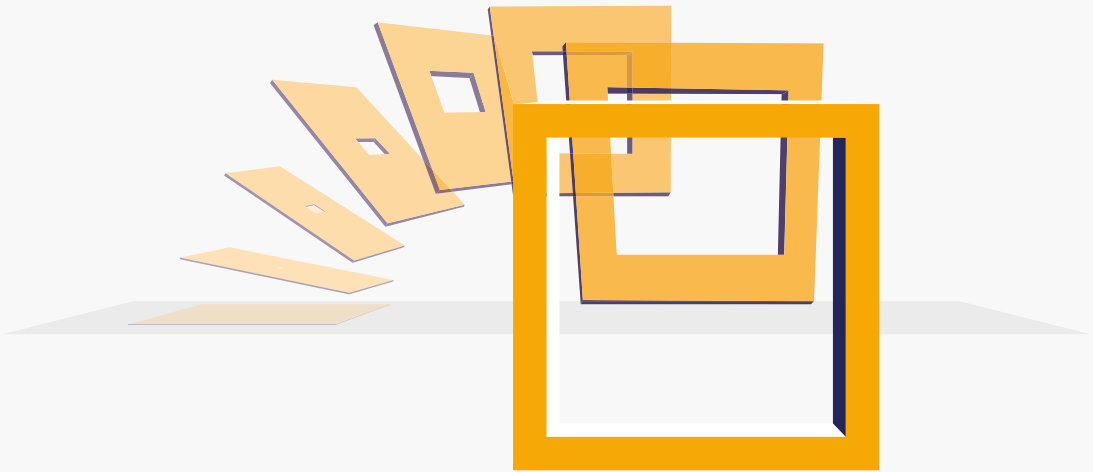








Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



# Zorgstelsel op koers of op drift?

*Acht jaar RVZ adviezen over het nieuwe zorgstelsel.*

# Leeswijzer

In dit document zijn zowel adviezen van de Raad als signaleringen van het CEG opgenomen, die rechtstreeks gerelateerd zijn aan het nieuwe zorgstelsel. Dit document bevat derhalve niet alle publicaties van de Raad en het CEG in de afgelopen acht jaren. Voor een alomvattend overzicht: zie [www.rvz.net](http://www.rvz.net) en [www.ceg.nl](http://www.ceg.nl).

De geselecteerde adviezen en signaleringen zijn in deze publicatie ingedeeld in de volgende onderwerpen, die de hoofdthema's van de stelselveranderingen bestrijken:

- Solidariteit en noodzaak tot kostenbeheersing
- De patiënt
- De professional
- Sturen op kwaliteit
- Verdieping stelsel
- Decentralisatie langdurige zorg (toekomst AWBZ)
- Preventie

De Raad sluit zijn overzicht af met een korte beschouwing, waarin hij met name ingaat op de vraag of het zorgstelsel berekend is op de uitdagingen waarvoor de zorgsector zich thans gesteld ziet.



# Inhoudsopgave

Inleiding	8
<i>Adviezen</i>	
Solidariteit en noodzaak tot kostenbeheersing	12
De patiënt	20
De professional	28
Sturen op kwaliteit	38
<i>Tijdslijn 2006 - 2014</i>	
<b>Adviezen</b>	45
<i>Adviezen</i>	
Verdieping stelsel	48
Toekomst AWBZ (decentralisatie)	58
Preventie	70
<i>Beschouwing</i>	
Wat heeft het nieuwe stelsel ons gebracht? En hoe verder?	80



Wanneer Rien Meijerink in januari 2006 aantreedt als voorzitter van de RVZ, staat de zorgsector aan de vooravond van grote veranderingen. Zowel de curatieve als de langdurige zorg zullen ingrijpende wijzigingen ondergaan. Voor de curatieve zorg is met ingang van 1 januari 2006 een nieuwe Zorgverzekeringswet ingevoerd en de langdurige zorg staat op dat moment aan het begin van een grote decentralisatieoperatie.

# Inleiding

Acht jaar RVZ adviezen over het nieuwe zorgstelsel

# Inleiding

## **Waarom een nieuw zorgstelsel?**

gereguleerd stelsel, waarin de overheid in detail bepaalde waar welke zorg door welke zorgverlener en tegen welke prijs geleverd mocht worden; hoeveel capaciteit mocht worden gebouwd en opgeleid. Hoewel dit stelsel - zeker in de naoorlogse wederopbouwfase - zijn verdiensten heeft gehad, ontstond een toenemend besef dat het zijn houdbaarheidsdatum had bereikt. Begin deze eeuw kwam de grote onvrede over de kwaliteit van en de toegang tot zorg bovenaan de politieke agenda. De wachtlijsten namen toe terwijl het aantal in de zorg werkzame mensen afnam. De overheid stond er op dat moment financieel goed voor zodat er ruimte was voor dure ad hoc maatregelen ('boter bij de vis' principe). Het gegeven dat zorgaanbieders en zorgprofessionals te weinig werden geprikkeld tot kwaliteit en efficiency werd echter gezien als structurele oorzaak voor het falen van het vigerende stelsel.

## **Wat is de essentie van het nieuwe stelsel?**

De introductie van gereguleerde marktwerking in de zorg zou voor een doorbraak moeten zorgen: door zorgverzekeraars met elkaar te laten concurreren, moeten zij dingen naar de gunst van verzekerden en worden zij geprikkeld de best mogelijke zorg in te kopen tegen scherpe prijzen. Zorgaanbieders moeten op hun beurt dingen naar de gunst van zorgverzekeraars en worden aldus eveneens aangezet om beter te presteren. Hiermee zou niet alleen doelmatigheidswinst worden bereikt, maar zou de zorg bovendien beter worden afgestemd op de vraag van de patiënt of cliënt; een omslag van een aanbod- naar een vraaggestuurd stelsel van gezondheidszorg.

Binnen de curatieve zorg kreeg dit uitgangspunt zijn beslag met de Zorgverzekeringswet (die de Ziekenfondswet verving). Op grond van deze wet heeft iedere Nederlandse ingezetene een verzekeringsplicht, maar is hij vrij in de keuze van een zorgverzekeraar. De zorgverzekeraars moeten met elkaar concurreren om de gunst van verzekerden. Zij hebben een acceptatieplicht voor de basisverzekering, zodat burgers daadwerkelijk van hun keuzevrijheid gebruik kunnen maken en aldus met de voeten kunnen stemmen. Zorgverzekeraars worden van 'uitvoeringsorganen' zorginkopers: door selectief zorg in te kopen kunnen zij zich van andere zorgverzekeraars onderscheiden en zo verzekerden aantrekken. Om selectieve zorginkoop mogelijk te maken is de contracteerplicht afgeschaft en moeten zorgaanbieders dingen naar de gunst van zorgverzekeraars door zich in positieve zin te onderscheiden op kwaliteit en prijs.

In de langdurige zorg werd een zelfde doelstelling via een andere route aangevlogen. Hier speelde namelijk nog iets anders mee: de AWBZ, oorspronkelijk (uitsluitend) bedoeld voor onverzekerbare risico's, was uit zijn krachten gegroeid en moest worden teruggebracht naar beheersbare proporties. Met de invoering van de Wmo in juni 2006 werd een aanvang gemaakt met een decentralisatieoperatie, waarbij aanspraken uit de AWBZ werden overgeheveld naar de Wmo en daarmee onder de verantwoordelijkheid van het lokale bestuur kwamen. Deze overheveling werd niet alleen ingegeven vanuit een noodzaak tot kostenbeheersing. De gedachte daarachter was ook dat het lokale bestuur beter dan de centrale overheid of de zorgverzekeraar in staat is burgers te ondersteunen in hun wens (maatschappelijk) te participeren en zo lang mogelijk regie over het eigen leven te voeren. Voor aanbieders in dit (overgeheveld) segment van de langdurige zorg ontstond hiermee eveneens een prikkel om zich van andere zorgaanbieders te onderscheiden: om een contract met het lokaal bestuur in de wacht te slepen moesten zij gaan aanbesteden.

De inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet en de Wmo markeerden slechts het begin van een lange transitieperiode, waarin stap voor stap bestaande zekerheden van zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden afgebouwd en verantwoordelijkheden en bijbehorende financiële risico's in toenemende mate worden gelegd bij de spelers in het veld.

### **De RVZ over het nieuwe zorgstelsel**

De afgelopen acht jaren stonden in het teken van deze transitie. De adviezen van de RVZ en de signaleringen van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG), een samenwerkingverband van de RVZ en de Gezondheidsraad, in deze periode bestrijken een veelheid van onderwerpen, met als rode draad het zoeken naar passende rollen en verantwoordelijkheden in een veranderend speelveld.

Het afscheid van de voorzitter, vicevoorzitter en twee leden van de RVZ (inclusief het CEG) en de voorgenomen samenvoeging van de RVZ met de RMO, vormen een passende gelegenheid voor de Raad om terug te blikken en vooruit te kijken: een terugblik op acht jaar RVZ-adviezen over het nieuwe zorgstelsel en een korte bespiegeling over de toekomst. Dit is de laatste publicatie van de Raad in zijn huidige samenstelling.

“*Begin deze eeuw kwam de grote onvrede over de kwaliteit van en de toegang tot zorg bovenaan de politieke agenda.*

---

*De wachtlijsten namen toe terwijl het aantal in de zorg werkzame mensen afnam.*

”

# Adviezen

## Solidariteit en noodzaak tot kostenbeheersing

### *1. Inleiding*

---

De noodzaak tot kostenbeheersing in de gezondheidszorg staat sinds jaar en dag hoog op de politieke agenda. We hebben een solidair stelsel van ziektekostenverzekeringen waarmee gegarandeerd is dat de zorg in Nederland voor iedereen toegankelijk is, ongeacht gezondheidsstatus, sociale of financieel-economische positie. We vinden het als samenleving belangrijk dat onze zorg voor iedereen ook toegankelijk en van hoge kwaliteit blijft. Daarnaast willen we, zeker bij een stagnerende economie, dat er voldoende collectieve middelen overblijven voor andere belangrijke zaken, zoals onderwijs en veiligheid.

# Solidariteit en noodzaak tot kostenbeheersing



Het kabinet introduceerde in 2006 een nieuw zorgstelsel, dat het fundament legde voor een wezenlijk andere wijze van kostenbeheersing in de zorg. De introductie van gereguleerde marktwerking in de zorg zou voor een doorbraak moeten zorgen: door aanbieders met elkaar te laten concurreren zouden zij geprikkeld worden betere zorg te leveren tegen scherpe prijzen. Daarmee zou niet alleen doelmatigheidswinst worden bereikt, maar zou de zorg bovendien beter worden afgestemd op de vraag van de patiënt of de cliënt.

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet en de voorbereiding van de Wmo is het fundament gelegd en staat het nieuwe stelsel in de steigers. Het is van meet af aan duidelijk dat dit nieuwe stelsel verdere uitwerking nodig heeft. Zo zijn er binnen dit stelsel verschillende wegen te bewandelen of accenten te leggen om de kosten van de gezondheidszorg te beheersen.

Het is dus niet verwonderlijk dat het onderwerp 'kostenbeheersing' met regelmaat terugkeert in de adviezen van de Raad. Met zijn adviezen geeft de Raad aan waar wat hem betreft verfijning van het stelsel noodzakelijk is en prioriteiten moeten worden gelegd.

## *2. De Raad: Kostenbeheersing omwille van behoud solidariteit*

Met zijn briefadvies ***Duurzame solidariteit in de gezondheidszorg*** (18 januari 2006) start de Raad een maatschappelijke discussie over de houdbaarheid van de solidariteit in onze nationale gezondheidszorg. Een toen nog gewaagde exercitie, getuige de veelgehoorde reactie dat de solidariteit een groot goed is dat niet ter discussie gesteld mag worden. De inwoners van ons land zouden immers maar al te graag bereid zijn mee te betalen aan de gezondheidszorg voor onfortuinlijker landgenoten. In zijn briefadvies toont de Raad aan dat dit niet (langer) klopt. De opvatting dat ziekte een uiting is van het noodlot maakt steeds meer plaats voor de wetenschap dat zorgconsumptie voor ongeveer de helft het gevolg is van gedraggerelateerde ziekten. Uit onderzoek blijkt bovendien dat mensen wel willen meebetalen aan de kosten voor de gezondheidszorg van zieken, die buiten hun schuld ziek zijn geworden, maar steeds minder aan de ziektekosten van mensen bij wie ziekte vooral het gevolg is van een ongezonde leefstijl.

De Raad adviseert de overheid om instrumenten te ontwikkelen voor gedragsbeïnvloeding en stelt dat financiële prikkels daarbij niet onbespreekbaar mogen blijven. Ook roept hij de overheid op doorzichtige informatie te geven over inkomensoverdrachten, tussen arm en rijk, jong en oud, ziek en gezond, zodat op basis daarvan een structureel maatschappelijk debat gevoerd kan worden over de grenzen aan de solidariteit. Daarmee kan worden voorkomen dat keuzen over de besteding van schaarse middelen in de gezondheidszorg pas worden gemaakt wanneer budgetten uitgeput raken.

In zijn advies ***Zinnige en duurzame zorg*** (7 juni 2006) buigt de Raad zich over de wijze waarop het basispakket wordt samengesteld als middel tot kostenbeheersing. Tot nog toe worden beslissingen over welke zorg wel en welke zorg niet uit gemeenschapsgelden betaald wordt, nauwelijks genomen op basis van 'harde' gegevens, zoals de kosteneffectiviteit, maar veel meer op basis van subjectieve overwegingen, onder meer gevoed door de lobby van belanghebbenden en de media. Er worden dus wel degelijk grenzen getrokken, maar dit gebeurt op ad hoc basis en levert een zekere mate van willekeur op. De Raad is van mening dat deze beslissingen zo objectief en eerlijk mogelijk genomen worden en dat dit voor de burger inzichtelijk gebeurt.

Hij stelt voor de besluitvorming over de samenstelling van het basispakket in twee stappen te laten verlopen.



De eerste stap is te kijken naar de effectiviteit en de kosten van de behandeling en naar de ernst van de ziekte waarvoor de behandeling bedoeld is.

Wanneer de kosten te hoog zijn in relatie tot de opbrengst van de behandeling, zou de behandeling niet vergoed moeten worden. De politiek dient te bepalen hoe hoog de lat gelegd moet worden. Om de discussie hierover te stimuleren stelt de RVZ dat een grens van € 80.000,- per gewonnen levensjaar (QALY) in volledige gezondheid reëel is. Dit betekent overigens niet dat operaties die veel duurder zijn niet meer vergoed zouden moeten worden; de effectiviteit van veel operaties is immers zo groot dat de kosten over de jaren heen aanzienlijk kleiner zijn dan € 80.000 per jaar. Daarnaast vindt de Raad dat er een relatie gelegd moet worden met de ernst van de ziekte. Lichtere gezondheidsproblemen met een lage ziektelast zouden voor eigen rekening van de burger moeten komen.

De tweede stap bestaat uit een maatschappelijke toetsing, waarbij onderzocht wordt of het besluit in de ogen van de maatschappij rechtvaardig is. De Raad werkt deze tweede stap nader uit in zijn advies **Rechtvaardige en duurzame zorg** (17 oktober 2007). Hij voert hiertoe een gesimuleerde toetsing uit op vijf typen behandelingen, waarbij hij nagaat of de genomen besluiten rechtvaardig zijn en niet indruisen tegen de solidariteit die aan het Nederlandse zorgstelsel ten grondslag ligt. Het is immers mogelijk dat niet alle aspecten van rechtvaardigheid en solidariteit worden gedekt door overwegingen van ziektelast en kosteneffectiviteit en dat afzonderlijke besluiten cumulatieve effecten hebben die in strijd zijn met de gekozen principes. Ook kan in deze appraisalfase blijken dat er andere overwegingen zijn om af te zien van dan wel te besluiten tot opname in het verzekerde pakket. Met deze toetsing wordt het mogelijk om de technisch verkregen uitkomst te corrigeren.

Om deze maatschappelijke toets uit te voeren adviseert de Raad een onafhankelijke commissie van wijzen in te stellen. Verder moet in de Zorgverzekeringswet (de basisverzekering) de mogelijkheid worden opgenomen tot tijdelijke toelating en tijdelijke financiering van behandelingen, om zo tijd vrij te maken voor zo'n maatschappelijke toets.

Ook in 2008 besteedt de Raad uitgebreid aandacht aan het probleem van de uitgavenstijgingen in de zorg. In zijn advies **Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg** (1 december 2008) stelt de Raad dat als nu geen actie ondernomen wordt, de overheid over tien tot vijftien jaar al haar extra inkomsten zal moeten besteden aan gezondheidszorg.

Als belangrijke oorzaak van de snel stijgende kosten noemt de Raad een nog altijd bestaande imperfectie van het stelsel van (gereguleerde) marktwerking: de mogelijkheid die zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben om kosten af te wentelen op de overheid. Hierdoor ontbreekt een prikkel om de beste kwaliteit van zorg tegen de beste prijs te leveren. Dat blijkt ook uit het feit dat de prijs van zorg in Nederland, vergeleken met het buitenland, relatief hoog is, hetgeen een aanwijzing is dat er doelmatiger kan worden gewerkt. Hij pleit er dan ook voor om meer concurrentie te bewerkstelligen tussen zorgaanbieders en tussen verzekeraars, door de risico's van het ondernemen nadrukkelijk bij deze partijen te leggen.

Verder pleit de RVZ in dit advies voor politieke besluitvorming vooraf over welke bestedingen aan zorg de juiste zijn, in plaats van het automatisme waarmee nu de gezondheidszorg wordt gefinancierd: elk jaar een beetje meer voor iedereen. Er moeten politieke keuzes gemaakt worden, zodat kortingen achteraf kunnen worden voorkomen.

Tot slot stelt de Raad vast dat we niet zullen ontkomen aan meer eigen betalingen. Als voorbeeld noemt hij de ouderenzorg. De overheid moet garanderen dat het huidige pakket ouderenzorg niet wordt uitgekleeft, maar daar houdt het dan ook op: meer luxe in wonen en welzijn moet met eigen betalingen worden opgebracht. Deze verandering moet geleidelijk worden ingevoerd, zodat mensen de kans krijgen om te sparen of zich bij te verzekeren voor de wensen die zij hebben voor extra voorzieningen in de toekomst.

Enkele jaren later wijst de Raad er wederom op dat het einde van de houdbaarheid van ons solidaire zorgstelsel in zicht komt. In zijn advies ***Het belang van wederkerigheid solidariteit gaat niet vanzelf*** (12 maart 2013) doet hij een appèl op iedereen om meer verantwoordelijkheid te nemen voor de houdbaarheid van de zorg. Op alle betrokkenen rust de verplichting om het beroep op formele solidariteitsoverdrachten te beperken tot het noodzakelijke en de collectieve middelen zo efficiënt mogelijk te besteden. Deze wederkerigheid zal volgens de Raad veelal ook informeel tot stand kunnen komen. Solidariteit op deze basis, vóór iedereen en ván iedereen, 'werkt' en maakt het stelsel houdbaar.

Volgens de Raad is gezond gedrag één van de manieren om gepast gebruik te maken van de zorg. Dit is echter niet alleen een taak voor de individuele burger; ook werkgevers, gemeenten en patiëntencollectieven moeten meer doen om gezond gedrag van burgers, werknemers en chronisch zieken te belonen. De Raad ziet verder mogelijkheden in de optie om wederkerigheid, waaronder gezond gedrag, als voorwaarde te verbinden aan de premiekorting op collectieve Zvw-polissen, waaraan jaarlijks € 600 miljoen wordt uitgegeven. Daarnaast kan het verplichte eigen risico worden vervangen door een slimme vorm van eigen betalingen die aansporen tot gepast zorggebruik. Het kabinet zou dit alles moeten ondersteunen met transparantie over inkomenssolidariteit en topinkomens.

Omdat adviezen van de Raad vaak ethisch debat in de media oproepen, besluit de Raad om gelijktijdig met bovengenoemd advies een signalement uit te brengen over de vraag of mensen met een ongezonde leefstijl een hogere premie zouden moeten betalen voor hun zorgverzekering. Het CEG publiceert daarom op hetzelfde moment het signalement ***Leefstijldifferentiatie in de zorgverzekering: een overzicht van ethische argumenten*** (12 maart 2013). Het behandelt hierin vier discussiepunten over leefstijldifferentiatie. Als eerste de vraag of leefstijldifferentiatie praktisch uitvoerbaar is en in overeenstemming is met Europese wetgeving. En of een ethisch acceptabele uitvoering mogelijk is. Als tweede de vraag of preventie een overtuigende reden is voor leefstijldifferentiatie. Zorgt een hogere premie ervoor dat mensen zich gezonder gaan gedragen? En zijn prikkels voor een gezonde leefstijl betuttelend of juist wenselijk? Als derde de vraag of leefstijldifferentiatie een rechtvaardiger verdeling van de kosten oplevert. Is ongezond leven duurder dan gezond leven? En is het rechtvaardig om mensen die ongezond leven extra te laten betalen? Of is dat juist onrechtvaardig omdat leefstijl ook een gevolg is van externe factoren, zoals sociaal-economische status en een ongezonde omgeving? Als laatste de vraag of leefstijldifferentiatie de solidariteit in de zorg bevordert. Wat bedoelt men eigenlijk met solidariteit? En versterkt of ondermijnt leefstijldifferentiatie de bereidheid van burgers om mee te betalen aan een solidair systeem? Het signalement laat zien dat deze vragen een ethische discussie oproepen waarin diverse standpunten worden ingenomen. Doel van het signalement is niet om te bepalen welk standpunt het juiste is, maar welke standpunten er zijn en op welke argumenten deze zijn gebaseerd.

Met zijn scenariostudie ***Met de kennis van later. Naar een toekomstgericht zorgbeleid*** (24 april 2014) werpt de Raad zijn blik ver vooruit, naar het jaar 2040. Bij ongewijzigd beleid geven we in 2040 tussen de 18% en 25% van ons inkomen uit aan collectief gefinancierde zorg. De Raad schetst een aantal dilemma's rond de toekomst van de zorg. In essentie zijn die te herleiden tot de vraag of zich in Nederland een scenario van Polderaars of van Kosmopolieten zal ontwikkelen.

In een nationaal gericht scenario, Polderaars, met een economische groei van minder dan 1% en oplopende werkloosheid, is het draagvlak voor de kosten van de vergrijzing beperkt. De zorgverzekering kan dan worden beperkt tot een maximum prijs van gezondheidswinst om de solidariteit te behouden. Mensen betalen zelf voor goedkope zorgdiensten. Ze kunnen in dat geval lang niet alle zorg krijgen die medisch-technisch mogelijk is, en zullen voor dagelijkse hulp vaker een beroep moeten doen op elkaar. Gemeenten zullen met beperkte middelen hulp moeten organiseren voor mensen die maatschappelijk niet mee kunnen. Dit kan ook indirect door mantelzorgers en vrijwilligers op een of andere manier te compenseren.

Het andere scenario, Kosmopolieten, is internationaal gericht, met een hogere economische en technologische groei, grotere verschillen in inkomen en gezondheid tussen bevolkingslagen, een hoge arbeidsdeelname en vervijfoudiging van het aantal arbeidsmigranten. Mensen worden veel ouder en gezonder oud door betere behandelingen. Er is in dit scenario geen draagvlak voor een brede collectieve zorgverzekering, mensen willen niet alle risico's verplicht verzekeren en willen zelf meer te kiezen hebben.

Zoveel staat volgens de Raad wel vast: met digitale hulpmiddelen, nieuwe zorgproducten en kennis over hun gezondheid en DNA, zijn mensen in de toekomst beter in staat om ziekten te voorkomen en te behandelen. Om mensen zelf verantwoordelijk te laten zijn voor hun zorg, en om hen meer zeggenschap te geven over de zorg die ze willen ontvangen, is het nodig om afscheid te nemen van de warme deken van de verzorgingsstaat. Meer dan nu het geval is gaan mensen zelf in groepsverband zorg inkopen, onderling hulp verlenen en financiële risico's delen. Een verplichte verzekering tegen hoge, onvoorziene zorgkosten blijft echter nodig.

### 3. Conclusies

De noodzaak tot kostenbeheersing is sinds de invoering van het nieuwe zorgstelsel één van de weinige constante factoren en zal dat waarschijnlijk ook blijven. De verwachting dat het stelsel als zodanig - met gereguleerde marktwerking als drijvend mechanisme - tot doelmatiger zorgverlening leidt is (vooralsnog?) niet ingelost. Sterker nog, net als in andere westerse landen zijn de kosten aanvankelijk behoorlijk gestegen en vertonen pas sinds kort een minder dan verwachte groei. De Raad pleit dan ook voor aanvullende maatregelen en gaat daarin ook meer controversiële voorstellen niet uit de weg.

Zo houdt hij een pleidooi om het basispakket te begrenzen tot behandelingen die een bepaald bedrag aan kosten per gewonnen levensjaar niet te boven gaan. Het blijkt een heikel onderwerp, dat veel stof heeft doen opwaaien en waarover recentelijk de discussie weer is opgelaaid.

Daarnaast bepleit hij nadrukkelijk meer aandacht voor het bevorderen van een gezonde leefstijl om het beroep op gezondheidszorg zoveel mogelijk te voorkomen of te beperken. Hij benadrukt dat solidariteit niet iets is 'van de overheid', maar van iedereen, voor iedereen. Het vraagt derhalve om wederkerigheid: voor wat, hoort wat.



# Adviezen

De patiënt

# De patiënt



## 1. Inleiding

In het nieuwe zorgstelsel wordt veel verwacht van de patiënt: hij moet een 'zorgconsument' worden, die op grond van vergelijkende informatie rationele keuzes maakt en daarmee zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars aanzet tot kwaliteitsverbetering. Is hij daar klaar voor en is het reëel om dit van de individuele patiënt te vragen of zou dit op meer collectief niveau moeten geschieden? En zo ja, wat is dan de rol en betekenis van de patiëntenorganisaties?

Over deze vraag buigt de Raad zich in een reeks adviezen. Daarnaast heeft hij oog voor de patiënt als zorgvrager: hoe maakt hij gebruik van de zorg en hoe vrijblijvend is dat?

## *2. De Raad: De patiënt in positie*

In zijn advies ***De patiënt beter aan zet met een Zorgconsumentenwet?*** (9 november 2006) stelt de Raad dat de patiënt onvoldoende is toegerust voor zijn beoogde rol in het nieuwe zorgstelsel: de rechtspositie van de patiënt vertoont lacunes, ook daar waar die positie in het bijzonder van belang is om de rol van zorgconsument waar te kunnen maken. De Raad ziet tekortkomingen in het recht op vergelijkende keuze-informatie. De bepaling hierover in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is ontoereikend. De patiënt kan daar geen recht aan ontlenen op vergelijkende informatie over de kwaliteit en resultaten van zorg bij specifieke aandoeningen. En dat is voor het succes van de nieuwe Zorgverzekeringswet nu juist van belang. Een ander probleem is de ontoegankelijkheid van de patiëntenrechten. Dit geldt in het bijzonder voor het recht van de patiënt op verantwoorde zorg. Dat is ernstig, want zolang niet of moeilijk te achterhalen is wat een patiënt in een concrete situatie van een zorgverlener of zorgverzekeraar mag verwachten, wordt niet alleen het onderhavige recht ondermijnd, maar ook het recht van de patiënt om keuzen te maken en om te klagen.

Voor een integrale Zorgconsumentenwet lijkt een Kamermeerderheid te bestaan. Zo'n wet is volgens de Raad echter niet de oplossing. Een dergelijke wet zou veel verschillende onderwerpen moeten regelen, die niet allemaal in eenzelfde juridisch kader passen. Bovendien voegt zo'n wet niets toe aan de rechtspositie van de patiënt en draagt hij niet bij aan de toegankelijkheid van de patiëntenrechten.

Daarom adviseert de Raad om de positie van de patiënt te versterken door:

1. De knelpunten en lacunes aan te pakken door bestaande wetgeving aan te passen.
2. De toegankelijkheid van patiëntenrechten te verbeteren door het bewerkstelligen van thematische evaluatie(s) van patiëntenrechten, waarmee de samenhang en consistentie van de verschillende wettelijke regelingen kan worden verbeterd en kan worden aangesloten bij problemen die patiënten in de praktijk ondervinden bij het gebruik van een bepaald recht.
3. Het instellen van een laagdrempelig kennis- en adviescentrum, dat de informatie over patiëntenrechten bijeenbrengt en ontsluit voor belanghebbenden, en dat periodiek rapporteert over de implementatie van patiëntenrechten en suggesties aandraagt voor verbetering.



Zoals eerder gesteld, is keuzevrijheid voor de burger één van de pijlers van het nieuwe zorgstelsel. Deze vrijheid is essentieel voor zijn positie als krachtige partij in een door vraagsturing geordend stelsel. Keuzevrijheid heeft voor de patiënt evenwel voor- en nadelen. Daarover gaat de publicatie van het CEG ***Over keuzevrijheid en kiesplicht. Een verkenning van opvattingen over het keuze-ideaal in de zorg*** (14 november 2006).

Geen patiënt is gelijk. Voor de chronische patiënt is keuzevrijheid de manier om met een beperking toch maatschappelijk actief te kunnen zijn en de zorg zo goed mogelijk daaromheen te organiseren. Een ander is daar helemaal niet aan toe; die kiest een zorgpolis en laat zich vooral leiden door de prijs. Er is een duidelijk verschil tussen 'gezond kiezen' en 'ziek kiezen'. De waarden die voor een zieke gelden bij diens keuze zijn andere dan de waarden van de gezonde consument die een polis uitzoekt. In alle gevallen is informatie nodig; het aanbod moet transparant zijn. Dat is nu nog lang niet altijd het geval. Bovendien is er een aanzienlijke groep voor wie kiezen te gecompliceerd is. En weer anderen kiezen niet, omdat ze niet gewend zijn dat in die mogelijkheid wordt voorzien.

In de verkenning komt ook de spanning aan de orde tussen het ideaal van de mondige consument die rationeel kiest op basis van feitelijke informatie aan de ene kant en aan de andere kant de zorgsector, waar veel beslissingen gepaard gaan met emotie, en afhankelijkheden vrije keuze in de weg kunnen staan. Ook is er spanning tussen kiezen als vrije, misschien zelfs wel calculerende consument, voor een zorgpolis op basis van prijs en kansberekening, en de solidariteit tussen arm en rijk, ziek en gezond, die ons verzekeringsstelsel van oudsher kent. Of neem de keuze voor de prenatale tests. In de praktijk blijkt dat naarmate de uitslag ongunstiger is, het gevoel van keuzevrijheid meer gaat ontbreken. Daarvoor in de plaats komt 'keuzestress'.

Kortom, kiezen is in alle gevallen iets anders. Omdat geen consument of patiënt of situatie hetzelfde is. Kiezen is een instrument, dat de ene keer goed uitvalt, en de andere keer meer risico's heeft dan voordelen. Dan kan keuzevrijheid omslaan in kiesplicht.

De Raad vindt dat de positie van patiënten versterkt moet worden, maar heeft daarnaast ook oog voor de plichten die dat met zich meebrengt. Met zijn signalement **Goed patiënt-schap** (12 februari 2008) initieert de Raad hierover een brede discussie. Volgens de Raad moeten patiënten zich houden aan algemeen geldende omgangsvormen. Ze mogen geen schade toebrengen aan de zorgverlener. Daarnaast hebben patiënten de plicht zich te verzekeren en hun premie te betalen. Patiënten moeten echter ook actief meewerken aan hun behandeling. Dit betekent dat patiënten de zorgverlener zo volledig mogelijk inlichten en zich houden aan afspraken.

Om de eigen verantwoordelijkheid van patiënten voor hun gezondheid en voor de zorg die aan hen wordt gegeven te stimuleren is de Raad van mening dat de mogelijkheid om de behandelovereenkomst te beëindigen als de patiënt zich niet houdt aan algemene fatsoensnormen moet worden verruimd. Een andere mogelijkheid is het eenzijdig bijstellen van het behandelplan door de zorgverlener als de patiënt behandelafspraken niet nakomt. Financiële sancties, zoals een hoger eigen risico, hogere eigen bijdrage of hogere premies wijst de Raad in dit verband evenwel af, omdat de effecten daarvan negatief zijn. Financiële prikkels in de vorm van extra accijnzen op ongezonde producten, zoals alcohol, tabak en fastfood, acht de Raad wel effectief. Hiermee kan de consumptie van deze producten worden teruggedrongen en daarmee tevens het beroep op de gezondheidszorg.

In zijn advies **De patiënt als sturende kracht** (20 maart 2010) richt de Raad zich op de rol en positie van patiënten- en gehandicaptenorganisaties. Hij constateert dat zorggebruikers – of ze nu wel of niet zijn aangesloten bij een patiëntenvereniging - in toenemende mate het internet gebruiken om informatie te zoeken en ervaringen uit te wisselen. De patiëntenbeweging zal hierop moeten inspelen en meer strategisch gebruik moeten gaan maken van internet om daarmee de eigen positie ten opzichte van de burger en andere veldpartijen te versterken. Zij zou met name de beschikbare ervaringsdeskundigheid van haar leden moeten bundelen en ontsluiten en moeten omzetten in kwaliteitscriteria. En die criteria moet zij vervolgens beter verkopen aan zorgverzekeraars en aanbieders.

Daarnaast adviseert de Raad om de financiering van de patiëntenbeweging geleidelijk anders te organiseren om zo een effectievere tegenkracht te kunnen realiseren. Als het aan de Raad ligt moeten zorggebruikers, net als in andere sectoren, gaan betalen voor individuele dienstverlening door patiëntenorganisaties.

Hierdoor ontstaat voor patiëntenorganisaties een financiële afhankelijkheid van hun achterban en dat stimuleert hen tot meer 'klantgerichtheid'. De directe beïnvloeding van patiëntenorganisaties via subsidiëring door de overheid moet worden afgebouwd.

De Raad besteedt ook expliciet aandacht aan de zorg voor ouderen. In zijn advies **Redzaam ouder. Zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen** (8 juni 2012) waarschuwt de Raad voor verschraling van de zorg voor niet-redzame ouderen als gevolg van oplopende zorgkosten en krapte op de arbeidsmarkt.

Volgens de Raad zijn ingrijpende maatregelen nodig:

1. Mensen moeten zelf verzorgingsmaatregelen treffen om langer gezond - en redzaam - te blijven én om goed voorbereid te zijn op de organisatorische en financiële aspecten van hun oude dag. In een 'zorgverklaring' kunnen burgers aangeven hoe zij de zorg op hun oude dag willen regelen en hoe zij deze gaan bekostigen. De overheid moet burgers een levensloopwijzer aanbieden met tips op het gebied van wonen, vitaliteit, leefstijl, zorg, financiën en sociaal netwerk; de huisarts en wijkverpleegkundige moeten niet-redzame ouderen proactief opzoeken.
2. Om ook ouderen met complexe problematiek zorg aan huis te kunnen bieden moet een verpleegkundige de medische en verpleegkundige zorg rondom de thuiswonende ouderen coördineren. Daarnaast moeten er slimme woningen voor ouderen worden ontwikkeld en moeten vakmensen worden opgeleid die ouderen en hun mantelzorgers leren om te gaan met slimme technologie in huis.
3. Tenslotte moet het collectieve arrangement vooral gericht worden op niet-redzame ouderen. Burgers moeten gestimuleerd worden om meer privaat te investeren en hun directe omgeving in te zetten voor hun oude dag. Dat kan bijvoorbeeld door het collectieve pakket te beperken tot zware zorgvragen of door ouderen die hun zorg zelf regelen te belonen.

Het in 2006 geïntroduceerde nieuwe zorgstelsel zou de omslag van aanbod- naar vraaggestuurde zorg stimuleren. In zijn advies ***De participerende patiënt*** (20 juni 2013) stelt de Raad vast dat hoewel er veel ontwikkelingen ten goede zijn, patiënten nu, ruim zes jaar later, nog onvoldoende (kunnen) participeren in de zorg, terwijl zij dit wel graag willen. Dit is een probleem voor de individuele patiënt omdat hiermee niet zeker is dat hij de zorg en behandeling krijgt die aansluiten bij zijn persoonlijke situatie en voorkeuren. Maar het is ook een maatschappelijk probleem, omdat het ondoelmatige zorg in de hand werkt.

Een nieuw partnerschap van patiënt en zorgverlener is dan ook vereist, volgens de Raad: de patiënt moet zijn wensen en voorkeuren kenbaar (kunnen) maken en de zorgverlener moet hem helpen op basis hiervan de juiste keuzes te maken in diagnostiek en behandeling. Zij nemen met andere woorden gezamenlijk besluiten over de individuele zorgverlening en patiënten zijn actief betrokken in de uitvoering daarvan.

Om deze participatie van patiënten mogelijk te maken moet aan een aantal voorwaarden zijn voldaan. De betrouwbaarheid van algemene gezondheidsinformatie en de toegankelijkheid van specifieke – dat wil zeggen op de patiënt toegesneden – gezondheidsinformatie moet verbeterd worden. Daarnaast dient wettelijk vastgelegd te worden dat de patiënt het recht heeft om een Individueel Zorgplan te eisen. Met dit plan en betrouwbare gezondheidsinformatie kan de patiënt goed geïnformeerde keuzes maken in zijn behandeling. Ook de ontwikkeling en implementatie van keuzehulpen, het opnemen van keuzemomenten en beschikbare behandelopties in praktijkrichtlijnen en het trainen van patiënten en zorgverleners in gezamenlijke besluitvorming moet aandacht krijgen. Tenslotte moeten zorgverzoekers via hun beloningssysteem zorgverleners stimuleren tot gezamenlijke besluitvorming.

Het CEG publiceert een jaar later het signalement ***Wanneer samen beslissen niet vanzelf spreekt. Reflecties van patiënten en artsen over gezamenlijke besluitvorming*** (28 mei 2014). Hierin belicht het CEG op basis van diepte-interviews hoe gezamenlijke besluitvorming in de dagelijkse praktijk vorm kan krijgen, welke dilemma's er spelen en aan welke voorwaarden gezamenlijke besluitvorming moet voldoen, met name ook in situaties waarin dat niet vanzelf spreekt en dus niet vanzelf gaat.

### 3. Conclusies

De Raad vindt het essentieel dat de overheid patiënten beter toerust om de (keuze) mogelijkheden die het nieuwe stelsel biedt, daadwerkelijk te kunnen benutten. Hij pleit daarom voor een versterking van zijn rechtspositie, door hem een wettelijk recht op vergelijkende keuze-informatie te geven. De Raad ziet daarnaast dat keuzevrijheid voor individuele patiënten niet altijd een voorrecht is; soms slaat keuzevrijheid om in keuzeplicht. Hij ziet daarom vooral ook een rol weggelegd voor de patiëntenbeweging, die op collectief niveau de kracht van patiënten kan bundelen en zo effectief kan inzetten om zorgverzekeraars en zorgaanbieders te prikkelen de best mogelijke zorg te leveren.

Naast een versterking van de rechtspositie vraagt de Raad ook aandacht voor de plichten van patiënten. Juist in een solidair ziektekostenstelsel, dat tegen zijn (financiële) grenzen aanloopt, is het van belang dat alle betrokkenen, ook patiënten, zorgvuldig en gepast omgaan met de zorg. Hij geeft hiermee het startsein voor een bredere maatschappelijke discussie, die tot op de dag van vandaag actueel is. In latere jaren bepleit de Raad daarnaast een inperking van het collectief verzekerde pakket: lichtere zorgvragen die voortvloeien uit beperkingen als gevolg van het ouder worden horen bij het leven en zijn te voorzien. Mensen kunnen zich hierop voorbereiden en tijdig maatregelen nemen; we moeten af van de vanzelfsprekendheid dat de overheid – en dus de belastingbetaler – deze voorzienbare zorgvragen voor zijn rekening neemt.

Tenslotte uit de Raad zijn zorgen over het achterblijven van participatie door patiënten in de besluitvorming over en uitvoering van de zorg. Eén van de hoofddoelstellingen van het nieuwe zorgstelsel was immers de zorg meer te laten aansluiten bij de wensen en behoeften van patiënten. De Raad vindt dat meer energie moet worden gestoken in het stimuleren van partnerschap tussen patiënt en zorgverlener. In feite moet het adagium zijn: 'geen beslissing over mij, zonder mij'.

# Adviezen

De professional

# De professional



## *1. Inleiding*

**Het beroep op de gezondheidszorg neemt alsmear toe, terwijl de beroepsbevolking daalt. We verwachten dan ook steeds meer van zorgverleners. Deze spanning staat centraal in de adviezen van de Raad over 'de professional'. Een belangrijk thema, want wat is een zorgstelsel zonder bekwame professionele zorgverleners?**

In zijn adviezen besteedt de Raad daarom relatief veel aandacht aan manieren om de dreigende arbeidstekorten in de zorg op te lossen. Daarnaast heeft de Raad oog voor de ontwikkeling van competenties van zorgprofessionals. Dat is nodig om goed in te kunnen spelen op de snel veranderende zorgvraag, die meer eisen stelt aan samenwerking, verantwoording afleggen en transparant handelen.

## *2. De Raad: koester de zorgprofessional*

In zijn advies **Arbeidsmarkt en zorgvraag** (14 september 2006) waarschuwt de Raad dat de dreigende tekorten op de arbeidsmarkt voor personeel dat werkzaam is in de zorgsector binnen enkele jaren fors zullen toenemen. De verwachting is dat het aantal mensen met ziekten waarvoor veel personeel nodig is, zoals dementie en beroerte, enorm zal toenemen. Om deze zorgvraag op te vangen zouden de komende decennia 700.000 extra mensen nodig zijn, bovenop de 1 miljoen mensen die nu reeds in de zorgsector werken. Dit terwijl de potentiële beroepsbevolking daalt.

De Raad stelt daarom zowel aan de vraag- als aan de aanbodkant maatregelen voor. Aan de vraagkant ziet de Raad goede mogelijkheden in de sfeer van de preventie, in het bijzonder het voorkomen en bestrijden van hoge bloeddruk. Juist ook de restverschijnselen van een beroerte leiden tot een groot beslag op verzorgend personeel. Daarnaast kan zware, geïnstitutionaliseerde zorg langer worden uitgesteld, door ruimte te maken voor een markt voor persoonlijke dienstverlening. Dat kan bijvoorbeeld door een belastingvriendelijk regime voor persoonlijke dienstverleners. Aan de aanbodzijde ziet de RVZ ook mogelijkheden, waaronder gratis kinderopvang voor de laagste schalen in de zorg, waardoor mensen die in kleine deeltijdbanen (willen) werken gemakkelijker kunnen toetreden tot de arbeidsmarkt. Verder kunnen met aanpassingen in bouwtechnische sfeer productiviteitsstijgingen van zo'n 10% gerealiseerd worden. Werkgevers moeten bovendien meer werk maken van aantrekkelijke arbeidsvoorwaarden, zoals het bieden van meer carrièreperspectieven door uitwisselingsmogelijkheden voor personeel van de care naar de cure, deskundigheidsbevordering en prestatiebeloning. Omdat het tekort aan arbeidskracht in de zorg de kwaliteit verder onder druk kan zetten adviseert de Raad de bewindslieden van VWS tenslotte om normen voor verantwoorde zorg vast te stellen die met veiligheid te maken hebben.

Niet alleen de dreigende tekorten aan arbeidskrachten in de zorg baren de Raad zorgen. Hij is ook bezorgd over de positie van de arts en zijn professionele autonomie. Die staan onder druk, zo constateert de Raad in zijn advies **Vertrouwen in de arts** (29 mei 2007). En dat komt, doordat in het nieuwe zorgstelsel andere - zakelijke - belangen van zorginstellingen, verzekeraars en zorgverleners een prominentere plaats gaan innemen.

Voor de Nederlandse arts komt de patiënt op de eerste plaats. Vakkennis en -kunde, integriteit, verantwoording afleggen aan zijn patiënt en handelen overeenkomstig de



professionele standaard zijn voor hem belangrijk. Hij wil zijn kennis en kunde voor zijn patiënten kunnen inzetten. En daarom wil hij zelf kunnen beslissen over de diagnose en behandeling van zijn patiënten. Maar deze vakinhoudelijke autonomie wordt ingeperkt. De patiënt heeft zijn eigen inbreng. De arts moet zich aan protocollen houden. Niet alles is financieel mogelijk. De arts werkt steeds meer in teamverband en hij moet anderen kunnen uitleggen wat hij doet. Hoewel deze beperkingen meestal gerechtvaardigd zijn, vertrouwt de patiënt zich uiteindelijk aan de arts toe en niet aan de ziekenhuisdirecteur, de zorgverzekeraar of de beleidsambtenaar.

De Raad geeft aanbevelingen om te voorkomen dat de arts zijn vrijheid van handelen verliest.

In de eerste plaats moet de beroepsgroep de hand in eigen boezem steken door te zorgen voor een goede naleving van richtlijnen en standaarden, mee te werken aan een transparant verantwoordingssysteem en vooral te zorgen voor een betere multidisciplinaire samenwerking. Het is alarmerend dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (Staat van de Gezondheidszorg, 2006) constateert dat de gebrekkige samenwerking en communicatie tussen zorgverleners onderling een van de grootste risico's in de zorg is. Daarnaast moeten artsen, andere beroepsbeoefenaren, instellingen, patiënten en verzekeraars zich inspannen om gezamenlijk afspraken te maken over richtlijnen en zorgstandaarden. De overheid moet ervoor zorgen dat de toepassing van richtlijnen en standaarden integraal via het basispakket wordt vergoed. En dat dure genees- en hulpmiddelen kostendekkend worden vergoed in budgetten dan wel DBC's, zodat ze voortaan in elk ziekenhuis op dezelfde wijze beschikbaar zijn.

Tenslotte, zo stelt de Raad, moeten andere partijen ook transparant zijn over hun bemoeienis met de beroepsuitoefening van artsen. Om die reden bepleit hij de instelling van een meldpunt bij de Inspectie, waar anoniem beperkingen van de vakinhoudelijke autonomie kunnen worden gemeld.

Het CEG besteedt in een signalement aandacht aan de ***Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden*** (26 november 2009). Verpleegkundigen en verzorgenden willen goede zorg geven, maar ervaren steeds meer lastige keuzes in hun dagelijkse werk door de veranderingen in de gezondheidszorg.

Zij voelen zich overspoeld door eisen van buiten- en bovenaf en raken onzeker over hun professionaliteit.

Uit het onderzoek dat het CEG in samenwerking met het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) onder verpleegkundigen en verzorgenden heeft uitgevoerd komt naar voren dat de meerderheid (70%) vindt dat ze de laatste jaren steeds vaker voor dilemma's komt te staan. Meer dan de helft (64% in de thuiszorg en 47% in de verpleeg- en verzorgingshuizen) staat minstens één keer in de week voor het dilemma dat zij door krappe indicaties cliënten minder zorg kunnen bieden dan ze naar hun eigen maatstaven eigenlijk zouden willen. Een derde van hen komt minstens wekelijks voor de vraag te staan om meer te gaan werken vanwege onderbezetting op de afdeling.

Om te zorgen dat hun motivatie niet verder afstompt, met alle negatieve gevolgen voor de kwaliteit van de zorg, moeten leidinggevendenden hun verantwoordelijkheid nemen en meer oog en oor hebben voor de dagelijkse problemen waar verzorgenden en verpleegkundigen tegenaan lopen. De overheid kan dit stimuleren door in het beleid meer ruimte te geven aan zorgverleners om zelf te bepalen welke zorg geïndiceerd is en door good practices van de beroepsgroep te ondersteunen.

Het CEG doet ook een beroep op de verpleegkundigen en verzorgenden zelf. Zij kunnen meer lef tonen en professionele ruimte opeisen. Verpleegkundigen en verzorgenden moeten zich niet uit hun professionele rol laten duwen door systeemnormen of andere eisen van buiten af. De beroepsorganisaties én de instellingen hebben hierin een spilfunctie. Zij moeten verpleegkundigen en verzorgenden de ruimte geven voor het gesprek over lastige keuzes. Tevens moeten zij op politiek niveau aandacht vragen voor de oorzaken van dilemma's.

In 2010 vraagt de Raad met zijn advies ***Numerus fixus geneeskunde: loslaten of vasthouden*** (29 januari 2010) opnieuw aandacht voor het (dreigende) arbeidstekort in de zorg, in het bijzonder het tekort aan artsen. De Raad acht het noodzakelijk dat het huidige aantal opleidingsplaatsen alvast zo snel mogelijk wordt verruimd van 2850 naar 3100 plaatsen. Daarnaast moet de numerus fixus voor de initiële studie geneeskunde - na een gedegen voorbereiding door de universiteiten - over vijf jaar worden afgeschaft om op termijn aan de vraag naar artsen te kunnen voldoen.

Het lotingsysteem zou moeten worden vervangen door decentrale selectie door de universiteiten. Niet alleen cijfers, maar ook motivatie en competenties van studenten kunnen dan beter worden gewogen.

De Raad gaat er in zijn advies van uit dat in die tijd de bestaande systematiek van studiefinanciering en collegegeld vervangen is en een sociale leencomponent zal bevatten. Alleen meer artsen en medisch specialisten opleiden is echter niet voldoende zo vindt de Raad. Er zijn ook veranderingen nodig op de arbeidsmarkt voor artsen. Zo moeten basisartsen door de overheid gestimuleerd worden om voor minder populaire- maar maatschappelijk zeer relevante - opleidingen te kiezen, zoals voor ouderengeneeskunde en verslavingszorg. Andere beroepsgroepen, zoals verpleegkundig specialisten kunnen ook een bijdrage leveren aan het opvangen van de toenemende zorgvraag.

De financiering van de opleidingen tot specialist moet volgens de Raad worden herzien. Nu wordt de opleiding bekostigd door subsidie van de overheid. Zijn voorstel is de overheid, de ziekenhuizen en de aios ieder voor een deel aan de kosten te laten bijdragen. De beroepsgroep zou wat de Raad betreft nog wel een stem moeten hebben in het bepalen van de kwaliteit van de opleiding, maar niet meer in het bepalen van de hoeveelheid medisch specialisten die nodig zijn. Daarom moet de minister van VWS de samenstelling en de positie van het Capaciteitsorgaan - dat op dit moment de benodigde aantallen artsen en medisch specialisten raamt - heroverwegen.

In zijn advies ***Ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg*** (24 januari 2011) belicht de Raad een andere oplossing voor het dreigende arbeidstekort in de nabije toekomst: het toepassen van arbeidsbesparende innovaties, zoals zorg op afstand, domotica, diverse product- en procesverbeteringen en bijvoorbeeld Buurtzorg. De verspreiding van deze innovaties in de zorg blijft beperkt, doordat de financiële prikkels verkeerd staan en zorgverleners vasthouden aan 'oude' zorgverlening.

Om tot bredere en snellere verspreiding van arbeidsbesparende innovaties te komen is volgens de Raad een structurele aanpassing in de bekostiging van innovaties noodzakelijk. De Raad adviseert de minister van VWS veel van de bestaande subsidieregelingen op te heffen en deze gelden in een fonds te zetten. De Raad pleit voor een opt-in regeling.

Daarmee kunnen instellingen ervoor kiezen een tijdelijke toeslag te krijgen op hun DBC- en ZZP-financiering voor de implementatie van al bewezen innovaties of inzet op procesverbetering. Voorwaarde is wel dat zij meetbare doelstellingen voor arbeidsbesparende innovaties opgeven en daarover achteraf verantwoording afleggen. Ook moeten VWS, NZa, ZonMw, zorgverzekeraars en zorgkantoren gezamenlijk een financiële inspanning leveren om de brede verspreiding van zorg op afstand in de thuiszorg van de grond te krijgen.

Bestuurders moeten een toekomstvisie ontwikkelen op mogelijkheden om met nieuwe producten en andere wijzen van zorg verlenen, meer kwaliteit te kunnen leveren met minder mensen. Daarbij moet het innovatief vermogen van de medewerkers beter benut worden en een positief imago actief worden uitgedragen. Bij zorgverleners zijn innovaties vaak onbekend en dus onbemind. Het delen van kennis over effectieve innovaties kan hieraan een bijdrage leveren. De Raad pleit er voor om zorgverleners continu bij te scholen op ontwikkelingen in de technologie en zorgvernieuwing.

In zijn advies ***Bekwaam is bevoegd*** (13 april 2011) stelt de Raad dat het noodzakelijk is zorgprofessionals zoals artsen en verpleegkundigen anders op te leiden om ze voor te bereiden op de vraag naar zorg van morgen. De patiënt 2.0 lijkt niet op de traditionele zieke; ongezondheid is steeds minder een incident en steeds vaker een blijvende aandoening. De patiënt is bovendien niet langer lijdzaam en passief, maar betrokken en actief. De dokter en verpleegkundige van de toekomst werken samen met die patiënt en met collega's uit de zorgketen.

Dit impliceert volgens de Raad dat de bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen niet langer voortvloeit uit een eenmaal verkregen beroepstitel, maar uit (bij herhaling) bewezen bekwaamheid. De Raad vindt een verdere ontkoppeling van beroepen en zorgverlening wenselijk en daarom moet het vereiste in de Wet BIG dat iemand bekwaam en bevoegd moet zijn, worden losgelaten. Vanuit het oogpunt van kwaliteit volstaat de eis van bekwaamheid. Deze moet dan wel bij de periodieke herregistratie van BIG-geregistreerde zorgverleners getoetst worden.

De veranderingen in de gezondheidszorg leiden ook tot een andere organisatie. De 'spreekkamer' blijft bestaan voor de diagnose maar daarnaast komen er meer 'werkplaatsen' voor de procesmatige behandeling volgens vaste protocollen. De behandeling en begeleiding van patiënten met meerdere (chronische) aandoeningen wordt georganiseerd in 'netwerken'. Dit vraagt naast de bekwaamheid tot medische handelingen om agogische, communicatieve en samenwerkingsvaardigheden. Door de veranderingen in de inhoud van de zorg en de benodigde kennis en kunde, zullen ook de vaste beroepsdomeinen veranderen in een systeem van noodzakelijke competenties. In het nieuwe zorgonderwijs moeten die competenties centraal staan.

De Raad geeft hiervoor de volgende aanbevelingen:

- stimuleer taakherschikking en ruim hindernissen daarvoor uit de weg;
- stimuleer patiënten tot zelfmanagement en zelfzorg;
- baseer het zorgonderwijs consequent op het verwerven van competenties;
- maak bij- en nascholing verplicht voor periodieke herregistratie van alle art. 3 Wet BIG-beroepen.

### *3. Conclusies*

De Raad waarschuwt bij herhaling voor dreigende tekorten aan arbeidskrachten in de zorg. Hij ziet mogelijkheden om de zorgvraag terug te dringen door meer werk te maken van preventie. Verder moet er gericht aandacht zijn voor de arbeidsvoorwaarden om het werken in de zorg aantrekkelijk te maken en te houden. Ook maant hij zorgaanbieders en hun leidinggevenden zich goed te verstaan met de werkvloer en gericht aandacht te besteden aan de motivatie en moraal van zorgverleners, in het bijzonder van verplegenden en verzorgenden. Zij hebben in toenemende mate het gevoel door eisen van buitenaf te kort te schieten in de zorg voor hun patiënten en cliënten.

Om het dreigende tekort aan artsen op te vangen bepleit de Raad decentrale selectie en het verruimen van de numerus fixus, zodat meer artsen worden opgeleid. De Raad wijst er ook op dat verruiming van de numerus fixus niet voldoende is: ook de toelating tot de specialistenopleiding en tot de specialistenmaatschap dienen te worden aangepast.

Naast deze maatregelen wijst de Raad op mogelijke alternatieven voor de inzet van arbeid; hij heeft hoge verwachtingen van technologische innovaties die arbeid (kunnen) vervangen, zoals ehealth, domotica. Het stelsel bevat hiervoor echter niet de juiste prikkels; deze moeten dus worden gecorrigeerd of aangevuld.

Anderzijds roept de Raad zorgverleners ook op om het vertrouwen dat patiënten in hen stellen waar te maken, door transparant te zijn en verantwoording af te leggen over hun handelen. Ook moeten zorgverleners aandacht besteden aan de ontwikkeling van competenties, vooral op het gebied van (keten)samenwerking, wil de zorgverlening gelijke tred kunnen houden met de veranderende zorgvraag.



# Adviezen

Sturen op kwaliteit



# Sturen op kwaliteit



## *1. Inleiding*

**In het nieuwe zorgstelsel is het bij uitstek de zorgverzekeraar die geacht wordt te sturen op kwaliteit. Hij heeft daartoe de mogelijkheid gekregen selectief zorg in te kopen en daarmee goede zorgaanbieders te belonen en minder of slecht presterende aanbieders te weren. Selectieve zorginkoop komt echter moeizaam op gang.**

De Raad vraagt zich dan ook af wat er voor nodig is om selectieve zorginkoop van de grond te krijgen; is voorzien in de juiste randvoorwaarden of zijn aanvullende maatregelen gewenst? En is het voldoende om kwaliteit en veiligheid van zorg te garanderen? Hier ligt volgens de Raad ook een expliciete rol voor het bestuur en het interne toezicht van zorginstellingen.

## *2. De Raad: kwaliteit, de achilleshiel van het nieuwe zorgstelsel*

De overheid verlangt tegenwoordig van zorgverleners dat ze de kwaliteit van hun werk inzichtelijk maken. Aan scores op zogenoemde 'prestatie-indicatoren' kunnen anderen dan zien hoe goed bijvoorbeeld een ziekenhuis of een arts is. De verwachting is dat het openbaar maken van de scores tot kwaliteitsverbetering leidt. In het signalement ***Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren*** (23 juni 2006) pleiten de in het CEG en in dit signalement samenwerkende adviesraden RVZ en Gezondheidsraad voor een behoedzame omgang met prestatiecijfers.

Zij hebben daarvoor de volgende redenen:

- Het openbaar maken van prestaties kan zorgverleners aanzetten tot strategisch gedrag, Het openbaar maken van prestaties kan zorgverleners aanzetten tot strategisch gedrag, zoals het niet in behandeling nemen van patiënten met een hoog risico op complicaties, of het manipuleren van prestatiecijfers.
- Publicatie van kwaliteitscijfers maakt zorgverleners bewuster van marktwerking, maar kan hun intrinsieke motivatie om mensen goed te helpen ook ondermijnen. Erosie daarvan betekent een maatschappelijk verlies.
- Het publiceren van prestatiecijfers is bedoeld om patiënten in staat te stellen te kiezen en zo druk uit te oefenen op instellingen en zorgverleners om meer kwaliteit te leveren. Patiënten schikken zich (nog) niet in die rol van 'kiezende zorgconsument'.
- Onduidelijk is nog wat het kiezen op basis van prestatiecijfers betekent voor de vertrouwensbasis van de hulpverleningsrelatie. En meer in het algemeen: wat het betekent voor het vertrouwen van het publiek in de zorg. Want ook dat vertrouwen is maatschappelijk kapitaal dat zich gemakkelijker laat afbreken dan weer opbouwen.
- Het beleidsuitgangspunt dat 'kwaliteit meetbaar moet zijn' kan er toe leiden dat de betrekkelijkheid van prestatie-indicatoren uit het oog wordt verloren. Het is ook de vraag wat de nadruk op meetbaarheid betekent voor de waardering van minder meetbare grootheden zoals bejegening, verpleging en verzorging.

Een zorgvuldige beleidsontwikkeling zou volgens de Raden stapsgewijs moeten verlopen, met een voortdurende evaluatie en gedegen effectonderzoek. Verder is van belang dat de professionals en hun beroepsgroepen zelf bij de uitwerking worden betrokken en dat die aansluit bij bestaande interne kwaliteitssystemen.

De Raden hebben dus enige reserves ten aanzien van het gebruik van prestatie-indicatoren. Stelliger is de RVZ over selectieve zorginkoop door zorgverzekeraars. Volgens de Raad verhoogt dit de kwaliteit van de zorg en draagt het bij aan het terugdringen van de sterke groei van de zorguitgaven. In zijn advies **Zorginkoop** (19 maart 2008) geeft de Raad aan wat er voor nodig is om selectieve zorginkoop van de grond te laten komen en wat de consequenties zijn.

Selectieve zorginkoop betekent dat niet alle zorg wordt gecontracteerd: alleen goede en doelmatige zorg. Om dit te bereiken adviseert de Raad de minister van VWS om landelijke minimumnormen waaraan zorgverlening (tenminste) moet voldoen te bevorderen en desnoods zelf ter hand te nemen. Aanvullend op deze normen kunnen verzekeraars met patiëntenorganisaties afgestemde standaarden gebruiken bij de zorginkoop. De Inspectie voor de Gezondheidszorg moet op geleide van de minimumnormen openbaar maken hoe zorgaanbieders scoren.

Verzekeraars moeten het inkoopbeleid professionaliseren en dat betekent een forse investering in de eigen expertise. Voor zorgverzekeraars betekent dit ook samenwerken met patiënten en scherpe afspraken maken met zorginstellingen. Zo ontstaat een oriëntatie op de klant, de kwaliteit en de ketenzorg en wordt de rol van patiëntenorganisaties versterkt. Voor de zorgaanbieders betekent zorginkoop dat slechte zorg niet meer wordt geaccepteerd en dat instellingen daar zelfs op kunnen worden afgerekend. Voor zorginstellingen zijn er dus grote risico's op productie en afzet. Slechte zorg betekent minder patiënten en kan uiteindelijk het einde van een contract betekenen.

Patiënten naar gecontracteerde zorgaanbieders sturen betekent een einde van de vrije artsen keuze. Dit betekent niet dat er geen enkele keuze meer is; er zal altijd sprake moeten zijn van keuzemogelijkheden voor de verzekerde. Maar kiest de patiënt voor de zorginstelling die de zorgverzekeraar gecontracteerd heeft, dan krijgt hij een betere kwaliteit of betaalt minder premie. Ook kan de verzekerde voor een verzekeraar kiezen die vrije artsenkeuze wel volledig vergoedt. Zo gaan de keuzevrijheid voor de verzekerde en betaalbaarheid voor iedereen hand in hand.

Naast selectieve zorginkoop als middel om te sturen op kwaliteit van zorg, is hierin een expliciete taak en verantwoordelijkheid weggelegd voor het bestuur en het interne toezicht van zorginstellingen. In zijn advies ***Governance en kwaliteit van zorg*** (10 maart 2009) stelt de Raad dat het interne toezicht op de kwaliteit van zorg beter moet. De RVZ pleit ervoor eisen te stellen aan het functioneren en aan de samenstelling van Raden van Toezicht.

Zo wil de Raad dat Raden van Toezicht meetbare prestatiecriteria vaststellen en jaarlijks toetsen. Verder moet ten minste één lid van de Raad van Toezicht een praktiserend zorgprofessional (uit een andere instelling) zijn. Het aantal leden van een Raad van Toezicht is (ook na fusie) maximaal zes. De werving en selectie dienen transparant te geschieden, en niet via het 'old boys network' te worden aangezocht. Om hun toezichtstaak naar behoren uit te voeren acht de Raad het verder raadzaam om het aantal nevenfuncties van leden van Raden van Toezicht te beperken tot maximaal vijf.

De Raad wil verder dat het functioneren van Raden van Toezicht kan worden getoetst. Dat kan door de Ondernemingskamer de mogelijkheid te geven op verzoek van patiënten en andere belanghebbenden bindende uitspraken te doen over hun functioneren.

Door het vaststellen van basisnormen waaraan zorginstellingen (tenminste) moeten voldoen kan de kwaliteit van zorg verbeteren. De uitkomsten van de toetsing van zorginstellingen aan deze basisnormen moeten openbaar worden gemaakt, zodat snel duidelijk is welke zorgaanbieders goed, middelmatig of ondermaats presteren. Zorgverleners die op dit terrein deskundig zijn moeten de kwaliteitsnormen opstellen en de overheid moet toezien op de totstandkoming van deze normen en deze vervolgens wettelijk verankeren. De Inspectie voor de Gezondheidszorg moet op de naleving toezien en zo nodig handhavend optreden. Ook de bevindingen van dit externe toezicht moeten openbaar zijn.

De RVZ vindt het verder een ernstig probleem dat Raden van Bestuur van ziekenhuizen onvoldoende mogelijkheden hebben om medisch specialisten verantwoording af te laten leggen over de kwaliteit van de door hen geleverde zorg. Om dat te verbeteren stelt de RVZ voor om de Orde van Medisch Specialististen om te vormen tot een publiekrechtelijke beroepsorganisatie met verordenende bevoegdheid. Dan kan de Orde met gezag richtlijnen voorschrijven voor zijn leden.

Het gegeven dat Raden van Bestuur van ziekenhuizen hun eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg onvoldoende kunnen waarmaken, omdat onvoldoende is voorzien in een systeem dat informatie oplevert over het functioneren van medisch specialisten en de resultaten van hun handelen, vormt de aanleiding voor het briefadvies **Relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg** (10 maart 2010) dat een jaar later verschijnt. Hierin adviseert de RVZ ziekenhuisbesturen, medisch specialisten en hun branche- en beroepsorganisaties om een kwaliteitskader te ontwikkelen, op basis waarvan medisch specialisten periodiek verantwoording afleggen over hun functioneren aan de Raad van Bestuur. De RVZ adviseert dit kader vast te leggen in het Document Medische Staf (DMS) en in de arbeids- respectievelijk toelatingsovereenkomst. Aan de minister van VWS adviseert de Raad de veldpartijen nog één jaar de tijd te geven om met een uitgewerkt voorstel te komen en anders in te grijpen. De IGZ dient haar toezicht voortaan ook te richten op deze verantwoordelijkheidsverdeling binnen zorginstellingen en moet zo nodig actie ondernemen.

In zijn advies **Sturen op gezondheidsdoelen** (28 juni 2011) stelt de Raad dat de verschillen in geleverde kwaliteit tussen ziekenhuizen en zorgverleners in Nederland onverklaarbaar groot zijn. Voor patiënten is niet duidelijk waar zij een goede behandeling kunnen verwachten en waar niet. Omdat ervaringen in het buitenland en proeven in Nederland aantonen dat betere resultaten in de zorg zijn te behalen door meer te sturen op gezondheidsdoelen, beveelt de Raad aan expliciete behandeldoelen en daarmee samenhangende resultaten vooraf te formuleren in de behandel- en zorgplannen.

De acties van zowel de zorgverlener als de patiënt moeten vervolgens op deze doelen gericht zijn. Gestelde behandeldoelen en behaalde resultaten moeten onderdeel uitmaken van het medische dossier. Door dat gestandaardiseerd te doen, blijven de administratieve lasten beperkt, en kunnen deze zelfs lager zijn dan nu. Een resultaat is bijvoorbeeld: binnen drie weken weer aan het werk.

Zorgverzekeraars moeten meer dan nu inkopen op bewezen kwaliteit en, anders dan nu, de zorgverlener betalen op basis van de behaalde resultaten (pay for performance). De RVZ noemt een aantal goede voorbeelden waarmee overheid en zorgsector al direct aan de slag kunnen, waaronder het Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA).

Bij de selectie en vaststelling van kwaliteitsindicatoren ziet de Raad een belangrijke rol weggelegd voor het Nationaal Kwaliteitsinstituut Gezondheidszorg dat de minister van VWS wil oprichten.

Een belangrijk knelpunt is het bekostigingssysteem. Het huidige DBC/DOT-systeem is gebaseerd op het belonen van verrichtingen en niet op het bereiken van resultaten. Ook in de AWBZ zijn de financiële prikkels niet gericht op het te bereiken resultaat, maar op de zorgactie. Om te kunnen sturen op gezondheidsdoelen acht de Raad het van essentieel belang de bestaande bekostigingssystemen aan te passen door niet meer te belonen op verrichtingen, maar op basis van afgesproken resultaten van behandelingen en zorgverlening.

In zijn advies **Garanties voor kwaliteit van zorg** (19 december 2013) constateert de Raad dat ontwikkelingen in de omgeving van zorginstellingen steeds hogere eisen stellen aan de governance (bestuur en toezicht) van deze instellingen. Voorbeelden daarvan zijn het afnemen van de beschikbare middelen, de toenemende ondernemersrisico's en de veranderende zorgvraag. Bovendien is de buitenwereld kritisch, is de media aandacht voor de vele incidenten en calamiteiten hoog en heerst er meer dan voorheen wantrouwen ten aanzien van (semi) publieke organisaties.

Om beter aan de verwachtingen te kunnen voldoen helpt het niet om meer (wettelijke) eisen te stellen aan het bestuur en interne toezicht, aldus de Raad. Het probleem zit hem in de huidige kwaliteitssystemen, die onvoldoende in staat zijn om potentiële risico's bloot te leggen.

Volgens de Raad moet de professionele governance geïntegreerd worden in het instellingsbrede kwaliteitssysteem. Ook zijn er maatregelen nodig om de belangen van medisch specialisten en ziekenhuizen gelijk te schakelen, waaronder het stimuleren van mede-eigenaarschap.

Daarnaast moeten zorgprofessionals en zorginstellingen indicatoren ontwikkelen die relevant zijn voor de dagelijkse zorgpraktijk en in de plaats kunnen komen van de ongebreidelde hoeveelheid - overwegend van buitenaf opgelegde - indicatoren. De methodiek van 'patient tracers' acht de Raad hiervoor bij uitstek geschikt omdat

daarmee de kwaliteit van zorg in beeld wordt gebracht door de route van de patiënt of cliënt door het zorgproces te volgen. Deze methodiek biedt tevens de gelegenheid om ervaringen van patiënten en cliënten expliciet mee te wegen, zodat zij actief betrokken kunnen worden bij de monitoring en verbetering van de kwaliteit en veiligheid van zorg.

Zorginstellingen moeten verder gericht werken aan een patiëntveiligheidscultuur, door cultuur expliciet onderdeel te maken van hun kwaliteitssysteem. Zij moeten de compliance-functie bij medewerkers van de instelling beleggen, zodat er gericht gewerkt kan worden aan een lerende organisatie. Vast onderdeel van deze functie moet een systematische en integrale risicoanalyse zijn.

### *3. Conclusies*

Eén van de hoofddoelen van het nieuwe zorgstelsel is beter te kunnen sturen op kwaliteit van zorg. Hierin is een belangrijke rol weggelegd voor de zorginkoper. Selectieve zorginkoop komt echter moeizaam van de grond. De Raad concludeert dat dit komt doordat een wezenlijke randvoorwaarde ontbreekt: er zijn geen gevalideerde kwaliteitsnormen beschikbaar. Dit is de achilleshiel van het nieuwe zorgstelsel.



Omdat selectieve zorginkoop achterblijft bij de verwachtingen, stellen we steeds hogere eisen aan het bestuur en interne toezicht van zorginstellingen, die eindverantwoordelijk zijn voor de kwaliteit die de instellingen leveren. Volgens de Raad is dit governancestelsel niet sluitend. Ook hier wreekt zich dat kwaliteitsnormen ontbreken. Bovendien sluiten de (overwegend van buitenaf opgelegde) prestatie-indicatoren onvoldoende aan bij de dagelijkse zorgpraktijk.

De prestatie-indicatoren die bij gebreke van gevalideerde kwaliteitsnormen worden gehanteerd, kunnen verkeerd uitwerken of verkeerd worden gebruikt en daarmee hun doel voorbij schieten.

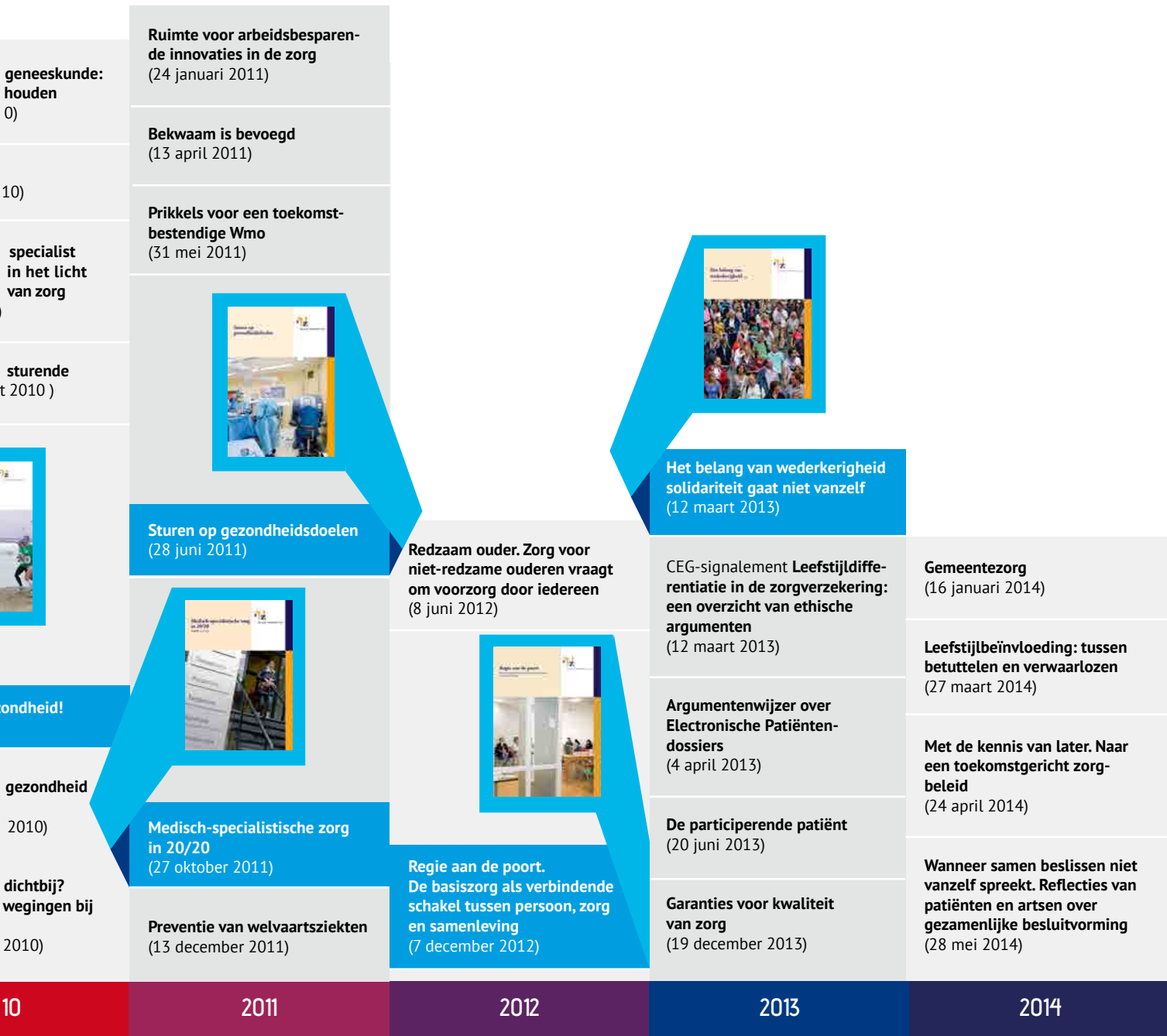
De Raad is daarom uitgesproken voorstander van het sturen op gezondheidsdoelen, maar constateert tevens dat hierin nog een lange weg te gaan is. Een belangrijk knelpunt hiervoor is het huidige bekostigingssysteem, dat gebaseerd is op het belonen van verrichtingen en niet op het bereiken van resultaten.

# Adviezen

## Tijdslijn 2006 - 2014

<p><b>Duurzame solidariteit in de gezondheidszorg</b> (18 januari 2006)</p>				<p><b>Numerus fixus loslaten of vast</b> (29 januari 2011)</p>
<p><b>Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief</b> (19 januari 2006)</p>				<p><b>Gezondheid 2.0</b> (23 februari 2010)</p>
<p><b>Management van vastgoed in de zorgsector</b> (7 maart 2006)</p>				<p><b>Relatie medisch en ziekenhuis van de kwaliteit</b> (10 maart 2010)</p>
<p><b>Zinnige en duurzame zorg</b> (7 juni 2006)</p>		<p><b>Beter zonder AWBZ?</b> (31 januari 2008)</p>		<p><b>De patiënt als kracht</b> (20 maart 2010)</p>
<p><b>Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren</b> (23 juni 2006)</p>	<p><b>Uitstel van ouderschap. Medisch of maatschappelijk probleem?</b> (7 maart 2007)</p>	<p><b>Goed patiëntschap</b> (12 februari 2008)</p>	<p><b>Governance en kwaliteit van zorg</b> (10 maart 2009)</p>	
<p><b>Arbeidsmarkt en zorgvraag</b> (14 september 2006)</p>		<p><b>Zorginkoop</b> (19 maart 2008)</p>	<p><b>Buiten de gebaande paden. Advies over intersectoraal gezondheidsbeleid</b> (19 mei 2009)</p>	
<p><b>De patiënt beter aan zet met een Zorgconsumentenwet?</b> (9 november 2006)</p>	<p><b>Vertrouwen in de arts</b> (29 mei 2007)</p>	<p><b>Schaal en zorg</b> (14 mei 2008)</p>		<p><b>Zorg voor je gezondheid</b> (5 april 2010)</p>
<p><b>Over keuzevrijheid en kiesplicht. Een verkenning van opvattingen over het keuze-ideaal in de zorg</b> (14 november 2006)</p>	<p><b>Formalisering van informele zorg. Over de rol van 'gebruikelijke zorg' bij de toekenning van professionele zorg</b> (9 juli 2007)</p>	<p><b>Dilemma's op de drempel. Signaleren en ingrijpen van professionals in opvoedings-situaties</b> (9 juli 2008)</p>	<p><b>Steunverlening zorginstellingen</b> (11 juni 2009)</p>	<p><b>Perspectief op 20/20</b> (15 september 2010)</p>
<p><b>Publieke gezondheid</b> (28 november 2006)</p>	<p><b>Rechtvaardige en duurzame zorg</b> (17 oktober 2007)</p>	<p><b>Versterking voor gezinnen</b> (1 september 2008)</p>	<p><b>Investeren rondom kinderen</b> (10 september 2009)</p>	<p><b>Ver weg en toch Ethische over zorg op afstand</b> (25 november 2010)</p>
<p><b>2006</b></p>	<p><b>2007</b></p>	<p><b>2008</b></p>	<p><b>2009</b></p>	<p><b>2010</b></p>





# Adviezen

## Verdieping stelsel

### *1. Inleiding*

---

Bij de invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006 kondigt het kabinet reeds aan dat in de jaren die volgen stapsgewijs risico's van het ondernemerschap in de zorg worden verlegd van de overheid naar de partijen in het veld. Dat moet de weg vrijmaken voor de overheid om zich terug te trekken en ruimte te bieden aan de zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

# Verdieping stelsel



Eén van de grootste risico's betreft het vastgoed van zorginstellingen. In 2006 lopen zorginstellingen nog geen enkel risico op hun vastgoedbeleid en investeringsbeslissingen. Dit is, vergeleken met bijvoorbeeld de onderwijssector of de volkshuisvesting, ongebruikelijk. En het is niet bevorderlijk voor klantgericht en innovatief bouwen of een doelmatige bedrijfsvoering. Bovendien gaat het om grote bedragen: in het zorgvastgoed gaat jaarlijks zo'n 3 miljard euro om. De Raad buigt zich over de vraag hoe het verschuiven van de risico's van het ondernemerschap in de zorg verantwoord kan plaatsvinden.

In de jaren na de introductie van het nieuwe zorgstelsel doen zich verder autonome ontwikkelingen voor waarmee bij het ontwerp van dit stelsel onvoldoende rekening is gehouden. Het gaat dan vooral om de opkomst van digitale technologie, die onmiskenbaar inwerkt op de zorgsector. Daarnaast wordt duidelijk dat de aard van de zorgvraag dermate snel verandert dat de bestaande organisatie van het zorglandschap onvoldoende in staat zal zijn deze verandering te accommoderen.

## *2. De Raad: het zorgstelsel is continu in ontwikkeling*

In zijn advies **Management van vastgoed in de zorgsector** (7 maart 2006) adviseert de Raad zorginstellingen volledig verantwoordelijk te maken voor hun vastgoed en investeringsbeslissingen. Anders dan nu het geval is zullen zij de financiële gevolgen - de kapitaallasten - moeten terugverdienen met hun zorgproductie. Hierdoor nemen de risico's voor de instellingen sterk toe en dat zal hen prikkelen om klantgerichter, innovatiever en doelmatiger te werk te gaan. De Raad adviseert de verantwoordelijkheid voor de kapitaallasten in één keer over te dragen aan de bestuurders van de instellingen, dus zonder financiële vangnetten, uitzonderingen, steunmaatregelen of overgangstermijnen. Alleen dan zal het noodzakelijke ondernemersgedrag in de zorgsector ontstaan.

Natuurlijk zal de overheveling van de verantwoordelijkheid voor de kapitaallasten grote gevolgen hebben. De Raad verwacht dat zo'n 25% van de instellingen problemen gaat krijgen. Dat kan leiden tot faillissement, overnames, fusies, of vervanging van zwak management. Kapitaalverschaffers -banken - zullen proberen meer greep te krijgen op zorginstellingen en instellingen kunnen overgaan tot verkoop van hun vastgoed (gebouwen en grond). Met de opbrengst zullen zij proberen hun concurrentiepositie op de zorgmarkt te vergroten. Dat kan betekenen dat zij de inkomsten gebruiken om hun vermogenspositie (die bij veel instellingen zwak is) te versterken. Ook zal er meer variëteit komen in manieren om kapitaal aan te trekken. De overheid kan dat nog verder stimuleren. Vastgoedontwikkelaars en woningcorporaties kunnen zorgvastgoed overnemen en in exploitatie nemen.

De Raad verwacht dat zo de voorwaarden ontstaan voor een meer klantvriendelijke zorg en voor een adequatere huisvesting. Ook zal er veel geld bespaard kunnen worden op de bouw. Dat geld kan dan ten goede komen aan de kwaliteit van de zorg. De Raad denkt bovendien dat nieuwkomers gemakkelijker kunnen toetreden tot de markt. De Minister zou instellingen wel kunnen helpen deze grote verandering snel en goed door te komen. Hij kan instellingen bijvoorbeeld toestaan de winst uit verkoop van vastgoed te behouden en die winst naar eigen inzicht te herinvesteren. Ook kan hij belemmerende regels en administratieve lastendruk verder wegnemen.

De Tweede Kamer heeft onlangs aangegeven dat de minister van VWS een aparte fusietoets voor de zorgsector moet regelen. De vrees van de Kamer voor de fusies richt zich vooral op de vraag of de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg door verdere

schaalvergroting niet in gevaar komen. In zijn advies **Schaal en zorg** (14 mei 2008) zegt de Raad het niet logisch te vinden om op voorhand een extra dam op te werpen tegen fusies in de zorg. Er is geen bewijs dat fusies een negatief effect hebben op de publieke belangen, zoals kwaliteit en bereikbaarheid. De kwaliteit van de zorg is soms juist gediend met schaalvergroting: kleinschalige zorgverlening en grootschalige zorgorganisatie kunnen heel goed samengaan.

Voor de aansturing van acute zorg acht de Raad een volledige overheidsregulering (centrale planning en bekostiging) noodzakelijk. Wat betreft de langdurige (chronische) en planbare op genezing gerichte zorg meent de Raad dat de risico's die door fusies in deze segmenten kunnen ontstaan eerder het gevolg van een tekort dan een teveel aan marktwerking zijn. Het bewaken van een goede concurrentiedruk in deze zorgsectoren is van groot belang, aldus de RVZ. Een aparte fusietoets is daarvoor echter niet nodig, vindt de Raad, omdat de reguliere fusiecontrole door de NMa toereikend is. Wel ligt het voor de hand dat er wordt gewaakt tegen misbruik van economische machtsposities. De Raad vindt daarom dat de taak van de Nza (als marktmeester in de zorg) moet worden versterkt. De Nza volgt de ontwikkelingen van de verschillende deelmarkten en moet zich extra richten op de effecten van schaalvergroting op de publieke belangen en zo nodig corrigerend ingrijpen. Wat voor de NZa geldt, geldt ook voor de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg als het gaat om kwaliteit.

De Raad adviseert de minister de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders voor de besluitvorming over schaalgrootte te respecteren. Maar dan moeten zorgaanbieders wel onderworpen worden aan de tucht van de markt. Dat betekent volgens de Raad dat de Minister voortgang moet maken op de ingezette weg van het verleggen van het financiële risico van de bedrijfsvoering naar zorgaanbieders.

Een jaar later buigt de Raad zich in zijn advies **Steunverlening zorginstellingen** (11 juni 2009) over de consequenties van deze laatste aanbeveling. Uitsluitend zorginstellingen met essentiële zorgfuncties zoals spoedeisende zorg, mogen bij problemen rekenen op overheidssteun, als het aan de Raad ligt. Ook als instellingen met een groot marktaandeel failliet dreigen te gaan kan de overheid onder strikte voorwaarden steun verlenen. Maar voor het overige vindt de RVZ dat zorginstellingen failliet moeten kunnen gaan.

Als de overheid klaar staat om instellingen overeind te houden, benadeelt zij instellingen die hun financiën wel op orde hebben en verstoort zij de concurrentie op de zorgmarkt. Bovendien mag de overheid op grond van Europese regelgeving geen steun verlenen aan ondernemingen. Wel aan ondernemingen met een wettelijke taak, maar dan moet de wet ook duidelijk maken om welke taken het in de gezondheidszorg gaat.

Bij grote financiële problemen of dreigend faillissement is vaak sprake van overname of fusie. De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) is bevoegd om voorgenomen fusies te beoordelen. Zij baseert haar oordeel mede op advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De RVZ vindt dat de NZa bij deze beoordeling expliciet moet ingaan op de vraag of de voorgenomen fusie gevolgen heeft voor de publieke belangen kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Hiertoe moet de NZa beoordelen of de fusiezorginstelling financieel levensvatbaar is en of de omvang van het marktaandeel van de gefuseerde instelling niet tot onaanvaardbaar grote financiële risico's leidt.

De RVZ pleit er verder voor een early warning-systeem bij de NZa in te richten voor zorginstellingen met essentiële zorgfuncties of met een marktaandeel van 35 procent of meer. Zo kan worden voorkomen dat instellingen met financiële problemen in staat van faillissement geraken. Het signaleren van financiële problemen aan de NZa wordt voor deze instellingen verplicht. De instellingen moeten zelf oplossingen bedenken in een herstelplan. Daarnaast adviseert de RVZ dat zorginstellingen waarvoor het early-warning-systeem geldt verplicht worden een faillissementsverzekering af te sluiten.

In het thema 'verdieping stelsel' hoort ook de opmars van nieuwe ontwikkelingen die een beroep doen op het adaptieve vermogen van de sector thuis. In zijn advies **Gezondheid 2.0** (23 februari 2010) stelt de Raad dat door de verdere ontwikkeling van internet veel verbeteringen in de zorg 'spontaan' dichterbij komen. Hij brengt de ontwikkelingen rond het gebruik van het internet in de zorg in kaart en roept alle betrokken partijen op om de grote mogelijkheden van sociale media te benutten.

Nieuwe technologieën en de wijze waarop ze worden ingezet ondersteunen de persoonlijke en professionele besluitvorming over gezondheid en zorg. Door informatie-uitwisseling, samenwerking en netwerkvorming kunnen mensen een 'betere patiënt', maar ook een 'betere professional' zijn. Dit leidt tot kwaliteitsverbetering van het zorgsysteem als geheel.

Een beter geïnformeerde patiënt is een gelijkwaardige partner bij de besluitvorming over behandeling maar ook bij zelfmanagement van chronische aandoeningen. Meer informatie over gezonde leefwijzen kan daarnaast leiden tot het voorkomen van ziekten of het verminderen van de nadelige gevolgen. Dit kan bijdragen aan het verlagen van de zorgkosten en van de dreigende arbeidstekorten in de zorg.

Hoewel de ontwikkeling van het internet een autonoom proces is, moet volgens de RVZ de overheid zelf actief meedoen, ook om de belemmeringen en de risico's voor andere partijen weg te nemen of te verminderen. De geïnstitutionaliseerde zorg is bijzonder 'veranderingsresistent' en pas net gewend aan web 1.0. De cultuur in de zorg is niet gericht op vernieuwingen, voor zover deze geen betrekking hebben op de medische zorg. Transparantie en een zorgconsument die zelf de regie voert zijn niet voor alle betrokkenen een aantrekkelijk perspectief.

De Raad noemt twee andere terreinen waarop de overheid moet handelen bij de verdere ontwikkeling van Gezondheid 2.0. Dit is het tegengaan van misbruik van gegevens en bevorderen dat zorgconsumenten kunnen profiteren van de mogelijkheden die 2.0 biedt. Voorkomen moet worden dat er een digitale zorgkloof ontstaat.

In het CEG-signalement ***Ver weg en toch dichtbij? Ethische overwegingen bij zorg op afstand*** (25 november 2010) brengt de Raad enige verfijning aan in het doordenken van de gevolgen van 'zorg op afstand' voor de zorgsector. Telezorg (zorg op afstand) kan de kwaliteit van zorg verbeteren, kan patiënten autonomer en sociaal redzamer maken en kan zorgprofessionals helpen om efficiënter te werken. Maar de meeste telezorg bevindt zich nu in een ontwikkelfase en wordt gezien als aanvulling op bestaande zorg. Maar wat nu als zorg op afstand bestaande zorg gaat vervangen? In het signalement schetst de Raad de voorwaarden waaraan telezorg dan moet voldoen.

Bij gebruik van zorg op afstand zullen patiënten en mantelzorgers meer medische handelingen zelf gaan verrichten, zoals het toedienen van medicijnen. Dit brengt een andere verdeling van verantwoordelijkheden met zich mee, waarover goede afspraken gemaakt moeten worden. Verder is het van belang te zoeken naar manieren om verdere overbelasting van mantelzorgers te voorkomen.

En tenslotte zullen professionals - ter bescherming van de privacy van patiënten en mantelzorgers - een meer coachende rol moeten aannemen en de patiënt zoveel mogelijk regie moeten geven over het moment van contact met de zorgverlener.

Met de (geactualiseerde) **Argumentenwijzer over Electronische Patiëntendossiers** (4 april 2013) biedt het CEG een handreiking aan burgers om zelf een afweging te kunnen maken over de vraag of zij een elektronisch patiëntendossier willen gebruiken. Twee jaar eerder publiceerde het CEG de Argumentenwijzer EPD's, waarin de voor- en nadelen van elektronische gegevensuitwisseling in de zorg op rij zijn gezet. Sindsdien is er evenwel veel veranderd op het gebied van elektronische patiëntendossiers. De Zorginfrastructuur, toen aangeduid met de term het 'landelijk EPD', heeft een andere opzet gekregen. Steeds meer zorginstellingen geven hun patiënten online inzage in hun medische gegevens. Bovendien zijn er nieuwe mogelijkheden voor patiënten om zelf een persoonlijk gezondheidsdossier (PGD) bij te houden.

Huisartsen, apothekers, medisch specialisten en andere zorgverleners moeten patiënten in veel gevallen expliciet om toestemming vragen voordat zij medische gegevens van patiënten met andere zorgverleners mogen delen. Het is daarom belangrijk dat patiënten zich buigen over belangrijke vragen zoals "wie mag mijn medische dossier inzien?" Het elektronisch ontsluiten van patiëntengegevens is nog in ontwikkeling maar er komen steeds meer mogelijkheden om op het patiënt- of zorgportaal van de huisarts, ziekenhuis of apotheker in te loggen en het medisch dossier in te zien. Zelf een PGD bijhouden wordt ook steeds gemakkelijker. Het zelf (vrijwillig) bijhouden van een PGD is een aanvulling op het officiële medische dossier dat een zorgverlener al dan niet digitaal bijhoudt. De Argumentenwijzer over Elektronische Patiëntendossiers biedt een overzicht van voor- en nadelen bij de verschillende vormen van digitale gegevensverzameling en -uitwisseling en helpt burgers om zelf een afweging te maken.

Tenslotte adresseert de Raad onder het thema 'verdieping stelsel' de consequenties van ontwikkelingen sinds de invoering van het nieuwe zorgstelsel voor het ziekenhuislandschap van de toekomst. In zijn advies **Medisch-specialistische zorg in 20/20** (27 oktober 2011) stelt de Raad vast dat ziekenhuizen door de toenemende en veranderende zorgvraag en de beperkte financiële middelen in de toekomst steeds meer moeite zullen ondervinden om nieuwe technologische mogelijkheden te benutten en goede kwaliteit van zorg te leveren.



Het ziekenhuislandschap zal daarom drastisch moeten veranderen, zo stelt de Raad. Minder complexe zorg moet niet meer in ziekenhuizen, maar in gezondheidscentra in de buurt worden geleverd. Complexe zorg moet worden geconcentreerd in een klein aantal ziekenhuizen.

Dit vergezocht op het ziekenhuislandschap 20/20 ziet er volgens de Raad volstrekt anders uit dan dat van nu en heeft ingrijpende gevolgen voor de ziekenhuizen. Er zijn dan nog maar enkele tientallen 'algemene' ziekenhuizen die een breed pakket van medisch-specialistische zorg aanbieden. Kleine ziekenhuizen moeten keuzes maken en een beperkter pakket gaan aanbieden. Zij zullen in 2020 onderdeel zijn van een zorgnetwerk, samen met een groot algemeen ziekenhuis, met een aantal gespecialiseerde zelfstandige klinieken en met een gezondheidscentrum in de wijk. Alleen de grote algemene ziekenhuizen en de universitaire medische centra beschikken nog over een spoedeisende hulp afdeling (SEH). Complexe medische ingrepen worden geconcentreerd in enkele ziekenhuizen. Maar de zorg voor chronisch zieken gaat juist de samenleving in: dichtbij de patiënt in gezondheidscentra. Medisch specialisten werken ook in deze centra, naast de huisarts en de GGZ. Deze centra moeten ook 24/7 spoedhulp verlenen. Universitaire medische centra (UMC's) verdelen onderling taken, maar werken ook veel meer dan nu samen met de grote algemene ziekenhuizen.

Het afstoten van functies gaat niet vanzelf. Daarom stelt de RVZ voor dat het aangekondigde Kwaliteitsinstituut heel snel van start gaat met ambitieuze normen voor de kwaliteit. Omdat samenwerking tussen zorgaanbieders meer dan ooit noodzakelijk wordt voor de kwaliteit van zorg, zal de NMa minder stringent moeten optreden. Voor samenwerking moet niet gelden "nee, tenzij" maar "ja, mits". De financiering moet kwaliteit en samenwerking bevorderen en niet productie en omzet. Daarom moeten de DBC's (Diagnose Behandel Combinaties) plaatsmaken voor beloning van gerealiseerde gezondheidswinst. De spoedeisende hulp (de SEH-afdelingen van ziekenhuizen) moet wettelijk worden geregeld. Voor de 'krimpregio's' (onder andere Zuid-Limburg) zal het kabinet specifieke maatregelen moeten nemen om de medische zorg op peil te houden.



### 3. Conclusies

Zorginstellingen zijn zelf verantwoordelijk voor hun vastgoed en dragen de risico's van hun investeringsbeslissingen. Dit gegeven heeft enorme implicaties voor de zorgsector, zeker wanneer hieraan rigoureuus wordt vastgehouden en de overheid in beginsel geen steun (meer) verleent aan instellingen die in financiële problemen geraken. Deze nadere uitwerking van het zorgstelsel heeft wel een effect dat in toenemende mate op maatschappelijke weerstand stuit: schaalvergroting door fusies en overnames. De Raad acht hier op zichzelf niets mis mee, mits voorgenomen concentraties getoetst worden op de gevolgen voor de publieke belangen in de zorg: toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit.

De Raad vindt verder dat de zorgsector de mogelijkheden die digitale technologie biedt beter moet benutten. Hij ziet met name kansen om de positie van patiënten te versterken en hen beter te kunnen laten participeren in de behandeling. Daarnaast kunnen de risico's van het vastgoedbeheer op termijn worden teruggedrongen, naarmate ehealth meer ingezet wordt om traditionele zorg te vervangen.

De Raad wijst verder op een combinatie van ontwikkelingen die ertoe leiden dat het zorglandschap drastisch zal moeten veranderen: de toename van medisch-technische mogelijkheden die concentratie van hoogcomplex, laagvolume zorg vergen enerzijds. En anderzijds een explosieve toename van het aantal mensen dat te maken krijgt met chronische ziekten en levenslange beperkingen, hetgeen moet leiden tot deconcentratie van laagcomplex, hoogvolume zorg. Om deze noodzakelijke verschuivingen te realiseren is het volgens de Raad essentieel zorgverleners te belonen voor gerealiseerde gezondheidswinst in plaats van voor verrichtingen en een toereikend mededingingsregime van toepassing te laten zijn.

# Adviezen

Toekomst AWBZ (decentralisatie)

# Toekomst AWBZ (decentralisatie)



## 1. Inleiding

Wanneer de nieuwe Zorgverzekeringswet begin 2006 wordt ingevoerd zijn ook voorbereidingen in gang gezet om de langdurige zorg drastisch te herzien. Het kabinet neemt zich voor om delen van de AWBZ-zorg over te hevelen naar een Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo); daarmee krijgen gemeenten een belangrijke taak in de zorg voor hun inwoners. De contouren van deze (eerste) decentralisatieoperatie zijn geschetst, maar laten nog vele onderwerpen open. Het ligt daarom voor de hand dat de Raad dit onderwerp met regelmaat op zijn werkprogramma plaatst.

Op verzoek van de (tijdelijk ingestelde) Minister van Jeugd en Gezin besteedt de Raad tevens in het bijzonder aandacht aan de problemen rond de zorg voor het welzijn van de jeugd.

## *2. De Raad: langdurige zorg in de buurt*

Het gebruik van AWBZ-zorg zal de komende jaren dramatisch stijgen. In de geestelijke gezondheidszorg bijvoorbeeld met meer dan 30%. Omdat deze zorg in Nederland vooral wordt geboden in dure instellingen, betekent dit dat de kosten navenant zullen toenemen. We zijn dan ook niet goed voorbereid op de naderende vergrijzing. Mensen met een beperking die op AWBZ-zorg zijn aangewezen hebben een zwakke positie op de arbeidsmarkt, in het onderwijs, en op de woningmarkt. Veel meer dan in andere landen staan deze mensen in Nederland 'aan de kant'. Bovendien kenmerkt de zorg voor mensen met een beperking zich door een bureaucratische en versnipperde aanpak, en een groot aantal 'loketten'. AWBZ-zorg in Nederland is dus duur, inefficiënt, en niet gericht op de wensen en behoeften van de patiënten.

In zijn advies ***Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief*** (19 januari 2006) pleit de Raad dan ook voor rigoureuze maatregelen: de AWBZ moet verdwijnen om plaats te maken voor twee systemen: een medisch systeem, waarvoor de huidige basisverzekering voor de curatieve zorg wordt uitgebreid met de medische AWBZ-zorg. En een wettelijk geregeld systeem voor maatschappelijk ondersteuning van mensen die op langdurige zorg zijn aangewezen. Dit is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De Raad pleit voor een sterke, autonome positie van gemeenten in deze maatschappelijke ondersteuning, met een bredere taak, meer vrijheid voor eigen lokaal beleid, en een daarbij horend eigen belastinggebied. Dit is in andere landen in de EU een gebruikelijke opzet, blijkt uit een internationale vergelijking van de RVZ.

De huisarts, de thuiszorg, en het maatschappelijke werk moeten volledig anders worden ingericht. Er moeten laagdrempelige, cliëntgerichte wijkcentra komen, die zowel de medisch-verpleegkundige als de maatschappelijke zorg en ondersteuning bieden. Zij richten zich op de patiënten die ze al hebben, en daarnaast vooral op mensen met een beperking die door een laag inkomen of onvoldoende opleiding in de problemen komen. Vanuit deze centra begeleiden ook verpleeghuisartsen, artsen voor verstandelijk gehandicapten en psychiatrisch verpleegkundigen de zelfstandig wonende gehandicapten en ouderen. Maar ook zullen er mensen werken die gespecialiseerd zijn in bijvoorbeeld arbeidsintegratie. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de oprichting van de wijkcentra. Zorgverzekeraars en gemeenten financieren deze centra gezamenlijk.

De Raad wijst er op dat zijn voorstel zeer grote gevolgen zal hebben voor de geldstromen. Het AWBZ-budget - 20 miljard euro - komt voor 60% terecht bij de basisverzekering, voor 30% bij de Wmo en voor 10% bij de burger. Dit betekent bijvoorbeeld dat het Wmo-budget van 1 miljard (kabinetsplan) stijgt naar zo'n 6 á 7 miljard euro.

In het CEG-signalement **Formalisering van informele zorg. Over de rol van 'gebruikelijke zorg' bij de toekenning van professionele zorg** (9 juli 2007) stelt de Raad dat de indicatiestelling voor de toekenning van professionele hulp in de langdurige zorg moet veranderen.

Op dit moment geldt dat de informele zorg die huisgenoten kunnen leveren bepalend is voor de mate waarin patiënten in aanmerking komen voor professionele zorg. Dat gebeurt aan de hand van strakke, geformaliseerde normen, vastgelegd in het protocol Gebruikelijke zorg. In de praktijk kan dit betekenen dat patiënten veel meer informele zorg krijgen dan uit de indicatiestelling zou blijken, en dus met minder professionele zorg toe zouden kunnen. Bijvoorbeeld als familieleden niet in hetzelfde huis wonen, maar wel om de hoek hoeven ze geen informele zorg ('gebruikelijke zorg') te verlenen. Maar het omgekeerde komt ook voor: soms kan een huisgenoot niet de zorg bieden die volgens de norm van hem of haar wordt verwacht. In zo'n geval is er te weinig professionele hulp voor de patiënt. Kortom het keurslijf van de indicatiestelling dat de informele zorg als uitgangspunt heeft, leidt tot onvoldoende maatwerk en onrechtvaardige verdeling van zorg.

In het signalement wordt daarom gepleit voor omdraaiing bij de indicatiestelling: welke zorg heeft de patiënt nodig, wat kan de familie- en sociale kring doen en welke professionele hulp moet dan worden ingeschakeld. Vanzelfsprekend legt ook deze werkwijze inspanningsverplichtingen op aan de familie en de sociale kring daaromheen. Dat kan worden vastgelegd door de indicatiestellers, die naar het oordeel van het CEG dus dicht bij de patiënt en zijn omgeving staan, te laten werken met zorgstandaarden.

In 2008 borduurt de Raad verder op zijn pleidooi voor opheffing van de AWBZ en herverdeling over Zorgverzekeringswet en Wet maatschappelijke ondersteuning. In zijn advies **Beter zonder AWBZ?** (31 januari 2008) stelt hij dat deze hervorming een zorgvuldige, stapsgewijze invoering vergt, die risico's voor mensen met chronische aandoeningen beheersbaar maakt.

Na een overgangperiode worden de zorgverzekeraars en gemeenten verantwoordelijk voor mensen met een chronische aandoening. Dit vereist volgens de Raad dat zorgverzekeraars de zorg beter gaan organiseren en dat de gemeenten harde kwaliteitsgaranties bieden.

Zo'n betere organisatie en meer kwaliteit kunnen worden bereikt als aan vier voorwaarden is voldaan:

- Allereerst moeten de zorgverzekering en de Wmo worden aangepast. Een aantal elementen uit de AWBZ, zoals de onafhankelijke indicatiestelling voor langdurig verblijf, de persoonsgebonden budgetten en de niet-medische behandelmethoden moeten in de zorgverzekering worden opgenomen.
- De Wmo moet worden uitgebreid met op maatschappelijke participatie gerichte onderdelen en de zorgplicht van de gemeenten moet worden aangescherpt.
- Daarnaast moet de zorg beter worden georganiseerd. Dat kan door ontwikkeling van zorgketens voor chronische aandoeningen, casemanagement en een goed functionerende eerstelijns gezondheidszorg.
- Tenslotte moet op voorhand geen uitzondering worden gemaakt voor patiënten met een indicatie voor zwaar verblijf. Voor deze groep patiënten is het mogelijk en wenselijk dat zij onder de zorgverzekering vallen. Daardoor hebben verzekeraars er belang bij dat ook voor deze patiënten naar alternatieven in de samenleving wordt gezocht. Voor de groep patiënten waarvoor dit niet mogelijk is moeten wel speciale maatregelen worden getroffen.

De Wmo legt gemeenten de verplichting op om beperkingen die mensen ondervinden in hun zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie weg te nemen. Nu er een aantal aanspraken uit de AWBZ worden geschrappt heeft dit een toename van het beroep op de Wmo tot gevolg. Dit past in de ingezette koers van decentralisatie van zorgtaken naar gemeenten, maar hoe zorgen we ervoor dat de Wmo houdbaar blijft? Gemeenten moeten deze (nieuwe) taken immers uitvoeren met minder middelen dan voorheen. In zijn advies **Prikkels voor een toekomstbestendige Wmo** (31 mei 2011) stelt de Raad dat het voor een toekomstbestendige Wmo noodzakelijk is de aanspraak die burgers kunnen doen op de compensatieplicht afhankelijk te maken van financiële draagkracht. Burgers met een inkomen of vermogen boven een bepaalde grens wordt gevraagd bepaalde kosten zelf te dragen of een hogere eigen bijdrage te betalen. Ook wil de Raad dat er naast een financiële eigen bijdrage een mogelijkheid wordt opgenomen in de Wmo om een eigen bijdrage



in natura te vragen. Daarbij gaat het om een tegenprestatie van de burger die een beroep doet op de Wmo, bijvoorbeeld in de vorm van vrijwilligerswerk.

Tenslotte acht de Raad het noodzakelijk gemeenten een financiële prikkel te geven om de Wmo ruimhartig uit te voeren. Dit is van belang omdat daarmee een beroep op zwaardere AWBZ-voorzieningen kan worden voorkomen of uitgesteld. Daartoe stelt hij voor gemeenten waarvan inwoners een lager dan gemiddeld beroep doen op zwaardere AWBZ-voorzieningen financieel te belonen. De middelen daarvoor zouden moeten worden opgebracht door gemeenten waarvan de inwoners een meer dan gemiddeld beroep doen op de AWBZ.

In zijn advies ***Regie aan de poort. De basiszorg als verbindende schakel tussen persoon, zorg en samenleving*** (7 december 2012) constateert de Raad dat de hele basiszorg van de jeugdhulpverlening tot de huisartsenzorg en het welzijnswerk voor ouderen te versnipperd is georganiseerd. Hier hebben vooral chronisch zieken last van die ook problemen hebben op andere levensgebieden. Naar schatting zijn dit meer dan 1 miljoen Nederlanders.

De Raad constateert drie knelpunten:

1. Veel mensen leven in zorgelijke situaties zonder de juiste hulp te krijgen, zoals ouderen met meerdere aandoeningen die langzaam aftakelen, gezinnen waar veel problemen tegelijk spelen of mensen met ernstige psychische problemen. Ze beseffen niet dat hulp nodig is of weten niet waar ze terecht kunnen. Hier is winst te halen als de zorg en hulpverlening overzichtelijker wordt en actiever ingrijpt.
2. Hulpverleners hebben moeite om meerdere problemen bij individuen en gezinnen in samenhang te beoordelen. Achter gezondheidsproblemen kunnen sociale problemen schuilgaan, zoals problemen in het gezin, werkloosheid, schulden, eenzaamheid of een niet passende woning. Chronisch zieken hebben een grotere kans op psychische problemen. Daarom moeten zorgverleners in hun opleiding en in de praktijk meer getraind worden in elkaars deskundigheid en in teamcompetenties.
3. Zorgverleners werken te vaak langs elkaar heen. De gezondheidszorg, het welzijnswerk, de jeugdzorg, maatschappelijk werk, de arbeidsreïntegratie en de schuldhulpverlening zijn gescheiden werelden. De hulp bij dezelfde cliënten is hierdoor onvoldoende afgestemd en niemand is eigenaar van het totaal. Gemeenten kunnen veel maatschappelijke winst behalen door werk te maken van intersectoraal beleid.

Volgens de Raad zijn multidisciplinaire basiszorgteams op wijkniveau nodig, met in elk geval huisartsen, verpleegkundigen en maatschappelijk werk, om te voorkomen dat deze mensen onnodig in een langdurig zorgtraject terechtkomen. Deze basiszorgteams moeten burgers ondersteunen om zelf hun problemen aan te pakken, werken proactief en zorgen dat de noodzakelijke hulp is afgestemd. De meerwaarde van deze aanpak zou in een aantal proeftuinen moeten worden nagegaan. Gemeenten zijn aan zet om deze basiszorg te organiseren, samen met zorgverzekeraars en lokale zorgpartijen. Door informatie over gezondheid en sociale problemen op wijkniveau te bundelen in wijkscans kunnen gemeenten richting geven aan het werk van deze basiszorgteams.

De opzet van basiszorgteams moet mogelijk worden door geldstromen te bundelen van zorgverzekeraars en van gemeenten, die verantwoordelijk zijn voor zorg en ondersteuning van mensen thuis, en door de basiszorgteams een budget te geven waarmee zij de zorg voor hun verzorgingsgebied kunnen uitvoeren. Bereikte resultaten moeten extra beloond kunnen worden.

In het advies **Gemeentezorg** (16 januari 2014) gaat de Raad na aan welke randvoorwaarden moet zijn voldaan voor een verdergaande succesvolle decentralisatie van langdurige zorg. Gemeenten krijgen in 2015 (nog) meer verantwoordelijkheid voor zorg en ondersteuning. Het doel is om mensen langer thuis te kunnen laten wonen waarbij de sociale omgeving van burgers de basis vormt en gemeenten individuele ondersteuning bieden waar nodig. Van burgers wordt gevraagd om meer verantwoordelijkheid te nemen, voor zichzelf en ook voor mensen in hun omgeving; dus meer beroep op vrijwilligers en mantelzorgers.

Het is belangrijk om in dit complexe en grote transformatieproces de vinger aan de pols te houden. De Raad beveelt daarom aan een integrale landelijke monitor te organiseren, die jaarlijks rapporteert over de uitkomsten op populatieniveau en over de voortgang van de transformatie bij alle gemeenten. Rijk en gemeenten dienen het beleid zo nodig bij te stellen op basis van de uitkomsten van de monitor.

Verder constateert de Raad dat het voor de hand ligt dat gemeenten met initiatieven vanuit burgers in bijvoorbeeld zorgcoöperaties tegen lagere kosten ondersteuning kunnen bieden dan gemeenten met sociale wijkteams die bestaan uit louter professionals. Daarom moet de mogelijkheid tot het beïnvloeden en operationaliseren van deze vormen van sociale

samenhang onderzocht en gevolgd worden, zodat deze factor verdisconteerd kan worden in het financiële verdienmodel van gemeenten.

Ook acht de Raad het noodzakelijk relevante competenties van gemeenten te bevorderen, door best practices uit te wisselen en masterclasses te organiseren. Een landelijk instituut moet worden aangewezen om dit proces wetenschappelijk te evalueren. Daarbij moet ook aandacht worden besteed aan de competenties en best practices die de samenwerking tussen gemeenten bevorderen.

De extra middelen (€ 250 miljoen) voor wijkverpleging en sociale wijkteams kunnen de eerste drie jaar worden toegekend op voorwaarde dat gemeenten en de eerstelijns zorg samenwerken. Daarnaast adviseert de Raad gemeenten en zorgverzekeraars via de bekostiging te belonen voor het beperken van instroom in de langdurige intramurale zorg.

### *Jeugd en Gezin*

In zijn signalement ***Uitstel van ouderschap. Medisch of maatschappelijk probleem?*** (7 maart 2007) stelt de Raad vast dat vrouwen in Nederland voor een dilemma staan: eerder kinderen krijgen levert maatschappelijke schade op, terwijl later kinderen krijgen tot veel medische schade kan leiden. Nederland zit in de kopgroep als het gaat om laat ouderschap: 45% van de moeders die hun eerste kind krijgen is 30 jaar of ouder, terwijl dat in 1970 nog geen 10% betrof. Gynaecologen trekken al langer aan de bel en waarschuwen voor de medische risico's voor moeder en kind. Maatschappelijke zekerheden krijgen de voorrang boven medische risico's bij de keuze om aan kinderen te beginnen.

De Raad vindt dat het nieuwe kabinet, de Tweede Kamer en de sociale partners zich zullen moeten afvragen of toenemend uitstel van ouderschap aanleiding is tot beleidsmaatregelen. Om de discussie aan te zwengelen noemt de Raad de volgende maatregelen: maak het mogelijk om tijdens de studie kinderen te krijgen, creëer een voor starters toegankelijker woningmarkt en maak meer ruimte voor mannen en vrouwen om zorg en arbeid te combineren.

Op verzoek van de minister voor Jeugd en Gezin brengt de RVZ samen met de RMO het advies **Versterking voor gezinnen** (1 september 2008) uit. Aanleiding is onderzoek dat aangeeft dat ouders in isolement verkeren waar het gaat om de opvoeding van hun kinderen. Soms krijgen ouders hierdoor meer voor hun kiezen dan ze aankunnen.

De Raden concluderen dat de omgeving van gezinnen - familie, buurt, lokale middenstand, scholen - een vanzelfsprekender opvoedingspartner van ouders kan zijn dan nu het geval is en dat de overheid dit kan bevorderen.

De RMO stelt dat mensen in de buurt, vrienden, kennissen, docenten, enz. - de village rond een gezin - te weinig medeopvoeder zijn van kinderen. Daardoor staan ouders er relatief alleen voor en ontstaat er tegelijk veel behoefte aan professionele hulpverlening. Ouders zouden meer op elkaars kinderen kunnen letten. De RMO ziet een belangrijke rol voor scholen, sportverenigingen en kinderdagverblijven om opvoedkundige kennis met ouders te delen en zich meer in te zetten om verbindingen tussen ouders te organiseren. Daarnaast adviseert de RMO ontmoetingen tussen mensen te bevorderen door speeltuinen, sportvelden en winkeltjes zoveel mogelijk een plek te geven in woonbuurten. Door op deze manier de village te versterken verhoogt de overheid de opvoedkwaliteit over de hele linie en vermindert ze de noodzaak tot professioneel ingrijpen.

Volgens de RVZ wordt zorg in familieverband van groter belang omdat de betaalbaarheid van de zorg onder druk staat. In Nederland ligt de nadruk sterk op het gezin. Daardoor wordt het familiale netwerk als steun voor gezinnen onvoldoende benut. Er zijn ook belemmeringen voor zorgrelaties tussen generaties: (a) wat als oma een baan heeft? (b) de gevolgen van echtscheiding voor de ouderdomsfase en (c) toenemende mobiliteit door een hoger opleidingsniveau van de bevolking. De RVZ denkt aan arrangementen die spreiding van scholing, arbeid en zorgactiviteiten over de levensloop bevorderen, zoals verbetering van de combinatie van arbeid en zorg door flexibiliteit in werktijden en werkplekken; kortingen op het openbaar vervoer; grootouderverlof; verlofstrippenkaarten voor mantelzorgers.

Een jaar later brengen de beide Raden een uitgebreider advies uit: **Investeren rondom kinderen** (10 september 2009). De Raden stellen vast dat gezinnen meer op zichzelf aangewezen zijn. Degenen die een oogje in het zeil houden zijn steeds vaker professionals. De sociale kring rondom gezinnen (familie, burens en vrienden) is op afstand komen te staan.

Een groeiende preventieve jeugdzorg met zijn nadruk op risicoanalyses en monitoring is het gevolg. De overheid kan de jeugdzorg ontlasten door de netwerken rondom gezinnen te versterken.

Voor de korte termijn adviseren de Raden onder andere bewust plekken en momenten te creëren waar ouders en kinderen elkaar onderling kunnen ontmoeten en ervaringen kunnen delen, bijvoorbeeld via ouderontmoetingen op kinderdagverblijven en scholen of het inrichten van een oudercafé in Centra voor Jeugd & Gezin. Sporten voor elk kind bereikbaar en mogelijk maken en sociale samenhang in buurten zijn ook middelen om de netwerken rond gezinnen te versterken. Hulpverleners zouden meer dan nu een verbindende factor kunnen vormen en actief moeten werken aan het versterken van de sociale netwerken van gezinnen.

Voor de langere termijn adviseren de Raden een sectoroverschrijdend gezinsbeleid. Een goed opgroeklimaat houdt direct verband met de inrichting van woonwijken (zijn er voldoende sociale ontmoetingsplekken als scholen, crèches, winkels, buurtcentra en speeltuinen?), met de verdeling van arbeid en zorg (beschikken ouders over voldoende verlofvoorzieningen?) en met de inrichting van scholen (groot en anoniem of klein en herkenbaar?). De middenstand (buurtwinkels) en voorzieningen zoals eerstelijns gezondheidscentra, sportverenigingen, politiebureaus en scholen kunnen ook een sociale functie vervullen. Door deze bewust in buurten te organiseren en de samenwerking tussen deze instanties te bevorderen, wordt het netwerk voor gezinnen vergroot.

Met het advies geven de beide adviesorganen de Minister van Jeugd & Gezin een handreiking om te ontsnappen aan een steeds lastiger wordende spagaat. Enerzijds neemt de druk op de overheid om direct in te grijpen toe. Anderzijds klinkt de roep om afstand te bewaren en hebben risicopreventie en monitoring een aanzuigende werking op wachtlijsten. Hoe meer de overheid in het gat springt dat de sociale omgeving laat liggen, des te minder pakt die sociale omgeving zijn verantwoordelijkheid op.

Het CEG brengt in het signalement ***Dilemma's op de drempel. Signaleren en ingrijpen van professionals in opvoedingssituaties*** (9 juli 2008) de morele onzekerheden van jeugdzorgwerkers in kaart en biedt het suggesties voor oplossingen. Jeugdzorgwerkers gaan sneller naar de voordeur en betreden eerder de gezinssfeer, maar kampen dan met onzekerheden over de juiste koers. Wat moet de richtlijn voor hun handelen zijn? De ouderlijke vrijheid houdt op waar schade aan het kind begint, maar wat is schade? En welke ingreep is passend en moreel aanvaardbaar? Opvattingen daarover zijn in de loop der tijd verschoven.

Een belangrijke uitkomst is dat een steviger moreel houvast en meer maatwerk in de aanpak van de jeugdzorg dringend nodig zijn. Professionals in de jeugdzorg lopen op eieren. Ze voelen zich onder druk gezet door de grote aandacht voor tragische incidenten, zonder dat altijd duidelijk is hoe ze moeten handelen. De angst om fouten te maken wordt vooralsnog niet kleiner. Er zijn meer meldingen bij de Raad voor de Kinderbescherming en meer ondertoezichtstellingen. De wachtlijsten in de jeugdzorg worden langer.

Het voorkomen of beperken van schade is de pijler onder het handelen van de jeugdzorgverlener. Aan de andere kant leeft de angst met ingrijpen juist schade te berokkenen. Zo kan de vertrouwensband met de ouders of het kind worden geschaad en dat kan de zaak erger maken. Bijvoorbeeld een mentor die moet afwegen of hij de vertrouwensband met zijn leerling zal riskeren door op huisbezoek te gaan omdat hij ongerust is. Ook weten jeugdzorgwerkers niet altijd zeker of ze, als ze toch ingrijpen, wel iets te bieden hebben dat tot daadwerkelijke verbetering kan leiden.

Wat is er nodig om jeugdzorgwerkers op de drempel te voorzien van moreel houvast en andere professionele bagage voor effectief handelen? Van de kant van de overheid is meer morele visie nodig om de gekozen aanpak te legitimeren. Intercollegiale toetsing, een eenduidige en betrouwbare methode voor diagnostiek, kennis over bewezen effectieve interventies en een beroepscode zijn belangrijke instrumenten om de hulpverlener een stevig houvast te geven.

### 3. Conclusies

De Raad houdt meerdere malen een krachtig pleidooi om de AWBZ op te heffen; een deel van de aanspraken zou moeten worden overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet en zo onderdeel blijven uitmaken van het collectief verzekerde pakket. Het andere deel - dat de lichtere zorgvragen betreft - moet worden ondergebracht in de Wmo, waarvoor gemeenten verantwoordelijk zijn. Hiermee geeft de Raad een duidelijk signaal af, dat burgers - met gepaste ondersteuning - beter in staat zijn regie te nemen en te houden over hun eigen leven dan tot nog toe werd aangenomen.

De Raad wijst erop dat de overheveling naar de Wmo tot effect kan hebben dat het beroep op de Wmo stijgt en op termijn onbetaalbaar wordt. Hij stelt daarom voor gemeenten mogelijkheden te bieden om meer eigen betalingen van haar inwoners te vragen voor ondersteuning, al dan niet in de vorm van een tegenprestatie in natura. Daarnaast moet werk gemaakt worden van een herverdeling van lasten en baten: gemeenten die de Wmo ruimhartig uitvoeren beperken het beroep van haar inwoners op de (duurdere) AWBZ (te zijner tijd: ZvW) en daar profiteren de zorgverzekeraars van.

Een ander effect van de voorgestane herverkaveling is dat een steeds groter beroep zal worden gedaan op mantelzorg. Het risico dreigt dat de reeds zwaar belaste mantelzorgers overbelast raken. De Raad ziet hiervoor een oplossing in basisteams op wijkniveau, die tijdig problemen van wijkbewoners op het spoor kunnen komen en integraal kunnen aanpakken. De Raad wijst er tenslotte op dat de voorgenomen decentralisatie een zware operatie is, die goed gemonitord moet worden om te voorkomen dat mensen tussen de wal en het schip geraken.

# Adviezen

Preventie



# Preventie



## *1. Inleiding*

**Zoals eerder gesteld is de noodzaak tot kostenbeheersing één van de belangrijkste drijfveren geweest om een nieuw zorgstelsel in te voeren. De beste manier om kosten te beheersen is te bewerkstelligen dat je die kosten niet hoeft te maken: preventie dus.**

Hoewel hier veel winst is te behalen, is preventie altijd een ondergeschoven thema geweest. De Raad acht het de hoogste tijd dat dit onderwerp prominent op ieders agenda komt.

## *2. De Raad: de slag naar voren: van zz naar gg!*

Met zijn advies **Publieke gezondheid** (28 november 2006) geeft de Raad een krachtig signaal af: willen wij onze gezondheid behouden, onze arbeidsproductiviteit op peil houden en geen onnodige kosten in zorg maken, dan moeten gezondheid en preventie hoger op ieders agenda komen. Het is echter in de afgelopen jaren niet gemakkelijk gebleken dit voor elkaar te krijgen. Gezondheid is vooral beschouwd als de (exclusieve) verantwoordelijkheid van VWS en als zodanig heeft dit departement ook geopereerd. Volgens de Raad is veel te winnen op het gebied van (draagvlak voor) gezondheid door belangen slimmer te verbinden.

Slimmer verbinden is aan de orde op landelijk niveau: Zo is de boodschap dat investeren in gezondheid de arbeidsproductieve leeftijd met 8 maanden tot een jaar kan verlengen aantrekkelijk voor EZ en SZW. Dat met preventie van psychische problemen veel kosten bespaard kunnen worden is een interessant vooruitzicht voor werkgevers. Als dit inzicht bij betrokken partijen er is dan is de discussie over preventie gestart en kan vervolgens gekeken worden naar de manier waarop dit moet gebeuren.

Slimmer verbinden van belangen is ook op lokaal niveau aan de orde als het gaat om de individuele burger. Ook op dit niveau zijn samenwerkingsverbanden nodig. Overgewicht bij kinderen is niet alleen iets voor de spreekkamer van de dokter, het is een zaak van de ouders, de gymleraar, de sportclub, de locale horeca en de wethouder ruimtelijke ordening die voor veilige fietspaden moet zorgen. Die partijen moeten in een wijk of in een stad met elkaar zoeken naar ieders toegevoegde waarde en bijdrage. De opdracht aan de locale overheid is deze partijen bij elkaar te brengen en te onderzoeken wat zij te winnen hebben bij investeren in gezondheid. Zo blijkt bijvoorbeeld dat zelfs de locale snackbar graag een goed imago wil hebben en bereid is om te onderhandelen over gezonder frituren en betere kwaliteit van producten.

Tenslotte stelt dat de Raad dat meten weten is en dat voortgang motiveert. Daarom pleit hij voor locale gezondheidsmetingen door het RIVM, goede kosteneffectiviteitsanalyses en gewogen investeringsbeslissingen. Zo investeren we nu veel geld in de bestrijding van diabetes, maar slechts een fractie daarvan in de preventie van overgewicht, terwijl dit één van de belangrijkste risicofactoren is voor diabetes.

Enkele jaren later adviseren de Onderwijsraad, de Raad voor het openbaar bestuur (Rob) en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in hun gezamenlijke rapport ***Buiten de gebaande paden. Advies over intersectoraal gezondheidsbeleid*** (19 mei 2009) om intersectoraal gezondheidsbeleid in het toekomstige regeerakkoord op te nemen.

De Raden overwegen dat een groot deel van de ziektelast in Nederland vermijdbaar is. Een derde tot de helft van de totale ziektelast is te herleiden tot roken, alcoholgebruik, weinig bewegen, ongezond eten en luchtverontreiniging. Ook onveiligheid in het verkeer, slechte arbeidsomstandigheden en huisvesting zorgen voor ziektes. De gezondheid van de Nederlandse bevolking is belangrijk genoeg om daar wat aan te doen, vinden de drie Raden.

Met dit advies geven de Raden een antwoord op de vraag van de Minister naar de mogelijkheid om gebruik te maken van parallelle belangen om gezondheidswinst te boeken. Veel van de factoren die ziekten veroorzaken zijn namelijk niet vanuit de gezondheidszorg te beïnvloeden, maar door onderwijs, arbeid of lokaal bestuur. Gezonde scholieren betekenen immers minder schooluitval, wat uiteindelijk leidt tot een hoger opleidingsniveau en daar is de arbeidsmarkt weer bij gebaat. En zo is het voor een bedrijf van belang om gezonde werknemers te hebben want dat leidt tot een hogere productie en zorgt voor minder beroep op sociale voorzieningen. Gezondheidswinst wordt ook geboekt door een gezonde woonomgeving. Daar is dan de gehele samenleving weer bij gebaat.

Om het gevoel van urgentie voor gezondheid in andere sectoren te vergroten, is politieke en bestuurlijke betrokkenheid nodig op het hoogste niveau. De Raden stellen dan ook: maak intersectoraal gezondheidsbeleid onderdeel van het nieuwe regeerakkoord. En daarnaast: wacht niet op een volgend kabinet, maar maak gebruik van het aanwezige draagvlak. Er zijn op dit moment heel veel initiatieven in Nederland die gericht zijn op gezondheid en preventie. Veel goede projecten op basisscholen en in het voortgezet onderwijs, initiatieven van GGD-en, gemeenten en zorgverzekeraars laten zien wat mogelijk is. Geef de Minister van Volksgezondheid een speciale verantwoordelijkheid en laat hem hiervoor mensen en middelen vrijmaken in zijn organisatie. Richt ter ondersteuning hiervan een interdepartementale directie in bij het Ministerie van VWS.

In zijn discussienota **Zorg voor je gezondheid!** (5 april 2010) stelt de Raad dat de vraag naar zorg sneller verandert dan het aanbod van zorg en dat ingrijpende aanpassingen nodig zijn om een 'zorginfarct' te voorkomen.

Het aantal mensen met chronische aandoeningen overtreft nu al het aantal mensen met een acute of curatieve vraag naar zorg en de komende jaren neemt dit verschil toe. Dit brengt in veel gevallen levenslange beperkingen met zich mee maar de behandelde wordt daardoor nadrukkelijk geen patiënt in de traditionele zin van het woord. Zeker wanneer aandoeningen vroeg worden opgespoord, kan met weinig ingrijpende, maar regelmatige behandeling en met aanpassing van leefgewoonten iedereen 'zo gezond mogelijk' doorleven en -werken. Wel vragen chronische aandoeningen om persoonlijke dienstverlening, zoveel mogelijk aan huis of in de buurt maar ook digitaal, die rekening houdt met de levensfase waarin de zorgvrager zich bevindt. Sterven kan lang worden uitgesteld en is nog maar zelden toe te schrijven aan één ziekte. Er is een duidelijke relatie tussen gedrag en het ontstaan of verergeren van ongezondheid en daarmee ook tussen 'gezond' gedrag van en profijt voor de burger. Interventie in een vroeg stadium is in 2020 de norm.

Het huidige zorgaanbod sluit hier niet bij aan. Op dit moment is er voornamelijk curatieve zorg, gericht op episodische ziekten, die wordt verzorgd voor groepen patiënten in statische instellingen. Behandeling is fragmentarisch, ook per leeftijdsgroep, en gericht op enkelvoudige aandoeningen. Hierbij worden in veel gevallen de leefgewoonten die in de decennia voor de openbaring van de aandoening tot het ontstaan of de verergering van de kwaal hebben geleid als een gegeven gezien. Gezond(er) gedrag wordt niet beloond en behandeling begint pas als de eerste klachten zich openbaren. De patiënt is de vrager van zorg maar is geen kritische consument, laat staan de manager van de eigen gezondheidssituatie.

De noodzaak voor verandering is extra groot door de aanstaande krapte in de zorgbudgetten en op de arbeidsmarkt. Dit laatste treft de zorgsector zelf, maar maakt ook het afschrijven van arbeidskrachten om gezondheidsredenen steeds onaanvaardbaarder. De zorgsector zal zich de komende jaren snel moeten omvormen.

De focus moet verschuiven van zorg en ziekte naar gezondheid en gedrag. Diagnose en behandeling, ook de specialistische, moet eerder, sneller en beter. Eén van de mogelijkheden die de RVZ zal onderzoeken is het inrichten van laagdrempelige inloopcentra

voor welzijn en zorg, waar relatief simpele medische controles worden uitgevoerd en mensen advies kunnen krijgen over eten en bewegen. Gemeenten en zorgverzekeraars zouden deze centra moeten betalen. Daarnaast kan gespecialiseerde medische zorg worden aangeboden in ca. 50 medisch-specialistische netwerken die ontstaan in plaats van de huidige ruim honderd klinische ziekenhuizen. Deze netwerken staan in direct verband met de huisarts. De mogelijkheden van Gezondheid 2.0 moeten maximaal worden benut door zowel zorgvrager als -aanbieder. Preventie door gezond gedrag van de patiënt maar ook door vroege diagnose en interventie van de zorgaanbieder moet worden beloond.

In de zorgverzekering moeten meer mogelijkheden komen om gezond gedrag te belonen, zowel voor verzekerden als voor verzekeraars. Daarnaast moeten zorgverzekeraars de kans krijgen nieuwe polissen aan te bieden waarin zorg is verbonden met hypotheek en met pensioen.

Voor het bepalen van de exacte route van de veranderingen organiseert de Raad na de publicatie van zijn discussienota een tiental debatten. De Raad beschrijft in het hieruit resulterende advies **Perspectief op gezondheid** 20/20 (15 september 2010) twintig aanbevelingen voor het 'spoorboekje' naar een gezonde zorgsector. De nadruk ligt daarbij op kwaliteit, preventie en toegankelijkheid. Dit vraagt ingrijpende inspanningen van alle betrokkenen, maar geen stelselherziening, en bestrijkt minimaal twee kabinetsperiodes.

De economische crisis en de lagere economische groei dwingen tot extra kostenbewustzijn en bezuinigen. Maar dat kan niet zonder een heldere visie van de overheid.

De verschuiving van zorg en ziekte naar gedrag en gezondheid (van zz naar gg) kan hiermee worden versneld.

De burger wordt, meer dan nu, aangespoord om te breken met ongezond gedrag. Dit is de taak van de zorgprofessional. De burger is zelf eerstverantwoordelijke. De zorgverlener spreekt hem daar op aan en biedt ondersteuning; de verzekeraar coacht met informatie en financiële prikkels. Leefstijlbeïnvloeding levert op korte termijn individuele en collectieve gezondheidswinst op met directe kostenvoordelen in de zorg en een hogere participatie op de arbeidsmarkt. Eerste prioriteit daarbij is volgens de RVZ om het aantal rokers in Nederland met één vijfde terug te dringen tot het gemiddelde in de OESO.

Aanbieders van zorg behoren niet langer uitsluitend te worden beloond voor het aantal verrichtingen maar ook op basis van bereikte resultaten: gezondheidswinst en participatie. Het voorkomen van ziekte (en uitval) is minstens zo belangrijk als het behandelen ervan. Optimale zorg wordt gerealiseerd in netwerken van aanbieders. Dit geldt zowel voor laagdrempelige en brede eerstelijnszorg als voor specialistische ziekenhuiszorg.

Zorgverzekeraars moeten hun publieke taak sterker oppakken. Zij zijn medeverantwoordelijk voor de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg. Niet alleen behandelingen moeten vergoed worden maar ook inspanningen om behandelingen uit te stellen of zelfs te voorkomen. Zij moeten veel meer investeren in zorginkoop en hun kennis over de klant, de markt en doelmatige bedrijfsvoering benutten.

De overheid is verantwoordelijk voor de randvoorwaarden; dit staat niet langer een passieve houding toe. Een gezamenlijke koersverandering slaagt alleen met het Kabinet als initiator. Een heldere visie is noodzakelijk, op basis waarvan alle betrokkenen kunnen handelen. Op enkele uitzonderingen na, zoals bij de Spoedeisende hulp, dient de gereguleerde marktwerking te worden voortgezet.

De RVZ beveelt de overheid aan te sturen op basis van uitkomstindicatoren in plaats van procesindicatoren en aan de hand van een eindige lijst van kwaliteitskenmerken die door één onafhankelijk Kwaliteitsinstituut worden beheerd.

In zijn advies **Preventie van welvaartsziekten** (13 december 2011) pleit de Raad wederom voor meer aandacht voor preventie. Een kwart van de welvaartsziekten is het gevolg van leefstijl. Veel van deze ziekten is dus te voorkomen. Daarmee blijft de zorg betaalbaar en kunnen meer mensen meedoen aan betaald en onbetaald werk; dit geldt het meest voor mensen met een lage opleiding.

De Minister kiest voor gezondheidsbeleid dicht bij de mensen, dus lokaal en dat is de goede richting. Maar de Raad vindt dat dit met meer kracht moet gebeuren. Er zijn al diverse goede initiatieven van gemeenten en verzekeraars, ook met goede resultaten. De GGD en diverse andere gemeentelijke sectoren werken daar dan aan mee. De Minister moet nu zorgen voor meer stimulansen. De RVZ pleit voor een preventiefonds, waaruit doortimmerde plannen voor preventie van verzekeraars en gemeenten gefinancierd kunnen worden.

Een professionele GGD hoort daarbij. Ook moeten gemeenten en verzekeraars goed inzicht verwerven waar, in welke buurt of wijk, aanpak van ongezondheid het hardst nodig is. Daarvoor moeten ze informatie uitwisselen.

Maar dat is nog niet genoeg. Een voorbeeld: tabaksvoorlichting op scholen door de GGD werkt veel beter als de Minister ook bepaald heeft dat de schoolpleinen rookvrij moeten zijn. De Minister moet dus duidelijk zijn over het belang van gezonde leefstijl en gezonde omstandigheden. Ook zou de Minister strenger en doortastender moeten zijn bij de bescherming tegen te veel zout in ons dagelijkse voedsel. De Raad is van mening dat gezondheidsbescherming op zijn plaats is voor de jeugd. Ook de burger, die terecht wordt aangesproken op de eigen verantwoordelijkheid, is niet altijd in de gelegenheid om een gezonde keuze te maken.

In het signalement ***Leefstijlbeïnvloeding: tussen betuttelen en verwaarlozen*** (27 maart 2014) bespreekt het CEG drie standpunten die in het debat over grenzen aan leefstijlbeïnvloeding (kunnen) worden ingenomen. Het concludeert dat de twee uiterste standpunten - namelijk "leefstijlbeïnvloeding is altijd acceptabel wanneer dit tot gezondheidswinst leidt" enerzijds en "leefstijlbeïnvloeding is nooit acceptabel omdat het interfereert met de individuele vrijheid" anderzijds - te kort door de bocht zijn. Het derde standpunt, namelijk "ook wanneer leefstijlbeïnvloeding tot gezondheidswinst leidt, is deze alleen onder bepaalde voorwaarden acceptabel", betreft een ruime middenpositie, die wordt ingenomen door de meeste mensen in Nederland.

Het CEG noemt drie mogelijke rechtvaardigingen voor leefstijlbeïnvloeding:

1. Als het te beïnvloeden gedrag derden schaadt, dan is beïnvloeding ervan acceptabel.
2. Als er sterke externe factoren zijn die de ongezonde leefstijl stimuleren, dan kan leefstijlbeïnvloeding acceptabel zijn.
3. Als de autonomie of vrijheid niet al te sterk wordt bedreigd, dan kan leefstijlbeïnvloeding acceptabel zijn.

In de afweging of leefstijlbeïnvloeding acceptabel en wenselijk is moet allereerst worden vastgesteld wat de verwachte positieve effecten van de voorgenomen maatregel zijn en wie daarvan profiteren. En voorts of er alternatieve maatregelen zijn die hetzelfde doel bereiken met een minder sterke mate van beïnvloeding. Tenslotte moet worden nagegaan of één van de hiervoor genoemde rechtvaardigingsgronden aan de orde is.

### *3. Conclusies*

Preventie moet topprioriteit worden. Het vraagt volgens de Raad om slimmer verbinden van mensen, middelen en organisaties, waarbij de parallelle belangen worden opgezocht en nagestreefd door gezamenlijke inspanningen.

De Raad bepleit 'de slag naar voren': het adagium in de gezondheidszorg moet worden 'van zz naar gg'. Hij roept in de eerste plaats burgers op voor hun eigen gezondheid te zorgen. Maar ook zorgaanbieders, zorgverzekeraars, werkgevers en de overheid hebben een belangrijke taak. Gezond gedrag moet worden beloond, ook via de zorgverzekering.





# Beschouwing

Wat heeft het nieuwe stelsel ons gebracht? En hoe verder?

# Wat heeft het nieuwe stelsel ons gebracht? En hoe verder?



**De invoering van het nieuwe zorgstelsel op 1 januari 2006 markeert een omslagpunt in de aansturing en besturing van de zorgsector. Met de introductie van gereguleerde marktwerking in de curatieve zorg en de aanzet tot decentralisatie van de langdurige zorg is het startsein gegeven voor een grootscheepse operatie in de zorg, die jaren in beslag neemt.**

Zelfs nu, medio 2014, is het einde van de transitieperiode nog niet in zicht. En wellicht is een eindpunt ook niet te schetsen en blijft de zorgsector immer onderhevig aan grotere of minder grote wijzigingen in het beleid en de aansturing, met als enkele constanten: de noodzaak tot kostenbeheersing, de kwaliteit van de zorg en de positie van de patiënt.

Niettemin is het mogelijk een tussentijdse balans op te maken en te bezien of - op onderdelen - een koerswijziging is vereist.

**Na acht jaren de ontwikkeling van het zorgstelsel op de voet te hebben mogen volgen, dringt zich bij ons een aantal kwesties op, die in onze adviezen aan de orde zijn geweest en nog altijd actueel zijn:**

- De normering van kwaliteit - of liever gezegd, het ontbreken daarvan - is de achilleshiel van het zorgstelsel. Achteraf bezien is dit een weeffout geweest in het stelsel met vooralsnog verstreckende consequenties: selectieve zorginkoop is hierdoor nog onvoldoende van de grond gekomen. De overheid heeft naar onze mening verzuimd de randvoorwaarden te scheppen waaronder kwaliteitsnormen tot stand komen; hij heeft de verantwoordelijkheid daarvoor overgelaten aan het veld, zonder stok achter de deur te plaatsen. Pas nu, anno 2014, lijkt hierin verandering te kunnen komen met de oprichting van het Kwaliteitsinstituut, dat de bevoegdheid heeft gekregen om zelf een standaard voor te stellen wanneer een beroepsstandaard uitblijft, onvoldoende rekening houdt met de inbreng van de patiënt, of onvoldoende kwaliteit heeft. Het is nog te vroeg om vast te kunnen stellen of het kwaliteitsinstituut zijn doorzettingsmacht ook waarmaakt. Het blijft dus zaak, de ontwikkeling van de kwaliteitsnormering nauwlettend te volgen en te bewaken.
- Het belonen van verrichtingen, of het nu DBC's, DOT's of ZZP's zijn, staat op gespannen voet met kostenbeheersing en innovatie. Zolang we op deze manier blijven belonen zal er een prikkel zijn zoveel mogelijk te doen en bovendien op een traditionele - of behoudende - wijze. Het roer moet radicaal om: sturen op gezondheidsdoelen, met name op gerealiseerde gezondheidswinst en participatie.
- De sterk veranderende zorgvraag noopt tot ingrijpende herinrichting van het zorglandschap. Zorgverleners zullen in toenemende mate moeten samenwerken in netwerken, om integrale zorg aan patiënten en cliënten te kunnen leveren. Deze noodzaak tot samenwerking leidt in toenemende mate tot spanningen met het mededingingsregime. We nemen waar dat het toezicht op de mededinging in de zorg door de ACM voor de zorgsector onvoldoende helder is, omdat het uitgangspunt van (gereguleerde) samenwerking soms botst met de noodzaak tot samenwerking. Ook de afstemming tussen ACM, NZa en IGZ in het kader van het mededingingstoezicht is onvoldoende helder en verdient nadere uitwerking.

- Het is zeer de vraag of zorginkopers voldoende kennis en inzicht van de zorgsector kunnen verwerven om te kunnen sturen op concentratie van hoogcomplexe zorg en deconcentratie van laagcomplexe zorg. Wanneer hen dit niet lukt komen we vroeg of laat voor de indringende vraag te staan of de noodzakelijke herinrichting van het zorglandschap niet om een ander model vraagt. Dat zou dan overigens wel de bijl zetten aan de wortel van het stelsel. De rol van de zorginkoper moet hoe dan ook opnieuw onder de loep worden genomen in het licht van de noodzakelijke wijziging van de bekostiging, van belonen op basis van verrichtingen naar belonen op basis van gezondheidsdoelen.
- ‘De slag naar voren’ gaat niet vanzelf, doordat baten en lasten niet daar terecht komen waar ze horen te liggen. Dit geldt ook voor de langdurige zorg: naarmate de gemeente de Wmo beter en ruimhartiger uitvoert en dus betaalt, profiteert de zorgverzekeraar meer. Om deze redenen is een nieuwe doordenking van de afrekensystematiek noodzakelijk.
- Preventie van welvaartsziekten is de beste, en vaak ook meest kosteneffectieve manier om de gezondheid van de Nederlandse bevolking te verbeteren. We hebben in een aantal adviezen gepleit voor versterking van preventie, in het bijzonder van de bestuurlijke, organisatorische en financiële randvoorwaarden voor preventie. Wij constateren dat deze versterking tot nu toe is uitgebleven. De meeste aanbevelingen die wij op dit terrein hebben gegeven, blijven dan ook voorlopig actueel. Dit geldt in het bijzonder voor de mogelijkheid, hoe controversieel ook, om gezond gedrag via de zorgverzekering te belonen.
- Belangrijke doelstellingen van het nieuwe zorgstelsel zijn verbetering van de kwaliteit van zorg en kostenbeheersing. Wat de kwaliteit betreft: de wachtlijsten (als indicator voor een gebrekkige aansluiting van het zorgaanbod op de zorgvraag) zijn weliswaar verdwenen maar bestonden ten tijde van de stelselherziening al nagenoeg niet meer omdat het recht op zorg daarvoor al was geïntroduceerd. En wat de kostenbeheersing betreft: na de introductie van het nieuwe stelsel zijn de kosten explosief gestegen, om pas recentelijk een minder dan verwachte stijging te laten zien. Het is de vraag of dit laatste een verdienste is van het nieuwe stelsel of anderszins te verklaren is.

**Een uitgave van de RVZ ter gelegenheid  
van het afscheid per 1 juli 2014 van:**

<b>Rien Meijerink</b>	voorzitter
<b>Didi Braat</b>	vicevoorzitter
<b>Henk Bosma</b>	raadslid
<b>Elisa Carter</b>	raadslid

## **Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**

Postbus 19404

2500 CK Den Haag

Telefoon: 070 340 50 60

E-mail: [mail@rvz.net](mailto:mail@rvz.net)

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

## **Colofon**

Ontwerp: *Concentus Marketing en Communicatie*

Tekst: Marina de Lint, RVZ

Fotografie: Eveline Renaud

Drukwerk: Vijfkeerblauw

Uitgave: juni 2014

U kunt deze publicatie downloaden  
via onze website [www.rvz.net](http://www.rvz.net)







