Perspectief op gezondheid 20/20

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

RVZ raad in gezondheidszorg

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

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Voorzitter
Prof. drs. M.H. (Rien) Meijerink

Leden
Mw. mr. A.M. van Blerck-Woerdman
Mr. H. Bosma
Mw. prof. dr. D.D.M. Braat
Mw. E.R. Carter, MBA
Prof. dr. W.N.J. Groot
Prof. dr. J.P. Mackenbach
Mw. drs. M. Sint
Prof. dr. D.L. Willems

Algemeen secretaris
Drs. P. Vos

Perspectief op gezondheid 20/20

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

Den Haag, 2010

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

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

Colofon

Ontwerp: Koninklijke Broese en Peereboom B.V.
Fotografie: Eveline Renaud
Druk: Koninklijke Broese en Peereboom B.V.
Uitgave: 2010
ISBN: 978-90-5732-224-2

U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net) of telefonisch via de RVZ (070 340 50 60) onder vermelding van publicatienummer 10/10.

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Kern van het advies

Het kabinet creëert perspectief en voorwaarden voor een goed en houdbaar zorgaanbod dat adequaat inspeelt op de veranderende zorgvraag en zorgvrager. Het stemt bezuinigingen in de zorg hier op af.

Welk probleem lost deze zorgagenda op?
De houdbaarheid van de zorg, die de komende tien jaar steeds meer onder druk zal komen, vereist een nieuw perspectief. Met de hier beschreven strategische zorgagenda kan dit perspectief worden geboden.

Wat zijn de gevolgen voor de consument?
De consument blijft verzekerd van de noodzakelijke zorg, van goede kwaliteit en bereikbaar. Hij zal daarvoor zelf meer moeten doen, meer verantwoordelijkheid en regie voor zijn gezondheid, leefstijl en - bij ziekte - behandeling moeten nemen. Daarvoor komen faciliteiten beschikbaar: de inloopfunctie, ICT, ondersteuning door de verzekeraar.

Wat zijn de gevolgen voor de zorgverlener?
Van de zorgverlener wordt meer verwacht: meer kwaliteit, doelmatigheid en transparantie. Meer resultaat in termen van maatschappelijk rendement: gezondheid en participatie. Daar wordt hij straks ook voor beloond. Na herstructurering ontstaat een omgeving die concurrerender is maar die tevens vrijheid en kansen biedt. De zorgvraag zal immers ook de komende jaren fors blijven groeien.

Wat kost het?
De essentie van dit advies is dat de zorg houdbaar en betaalbaar blijft. De zorguitgaven zullen hierdoor minder hard groeien. En minstens zo belangrijk: het draagvlak voor de collectieve zorg en publieke gezondheid zal toenemen.

Wat is nieuw?
De accentverschuiving van zorg voor ziekte naar gedrag en gezondheid. Een integrale set instrumenten voor de noodzakelijke nieuwe ordening in de komende 10 jaar.

Inhoudsopgave

	Samenvatting	**7**
1	**Het perspectief**	**11**
2	**De uitdaging**	**15**
3	**Terugblik**	**19**
4	**De agenda: Burger en patiënt**	**23**
5	**De agenda: de zorgprofessional**	**27**
6	**De agenda: Het stelsel van zorgvoorzieningen (en de omgeving van het stelsel)**	**33**
7	**De agenda: sturing en de besturing van de zorgsector**	**39**
8	**De weg er naar toe**	**43**
	Bijlagen	
1	Relevant deel van het RVZ-Werkprogramma voor 2010	49
2	Verantwoording van de procedure ter voorbereiding van dit document	51
3	Financiële paragraaf	53
4	Lijst van afkortingen	55
	Overzicht publicaties RVZ	**57**

Perspectief op gezondheid 20/20

Samenvatting

De zorg staat voor grote uitdagingen: een steeds grotere en veranderende vraag naar zorg, grenzen van het medisch kunnen die steeds verder opschuiven terwijl beschikbare middelen en menskracht volstrekt tekort schieten.

Het huidige zorgaanbod kan deze uitdaging niet aan; wordt daar niet op gestuurd of geprikkeld.

Dit advies poogt de uitdaging om te zetten in een perspectief: kwaliteit van zorg gedefinieerd als bijdrage aan gezondheid en participatie; alle actoren daar naar handelend. Een heldere en eerlijke transactie. De burger die zorg ontvangt maar verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid teruggeeft. De aanbieder die een groeiende markt mag bedienen en daar kwaliteit en doelmatigheid tegenover stelt. De overheid die solidariteit en koopkrachtige vraag borgt en eisen aan maatschappelijk rendement formuleert. Een verzekeraar die vanuit publiek belang handelt als makelaar en coach van zowel vrager als aanbieder.

Dit perspectief realiseren betekent een volle agenda. Voor zeker twee kabinetsperioden. Randvoorwaarden creëren; daarna de voortgang bewaken en bijsturen. Randvoorwaarden voor de burger/patiënt, voor de zorgprofessional, voor het stelsel en voor het sturingsmodel, alles gericht op kwaliteit in termen van resultaat.

Maar allereerst de samenwerking organiseren. Zonder samenwerking met de sector, vragers en aanbieders, krijgt het kabinet de noodzakelijke herstructurering niet voor elkaar. Een Stichting van de Zorg kan wellicht een platform bieden om het gesprek aan te gaan.

De agenda die in dit advies wordt aangeduid moet voldoende massa hebben om herstructureringen van de grond te krijgen. Aan de vraagzijde, dus in de opstelling van de zorgvrager. En aan de aanbodzijde, dus in de dagelijkse zorg dicht bij huis, voor de kleine kwalen en de chronische aandoeningen, in de ziekenhuiszorg en in de langdurige zorg. In hoofdlijnen zijn het de volgende agendapunten:

- Stuur systematisch op gezondheid en participatie. Investeer in gezondheid: voeg preventie toe aan het basispakket van de Zvw, houd de burger aan goed patiëntschap, maak meer van de collectieve contracten, voer een actieplan tegen het roken uit (haast nergens roken zoveel volwassenen en jeugd zoveel als hier!).
- Zorg voor kwaliteitsnormering; formuleer kwaliteit als outcome en committeer producent én patiënt aan zijn bijdrage. Dwing dit af, op de kortst mogelijke termijn. Kijk hiervoor ook naar het buitenland. Het verzekerd pakket bevat uitsluitend zorg die aan de kwaliteitsnormen voldoet. Alleen die zorg wordt gecontracteerd en geleverd.
- Doelmatigheid is extra urgent waar het gaat om schaarsere menskracht. Dit betekent inzetten op procesverbetering en arbeidsbesparende innovatie en -technologie.
- Zorg dat herstructurering van de grond komt. Haal een streep door alle financiële zekerheden in het huidige stelsel. Er wordt fantastisch werk verzet in de zorg, maar actoren worden te weinig geprikkeld om samen te werken aan publieke doelmatigheid. Dit is de kern van gereguleerde marktwerking. Ontbureaucratisering hoort hier ook bij.

Het advies werkt deze punten verder uit in 20 aanbevelingen en presenteert tevens een tijdschema voor meerdere kabinetsperioden. De ombuigingstaakstelling van het kabinet kan al direct worden benut: bezuinigen met visie impliceert bijvoorbeeld hogere eigen betalingen (eigen risico). Met voorrang wordt gewerkt aan de kwaliteitsnormering; dit is tevens een randvoorwaarde om te kunnen doorpakken naar gereguleerde marktwerking en naar pakketbeheer op basis van substitutie. Die zullen op hun beurt voorzien in prikkels voor doelmatigheid voor alle actoren: burgers, verzekeraars en aanbieders.

Deze ingewikkelde samenhang tussen de verschillende aanbevelingen impliceert tevens dat het gaat om een proces dat zeker meerdere kabinetsperioden gaat duren. Eerst randvoorwaarden creëren, dan maatregelen treffen en vervolgens de uitrol en bijsturen. Daar is 10 jaar voor nodig.

GAAGE
IN
OIJEN

1 Het perspectief

Meer en andere zorgvraag is grote uitdaging …

De zorg staat voor grote uitdagingen en de houdbaarheid op het huidige niveau is in het geding. De komende decennia zullen ziektelast en beperkingen door dubbele vergrijzing en chronische aandoeningen sterk toenemen, waardoor de vraag naar zorg zal veranderen. De burger zal een beroep doen op groeiende diagnose- en behandelmogelijkheden. Daar komt bij dat het zorgaanbod nu nog niet zodanig is georganiseerd en geprikkeld dat het deze uitdagingen aan kan gaan.

…het zorgaanbod moet accent verleggen van zz naar gg …

Het aanbod is nu nog te zeer gericht op zorg voor ziekte (zz). In het verleggen van het accent van zz naar gg (gedrag en gezondheid) schuilt een grote potentie. Deze accentverschuiving betekent geenszins dat zorg voor ziekte minder prioriteit zou krijgen. Integendeel, het doel is juist om noodzakelijke zorg als collectieve inspanning en publieke taak te kunnen blijven waarborgen.

…een werkend en dwingend perspectief

Dit perspectief vergt een actieve burger, die 'zorgplicht' heeft voor zijn gezondheid, en een andere zorgverlener, die naar voren denkt en coacht bij zelfmanagement. Het kabinet moet hiervoor randvoorwaarden scheppen. Niets doen is geen optie; bot ingrijpen evenmin. Het perspectief 'van zz naar gg' wenkt, maar is ook dwingend. Het eindbeeld van dit gg-perspectief ziet er zo uit.

- **Kwaliteit is gedefinieerd als bijdrage aan gezondheid en participatie (outcome).**
- **Alle actoren handelen vanuit die kwaliteit. Het overheidsbeleid is sectoroverstijgend en samenhangend.**
- **De burger erkent en neemt zijn eerstverantwoordelijkheid voor gezondheid en gedrag.**
- **De overheid borgt solidariteit in de zorg (toegang en koopkrachtige vraag) en formuleert heldere aanspraken en outcome-maatstaven.**
- **Het aanbod handelt vanuit een brede gezondheidsoptiek.**
- **De verzekeraar realiseert meerwaarde voor zowel klant als leverancier in zijn rol van makelaar en coach voor gezondheid en participatie.**

De agendapunten van het nieuwe kabinet …

De strategische zorgagenda die tot dit perspectief kan leiden is door zijn omvang, gewicht en complexiteit een opgave voor het hele kabinet. Voor de komende periode gaat het ten minste om de volgende hoofdpunten:

1. **Systematisch sturen op gezondheid en participatie.**
2. **Een set normen voor outcome-gerichte kwaliteit en transparantie opstellen.**
3. **Forse inzet op taakherschikking en arbeidsproductiviteit.**
4. **Noodzakelijke herstructurering van de grond krijgen.**

…worden met het veld besproken: publiek-private samenwerking

De eerste stap is dat het kabinet zijn visie met de zorgsector en met de representatieve organisaties bespreekt. Een nog op te richten Stichting van de Zorg zou hiervoor wellicht een platform kunnen bieden. Over de realisatie van visie en agenda maakt hij op korte termijn afspraken met de sector. De afspraken betreffen ook de organisatie en de uitvoering van deze grote herstructurering. Het kabinet presenteert dit als een project van publiek-private samenwerking, op basis van wederzijdse belangen:

- de overheid borgt de toegankelijkheid van de zorg en daarmee tevens de financiering (koopkrachtige vraag) van het zorgaanbod;
- van de aanbieders wordt kwaliteit en doelmatigheid, transparantie en verantwoording verwacht. De sector accepteert dat samenhangende dienstverlening niet samengaat met streven naar instandhouding van individuele aanbieders;
- de burger blijft verzekerd van noodzakelijke zorg, maar neemt wel verantwoordelijkheid voor zijn gezondheid en doelmatige zorgvraag.

Publieke rol zorgverzekeraars herijken

De zorgverzekeraar heeft een centrale rol in het sturingsmodel. Deze rol is aan herijking toe. Meer dan nu het geval is, moet die rol in de Zvw en de Wmg een publieke zijn. Dat wil zeggen dat de verzekeraar zich meer dan thans richt op de publieke belangen kwaliteit en betaalbaarheid. Een stelselherziening is niet gewenst en ook niet nodig.
Ultiem doel van dit kabinetbrede project: gezondheidswinst en participatie. Bij dit project behoort een financierings- en investeringsplan.

De verdere uitwerking

De RVZ werkt het beleidsprogramma nu verder uit. Maar om dat goed te kunnen doen, kijkt hij kort vooruit (hoofdstuk 2) en terug (hoofdstuk 3). Wat zijn de uitdagingen? Wat gebeurde er in de zorgsector? Wat leert ons de probleemanalyse? Vervolgens beargumenteert en formuleert hij in hoofdstukken 4 tot en met 7 de 'agenda' die *het perspectief 20/20** op vier terreinen (burger/patiënt, zorgprofessional, zorgstelsel en sturing) moet realiseren.

Tot slot schetst de Raad de weg daar naar toe (hoofdstuk 8). De Raad maakt hierbij gebruik van de consultaties naar aanleiding van zijn discussienota *Zorg voor je gezondheid* (april 2010). Deze nota is intensief met het zorgveld (patiënten, zorgverleners, hun organisaties en andere betrokkenen, bij elkaar circa 1000 personen) bediscussieerd en er is veel bijval en enthousiasme voor de geschetste lijn. Ook kritisch commentaar, onder meer op de inloopfunctie en op de mogelijkheid van premiedifferentiatie op basis van gezondheid en gedrag, is in dit advies meegenomen.
De Raad schetst in het slothoofdstuk tevens een indicatief tijdpad voor de komende twee kabinetsperioden: waar te beginnen, wanneer kunnen vervolgstappen worden gezet, wat kan in de komende kabinetsperiode en wat is de opgave voor de periode 2015-2020.

*** 20/20, een gevleugelde uitdrukking in de VS, is oorspronkelijk een norm voor het gezichtsvermogen. In overdrachtelijke zin heeft 20/20 inmiddels de betekenis 'goed bekeken'.**

2 De uitdaging

Vier uitdagingen

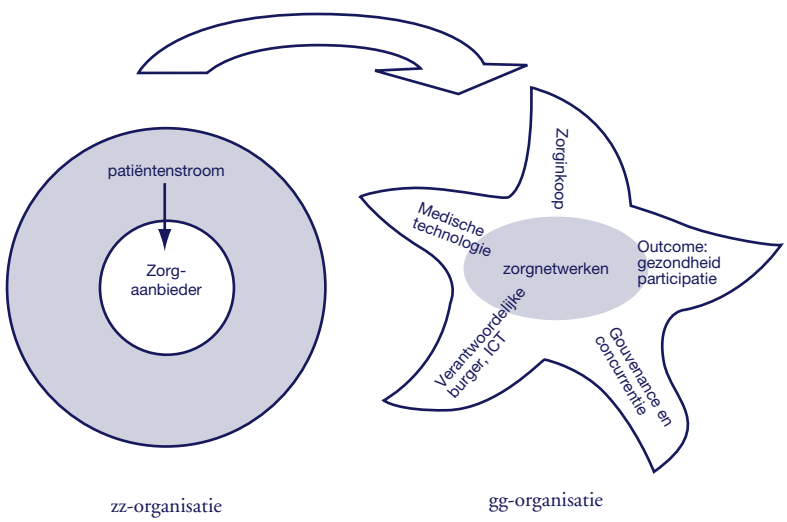
De zorgsector ziet zich de komende jaren geplaatst voor de gecombineerde kracht van vier uitdagingen:

1. de gevolgen van de economische crisis en de vertraagde economische groei, die de ruimte voor groei van de zorguitgaven zullen beperken;
2. een toenemende, maar vooral veranderende zorgvraag en zorgaanbod dat daarop moet blijven aansluiten;
3. de sterk toenemende mogelijkheden voor diagnostiek, behandeling en zorg: de burger van nu claimt dit;
4. een substantieel tekort aan zorgpersoneel.

Drijvers en remmers veranderen

Het gaat om de combinatie van deze vier en om hun interactie. Het zijn twee drijvers (zorgvraag en medische mogelijkheden) en twee remmers (crisis en personeel). Het gaat om *meer/minder*, maar het gaat uiteindelijk vooral om *anders*. Medische technologie en ICT zijn ingrijpende en autonome krachten vanuit een globaliserende, kennisgedreven omgeving. In die omgeving zijn het aanbod en het gebruik van informatie via internet sturend. Dit geeft de zorgsector 2010-2020 een ander gezicht dan die van 1990 of zelfs 2000. Het eiland van de zorg wordt steeds meer een schiereiland. Maatschappelijke ontwikkelingen dringen door; immuniteit en specificiteit nemen af, met grote gevolgen voor de regulerings- en toezichttaak. Figuur 2.1 verbeeldt deze evolutie van zz naar gg.

Figuur 2.1



Bron: RVZ, 2010.

Mogelijkheden en kansen …

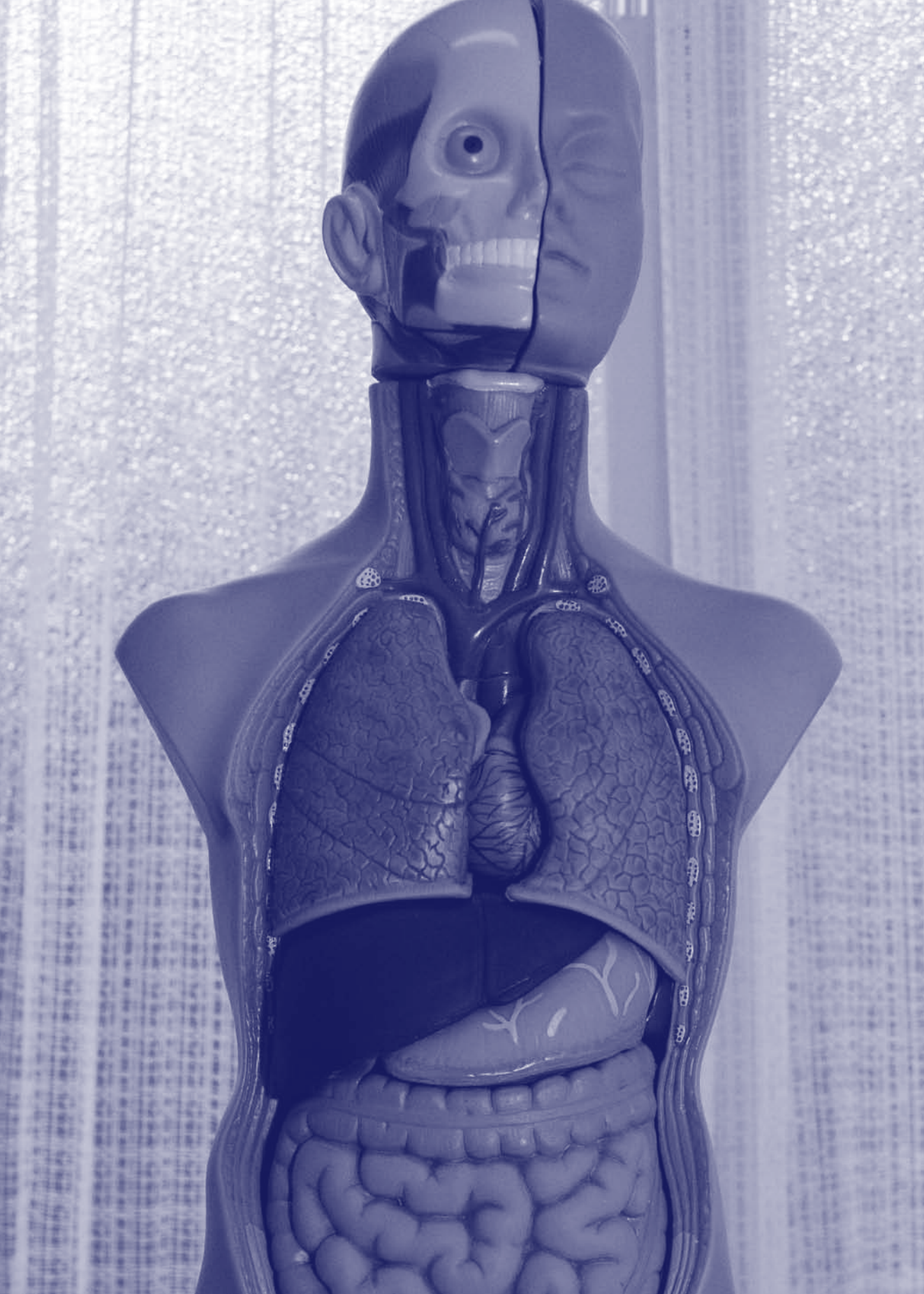
Maar er zijn ook mogelijkheden. Wij moeten niet alleen, wij kunnen ook anticiperen op de gecombineerde kracht van de vier uitdagingen. Er liggen kansen. Niet alleen om erger te voorkomen, ook om in te spelen op de veranderingen. De agenda voor 2010-2020 moet dus niet alleen defensief zijn (bezuinigen). Hij moet natuurlijk aanknopingspunten bieden voor de aanzienlijke budgettaire taakstelling van het aantredende kabinet, maar ook de kansen die er zijn benutten.

…en noodzaak verandering

Eén conclusie dringt zich op. Verandering aan én de vraag- én de aanbodzijde is nodig. En die verandering moet het karakter aannemen van een herstructurering. Van een anders richten van de vraag, een andere ordening van het aanbod, van de interactie tussen die twee. De herstructurering moet plaatsvinden op vier terreinen.

1. dat van de gezondheid van de burger, van risicogroepen en dat van de zorgvraag van de patiënt;
2. dat van de professionele zorgarbeid;
3. dat van het stelsel van zorgvoorzieningen (en de omgeving van dat stelsel);
4. dat van de sturing en de besturing van de zorgsector.

De stelselverantwoordelijkheid maakt de overheid ook verantwoordelijk voor deze herstructurering.



3 De terugblik

Langdurige zorg in de problemen

De langdurige zorg is in de afgelopen 10 jaar in de problemen gekomen. De kosten stijgen excessief en de uitvoeringsorganisatie stagneert. De doelmatigheid kan veel beter; diverse rapporten wijzen dat uit. Doelmatigheidsprikkels zijn echter ver te zoeken. De zorgkantoren, die daar een rol in zouden moeten spelen hebben een beperkte capaciteit en weinig macht want er geldt een contracteerplicht en de maximumprijzen zijn vrijwel altijd de marktprijzen. De toegankelijk is daarentegen goed. Dat daardoor bijvoorbeeld onze ouderenzorg veel duurder is dan in de meeste andere Europese landen hoeft niet te verbazen. In het verleden zijn vergeefse pogingen gedaan om de uitgaven te verlagen door de aanspraken uit te breiden met nieuwe, lichte zorgvormen; die zijn gewild (bijvoorbeeld het PGB) maar leiden niet tot lagere uitgaven voor duurdere naturazorg. Ondanks de bescheiden omvang van de zorgkantoren is de bureaucratie groot en duur. De procedures om voor zorg in aanmerking te komen zijn voor veel aanvragers zo complex dat gesubsidieerde MEE-organisaties individuele ondersteuning leveren. Die aanvragen moeten tot indicatiestelling door het onafhankelijke Centrum voor Indicatiestelling in de Zorg CIZ leiden, maar diens *countervailing power* is zeer beperkt. Ook het Centraal Administratie Kantoor (CAK), dat de eigen bijdragen vaststelt en de budgetfinanciering uitvoert, is omvangrijk door de complexe regelgeving. Doorgaan op de in de negentiger jaren gekozen weg van 'modernisering AWBZ' is inmiddels geen optie meer.

Curatieve zorg: uitgavengroei, moeilijk beheersbaar, betaalbaarheid niet belegd

In de curatieve zorg heeft grosso modo de stelselherziening, de introductie van de Zorgverzekeringswet in 2006, goed uitgepakt voor de toegang tot de zorg. Alle analyses bevestigen dit. De beheersbaarheid van de uitgaven is echter een groot probleem. De Raad wees hier eerder op: de zorguitgaven als koekoeksjong in het nest van collectieve voorzieningen. De borging van het publiek belang betaalbaarheid en houdbaarheid is blijkbaar nog niet goed belegd. Een belangrijke oorzaak is dat de invoering van gereguleerde marktwerking in de curatieve zorg ergens halverwege markt en overheid is blijven hangen. Daar komt bij dat de politiek geen duidelijk signaal afgeeft over de roadmap voor de komende jaren. Leidt de weg terug naar de overheid en budgettering? Of gaan wij verder op de weg naar gereguleerde marktwerking? Wat te doen? Anno 2010 zien wij voorzichtige stappen in de laatste richting, maar ook nog veel behoud van de aanbodregulering en zelfs stappen terug als bepaalde zorguitgaven door systeemfouten exploderen. Dit is op zich niet onbegrijpelijk, maar creëert geen perspectief. De opvatting dat wij in de zorgsector de traditionele aanbodregulering moeten vervangen door een open vraagsturing heeft een breed draagvlak, nationaal én internationaal.

Outcome en kwaliteit niet transparant, bedreiging van draagvlak

Ook is er nog te weinig transparantie over outcomes en kwaliteit en sturen wij nog veel te veel op input- en aanbodbepaalde productie. Wij weten dus niet wat de groei van de collectieve zorguitgaven de samenleving aan gezond-

heidswinst oplevert. Dit schept een legitimatieprobleem. Zo ontstaat vroeg of laat een bedreiging voor het draagvlak in de samenleving voor de publieke financiering van de alsmaar stijgende zorguitgaven.

Onvoldoende prikkels …

Geen duidelijkheid over de koers dus en dat veroorzaakt strategisch gedrag bij veldpartijen. En omdat de oude budgettaire zekerheden en vangnetten er nog zijn, voelen die partijen zich niet geprikkeld om verantwoordelijkheid voor de betaalbaarheid te nemen. De borging van een goede prijs/kwaliteit-verhouding komt dan tussen wal en schip te bungelen.

…en onduidelijkheid over rol van de overheid en publiek doel

Duidelijke signalen geeft de overheid ook niet af over zijn eigen rol. Waar staat hij voor? Wat wil hij bereiken? Gaat het nu om zorg of om gezondheid, wat is middel en wat doel? Art. 22 GW regelt dat de overheid maatregelen treft ter bevordering van de volksgezondheid. Wij weten dat een groot deel van de vermijdbare ongezondheid te maken heeft met gedrag (roken, overgewicht). Niettemin ontbreekt een niet mis te verstaan signaal over roken, bijvoorbeeld dat in 2020 het aantal rokers zou moeten zijn gedaald tot op of onder het OECD-gemiddelde. Iets dergelijks zou het kabinet moeten doen voor alcoholgebruik en bewegen. Eerst komt de gezondheid, dan de zorg. Van zz naar gg. Sturen kan alleen effectief zijn als daar een maatschappelijk doel aan ten grondslag ligt (artikel 22 GW).

Samenhang pijlers VWS-beleid ontbreekt

De overheid is evenmin transparant in de presentatie aan de burger van de vier VWS-onderdelen publieke gezondheid, curatieve zorg, maatschappelijke ondersteuning en langdurige zorg. De samenhang tussen die vier schiet ernstig tekort. De overheid verwijt de zorgsector gebrek aan transparantie. Maar zelf is zij evenmin transparant over de samenhang van de vier VWS-onderdelen. Zo verliest de overheid niet alleen aan sturingsvermogen, maar, erger, ook gezag.

4 De agenda: Burger en patiënt

Meer verantwoordelijkheid naar de burger …

Groeiende zorguitgaven. De waarschijnlijk nog jaren na-ijlende gevolgen van de economische crisis. De noodzaak de collectieve uitgaven te saneren. Het is onvermijdelijk - en hiervoor is politiek draagvlak - een deel van de collectieve lasten weer terug te leggen bij de individuele burger. Dit kan op veel manieren, maar liefst zo dat de eigen verantwoordelijkheid van de burger voor zijn gezondheid wordt bevorderd en de gewenste gedragseffecten optreden. Zoals met zorgsparen, eigen betalingen, beperking van het verzekerde pakket. En vooral door voorwaarden aan de ontvanger van verzekerde zorg: gezond leven, goed patiëntschap, therapietrouw, een *no-show* tarief, deelname aan verstandige (kosteneffectieve) screeningprogramma's voor lichamelijke en geestelijke conditie.

…verstandige screening …

Bovendien is de vraag gewettigd in hoeverre uitgaven nog voor rekening van de collectieve verzekering moeten komen als het gaat om zorg voor en beperkingen door - vaak voorspelbare - chronische aandoeningen waarmee een (zeer) grote bevolkingsgroep te maken krijgt. Het opnemen in het collectief verzekerde pakket van dergelijke verstrekkingen, die algemeen gebruikt worden, en die vaak gepaard gaan met lage kosten leidt uiteindelijk tot het rondpompen van geld, onnodige bureaucratie, ondoelmatige zorgvraag en ontmoediging van zelfredzaamheid. Ook zou het helpen als de zorgverzekering meer een gezondheidsverzekering zou zijn, die ook bepaalde kosten dekt om gezond te kunnen blijven. De collectieve contracten zouden eveneens effectiever op gezondheid en participatie kunnen worden gericht. Natuurlijk is er invloed van omgevingsfactoren, op school, in de woon- en werkomgeving, van het voedselaanbod en dergelijke. Maar gezondheid begint bij de burger, niet bij de werkgever, onderwijzer, verzekeraar of overheid.

…geen geld rondpompen …

…een gezondheidsverzekering …

…grenzen verzekering markeren …

ICT ondersteunt

En gezondheid ontstaat niet vanzelf, maar vraagt om inspanning en investering. Dat mensen daarbij soms hulp nodig hebben, is helder. Maar dat ontslaat niet van de verplichting deze nieuwe kijk op de zaak effectief te maken. Preciezer dan nu de grenzen van de collectieve zorgverzekering markeren is dan een voorwaarde. Ontwikkelingen in de ICT, in het bijzonder in het internet, kunnen en moeten dit ondersteunen.

…preventie in soorten en maten …

Het effectief maken betekent ook rekening houden met preventie gericht op zowel jongeren (roken, alcohol, bewegen) als op ouderen (valpreventie, eenzaamheid) en gericht op het overbruggen van de discrepantie tussen preventie en gebruik van zorg (vooral door ouderen en voor chronische aandoeningen).

De Raad meent daarom dat op het terrein van de burger en de patiënt het volgende moet worden geagendeerd:

Aanbevelingen burger/ patiënt

1. Goed patiëntschap
Goed patiëntschap wordt polis- en leveringsvoorwaarde (geclausuleerde solidariteit; zie ook hoofdstuk 6). De verzekeraar beloont, met kwijtschelding van een - substantieel verhoogd - eigen risico, en stimuleert en ondersteunt de burger in het gebruik van de noodzakelijke hulpmiddelen: keuze-informatie, leefstijlinformatie en het digitale *personal health record*.

2. Zorg voor eigen rekening
Het kabinet onderzoekt welke verstrekkingen die gepaard gaan met geringe uitgaven, of die algemeen gebruikt worden en dus tot de normale uitgaven gerekend kunnen worden, kunnen worden uitgesloten van vergoeding. Dit geldt ook voor voorspelbare uitgaven in de langdurige zorg. Koopkrachteffecten kunnen via belastingverlaging worden gecompenseerd.

3. Abonnementstarief huisarts
Het kabinet onderzoekt de voor- en nadelen van rechtstreekse betaling van het abonnementstarief voor de huisarts door de burger in plaats van door de verzekeraar, en de daarvoor te creëren voorwaarden.

4. Investeren in gezondheid
De zorgverzekeringen dekken behalve de kosten van genezing en verzorging, ook kosten van gezond blijven. Het verzekerd pakket wordt uitgebreid met diverse preventieprogramma's, als eerste op het gebied van bewegen en energiebalans.

5. Collectieve contracten voor gezondheid
De kortingsregeling van collectieve contracten wordt exclusief gekoppeld aan de inspanningen van het collectief om gezondheid en participatie te bevorderen. De regeling is voorbehouden aan bedrijfs- en patiëntencollectieven.

6. Bevordering intersectoraal gezondheidsbeleid
Intersectoraal beleid biedt winstkansen. Het intersectorale gezondheidsbeleid behoeft een sterkere beleidsmatige verankering, zowel centraal als decentraal. Formuleer concrete doelstellingen en verbeter de ondersteuning. Het gezamenlijke rapport 'Buiten de gebaande paden' (2009) van ROB, Onderwijsraad en RVZ, en het gelijkluidende advies van de SER, bevatten hiervoor concrete voorstellen.

5
Diëtistenpraktijk Becks & Havers
ECT Management
Fysiotherapie Bleekveld
Husselson Hulpmiddelen
indigo>
Indigo
Logopediepraktijk Tiel
Oefentherapie Mensendieck
Oefentherapie Cesar
Podotherapie Praktijk Tiel
Psychologenpraktijk van Dongen
Verloskundig Centrum Tiel
Verloskundigenpraktijk Tiel
Wijkverpleging & Maatschappelijk Werk

5 De agenda: de zorgprofessional

Zorgprofessional in een publieke rol

…ondersteunt verantwoord burgerschap

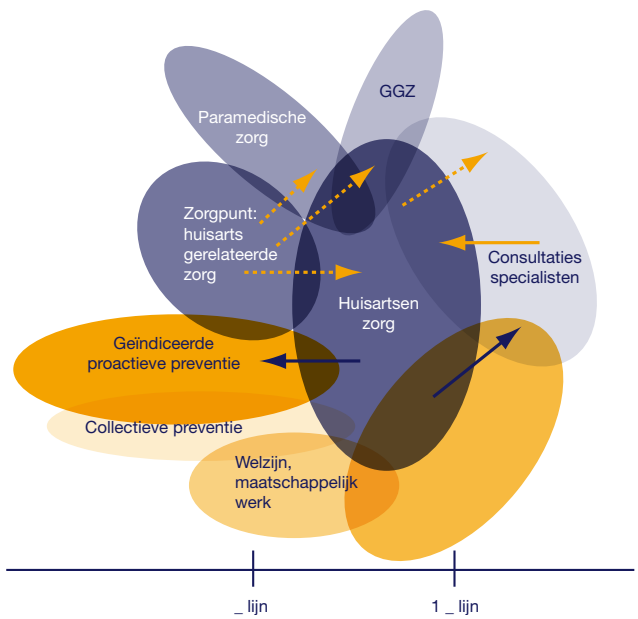
…is transparant en teamspeler …

In de veranderingen die nodig zijn, speelt de zorgprofessional een sleutelrol. Verantwoord burgerschap, maar ook goed patiëntschap en zeker het scherper markeren van de grens van de collectieve zorgverzekering vragen van hem om ander optreden. De gewenste gedragsveranderingen aan de vraagzijde stimuleert men in de samenleving, via de zorgverzekering, maar in ieder geval ook in de spreekkamer. Daar praat men over individuele verantwoordelijkheid voor gezondheid en gedrag, over zelfmanagement, over (medisch) zinnige of zinloze professionele zorg en over de grenzen van het verzekerde pakket. Het plaatst de professional meer in een publieke rol. Deze rol kan hij alleen effectief vervullen als hij transparant is over zijn mogelijkheden en over zijn prestaties. En hij zal een speler moeten zijn in een team dat niet alleen uit beroepsgenoten bestaat, maar ook uit andere beroepsbeoefenaren. In het team moet hij taken delen.

Een voorbeeld

Een voorbeeld van deze samenwerking wordt geleverd door het Centrum Huisartsen Schiedam. Figuur 5.1 geeft dit grafisch weer:

Figuur 5.1 Netwerk huisartsenzorg



Bron: RVZ, 2010.

Teamwork in de praktijk

Dit centrum levert een compleet aanbod van zorg door huisartsen en verpleegkundigen. In hun onderlinge afstemming staat de dienstverlening centraal: one-stop-shopping, inclusief de echoscopie; voor eenvoudige vragen is geen afspraak nodig. Veel aandacht voor preventie, groepsgewijs en individueel, rekening houdend met demografie en epidemiologie; gericht op medische aspecten én op sociale problematiek (eenzaamheid, financiële problemen). Een netwerk krijgt vorm: er is hechte samenwerking met de thuiszorg en met het ziekenhuis (transmurale verpleegkunde; themaspreekuren met medisch specialisten uit het ziekenhuis. De structurele bekostiging is hier echter niet op ingericht.

Ook patiënt in het team

In het team zal steeds vaker ook de patiënt meespelen. Patiënt en professional worden dan coproducent. Het internet is hun medium, ook voor de coachingsfunctie. Dit alles maakt het nodig serieus na te denken over de inrichting van het gebouw van beroepen en opleidingen. Het vraagt van de zorgprofessional een actieve en positieve opstelling. Alles draait om zoeken en om kennis in een open, grenzenloze, samenleving.

Inloopfunctie voor zorg …

De samenwerking van professionals in de inloopfunctie, zoals geschetst in de discussienota Zorg voor je gezondheid!, kan in deze context een belangrijke aanvulling betekenen. De precieze vormgeving zou nader moeten worden bezien, maar in de kern is dit een laagdrempelig aanspreekpunt voor vragen over gezondheid en eenvoudige zorg. Doelmatig in kosten, met slimme taakherschikking; doelmatig in resultaat, want een slimme manier om gezond gedrag en zelfmanagement te ondersteunen.

…en gemeentelijke diensten

De functie kan bovendien worden aangevuld met diverse gemeentelijke functies (maatschappelijke ondersteuning, wonen, schulden, werk en uitkering, opvoeding). Door die combinatie kan multiproblematiek vroegtijdig worden gesignaleerd en kan zo nodig de helpende hand worden toegestoken. En komen de vragen bij de juiste behandelaar terecht: medisch of anderszins. Zo kan ook worden voorkomen dat mensen met sociaal-economische en gezondheidsachterstanden, maar ook groepen ouderen en chronisch zieken, nog verder achterop raken. Juist in een dynamische periode waarin kennis, digitalisering en informatisering rond gezondheid en ziekte een grote vlucht nemen, is het risico op achterblijvers immers aanwezig.

De inloopfunctie vergt samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars, die ook samen voor de financiering zorgen. Invoering van de inloopfunctie mag uiteraard niet leiden tot starheid: een nieuw echelon, een nieuwe institutie waaraan steeds meer taken worden opgehangen. Vooralsnog zou het kabinet kunnen volstaan met - voor zover nodig - aanpassing van Zvw, WMO en/of WPG en actieve betrokkenheid bij de ontwikkelfase, en het aan veldpartijen overlaten om initiatieven te ontwikkelen. Die kunnen dan kiezen voor een digitale vorm of, bijvoorbeeld op sociaal economisch zwakke lokaties, voor een fysiek inloopcentrum. Andere onderdelen van deze agenda zullen op termijn aanvullende voorwaarden creëren.

Medisch specialist in ziekenhuis integreert in de organisatie

Rond medisch specialisten speelt nog het volgende. Zij hebben een grote verantwoordelijkheid en bijdrage op het gebied van innovatie, kwaliteit en cliëntgerichtheid, doelmatigheid en productiviteit in de curatieve zorg. Als onderzoeker, behandelaar en organisator. Werkzaam in een grotere ziekenhuisorganisatie, maar ook steeds vaker als zelfstandig en slagvaardig ondernemer, die investeert en integrale verantwoordelijkheid en risico (over omzet én kosten) draagt. Een evenredige beloning hoort daarbij.

Voor de gewenste grote veranderingen in het zorgaanbod zijn ondernemerschap en slagvaardigheid noodzakelijk. In de ziekenhuizen is dat de rol van de Raden van Bestuur. De daar werkzame specialist, ongeacht de aard van zijn verbintenis (loondienst of maatschap), moet daarom in de ziekenhuisorganisatie geïntegreerd zijn. De huidige fiscale positie van leden van maatschappen is hier een belemmerend en oneigenlijk (want niet gerechtvaardigd door omvang en aard van het risico) element.

Professional sturing van buitenaf?

De ontwikkelingen op het terrein van de zorgprofessional laten zich moeilijk rechtstreeks van buitenaf sturen. Het is een proces van langere adem, dat nog het meest gebaat is met een dringend appél en een consequent uitgedragen visie van de overheid. Die houdt in dat de collectieve zorg is gebaseerd op afspraken en verplichtingen van alle partijen, burger, overheid en ook de zorgprofessional. Andere onderdelen van dit advies, zoals goed patiëntschap en de hierna te bespreken maatregelen ten aanzien van het stelsel en de sturing (kwaliteitsmaatstaven en financiële prikkels) zullen ook effect hebben, maar indirect. Voorts zal de overheid het wettelijk kader (Wet BIG) moeten onderhouden.

De Raad meent daarom dat op het terrein van de zorgprofessional het volgende moet worden geagendeerd:

Aanbevelingen zorgprofessional

7. De publieke rol van de professional

De professional versterkt zijn publieke verantwoording. Die houdt in dat hij transparant is over zijn aanbod en deskundigheid en open staat voor samenwerking en taakverdeling ten bate van goede en doelmatige zorg. Bij die samenwerking en taakverdeling betrekt hij ook de zorgvrager. Hij handelt richtlijncomform.

8. Transparantie over aanbod afdwingen

De overheid dwingt bij de professional transparantie over behaalde resultaten en patiënttevredenheid af, zodat de burger een afgewogen keuze kan maken. De verzekeraar kan de kengetallen bij de zorginkoop benutten. Ook de professionals zelf kunnen hun kengetallen gebruiken voor de interne bedrijfsvoering en als bench-markinformatie.

9. Met de inloopfunctie wordt een begin gemaakt

Als eerste stap krijgen gemeenten en zorgverzekeraars de wettelijke mogelijkheid om samen de inloopfunctie te ontwikkelen. De zorgfunctie kan worden gecombineerd met diverse gemeentelijke functies (wonen, schulden, werk en uitkering) en kan fysiek (in de wijken) en digitaal (de log in functie 'healthalert.nl') worden aangeboden. Gemeenten en verzekeraars dragen samen de kosten; het gebruik van de functie valt buiten het eigen risico van de Zvw. Na drie jaar vindt evaluatie plaats en kunnen eventueel noodzakelijke vervolgstappen worden overwogen.

10. Positie medisch specialist

De formele verhouding tussen medisch specialist en ziekenhuis wordt tegen het licht gehouden; nieuwe organisatievormen worden gestimuleerd. De fiscale status van vrijgevestigde medisch specialisten met een vaste verbintenis met een ziekenhuis wordt herzien.

Heup en Knie
MATHYS

6 De agenda: Het stelsel van zorgvoorzieningen (en de omgeving van het stelsel)

De overheid moet het doel van het stelsel van zorgvoorzieningen in heldere en herkenbare woorden, die een breed draagvlak hebben in de zorgsector, neerzetten. Zonder doel geen doelmatigheid. En in de zorgsector is het doel een publiek doel. Partijen moeten een zo groot mogelijk belang bij kwaliteit en doelmatigheid hebben. Een lastenverschuiving in de richting van de burger is alleen te verkopen als het zorgaanbod doelmatiger en klantgerichter wordt. In het stelsel van zorgvoorzieningen moeten daarvoor drie grote veranderingen plaatsvinden.

Normen voor kwaliteit …

…en sturen op gezondheid en participatie …

In de *eerste* plaats zal een verzameling van normen voor kwaliteit moeten ontstaan (inclusief normen voor goed patiëntschap). Kwaliteit van zorg is dan primair maatschappelijk en economisch rendement (zoals meer gezondheid en participatie; meer doelmatigheid en minder overproductie). Sturing vindt plaats op kwaliteit in deze zin. Ook toezicht - onderdeel van sturing - concentreert zich daar op. Het is restrictief. Bij gevolg kan en moet het kabinet de toezichtstructuur - IGZ, NZa, NMa - substantieel vereenvoudigen. Een waarschuwing is op zijn plaats. Dit nieuwe kwaliteitsdenken moet niet ontaarden in aanbodregulering revisited. Om dat te voorkomen is externe ijking van kwaliteit noodzakelijk: een onafhankelijk instituut stelt deze op; de minister autoriseert.

…via transparante indicatoren …

… en criteria voor het verzekerde pakket

Pakketbeheer betekent substitutie

Een logisch complement is de verplichting van de sector tot publicatie van transparante outcome-indicatoren. Ook logisch is de beperking van het verzekerde pakket tot richtlijnconforme zorg. Voor kwaliteit en doelmatigheid is substitutie van essentieel belang: zorgvormen die door de richtlijnontwikkeling zijn ingehaald (obsolete zorg), zijn niet meer verzekerd en dus ook niet meer contracteerbaar of leverbaar. Consequente toepassing van het substitutiebeginsel in het pakketbeheer heeft grote potentie op het vlak van kwaliteit en kostenbeheersing. Om die te realiseren zijn doorzettingsmacht (van de pakketbeheerder) en effectieve handhaving (inspectie) nodig.

Inzetten op doelmatigheid en arbeidsbesparende innovatie

In de *tweede* plaats zal het nieuwe kabinet alles moeten inzetten om de voorwaarden te scheppen voor bevordering van doelmatigheid en (arbeidsbesparende)innovatie. Er is, zo blijkt uit vele studies, grote winst op dat terrein te boeken. Bestaande financiële zekerheden, zoals de ex post verevening, de macronacalculatie, de vaste verdeling tussen nominale en inkomensafhankelijke premie-inkomsten van verzekeraars, de budgetgaranties voor ziekenhuizen en (een deel van) de langdurige zorg en rechtstreekse koppeling van (persoonlijk) inkomen aan productie belemmeren dit nu nog. Verzekeraars kunnen scherper inkopen en het leveranciersmanagement versterken. De verzekeraar moet worden geprikkeld om de verzekerde in het uitoefenen van zijn eigen verantwoordelijkheid en regie te ondersteunen. En ook om zijn

inkooprol, cruciaal voor kwaliteit en doelmatigheid, sterk te verbeteren. Dit kán zijn selectieve inkoop, maar vooralsnog stuit die variant op de vrees dat verzekerden hier financiële motieven achter zullen zoeken en twijfelen aan de oprechte zorginhoudelijke bedoelingen van de verzekeraar. Richtlijnen voor kwaliteit en meer transparantie zouden dit kunnen veranderen. Maar ook zonder selectieve inkoop kan de verzekeraar de inkooprol veel krachtiger invullen. Bijvoorbeeld door zijn kennis over klant, marktontwikkeling en kwaliteit/doelmatigheid te ontwikkelen en in te brengen bij de onderhandelingen met zorgaanbieders. Uit hoofde van zijn functie beschikt elke verzekeraar immers over veel informatie, ook over de gezondheidsuitkomsten die aanbieders tot stand brengen. De Raad betwijfelt of het tijdpad dat hij in zijn advies Zorginkoop (2007) voorzag, nog realistisch is. De tactische en strategische meerwaarde van zorginkoop lijkt door verzekeraars nog niet volledig te worden erkend. Hier moeten zij op korte termijn veel meer in investeren.

Inkooprol verzekeraar

DBC-systematiek

De DBC-systematiek heeft niet gebracht wat ervan werd verwacht. Er komt een moment waarop de DBC zijn bijdrage aan de ontwikkeling van een onderhandeltaal voor curatieve zorg zal hebben geleverd en het is dan niet noodzakelijk om hem nog verplicht als prestatiebeschrijving en declaratieobject te handhaven. Onderzoek is nodig naar een transitieagenda waarin nieuwe manieren van contracteren en declareren worden ontwikkeld met zoveel mogelijk vrijheid voor partijen. Dit is bijvoorbeeld van belang voor de ontwikkeling van integrale zorg, voor de herinrichting van het ziekenhuislandschap en voor de beloning van gezondheidsresultaten.

Ordening op basis van continuïteit van zorg voor de patiënt

In de *derde* plaats moet het stelsel van zorgvoorzieningen worden geordend op basis van het uitgangspunt van continuïteit van de zorg en dienstverlening aan de patiënt. Doordat regelgeving, financiering en prikkels voor onderscheiden zorgaanbod verschillen, wordt die continuïteit in een aantal gevallen gefrustreerd. Oorzaken van discontinuïteit zijn onder andere:

Oorzaken discontinuïteit

- formele echelonnering;
- de gesegmenteerde organisatie van psychische en somatische zorg;
- de organisatie van de medisch-specialistische zorg in ziekenhuizen;
- de gescheiden georganiseerde verpleging in ziekenhuizen, verpleeghuizen en thuiszorg;
- de scheidslijnen tussen publieke gezondheid, curatieve zorg, maatschappelijke ondersteuning en langdurige zorg;
- scheidslijnen tussen arbozorg en curatieve zorg, tussen sociale zekerheid, arbeidsreïntegratie en zorg.

Langdurige zorg

De langdurige zorg wordt opnieuw geordend op basis van een zorginhoudelijke transitie-agenda. Vooral de ouderenzorg moet en kan veranderen. In de ouderenzorg is er afname van functiebeperkingen en toename van gezonde levensjaren, door preventie en vroegtijdige diagnose. Ouderen beschikken over meer hulpmiddelen en worden zelfredzamer (inkomen, huisvesting).

Er is organisatorische vernieuwing; in de eerste lijn (inloopfunctie), verschuiving van ziekenhuiszorg naar zorg thuis; hulpmiddelen voor zelfmanagement en autonomie (domotica). Een deel van wat nu nog tot het domein van de bijzondere ziektekosten wordt gerekend, komt daar straks buiten te liggen. Sociale netwerken en zelfredzaamheid worden hierdoor geprikkeld. Dit betreft bijvoorbeeld de begeleiding en ondersteuning. Bij de persoonlijke verzorging zou om die reden de norm voor wat de zorgvrager zelf nog doet kunnen worden verhoogd, vooral als de zorgbehoefte niet van lange duur zal zijn. Deze maatregelen kunnen overigens leiden tot meerkosten voor de WMO. Revalidatiezorg moet onderdeel worden van de curatieve zorg, zodat afwentelingsgedrag van de zorgverzekeraar wordt tegengegaan. Maar voor mensen met een intensieve zorgbehoefte, of die echt niet meer de eigen regie kunnen voeren (diep dementerenden, ernstig geestelijk gehandicapten, chronische psychiatrische patiënten) blijft de overheid verantwoordelijk.
Kwaliteit, maar ook doelmatigheid zijn belangrijk. Ook in de uitvoering van de langdurige zorg, waar die ook is belegd, gelden dwingende kwaliteitsmaatstaven en adequate doelmatigheidsprikkels. De zorginkoper van de langdurige zorg ontwikkelt zich tot de tegenkracht die noodzakelijk is bij de vaststelling van de noodzakelijke zorg.

Herstructurering ziekenhuizen

Herstructurering van de ziekenhuizen kan de efficiency en de kwaliteit van de beschikbare medische capaciteit vergroten; die wordt op dit moment teveel ingezet om een nodeloos uitgebreid aanbod van spoedeisende en acute zorg in de lucht te houden (intake- en acquisitiefunctie van de SEH). Taakverdeling en taakherschikking tussen ziekenhuizen gaat gelijk op met de medisch-inhoudelijke trend naar superspecialismen en kennis over complexe dan wel zeldzame aandoeningen. Schaalgrootte op het niveau van superspecialismen, vaak noodzakelijk voor de kwaliteit, vereist voldoende samenwerking binnen het ziekenhuis en tussen ziekenhuizen (netwerken). Met het oog op de mededinging dient landelijk een voldoende aantal van deze netwerken te opereren.

De Raad meent daarom dat op het terrein van het stelsel en zijn omgeving het volgende moet worden geagendeerd:

Aanbevelingen voor het stelsel

11. Kwaliteitsinstituut formuleert richtlijnen

Een zelfstandig publiek instituut (Kwaliteitsinstituut) met doorzettingsmacht formuleert richtlijnen voor verzekerde zorg (cure en care) en de kengetallen voor transparantie; de minister stelt vast.
Bestaande instanties op het terrein van de sturing op kwaliteit en doelmatigheid in de zorg gaan op in dit Kwaliteitsinstituut (en verdwijnen als afzonderlijke organisaties c.q. verliezen hun functie op het betreffende terrein).
Het pakket verzekerde zorg voldoet aan de vastgestelde richtlijnen voor kwaliteit, effectiviteit en doelmatigheid. Zorg buiten de richtlijnen wordt niet geleverd of vergoed (dat wil zeggen *comply or explain*). De richtlijnen zijn vraaggericht, integraal (curatieve en langdurige zorg) en voorzien in behan-

deling van mulitmorbiditeit; de formulering is in termen van *outcome* (dus als oplossing voor een gezondheidsprobleem of participatie). Een voorbeeld hiervan is het *chronic care model* van Wagner. Relevante buitenlandse ervaringen zijn opgedaan door KaiserPermanente (VS) en de NHS (Engeland). De formulering van de richtlijnen is voorts open, dus niet op voorhand toegesneden op bestaande beroepen c.q. monopolies. Het gaat om de functie, niet om de aanbieder. Bij de ontwikkeling van deze richtlijnen is er inbreng van zorgprofessionals en organisaties van patiënten en consumenten.

12. Door naar gereguleerde marktwerking

De ontwikkeling naar gereguleerde marktwerking, zoals hiervoor geschetst, wordt doorgezet. Dit levert doelmatigheidswinst op. Gereguleerde marktwerking houdt onder meer in:

- Bestaande financiële zekerheden voor verzekeraars en aanbieders, verdwijnen zo snel mogelijk (2012). Zij worden voortaan zoveel mogelijk beloond voor gezondheidsresultaten (hiervoor is een RVZ-advies `Sturen op gezondheid` in voorbereiding).
- De ex ante risicoverevening wordt aangevuld met gezondheidsmaatstaven (2013); voor het Gemeentefonds wordt deze mogelijkheid onderzocht.
- De ontwikkeling naar gereguleerde concurrentie kan worden gestimuleerd door concentratie en aanbesteding door de overheid van aanbod waarvoor de overheid een bijzondere verantwoordelijkheid draagt, zoals de beschikbaarheidsfunctie SEH. Voor de meest specialistische zorg is extra regulering via de WBMV een optie.
- Er wordt stevig ingezet op taakherschikking. Het afschaffen van financiele zekerheden voor zorgaanbieders is hiervoor een belangrijke stimulans.
- De OVA-systematiek wordt beëindigd. Deze belemmert de productiviteitsgroei en eigen verantwoordelijkheid van werkgevers en werknemers in de zorg.

13. Versterking publieke rol verzekeraar

De verzekeraar profileert zich bij de zorginkoop door de inbreng van kennis over de klant, de markt en kwaliteit/doelmatigheid. Voorts neemt hij deel aan het ontwikkelen van kwaliteitsmaatstaven en outcome-indicatoren. Hij investeert veel meer in zorginkoop.

14. Substitutie als pakketbeginsel hanteren

Het pakketbeheer is gebaseerd op substitutie: nieuw komt in de plaats van oud. Obsolete zorg, die door de richtlijnontwikkeling is achterhaald, wordt niet vergoed. Verzekerde geneeskundige zorg wordt in de Zvw geformuleerd als richtlijnconforme zorg. Het vervallen van de huidige open formulering draagt bij aan de kostenbeheersing. De zorgverzekeraar en leverancier zijn verplicht verzekerden alert over het verzekerde pakket te informeren.

15. Zorgnetwerken

De formele samenwerking en taakverdeling tussen de eerste, tweede en derde lijn (de zogenoemde echelonnering) ontwikkelt zich naar een meer open verhouding waarin horizontale en verticale netwerken bestaan. De poortwachter naar de medisch specialist wordt daarbinnen functioneel belegd (niet meer exclusief bij de huisarts). Ook de inloopfunctie kan hiervoor worden benut. Aan de poort van de zorg werken teams met verschillende deskundigheden (jeugd en gezin; arbeid; ggz; ouderen). Verschillen in regelgeving tussen curatieve en langdurige zorg die deze samenwerking belemmeren moeten zo snel mogelijk verdwijnen.

16. Ook ziekenhuiszorg in netwerken organiseren

Met het vaststellen van richtlijnen voor ziekenhuiszorg en met het doorvoeren van gereguleerde concurrentie, wordt een ontwikkeling naar een beperkt aantal medisch specialistische netwerken bevorderd. Ziekenhuizen werken hierin samen en verdelen taken en specialismen. Deze open netwerken dragen bij aan verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid, maar beperken de concurrentie en de keuzevrijheid van de patiënt niet. Behandeling, revalidatie en nazorg worden integraal en vanuit hetzelfde financiële kader bezien. Het werkprogramma 2010-2011 van de Raad voorziet in een nader advies hierover.

17. Langdurige zorg anders organiseren

De collectieve zorg wordt zoveel mogelijk geschoond voor aanspraken op voorspelbare zorg. Het pakket wordt verkleind (onder meer de functie begeleiding) met het oogmerk om sociale netwerken en zelfredzaamheid te stimuleren. Via de WMO krijgt de gemeente hier een belang bij. Revalidatiezorg gaat naar de Zvw. Bij intensieve zorgbehoefte en het geheel ontbreken van eigen regie ligt de verantwoordelijkheid bij het rijk. Wonen en zorg worden gescheiden; alleen zorg is nog verzekerd. Onderzocht wordt of countervailing power van de uitvoeringsorganisatie voor de langdurige zorg tot stand kan worden gebracht door overheveling van de indicatiestelling van het CIZ naar gemeenten en verzekeraars, als hun gezamenlijke verantwoordelijkheid.
De financiering is persoonsvolgend. De WMO houdt het karakter van een voorzieningenwet; dus zonder verzekerde rechten.

C1
C2

7 De agenda: sturing en de besturing van de zorgsector

Integrale visie op samenhang

Sturen impliceert richting. Die richting moet het kabinet aangeven. Zo snel mogelijk na zijn aantreden zou het kabinet een integrale visie op de vraag naar en het aanbod van zorg moeten bespreken met de sector. Integraal wil zeggen alle vier onderdelen van het VWS-domein omvattend. Niet alleen de visie is integraal, ook het sturingsconcept geldt voor alle vier de VWS-onderdelen. De visie van het kabinet zal als basis moeten hebben een statement over gezondheid en participatie. Dit statement kent drie boodschappen:

- wij spreken de burger aan op gezond gedrag (zie 4A.);
- zorgaanbod en zorgverzekering moeten primair gezondheid, participatie en zelfredzaamheid bevorderen (zie 4B.);
- het kabinet gaat hierin voorop met gekwantificeerde doelstellingen, onder andere over roken, alcoholgebruik en bewegen.

Concrete doelstellingen voor roken en bewegen

Roken, alcoholgebruik en bewegen zijn kabinetsbeleid. Het kabinet verbindt zich aan een gekwantificeerde taakstelling op deze terreinen en een afgewogen instrumentenmix waarmee in 2020 zichtbare resultaten (gezondheidswinst) kunnen zijn behaald. In 2006 stelde het RIVM tabaksgebruik direct verantwoordelijk voor 13 procent van de totale ziektelast. Overmatig gebruik van alcohol veroorzaakt 4,5% van de ziektelast in Nederland, maar richt ook veel maatschappelijke schade aan. Overgewicht draagt 9,7% bij aan de ziektelast. Belangrijke elementen, vooral in het kader van goed patiëntschap, zijn een actieve houding van zorgverleners en hun hulp, zoals bij het stoppen met roken. De cijfers geven hiertoe alle aanleiding:

Figuur 5.1 Roken in Nederland: een bovengemiddeld probleem

Percentage volwassen rokers 2007

Zweden	14,5		Denemarken	25,0
VS	15,4	**OESO 23,6**	**Nederland**	**29,0**
België	22,0		Griekenland	40,0

Percentage rokende 15-jarigen 2005-06 (jongens/meisjes)

Zweden	8/9		Denemarken	15/15
VS	7/9	**OESO 16/17**	**Nederland**	**16/21**
België	16/17		Griekenland	17/16

Bron: OECD Health at a glance 2009.

Nederland telt beduidend meer volwassen rokers dan de OECD gemiddeld. Hetzelfde geldt voor de 15-jarige meisjes in ons land; daarvan rookt 21%.

Bestuursorganen

Ook de rol van de bestuursorganen wordt anders bij invoering van kwaliteitsmaatstaven en transparantie op basis van outcome en van gereguleerde concurrentie. Aard en omvang van het werk zullen veranderen. Niet alleen voor deze bestuursorganen maar ook voor de zorgaanbieders, die zich op andere wijze zullen moeten gaan verantwoorden. Administratieve lasten zijn hierbij onontkoombaar; de redelijke omvang hiervan zal worden beperkt door samenwerking van bestuursorganen (single audit) en - als het goed is - doordat de gevraagde informatie ook cruciaal is voor de eigen bedrijfsvoering in de zorg zelf. Uiteindelijk moet een forse ontbureaucratisering kunnen worden gerealiseerd.

…outbureaucratiseren

Meerdere kabinetsperioden

Het kabinet formuleert zijn visie voor de periode 2010-2020. Dit zijn meerdere kabinetsperioden. Het kabinet geeft aan welke doelen moeten zijn gerealiseerd in 2014-2015 en wat er in de jaren daarna moet gebeuren (zie hoofdstuk 5). Het beschrijft deze operatie als een publiek-privaat project, met heldere verantwoordelijkheden en taken van de actoren; de rijksoverheid is transparante en voorspelbare eindverantwoordelijke voor de publieke belangen. Een belangrijke investering in dit traject is de tijdige formulering van een onderzoeks- en ontwikkelagenda, op basis van het *just-in-time* principe: de resultaten zijn tijdig beschikbaar voor een goed verloop van het totale project en snelle zichtbare resultaten.

De Raad meent daarom dat op het gebied van sturing het volgende moet worden geagendeerd:

Aanbevelingen voor de sturing

18. Een kabinetsplan om het roken fors terug te dringen

De ambitie is dat in 2020 het percentage rokers in ons land op of onder het OECD-gemiddelde ligt. Hiertoe zet het kabinet een verdere verhoging van de tabakaccijns in. (Ook als financiële dekking van intensiveringen op het gebied van gezondheidsbevordering), het kabinet houdt de regelgeving ten aanzien van roken in openbaar toegankelijke ruimtes goed tegen het licht en nodigt sociale partners uit om afspraken over rookvrije bedrijven zonder gedoogruimtes en rookpauzes te maken. Alle schoolpleinen zijn rookvrij. De mogelijkheid om roken op te nemen in de kwaliteitsrichtlijnen en als verplicht onderdeel van collectieve contracten voor de basisverzekering wordt onderzocht. Vergelijkbare pakketten maatregelen zouden overigens moeten worden overwogen voor alcoholgebruik en overgewicht.

19. Bestuursorganen aanpassen

Het Kwaliteitsinstituut krijgt een prominente positie, ook in het verminderen van de bureaucratie doordat de in dit instituut gebundelde organisaties ophouden te bestaan. De op te stellen kwaliteitsrichtlijnen moeten een helder kader bieden voor pakketbeheer en voor het kwaliteitstoezicht. Ook moeten zij de transparantie verder helpen en daarmee de ontwikkeling naar gereguleerde marktwerking een impuls geven. Op termijn kan hierdoor de

uitvoering en handhaving van de WMG worden vereenvoudigd en wordt overheveling van de resterende WMG-taken naar de NMa mogelijk.

20. Een onderzoeks- en ontwikkelagenda

Diverse onderwerpen uit dit advies zijn complex en ingrijpend en vergen nader onderzoek en een zorgvuldige, stapsgewijze ontwikkelfase. Dit betreft onder meer de inloopfunctie, de indicatiestelling langdurige zorg, de uitvoering van de AWBZ, instrumenten om de eigen verantwoordelijkheid van de burger te vergroten. Deze O&O-agenda dient op korte termijn te worden opgesteld.

8 De weg er naar toe

Het in gang zetten van deze zorgagenda vereist in de eerste plaats een inspirerende visie van het kabinet op de zorg in 2020. Een centraal onderdeel van deze visie is de wijze waarop het kabinet de samenwerking van overheid en zorgsector voor zich ziet. Een Stichting van de Zorg zou een platform kunnen zijn om in gesprek te komen. De Raad beveelt het kabinet aan om binnen zes maanden zijn visie op te stellen en het overleg over de gezamenlijke uitvoering van de agenda te starten.

Samenwerking tussen overheid en zorgsector is een noodzakelijke voorwaarde. De zorg is immers niet van de overheid, maar van de samenleving. Hier past geen dictaat. Alleen door samenwerking kan het traject van zz naar gg succesvol worden afgelegd en kan dit aarden in de zorg en in de samenleving.

In zijn visie op 2020 gaat het kabinet in op het volgende.

- De contouren van de zorgsector in 2020. In Zorg voor je gezondheid! en in deze agenda schetst de RVZ deze contouren. In de debatreeks over deze discussienota heeft de Raad veel steun gekregen voor zijn toekomstbeeld.
- De publieke taak: bereikbaarheid, kwaliteit en betaalbaarheid. De aspecten basispakket, bereikbaarheidsfuncties (SEH, complexe zorg), kwaliteitsnormering, toezicht, transparantie, financierbaarheid en vormgeving van de solidariteit. In het verlengde hiervan herijkt de overheid de rol van de zorgverzekeraar.
- Een integraal beleid van VWS, gericht op de samenhang tussen de vier deelgebieden publieke gezondheid, curatieve zorg, maatschappelijke ondersteuning en langdurige zorg. Het missiestatement en het ijkpunt van dit beleid ontleent het kabinet aan de publieke gezondheid.
- De doelstelling voor 2015 en dat wat voor 2020 moet zijn gerealiseerd. Grosso modo worden in de komende kabinetsperiode de randvoorwaarden van zz naar gg gecreëerd.

Budgettaire taakstelling

Dit advies gaat primair over herstructurering van de zorg en het anders richten van de vraag. De Raad is zich echter zeer bewust van de omvangrijke ombuigingstaakstelling waarmee het kabinet zich geconfronteerd ziet. Het is wenselijk dat het kabinet om te beginnen een helder standpunt inneemt over de allocatie van collectieve middelen over de grote uitgavendossiers: onderwijs, sociale zekerheid en zorg. Vervolgens is het wenselijk dat budgettaire ombuigingen in de zorg zo goed mogelijk worden afgestemd op de omslag van zz naar gg, de beweging naar voren. Dit vraagt onder andere om een afgewogen verdeling over de curatieve zorg die het dichtst bij de burger wordt aangeboden en over de sectoren ziekenhuizen, genees- en hulpmiddelen en GGZ, die de afgelopen jaren het snelst gegroeid zijn.

Tabel 8.1 Groei van de uitgaven in deelsectoren van de curatieve zorg

	groei 2000-2008
Eerste lijn	53%
Ziekenhuizen	73%
Genees- en hulpmiddelen	62%
GGZ	95%
(AWBZ 1999-2009; CBS	75%)

Bron: Rapport brede heroverweging curatieve zorg, april 2010; CBS.

Omdat dit advies wil voorzien in de agenda voor een houdbaar stelsel anno 2020, is een van de kernpunten óók dat het aandeel van de zorg in deze taakstelling kan worden waargemaakt. Daarom is van elk van de aanbevelingen het effect op de netto-zorguitgaven nagegaan. In belangrijke mate kan hiervoor overigens worden teruggevallen op de berekeningen in de recente heroverwegingsrapporten voor curatieve en voor langdurige zorg. Een overzicht op hoofdlijnen is opgenomen als bijlage.

Er is sprake van een veelheid van besparende elementen, zoals efficiencymaatregelen, hoger eigen risico en zorg voor eigen rekening. Ook komt verhoging van de tabakaccijns aan de orde.

Spoorboekje

De agenda beslaat meerdere kabinetsperioden. Sommige aanbevelingen staan betrekkelijk op zichzelf; een aantal samenhangende maatregelen zou in logische volgorde moeten worden gerangeerd.

a) Op korte termijn kunnen de verhoging van eigen bijdrage/eigen risico in de Zvw en van de tabakaccijns en het overige gezond gedragbeleid worden gerealiseerd. Dit geldt ook voor de aanpassing van de regeling voor collectieve contracten.

b) De formulering in 2011 van de onderzoeks- en ontwikkelagenda (inclusief eventuele wetgevingstrajecten), met onder meer de volgende punten: de transitie van de langdurige zorg, zorgnetwerken en ontkokering in de curatieve zorg, de inloopfunctie, intersectoraal beleid, bevordering gezond gedrag en verzekerde preventie, fiscale positie medisch specialist, aanbesteding van de SEH en van andere publieke zorgtaken.

c) Bovenaan de O&O-agenda staan echter de kwaliteitsrichtlijnen en outcome-indicatoren. Daarmee wordt het doel voor het vervolg concreet. Een snelle realisatie betekent een pragmatische aanpak. Prioriteit voor de aandoeningen met hoge ziektelast en hoge kosten. Ook kijken naar het buitenland. In 2012 moet 90% van de zorguitgaven met richtlijnen en indicatoren gedekt zijn. Het wetgevingstraject voor de formele oprichting

per 1 januari 2014 van het Kwaliteitsinstituut door samenvoeging van bestaande organisaties (ontbureaucratisering) is onderdeel van dit punt.

d) Kwaliteitsmaatstaven en outcome-indicatoren (cure en care) zijn de basis voor een sluitende beloningsstructuur voor goed patiëntschap en maatschappelijk resultaat. De prestatiebeloning in de curatieve zorg kan op die basis in 2014 worden voltooid; financiële vangnetten voor verzekeraars en aanbieders zijn dan weggehaald en ook de uitvoering van de WMG kan worden ontbureaucratiseerd. Het kwaliteitstoezicht door de IGZ en het pakketbeheer op basis van substitutie kunnen dan zijn aangepast.

e) Simultaan met punt d. (2012/2013) kunnen ook de overige stimulansen voor herstructurering worden gerealiseerd: de verantwoordelijkheid van de overheid voor de SEH en andere publieke taken; de formele verhouding tussen medisch specialist en ziekenhuis en de fiscale positie van de medisch specialist in het ziekenhuis. Ook kan het budgettaire beleid verder worden toegespitst op de beweging zz naar gg.

f) Gezien de complexiteit van de herziening van de langdurige zorg (en de drukke overige agenda voor de zorg) kan de wetgeving op dit punt vermoedelijk pas aan het eind van de komende kabinetsperiode worden afgerond.

g) Met voldoende prioriteit en draagvlak kunnen bovenstaande punten in 2015 zijn gerealiseerd. Maar alleen met het creëren van randvoorwaarden is volledige doorwerking en uitrol niet veilig gesteld. Daarvoor is 10 jaar nodig. Het kabinet zal dus ook in 2015 en volgende jaren de handen vol hebben aan implementatie, uitvoering en het aanjagen van de gewenste ontwikkelingen in een omgeving die ongetwijfeld weer veel dynamiek zal kennen.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Rien Meijerink,
voorzitter

Pieter Vos,
algemeen secretaris

Bijlagen

Bijlage 1

Relevant gedeelte uit het RVZ-werkprogramma 2010, vastgesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

"In het Werkprogramma 2010 van de Raad is het onderwerp Nieuwe ordeningen in de zorg opgenomen. Het werkprogramma vermeldt hierover het volgende:

Begin 2010 spreekt de RVZ verwachtingen uit over de ontwikkeling van de zorgvraag tussen 2010 en 2020 in het advies Nieuwe ordeningen. Wat staat ons te wachten, in kwalitatief en kwantitatief opzicht? Vervolgens gaat de Raad in het advies na hoe het zorgaanbod zich in deze periode zou kunnen ontwikkelen. Hij gaat uit van aannames over economie, overheidsbeleid, arbeidsmarkt, wetenschap en technologie. Het resultaat maakt de Raad begin 2010 onderwerp van een groot debat in de zorgsector.

De resultaten van het debat vormen de basis voor een slotadvies: de Strategische Zorgagenda 2011 – 2020."

Bijlage 2

Adviesvoorbereiding

Adviesvoorbereiding vanuit de Raad
prof. dr. W.N.J. Groot
mevrouw E.R. Carter MBA
mevrouw prof. dr. D.D.M. Braat

Adviesvoorbereiding door de ambtelijke projectgroep

drs. F.J. van Sloten	projectmanager
drs. P. Vos	projectmedewerker
mevrouw drs. A.C.J. Rijkschroeff-van der Meer	projectmedewerker
mevrouw D.M. van der Klauw MSc	stagiaire
mevrouw I.A. de Prieëlle	projectsecretaresse

Relevante functies en nevenactiviteiten raadsleden
Zie website RVZ.

De Raad heeft het advies op 19 augustus 2010 vastgesteld.

Bijlage 3

Financiële verantwoording

Het advies Perspectief op gezondheid 20/20 bevat een aantal concrete aanbevelingen voor de beweging van zz naar gg. Hier onder staan indicatief en kwalitatief de budgettaire implicaties van deze aanbevelingen beschreven. Waar van toepassing, zijn deze ontleend aan de heroverwegingen curatieve en langdurige zorg (HOCure/HOCare).

- Investeren in preventie: op korte termijn stijgen de kosten van verzekerde zorg en stijgen c.p. de belastingontvangsten (hogere tabakaccijns). De investeringen, mits kosteneffectief, leveren op langere termijn kostenbesparing op.
- Invoering eigen betalingen leidt tot gedragseffecten en tot lagere netto BKZ-uitgaven. Zie HOCure en HOCare voor de opbrengsten van verschillende modaliteiten.
- Kwaliteitsinstituut: aanloopkosten; afhankelijk van vormgeving besparingen op apparaatskosten door de bundeling van bestaande instituten.
- Ontwikkeltraject langdurige zorg: herordening van de langdurige zorg en overheveling naar gemeenten of zorgverzekeraars levert efficiencywinst op; daarnaast zijn er opbrengsten van pakketmaatregelen; zie HOCare.
- Ontwikkeltraject inloopfunctie: uitgaande van een gefaseerde uitrol zijn de eenmalige kosten beperkt en kunnen al snel doelmatigheidseffecten optreden in de eerstelijnszorg en in de uitvoering van de WMO en WPG.
- De aanpassing van de regeling collectieve contracten kan leiden tot lagere zorgkosten door doelmatiger zorggebruik. Deze opbrengst wordt direct teruggegeven aan de betreffen de collectiviteiten.
- Volledige risicodragendheid van verzekeraars op een geliberaliseerde markt voor ziekenhuiszorg (met integratie specialisten) levert efficiencywinst op (HOCure).
- Aanpassing van het fiscale regime voor leden van ziekenhuismaatschappen levert een besparing op belastinguitgaven op.
- Aanbesteding van het segment publiek geborgd zorgaanbod (SEH, WBMV) levert efficiencywinst op (HOCure).
- Het afschaffen van de OVA-systematiek betekent dat een gematigd effect op de arbeidskosten vervalt, maar ook dat de positie van de zorg op de arbeidsmarkt verbetert.
- Kwaliteitsnormen ter vervanging van DBC´s, transparantie en pakketbeheer op basis van substitutie leidt volgens HOCure tot een besparing.
- Uitbreiding van de risicoverevening met gezondheidsmaatstaven ondersteunt/is randvoorwaardelijk voor de beweging van zz naar gg, maar heeft op zichzelf alleen een verdelingseffect voor verzekeraars.
- De herziening van de poortwachtersfunctie beoogt een doelmatiger gebruik van zorg met mogelijk kostenbesparing tot gevolg.

Bijlage 4

Lijst van afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CAK	Centraal Administratie Kantoor
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
DBC	Diagnose BehandelCombinatie
gg	gedrag en gezondheid
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
GW	Geneesmiddelenwet
ICT	informatie- en communicatietechnologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROB	Raad voor het Openbaar Bestuur
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SEH	spoedeisende hulp
SER	Sociaal-Economische Raad
VS	Verenigde Staten
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WBMV	Wet bijzondere medische verrichtingen
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
zz	ziekte en zorg

Overzicht publicaties RVZ

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de website van de RVZ (www.rvz.net). Tevens kunt u de ad-viezen per mail aanvragen bij de RVZ (mail@rvz.net). Pu-blicaties van vóór 2007 staan op de website van de RVZ en CEG.
De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn te bestellen bij het CEG per mail info@ceg.nl

Publicaties RVZ vanaf 2007

10/10 Perspectief op gezondheid 20/20, september 2010
10/09 Brochure Van zz naar gg, september 2010
10/08 Moderne patiëntenzorg: Acht jaar later (achtergrondstu-die bij discussienota), april 2010
10/07 Leefstijl en de zorgverzekering (achtergrondstudie bij discussie-nota), april 2010
10/06 Een nieuwe ordening door het naar voren schuiven van zorg (achtergrondstudie bij discussienota), april 2010
10/05 Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening (discussienota), april 2010
10/04 De patiënt als sturende kracht
10/03 De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg
10/02 Health 2.0: It's not just about medicine and technology, it's about living your life (achtergrond-studie bij advies Gezondheid 2.0), februari 2010
10/01 Gezondheid 2.0 (advies), februari 2010
09/14 Investeren rondom kinderen, september 2009
09/13 Numerus Fixus Geneeskunde: loslaten of vasthouden, januari 2010
09/12 Brochure Numerus Fixus, januari 2010
09/11 Werkprogramma 2010, november 2009
09/10 Steunverlening zorginstellingen (advies), juni 2009
09/09 Buiten de gebaande paden. Advies over Intersectoraal gezondheids-beleid, mei 2009
09/08 Buiten de gebaande paden: Inspirerende voorbeelden van inter-sectoraal gezondheidsbeleid (brochure,) mei 2009

Wilde mango
MORO