

Met de kennis van later Naar een toekomstgericht zorgbeleid



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

Den Haag, 2014

Adviseur in gezondheid en Zorg

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) is een onafhankelijk adviesorgaan voor de regering en het parlement. Hij zet zich in voor een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare 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

Drs. M.H. Meijerink

Leden

mw. mr. A.M. (Anke) van Blerck-Woerdman
mr. H. (Henk) Bosma
mw. prof. dr. D.D.M. (Didi) Braat (vice-voorzitter)
prof. dr. W.N.J. (Wim) Groot
prof. dr. J.P. (Johan) Mackenbach
mw. drs. M. (Marjanne) Sint
prof. dr. D.L. (Dick) Willems
vacature per 1 januari 2014

Algemeen secretaris

Mr. drs. T.F.M. Hooghiemstra

**Met de kennis van later
Naar een toekomstgericht
zorgbeleid**

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 19404
2500 CK Den Haag
Tel 070 3405060
Fax 070 3407575
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: Vijfkeerblauw
Spiegelverhalen: MC Communicatie, Nieuwerkerk a/d IJssel
Fotografie: Pantopicon, Antwerpen
Druk: Vijfkeerblauw
Uitgave: 2014
ISBN: 978-90-5732-251-8

*U kunt deze publicatie downloaden via onze website (www.rvz.net)
publicatienummer 14/02.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Kern van het advies

Dit advies schetst twee toekomstscenario's voor de gezondheidszorg: *Polderaars* en *Kosmopolieten*. Mensen kunnen in de nabije toekomst zelf meer aan hun gezondheid doen, zorgtaken oppakken, en gezamenlijk zorg inkopen en risico's delen. Hiervoor moeten we afscheid nemen van de verzorgingsstaat en moeten mensen meer zeggenschap krijgen over de zorg die ze ontvangen. Hoe snel dit zal gaan is echter onzeker. Deze onzekerheid geldt ook voor de solidariteit in de zorg bij oplopende zorguitgaven. Een verplichte verzekering tegen hoge, onvoorziene zorgkosten blijft nodig. Maar er zijn scenario's denkbaar dat deze moet worden beperkt tot een maximum prijs van gezondheidswinst of dat mensen minder zorg dan nu collectief willen financieren, en er ruimte komt voor meer vrije keus. Vergaande automatisering van zorg, zorg op afstand, robotisering en verschuiving van zorgtaken naar mensen zelf, zijn nodig om de zorg betaalbaar te houden en de zorg minder afhankelijk te maken van zorgpersoneel. Als de Europese grenzen in de zorg verdwijnen, biedt dit perspectief op betere en goedkopere zorg, maar wordt het moeilijker voor de overheid om een eigen zorgstelsel met solidaire kenmerken in te richten.

Welk probleem lost dit advies op?

Toekomstige ontwikkelingen zullen de zorg en de manier waarop we met onze gezondheid omgaan veranderen. Om kansen te benutten en om te kunnen gaan met de dilemma's die op de zorg afkomen, is het verstandig dat overheid, zorgpartijen en burgers zich van deze veranderingen bewust zijn, en hierover tijdig een open dialoog aan gaan.

Wat zijn de gevolgen voor de burger?

Mensen zullen in de toekomst meer zelf doen, meer zelf betalen, en meer verantwoordelijkheid dragen voor hun gezondheid en zorg. Dit kan niet zonder dat mensen meer zeggenschap krijgen over de zorg en hulpverlening, en het initiatief terugveroveren op de verzorgingsstaat.

Wat zijn de gevolgen voor zorgaanbieders en zorgprofessionals?

Zorgprofessionals gaan patiënten en hun familie meer ondersteunen bij wat ze zelf kunnen doen, en moeten zich voorbereiden op meer werken met techniek en met zorg op afstand. Ook moeten zij rekening houden met een krimpende arbeidsmarkt in de zorg voor zover deze collectief verzekerd is, en kansen benutten bij nieuwe ondernemingen in de zorg.

Wat zijn de gevolgen voor zorgverzekeraars?

Voor zover burgers zelf de zorg in gaan kopen en onderling risico's delen, zullen de taken van zorgverzekeraars verschuiven.

Wat zijn de gevolgen voor de overheid?

De overheid moet in de stelselinrichting ruimte bieden aan de wens van burgers om meer zeggenschap en regie te nemen over hun zorg. De overheid moet zich voorbereiden op Europese ontwikkelingen die een betere kwaliteit en betaalbaarheid van zorg kunnen opleveren, maar die de mogelijkheid kunnen inperken om een eigen zorgstelsel met sociale kenmerken in te richten.

Inhoudsopgave

Samenvatting	5	
1	Introductie	11
1.1	Aanleiding	11
1.2	Beleidsvraag	13
1.3	Functie van het advies	14
1.4	Aanpak	15
1.5	Voorbereiding	16
1.6	Leeswijzer	17
2	De toekomst van de zorg in tweevoud	21
2.1	Leren van het verleden	21
2.2	Twee toekomstscenario's	22
3	“Vitale zorg”: een toekomst voor ogen	41
3.1	Doe-democratie en participatie in de zorg	41
3.2	Vitale Zorg in twee werelden	43
3.3	Beleidsstrategie in <i>Polderaars</i> en <i>Kosmopolieten</i>	45
4	Synthese: kansen en dilemma's voor het zorgbeleid	51
4.1	Minder collectief, of collectief karig	51
4.2	Arbeidsproductiviteit omhoog door òf systeemprykkels òf marktpykkels	55
4.3	Patiënten of zorgaanbieders aan de knoppen	59
4.4	Ethische dilemma's	64
4.5	Tot besluit	66
Bijlagen		
1	Adviesaanvraag	69
2	Adviesvoorbereiding	71
3	Lijst van afkortingen	77
4.	Literatuur	79

Met de kennis van later Naar een toekomstgericht zorgbeleid

Samenvatting

De vragen

Hoe zou de Nederlandse gezondheidszorg er op lange termijn uit zien? En op welke kansen en dilemma's moet de zorg zich voorbereiden? Dat is de kern van dit advies. Omdat de glazen bol alleen in verhalen bestaat, is geen definitief antwoord te geven op deze vragen. Wat wel kan is het verkennen van mogelijke opties, en van de gevolgen hiervan voor de spelers in de zorg en voor het overheidsbeleid.

Hoe zal het bijvoorbeeld verder gaan met de levensverwachting en kwaliteit van leven die al decennialang boven verwachting zijn verbeterd? Hierover bestaan uiteenlopende opvattingen. Even onzeker zijn de verschillen in gezondheid tussen hoger en lager opgeleiden. Er bestaan uiteenlopende scenario's over de groei van de zorgsector. Dit roept ook de vraag op in welke mate we bereid blijven om de zorguitgaven collectief te financieren en de zorg voor iedereen even toegankelijk te houden.

Verkenning van autonome veranderingen in de zorg

De veranderingen die op langere termijn in de zorg kunnen plaatsvinden hebben niet in de eerste plaats met interne ontwikkelingen te maken. De zorgsector ontwikkelt zich niet los van de samenleving en van de economische, politieke, technologische en sociaal-culturele veranderingen die hierop inwerken. Deze veranderingen zijn voor de overheid en de spelers in de zorg grotendeels autonoom, en maken dat we in een zeer dynamische tijd leven waarin niets meer zeker lijkt.

Ten opzichte van andere sectoren is in de zorg nog veel hetzelfde gebleven, ondanks de bovengenoemde veranderingen die hebben plaatsgevonden en de verschuiving van verantwoordelijkheden naar marktpartijen na de stelselwijziging in 2006. Toekomstige ontwikkelingen kunnen dit echter verande-

ren, en bestaande vanzelfsprekendheden en rollen in de zorg op losse schroeven zetten. Daarom zijn in deze scenariostudie trends en signalen van mogelijke trendbreuken verkend en doorvertaald naar een aantal toekomstbeelden van de zorg. Omdat de richting en snelheid van deze veranderingen onzeker is, beschrijft het advies twee uiteenlopende toekomstscenario's. Deze vormen als het ware een stresstest voor het huidige zorgbeleid en voor de bestaande partijen in de zorg.

De scenario's en toekomstbeelden zijn geen voorspellingen. Het zijn ook niet in alle opzichten wenselijke toekomst. Dit zal mede afhangen van eigen opvattingen en het perspectief van waaruit ze worden beoordeeld. De beoogde winst van toekomstverkenningen is niet het zo nauwkeurig mogelijk voorspellen van de toekomst, maar het beantwoorden van de vraag hoe partijen in de zorg kunnen voorsorteren op mogelijke ontwikkelingen. Dit helpt eventuele ongewenste gevolgen te voorkomen, en brengt de noodzakelijke beleidsafwegingen in beeld die deze ontwikkelingen met zich meebrengen.

Om ook verdergaande en minder voor de hand liggende ontwikkelingen mee te kunnen nemen is het jaar 2040 als tijdshorizon genomen.

Toekomstscenario *Polderaars*

In *Polderaars* richt Nederland zich op haar eigen kracht en eigen waarden, op behoud van nationale soevereiniteit, het beschermen van de werkgelegenheid door arbeidsmigranten te ontmoedigen, en op herverdeling van de welvaart. In dit scenario is sprake van een over langere termijn stagnerende economische groei, met weinig tot geen migratie, en een relatief trage ontwikkeling van de technologie. Hier staat tegenover dat door de sociaaleconomische koers de verschillen in de samenleving niet groot zijn. Dit komt de cohesie in de samenleving en het onderling vertrouwen ten goede. Nederlanders richten zich in het algemeen op de immateriële waarden van de eigen cultuur en zijn in kleine kring op elkaar betrokken.

Het tempo waarin medische en maatschappelijke technologie wordt ontwikkeld en verspreid ligt relatief laag. De groei van de levensverwachting stagneert, en is 82 jaar (mannen) en 85 jaar (vrouwen) in 2040. Ongezondheid wordt niet of nauwelijks teruggedrongen. De zorguitgaven stijgen bij ongewijzigd beleid tot circa 22% van het BBP waarvan circa 18% collectief gefinancierd. Voor verbeteringen in de zorg die extra geld kosten is nauwelijks ruimte. De economische nulgroei, relatief

lage arbeidsparticipatie en een verslechterende verhouding tussen economisch actieven en inactieven vermindert het financiële draagvlak voor collectieve zorguitgaven. Er is een groeiende kloof tussen wat medisch-technisch mogelijk is en wat hiervan collectief is gefinancierd.

Ziekten en risicofactoren kunnen in een steeds vroeger stadium worden opgespoord. De zorg verschuift richting patiënt en wordt doe-het-zelf zorg. In de langdurige zorg moeten mensen meer zelf doen en onderling oplossen, gebruik makend van digitale zorg en ondersteuning en van simpele robots. Via zorgkringen en inkoopcombinaties organiseren zij hun zorg, verlenen zij onderlinge diensten, en kunnen zij risico's delen, op basis van gedeelde waarden en voorkeuren, en wederkerigheid. Bestaande machtsstructuren in de zorg vormen echter een tegenkracht.

Toekomstscenario *Kosmopolieten*

Maar er is ook een ander scenario mogelijk. In *Kosmopolieten* is sprake van langdurige economische groei. De arbeidsmarkt is flexibeler, de werkloosheid is laag, en het aantal arbeidsmigranten neemt sterk toe, ook in de zorg. De diversiteit in de samenleving neemt hierdoor sterk toe, net als de inkomensverschillen. Nederlandse burgers gaan primair uit van eigen verantwoordelijkheid en gaan voor de eigen kansen. De verhouding tussen het aantal economisch actieven en inactieven wordt ongunstiger, maar minder dan in *Polderaars*, zodat het financieel draagvlak voor de solidariteit groter is.

De product- en procesinnovatie in de zorg gaat in dit scenario sneller. Door de groei in medische mogelijkheden stijgen de zorguitgaven tot boven de 30% van het BBP, waarvan bij ongewijzigd beleid circa 25% collectief gefinancierd. De (gezonde) levensverwachting ontwikkelt zich langs de hoogste groeicurves. Wel zijn de verschillen in gezondheid tussen hoger en lager opgeleiden toegenomen.

Het gestegen inzicht in individuele gezondheidskansen en in wat gezond is helpt mensen om anders te gaan eten en leven. De zorg gaat van herstellende zorg richting prestatiezorg. Medische mogelijkheden worden gebruikt voor het verleggen van fysieke en mentale grenzen (enhancement).

Informatietechnologie ontsluit de medische kennis voor leken en er ontstaat betere consumenteninformatie over zorg op een internationale schaal. Mensen kunnen meer zelf doen en zelf

kiezen. Dit leidt tot een radicaal andere wijze van zorgverlening. De zorgvragen voor de eerstelijnszorg en maatschappelijke dienstverlening kunnen nagenoeg geheel digitaal worden afgehandeld. De internationale concurrentie tussen zorgaanbieders neemt in dit scenario toe waardoor hoogcomplexere zorg zich concentreert in enkele Europese centra. Zorggebruik buiten de landsgrenzen wordt in dit scenario gewoner.

Ouderen, gehandicapten en dementerenden regelen hun dagelijks leven en hun eigen zorg thuis, met behulp van hun sociale netwerk, robots, domotica, digitale coaching producten, en door particuliere zorg (arbeidsmigranten). Zorgkringen en inkoopcombinaties van burgers in de zorg organiseren zich internationaal.

Dilemma's en kansen voor de zorg en het zorgbeleid

Aan de hand van de toekomstverkenning trekt de Raad een aantal conclusies en identificeert zij enkele kansen en dilemma's gelet op de publieke doelen in de zorg.

We geven in de toekomst steeds meer aan zorg uit. Een verplichte verzekering tegen hoge, onvoorziene zorgkosten blijft nodig. Maar om de solidariteit in de zorg te handhaven, dwingende groeiende zorguitgaven tot fundamentele keuzen over hoe we de zorg verdelen: gaan we voor maximale gezondheidswinst voor iedereen (efficiency) of geven we prioriteit aan degenen die qua gezondheid of welzijn het slechtst af zijn (equity). De keuze voor efficiency is in *Polderaars* mogelijk door alleen noodzakelijke zorg tot een maximum prijs van gezondheidswinst te verzekeren (collectief karig), en in *Kosmopolieten* door minder risico's collectief te verzekeren en meer keuzevrijheid te geven (minder collectief, meer privaat). Als gezondheid en zorggebruik beter te voorspellen en te beïnvloeden zijn door gedrag, ligt het voor de hand dat mensen meer eigen verantwoordelijkheid dragen en minder een beroep kunnen doen op de collectieve verzekering.

Om aan de stijgende zorgbehoefte te voldoen moet de zorg efficiënter worden. Een omslag is nodig van arbeidsintensieve zorg naar persoonsgerichte zorg. Marktprikkels (concurrentie, *Kosmopolieten*) of systeemprykkels (tariefregulering, *Polderaars*) zijn nodig om zorgaanbieders te stimuleren meer taken door verpleegkundigen en mensen zelf te laten doen, of deze te automatiseren. De keuze is afhankelijk van het toekomstscenario. Deze ontwikkeling kan niet slagen zonder stevig te inves-

teren in gezondheidsvaardigheden van mensen en zonder een mentaliteitsomslag bij zorgprofessionals.

Een andere kwestie is wie in de toekomst de regie heeft in de zorg. Momenteel heeft de Nederlandse overheid de bevoegdheid om een eigen zorgstelsel met solidaire kenmerken in te richten waar in opzet zorgverzekeraars een regierol hebben. Europese regelgeving aangaande het vrije verkeer van zorgdiensten tussen lidstaten staat op gespannen voet met deze nationale bevoegdheid. Als internationale consumenteninformatie over zorgproducten en zorgaanbieders beschikbaar komt, hebben zorgconsumenten meer te kiezen. Internationalisering van de zorg biedt perspectief op betere en goedkopere zorg, maar het wordt ook moeilijker voor de overheid om een eigen zorgstelsel met solidaire kenmerken in te richten. Dit heeft vergaande gevolgen voor de spilpositie van zorgverzekeraars. Deze ontwikkeling biedt ook kansen voor Nederland om exportmogelijkheden in de zorg te benutten.

Behalve dilemma's die spelen bij de verdeling van de collectieve zorgmiddelen, zijn in de toekomst andere ethische afwegingen aan de orde, vooral rondom het recht op niet weten, het recht op privacy, en de keuzevrijheid. Wat deze laatste betreft, is de vraag enerzijds hoe ver de overheid kan gaan in het met zachte hand bevorderen van de gezonde keuze, en anderzijds hoe ver de eigen keuzevrijheid gaat om zorgmiddelen te gebruiken voor verbetering van de mens.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zullen tijdig moeten anticiperen op de veranderende verantwoordelijkheden en dienstverlening die van hen worden verwacht. De burger, ten slotte, zal in de toekomst meer zelf moeten doen, meer zelf moeten betalen, en meer verantwoordelijkheid moeten dragen. Daar zal dan ook meer zeggenschap over de zorg en hulpverlening, en mogelijkheden om het initiatief terug te veroveren op de verzorgingsstaat, tegenover moeten staan.

healthcoin®

Saturday January 15th 2033

Sports/Exercise	+3
Food/Diet	+9
Weight/BMI	+9
Medicines	-2
Total	+10

U kan nu uw HealthCoins gebruiken:

- bij uw lokale BioBoer
- ter korting op uw verzekeringspolis
- in uw fitnesscorner op het werk
- als opleidingscredits

g available on the Go Store®

1 Introductie

1.1 Aanleiding

Onze maatschappij heeft de afgelopen decennia grote veranderingen doorgemaakt. Door internet en mobiele telefoon hebben we razendsnel toegang tot informatie. We kunnen op geheel verschillende plekken wonen en werken. Door de internettechnologie lopen juist werk en privé door elkaar. Steeds complexere taken kunnen worden geautomatiseerd, nu is ook de middenklasse aan de beurt. Robots nemen ons werk uit handen en brengen grote dynamiek op de arbeidsmarkt. De welvaart is toegenomen en ouderen van nu hebben het financieel veel beter dan vroeger. Niet iedereen heeft hier in gelijke mate van geprofiteerd; de verschillen in wat mensen aan vermogen hebben zijn eveneens toegenomen.

Deze en andere ontwikkelingen hebben voor diverse bedrijfstakken grote gevolgen gehad, en tot geheel andere verdienmodellen geleid. Op de energiemarkt zijn burgers behalve afnemer ook producent van energie geworden. Voor onze dagelijkse aankopen, het regelen van onze vakantie en bankzaken, hoeven we de deur niet meer uit. Op basis van ons internetgebruik ontvangen we advertenties op maat. Ook het nieuws kunnen we gepersonaliseerd ontvangen. Door social media als Twitter kan iedereen nieuwsmaker zijn.

Vergeleken hiermee is de zorg veel minder veranderd. We kunnen met onze gezondheidsklachten en levensproblemen in een persoonlijk consult terecht bij onze huisarts. Medische zorg is voor iedereen hetzelfde; in principe wordt alleen om medische redenen onderscheid gemaakt. Voor noodzakelijke zorg zijn we verzekerd via een brede basisverzekering die voor iedereen hetzelfde is en die door zorgverzekeraars wordt uitgevoerd. Afgezien van het eigen risico hoeft voor zorg niet direct te worden betaald.

Veel zijn we ook als vanzelfsprekend gaan ervaren. Ouderen en chronisch zieken rekenen erop dat zij een beroep kunnen doen op door de gemeenschap betaalde hulpmiddelen, persoonlijke zorg en ondersteuning, en een plek in een verzorgingshuis als dit nodig is. In de spreekkamer zijn we eraan gewend dat de arts besluit wat het beste is, in plaats dat de vragen en behoeften van de patiënt het uitgangspunt zijn. En

het is in de meeste gevallen het dichtstbijzijnde ziekenhuis waar we naar toegaan, ook als dit niet de beste zorg levert.

Zorgverzekering steeds moeilijker

Het aantal mensen dat geweigerd is voor een zorgverzekering is in 2032 flink toegenomen tot 347.000. Sinds 2025 is het zorgverzekeraars toegestaan om mensen voor een private verzekering te accepteren op basis van een genetisch onderzoek. Dat meldt de Consumentenautoriteit Zorg op basis van crowd monitoring.

Met verfijnde data analytics kunnen zorgverzekeraars steeds beter inschatten of mensen in de toekomst veel medische zorg nodig hebben. Mensen met aanleg voor bijvoorbeeld de ziekte van Alzheimer, borstkanker, alcoholverslaving of taaislijmziekte zijn voor zorgverzekeraars als “brandende huizen” die hen meer kosten dan de maximum premie. Ook jonge mensen die nu nog kerngezond zijn kunnen hierdoor moeite hebben om zich te verzekeren. Door het epigenetisch onderzoek wordt de lijst met genetische mutaties die verzekeraars hanteren steeds langer. Mensen met een dergelijke mutatie kunnen zich alleen via een publieke vangnetpolis verzekeren.

Deze polis heeft een hogere premie en een minder goede dekking. De regionale overheid heeft steeds meer problemen om deze vangnetpolissen te financieren. Patiënten communities voeren actie om de verplichte basisverzekering weer in te voeren. “Dit beleid loopt volledig uit de hand. Deze mensen kunnen er toch niets aan doen dat ze zo geboren zijn?” aldus een van de leden. Mensen met een genetische afwijking die lid zijn van een Bewust Fit collectief voelen echter niets voor een terugkeer van de verplichte basisverzekering. Zij kunnen een lagere premie krijgen als zij gezond leven en hierdoor de kans weten te verkleinen dat een ziekte zich bij hen zal voordoen.

Dat de zorg zo zeer hetzelfde is gebleven, is des te opmerkelijker gezien de grote veranderingen die in de volksgezondheid hebben plaatsgevonden: de vergrijzing en sterk gestegen levensverwachting, de toename van chronisch zieken, de medisch-technologische vooruitgang, aandoeningen en gezondheidsrisico's die steeds eerder kunnen worden opgespoord en behandeld.

“Een heel nieuw systeem is nodig, maar de transitie is razend ingewikkeld.”

Agnes Jongerius

De vraag is of de toekomst van de zorg er niet heel anders uit komt te zien. Op technologisch, economisch en maatschappelijk gebied zijn ontwikkelingen aan de gang die vergaande gevolgen kunnen hebben voor de zorg en huidige vanzelfsprekendheden op losse schroeven zetten. Deze ontwikkelingen zijn autonoom van karakter en komen dus onherroepelijk op de zorg af. Sommige van deze veranderingen zetten versneld door. Maar vooral zijn de richting en snelheid van ontwikkelingen en de impact die zij op de zorg zullen hebben onzeker.

Om enkele voorbeelden te noemen. Hoe ziet de verhouding tussen formele zorg, informele zorg en zelfzorg eruit als een kwart van de bevolking straks ouder dan 65 jaar is? Wat betekent de voortdurende informatietechnologie voor zorgverleners en patiënten? Zit de eerstelijnszorg straks in onze mobiel? Wat als de zorg niet meer is georganiseerd rondom de spreekkamer en de OK maar primair “huiskamerzorg” is? Welke kansen bieden ontwikkelingen als Google Glass voor de zorg? Zijn er nieuwe spelers die in de zorg een belangrijke rol gaan spelen? Is bij een stijging van de zorguitgaven tot boven de 20% van het BBP, zoals in sommige scenario’s, te verwachten dat de zorg door enkele grote zorgverzekeraars wordt ingekocht? Wat gaat Europa betekenen voor de zorg?

Bij toekomstverkenningen is onderscheid te maken tussen onzekerheid over autonome ontwikkelingen (cognitieve onzekerheid) en onzekerheid over de gewenste toekomst (normatieve onzekerheid) (WRR, 2010).

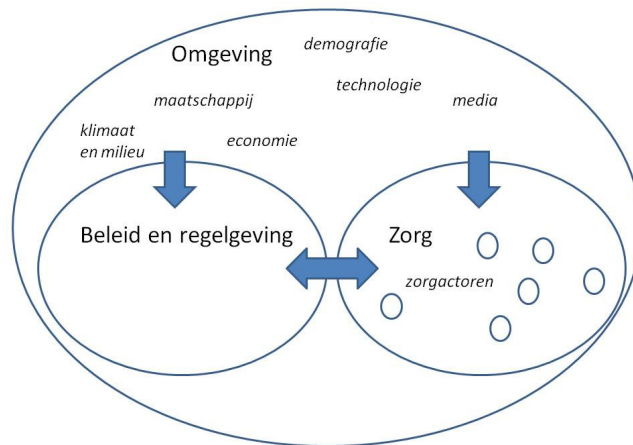
1.2 Beleidsvraag

Dit advies beoogt een antwoord te geven op de volgende beleidsvraag:

Welke autonome ontwikkelingen komen tussen nu en 2040 op de zorg af? Tot welke mogelijke toekomstbeelden voor de zorg leiden deze ontwikkelingen? Wat heeft dit voor gevolgen voor zorgaanbieders, patiënten, zorgverzekeraars en de overheid? En welke kansen en dilemma’s leveren deze op voor het zorgbeleid?

Het zorgveld en het zorgbeleid hebben te maken met veel omgevingsfactoren waarvan de toekomst fundamenteel onzeker is (figuur 1.1). Beide kunnen hun voordeel doen door expliciet rekening te houden met deze onzekerheid en hierop te anticiperen.

Figuur 1.1



1.3 Functie van het advies

De Raad wil met dit advies het beleid, de politiek, de spelers in de zorg, en de burger, aanzetten tot (gezamenlijke) reflectie op de autonome ontwikkelingen die de komende decennia op de zorg afkomen, en op hun eigen strategisch handelen waarmee zij op deze ontwikkelingen anticiperen.

Door de kansen en dilemma's te identificeren die deze mogelijke ontwikkelingen met zich meebrengen, beoogt de Raad bij te dragen aan een beleid dat toekomstgericht is en flexibel op veranderingen kan inspelen (zie kader).

Dit advies heeft een sterk verkennend en agenderend karakter, en het doen van concrete aanbevelingen is bewust vermeden.

Toekomstbestendig? Toekomstgericht!

De Raad geeft de voorkeur aan de term "toekomstgericht" in

plaats van “toekomstbestendig” beleid. Dit laatste kan het misverstand oproepen dat een beleidskoers mogelijk is die langdurig kan worden volgehouden ondanks dat zich allerlei veranderingen voordoen. Het is eerder van belang dat het beleid anticipeert op veranderingen die zich mogelijkwijs zullen voordoen, aan monitoring doet om signalen van deze veranderingen tijdig op te pikken, en zich bewust is van de eigen aannames en de relativiteit hiervan.

1.4 Aanpak

Om de bovengenoemde vragen te kunnen beantwoorden is een toekomstverkenning uitgevoerd om bewust te worden van de autonome veranderingen die zich op termijn kunnen voordoen en die beeldbepalend zijn voor de zorg (“van buiten naar binnen”). Toekomstige trends en onzekerheden zijn verkend, en sterke en zwakke signalen van verandering die voor trendbreuken kunnen zorgen. Voor een deel zijn deze trends en onzekerheden terug te voeren op ontwikkelingen die zich in het verleden hebben voorgedaan. Enkele van deze ontwikkelingen zijn verder verdiept tot gedurfde en verrassende toekomstbeelden voor de zorg.

Om de onzekerheden van beeldbepalende ontwikkelingen expliciet te maken en hun onderlinge samenhang te onderzoeken, zijn twee sterk uiteenlopende maar voorstelbare toekomstscenario's ontwikkeld. In deze toekomstscenario's verlopen sommige ontwikkelingen die een grote impact hebben op de zorg op een geheel verschillende maar onderling consistente wijze. Hoewel in theorie talloze toekomsten mogelijk zijn, zijn deze twee scenario's beschreven om te verkennen wat de perspectieven voor spelers in de zorg zijn, en wat de kansen en dilemma's zijn als de toekomst heel anders verloopt. Het scenario *Polderaars* sluit het meest aan op de huidige ontwikkelingen. Het scenario *Kosmopolieten* is een hiermee contrasterend scenario waar op meerdere samenhangende terreinen trendbreuken plaatsvinden.

Beide scenario's zijn overwegend kwalitatief van karakter en gaan uit van ongewijzigd beleid. De ontwikkelingen zoals beschreven zullen zich dus voordoen gegeven dat het huidige zorgbeleid wordt voortgezet en niet fundamenteel wordt gewijzigd.

Om de kansen en dilemma's voor het beleid scherp te krijgen is het noodzakelijk om de richting van autonome ontwikkelingen af te zetten tegen wat wenselijk is. In dit advies is nagegaan hoe het streefbeeld *Vitale Zorg* eruit ziet in beide toekomstscenario's. *Vitale Zorg* is een doorvertaling van "participatie" als beleidsideaal naar het terrein van zorg en welzijn. ("van binnen naar buiten"). Beide toekomstscenario's verlangen een eigen beleidsstrategie om dit streefbeeld te realiseren.

De blik bij de toekomstverkenning is gericht op het jaar 2040. Dit is ver genoeg om wat vrijer te kunnen reflecteren op de zorg van de toekomst en om ruimte te laten aan trendbreuken die de zorg verregaand kunnen veranderen. Tegelijk is het een voorstelbare horizon omdat de meesten van ons dit nog zullen meemaken.

Een uitgebreide beschrijving van de aanpak en resultaten van de toekomstverkenning is opgenomen in het achtergronddocument bij dit advies.

1.5 Voorbereiding

In de voorbereiding zijn vele deskundigen geraadpleegd. Er zijn workshops gehouden met experts van binnen en van buiten de zorg, en met beleidsmedewerkers van de ministeries van VWS, OCW, SZW en Financiën. De verslagen hiervan vindt u in het achtergronddocument. Met een aantal personen uit de politiek, het bedrijfsleven, en van maatschappelijke organisaties, zijn interviews gehouden. Deze interviews zijn gebundeld in een aparte brochure. Een aantal studenten heeft deelgenomen aan een essaywedstrijd met de toekomst van de zorg als thema. De winnende essays zijn opgenomen in het achtergronddocument. Op enkele MBO zorgopleidingen zijn interactieve themalessen georganiseerd met studenten, met als doel om hun inzichten en perspectieven op de zorg van de toekomst te verzamelen. Onder de relaties van de RVZ is een enquête gehouden om zicht te krijgen op toekomstige beleidsthema's. De uitslag hiervan vindt u in het achtergronddocument bij deze studie. Meer informatie over de voorbereiding van deze studie vindt u in bijlage 2.

1.6 Leeswijzer

Na dit inleidende hoofdstuk vervolgt hoofdstuk 2 met de toekomstverkenning. Deze start met een analyse van de belangrijkste actuele trends in volksgezondheid en zorg, en vervolgt met de twee toekomstscenario's. In hoofdstuk 3 komt het streefbeeld *Vitale Zorg* aan de orde, en de beleidsstrategieën om dit in beide toekomstscenario's te realiseren. Hoofdstuk 4 besluit met een analyse van de belangrijkste kansen en dilemma's waar het beleid op het terrein van zorg en welzijn de komende jaren mee te maken krijgt, tegen de achtergrond van de twee toekomstscenario's.

Toekomstbeeld: Doe-het-zelf gezondheidszorg

De hoeveelheid nieuwe en betaalbare apparaten met sensoren en apps waarmee mensen lichaamsfuncties en omgevingsfactoren kunnen meten neemt elke dag toe. Wat als de burger steeds meer kennis en kunde op het vlak van zorg in huis heeft en hier meer kan doen? Mensen meten, weten en delen hun kennis over gezondheid. De volgende stap is dat zij zelf diagnoses kunnen stellen, weten welke opties er zijn, de voor- en nadelen hiervan kunnen afwegen, en uiteindelijk ook op eigen kracht kunnen genezen. Nu al kunnen onze smartphones ons hartritme monitoren, kunnen contactlenzen de bloedsuikerspiegel meten en kan een knuffelbeer je temperatuur meten.

Nu nog is de arts-patiënt relatie ongelijk. Maar wat als specialistische kennis kan worden ontsloten via expertsystemen die aansluiten bij wat patiënten zelf kunnen begrijpen, en waarmee ze afwegingen kunnen maken en beslissingen kunnen nemen? Stel dat hulp door lotgenoten via patiëntenplatforms een alternatief vormt voor begeleiding door professionals ter bevordering van therapietrouw of leefstijlverandering. Platforms zoals Patients-like-me brengen patiënten nu al in contact met elkaar en bieden tools om gezondheid te vergelijken, behandelervaringen uit te wisselen, en artsen te beoordelen.

In de wereld van doe-het-zelf zorg helpen burgers de medische vooruitgang. De fysieke en virtuele wereld zijn er sterk met elkaar verweven. Mensen kunnen in flexibele netwerken bijdragen aan nieuwe innovatieve zorgoplossingen, apps of medicijnen. Nu reeds zien we tal van initiatieven van "citizen science" waarbij burgers zelf experimenteren en sleutelen aan medicijnen en zorgoplossingen. Met de gratis game Play to Cure: Genes in Space kan de collectieve kracht van duizenden gamers worden ingezet om medische data te onttrafelen en zo kanker sneller te verslaan.

Met deze ontwikkeling gaan machtsverbanden schuiven, tussen traditio-

le spelers en nieuwe commerciële partijen zoals ICT- en databedrijven, tussen farmaceutische industrie en burger start-ups, tussen zorgpartijen en patiënten. Dit betekent ook een verschuiving van verantwoordelijkheden. Stel dat de gegevens over lichaamswaarden die jij verzamelt automatisch worden doorgestuurd naar een gezondheidscentrum, wie moet dan ingrijpen als deze afwijkingen vertonen? Wie is verantwoordelijk als dit niet gebeurt? En kan deze doe-het-zelf zorg ook leiden tot meer ongerustheid dan voorheen, en tot medicalisering van afwijkingen die binnen de grenzen van het normale vallen?



2 De toekomst van de zorg in tweevoud

Welke autonome ontwikkelingen kunnen tussen nu en 2040 bepalend gaan zijn voor de volksgezondheid en zorg? In hoeverre zijn deze ontwikkelingen trendmatig of juist onzeker van karakter? Welke scenario's van toekomstige veranderingen zijn mogelijk? Welke nieuwe perspectieven bieden deze ontwikkelingen op de zorg en op de rol die overheid, zorgpartijen en burgers zelf spelen? Dat zijn de vragen die centraal staan in dit hoofdstuk.

2.1 Leren van het verleden

Een aantal ontwikkelingen die zich in het verleden hebben voorgedaan zullen mede bepalend zijn voor de toekomst van de volksgezondheid en de zorg. De belangrijkste zijn:

1. De (gezonde) levensverwachting is de afgelopen decennia sterk gestegen, vaak meer dan vooraf was verwacht. Hieraan hebben een betere curatieve zorg en programmatische preventie in belangrijke mate bijgedragen.
2. De sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) zijn groot en nemen eerder toe dan af. Deze zijn voor een groot deel toe te rekenen aan verschillen in een ongezonde leefstijl.
3. De collectieve zorguitgaven zijn sterk gegroeid, absoluut en ten opzichte van het bruto binnenlands product (BBP). Belangrijke drivers zijn de sterk toegenomen medische mogelijkheden, de ruimere aanspraken in de AWBZ, de vergrijzing, een achterblijvende arbeidsproductiviteit, en de medicalisering van alledaagse problemen.
4. Het collectief gefinancierde zorgaanbod is gelijk voor iedereen, met weinig tot geen differentiatie naar sociaaleconomische positie.
5. De professionele autonomie van zorgprofessionals neemt af ten gunste van de positie van patiënten, terwijl ook het financiële eigen risico is toegenomen.
6. De eerste stappen zijn zichtbaar van concentratie van hoog-complexe medisch-specialistische zorg en van verschuiving van laag-complexe medisch specialistische zorg naar de eer-

stelijnszorg. Dit is het resultaat van een proces waarbij verantwoordelijkheden in de zorg zijn gedecentraliseerd naar zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

2.2 Twee toekomstscenario's

Of en hoe sterk de trends uit het verleden zullen doorzetten is afhankelijk van een aantal toekomstige ontwikkelingen die grote invloed hebben op de zorg en de volksgezondheid: technologie, economie, demografie, en de maatschappelijke verhoudingen die bepalend zijn voor de onderlinge solidariteit. Deze ontwikkelingen gaan grotendeels geleidelijk, maar de richting en snelheid zijn onzeker, en soms kan er sprake zijn van plotse veranderingen. Vele toekomstige werelden zijn mogelijk. Hier beschrijven we er twee, *Polderaars* en *Kosmopolieten*, waarin de samenhang tussen onzekere ontwikkelingen is verkend. De kenmerken van deze scenario's staan in de volgende tabel.

<i>Polderaars</i>	<i>Kosmopolieten</i>
Gesloten economie	Open economie
Economische groei <1%	Economische groei >2%
Technologische ontwikkeling vertraagt	Snelle technologische ontwikkeling
Hoge werkloosheid	Lage werkloosheid
Stabiele sociaaleconomische verschillen, ook in gezondheid	Oplopende sociaaleconomische verschillen, ook in gezondheid
Migratiesaldo <10.000 personen per jaar	Migratiesaldo >50.000 personen per jaar
Collectieve zorguitgaven 18% van het BBP in 2040*	Collectieve zorguitgaven 25% van het BBP in 2040*
Levensverwachting 83 jaar in 2040	Levensverwachting 89 jaar in 2040

* bij ongewijzigd beleid

Voorafgaand aan de toekomstscenario's zijn toekomstbeelden voor de zorg beschreven, waarin afzonderlijke trends en mogelijke trendbreuken zijn verkend en doorvertaald. De paragraaf besluit met enkele spiegelverhalen over het leven van denkbeeldige personen in beide toekomstscenario's.

Hoe het verder ging

<i>Polderaars</i>	<i>Kosmopolieten</i>
<p>Na een jarenlange crisis in de jaren '10 richt Nederland zich op haar eigen kracht en eigen waarden. In navolging van de kiezers is gekozen voor nationale soevereiniteit op financieel-economisch terrein. De vastgoedportefeuilles blijven zwaar op de balansen van banken en pensioenfondsen drukken, waardoor de kredietverlening onder druk blijft staan. Het lukt politieke partijen niet om de leegte in het midden te overbruggen en hervormingen door te voeren. Maatregelen om de arbeidsmarkt, de pensioenen en de huizenmarkt te hervormen blijven hierdoor uit. Doordat mensen niet van baan veranderen als ze hun woning niet kunnen verkopen komt de economie letterlijk en figuurlijk tot stilstand. Immigratie wordt ontmoedigd. Burgers richten zich overwegend op immateriële waarden en onderlinge betrokkenheid in kleine kring. Een deel neemt meer eigen verantwoordelijkheid maar een ander deel vindt dat de overheidsvoorzieningen in stand moeten</p>	<p>Nederland weet zich in de loop van de jaren '10 te herstellen van de crisis die in 2008 begon in de financiële sector. Institutionele hervormingen, het vrije handelsverkeer en de internationale kennisuitwisseling staan aan de basis van een lange periode van groei. Op Europees niveau wordt het toezicht op banken en op nationale begrotingen ingericht. Nadat banken de pijn van afschrijvingen op verborgen verliezen hebben genomen, komt de kredietverlening aan het midden- en kleinbedrijf op gang. Europa weet een goede derde positie te handhaven naast de economische grootmachten VS en China. Nederland profiteert hiervan: bedrijven doen het vooral goed op het gebied van duurzame technologie, ICT en logistiek, voeding, lifestyle en gezondheidstechnologie (o.a. serious games) en in de creatieve sector. De Randstad ontwikkelt zich tot een stedelijke agglomeratie, net zoals diverse Europese regio's die het epicentrum vormen van tech-</p>

blijven.	nologische en economische ontwikkeling. Tussen deze regio's is een groeiend verkeer van kenniswerkers en van lager opgeleiden in dienstverlenende sectoren. Nederlandse burgers gaan primair uit van eigen verantwoordelijkheid en gaan voor de eigen kansen.
----------	---

2040: toekomstscenario *Polderaars*

Toekomstbeeld: Elke baby een genenpaspoort

Stel dat vroegtijdige bepaling van onze genetische opmaak gemeengoed wordt. Mensen kunnen risico's op vermijdbare ziektes verminderen door hun levensstijl aan te passen of medicijnen te gebruiken. Of zich voorbereiden op het onvermijdelijke. (Toekomstige) rokers kunnen een gen-vaccin toegediend krijgen dat de route van nicotine naar het brein blokkeert, en zo een verslaving voorkomen.

Door onderzoek naar de verbanden tussen onze omgeving, ons gedrag en onze gezondheid, de epigenetica, kunnen nieuwe bedrijfstakken ontstaan die diensten aanbieden zoals genetica gebaseerde lifestyle coaching en dating bureaus. Een intersectorale benadering om gezondheidsrisico's te verminderen kan sterker in de belangstelling komen te staan. Vanwege de familiaire aandoeningen kunnen teams van artsen en andere experts gespecialiseerde diensten aanbieden aan hele families, generaties lang.

Steeds meer gedragspatronen en vermogens blijken een genetische basis te hebben. Wat als deuren op je levenswandel (school, bedrijf, partner) zich gaan openen of sluiten op basis hiervan? Raken mensen die niet gezegend zijn met een gunstig genetisch profiel aan de marge? Hoe gaan we om met deze voorkennis? Wat als mensen er voor kiezen om deze informatie niet te gebruiken om hun levensrichting aan te passen? Hebben zij wel een keus? Wat als voor kapitaalkrachtigen andere wettelijke kaders gelden die hen in staat stellen een genetische voorsprong te nemen?

Toekomstbeeld: Doe-het-samen

Wat als burgers zich in de zorg meer dan nu gaan organiseren in burgercollectieven of zorgkringen? Als antwoord op een terugtrekkende overheid, of uit behoefte aan eigen regie en zeggenschap. Leden kunnen elkaar zorg en andere diensten verlenen op basis van wederkerigheid. Groepen van gelijkgestemden kunnen zorginkoopcombinaties vormen en vanuit hun eigen waarden en cultuur wonen-met-zorg organiseren. In tijden waarin families en netwerken van mensen geografisch meer gespreid zijn, zouden tevens internationale zorgkringen kunnen ontstaan. Patiënten met zeldzame ziekten kunnen wereldwijd een kennisplatform organiseren, een verzekeringscollectief vormen, of gezamenlijk onderzoek financieren naar nieuwe behandelingen. Het onderling delen van risico's in zorgkringen kan ook verplichtingen scheppen, bijvoorbeeld dat men transparant is over de eigen levensstijl, en hierop aanspreekbaar is.

Zorgkringen verschillen in de kwaliteit van dienstverlening. Niet elke zorgkring is even goed georganiseerd. Hoe kan een basisniveau worden gegarandeerd? Er zijn ook mensen die buiten elk netwerk vallen, uit vrije wil of onvrijwillig. Ook de rol van zorgverzekeraars verandert als zorgkringen een vlucht nemen. Mogelijk kunnen zij hierop inspelen door het herverzekeren van hoge risico's en door het faciliteren van het onderling declaratieverkeer en van de zorginkoop.

Hoe kan de overheid hiervoor ruimte creëren? Door alleen terug te treden of ook door te faciliteren? Bijvoorbeeld door een variant op het Japanse systeem Hureai Kippu, een soort zorgeuro waarbij mensen die hulp bieden tijd-tegoed opbouwen dat zij later in hun leven zelf kunnen gebruiken of kunnen doorgeven aan anderen.

Toekomstbeeld: De kracht van de onzichtbare hand

Onze keuzes worden impliciet gestuurd door de wijze waarop ze worden aangeboden en door onze omgeving. Nudging betreft het subtiel veranderen van de keuze opties en van de omgeving waarin keuzes tot stand komen om het gedrag van mensen in een wenselijke richting te sturen. Een dwijte in de goede richting. Of als compenserende prikkels in de huidige keuzearchitectuur van publieke ruimten die ongezond gedrag stimuleert.

Stel je voor dat de Nederlandse overheid een Gedragseenheid heeft die inzichten uit de gedrags-, neuro- en economische wetenschappen gebruikt om de uitvoering van overheidstaken te herontwerpen om zo gezonde keuzes te stimuleren. Bijvoorbeeld bij de uitnodiging voor bevolkingsonderzoek. Het niet komen opdagen van mensen op afspraken kan met een derde worden

teruggedrongen door mensen de tijden van hun eigen afspraak zelf op te laten schrijven en ze te herinneren aan het feit dat 'de meeste mensen het ons laten weten wanneer ze niet kunnen komen', wat gewoon feitelijke informatie is. Andere voorbeelden: de keuzeopties bij orgaandonatie, inrichting van gezonde schoolkantines, brede trappen en langzame roltrappen in de openbare ruimte, kleuroepassing of gebruik van (veilige) stoffen in publieke ruimten om agressief gedrag te beteugelen.

Wanneer gaan kleine slimheidjes over in onzichtbare sturing waarvan mensen zich onbewust zijn? Nu al krijgen we via talrijke games en apps duntjes in de goede richting, zoals via FigureRunning om meer te wegen en Na-aapje om gezonder te eten. Plezier wordt gekoppeld aan gewenst gedrag (cf. fun theory). Maar wat als de overheid social media gegevens zou gebruiken voor individuele voorlichting? Met andere woorden: wat is sociaal wenselijk of gezond gedrag, wie bepaalt dit en hoe ver mag de overheid gaan om dit te stimuleren? Hoe transparant zijn nudges en hoe betrokken moeten burgers zijn bij het ontwikkelen ervan?

Door het ontbreken van voldoende concurrentie en het uitblijven van hervormingen is de economische groei laag. Dit geldt ook voor het tempo van productontwikkeling die bestaat uit nieuwe toepassingen van bestaande technologieën. Hier staat tegenover dat door de sociaaleconomische koers de verschillen in de samenleving niet groot zijn. Dit komt de cohesie in de samenleving en het onderling vertrouwen ten goede. Mensen hebben hun eigen netwerk hard nodig voor het vinden van een baan, en voor praktische en emotionele steun in tijden van nood, ziekte en gebrek.

De lage economische groei en gebrekkige productontwikkeling vertaalt zich in de zorg tot een stagnerende verbetering van de kwaliteit van zorg. De beloften van nieuwe medische technologieën op basis van gecombineerde inzichten uit de biotechnologie, nanotechnologie, en informatica zijn maar ten dele waargemaakt. De levensverwachting - 82 jaar (mannen) en 85 jaar (vrouwen) in 2040 - is in decennia slechts enkele jaren gegroeid.

Iedereen kan tegen lage kosten zijn eigen genoom laten bepalen. Met behulp van het DNA profiel is het mogelijk om behandelingen af te stemmen op het individu, waardoor overbodige behandelingen en complicaties kunnen worden voorkomen. Dit helpt bovendien om zorgkosten te verminderen.

Hierbij helpt ook dat mensen beschikken over betaalbare apparaten om metingen te doen aan hun eigen lichaam en hun omgeving. Ze kunnen zelf (voorlopige) diagnoses stellen of uitsluiten, en de effecten van behandelingen monitoren. De patiënt is producent van zijn eigen gezondheid, zorgprofessionals zijn medeproducent en hebben een begeleidende rol. Bestaande machtsstructuren in de zorg vormen echter een tegenkracht tegen deze ontwikkeling.

Doordat ziekten en risicofactoren in een steeds vroeger stadium kunnen worden opgespoord, zijn mensen eerder op de hoogte dat zij een aandoening of stoornis hebben, of van de kans hierop. “Ziek zijn” en het omgaan hiermee wordt een vanzelfsprekend onderdeel van het dagelijks leven. Er is in 2040 inmiddels veel bekend over het verband tussen gezondheid, genetische aanleg, omgevingsfactoren en gedrag (epigenetics). Hoewel slechts in bescheiden mate, kunnen mensen met deze voorkennis iets doen, door hun dieet aan te passen of te verhuizen, of door zich regelmatig te laten doormeten. Of ze dit doen hangt af van de eigen portemonnee.

Het komt in 2040 aan op soberheid en zuinigheid. Hoewel zuinigheid kan samengaan met gezond, is gezond eten in het algemeen duurder dan ongezond eten. De kennis over de risico's van bepaalde leefstijlen neemt toe maar het lukt velen vanwege de prikkels vanuit de omgeving niet om dit om te zetten in daden. Lager opgeleiden hebben bovendien een andere opvatting over wat gezond is en hoe belangrijk een gezonde leefstijl is. Het aantal mensen dat rookt, overgewicht heeft, of te weinig beweegt, is al jaren stabiel. Er is minder prestatiedruk en gerelateerde stress, maar onder werklozen is het risico op psychische klachten hoog.

Naast een beperkte groei van het aantal gehandicapten zal door de vergrijzing vooral het aantal ouderen boven de 65 jaar dat beperkt is in het dagelijks functioneren meer dan verdubbelen tot 2040 (Bonneux et al., 2012; scenario CHRON).

De zorguitgaven stijgen tot circa 22% van het BBP waarvan circa 18% collectief gefinancierd, bij ongewijzigd beleid (CPB, 2011; scenario 4 en 7). Deze stijging komt vooral op het conto van de vergrijzing, het care segment, en de achterblijvende productiviteitsontwikkeling in de zorg. Voor verbeteringen in de zorg die extra geld kosten is nauwelijks ruimte; de zorgconsumptie per persoon is min of meer stabiel.

Hoewel de bescheiden sociaaleconomische verschillen tussen mensen de cohesie en onderlinge solidariteit ten goede komt, verminderen de lage groei, lage arbeidsparticipatie en een verslechterende verhouding tussen economisch actieven en inactieven het financiële draagvlak voor collectieve zorguitgaven. De solidariteit staat blijvend onder druk omdat met name de middeninkomens getroffen worden door de hoge werkloosheid. Ook is de perceptie van lager opgeleiden dat hoger opgeleiden de dienst uitmaken als het gaat om de inrichting van de collectieve regelingen.

Vooral op jongere werknemers, die relatief weinig van zorg gebruik maken, wordt een groot beroep gedaan om mee te betalen aan de zorg voor ouderen en aan de pensioenen. Omdat hun arbeidskansen gering zijn en zij geen perspectief hebben dat zij het later beter zullen krijgen, ontstaan sociale spanningen tussen jongere en oudere generaties. Door hun grote omvang zijn ouderen politiek goed georganiseerd.

Er is een groeiende kloof tussen wat medisch-technisch mogelijk is en wat hiervan collectief is gefinancierd. Het beroep op zorg voor lichte klachten wordt sterk ontmoedigd. Mensen moeten hun verwachtingen bijstellen over wanneer ze een beroep op zorg kunnen doen.

De opkomst van China heeft als voordeel dat goedkope robotica en andere ICT producten beschikbaar zijn voor massagebruik. Hierdoor is het in en rond huis comfortabeler en zelfstandiger leven met allerlei slimme hulpmiddelen, voor chronisch zieken, ouderen en gehandicapten. Slimme internettoepassingen helpen mensen om hun zorg en huishouden te regelen met behulp van hun directe netwerk, ook als deze op afstand wonen.

“We kunnen technologie gebruiken om onszelf te bevrijden, denk aan eenzaamheid onder ouderen.”

Daan Roosegaarde

De concentratie van specialistische zorg is verder doorgezet, maar langzaam doordat kwaliteitsinformatie slechts mondjesmaat beschikbaar komt en zorgaanbieders machtige tegenspelers blijken te zijn. Tussen medisch specialisten bestaat onderscheid tussen “mainstream” specialisten die de hoogvolume behandelingen uitvoeren en superspecialisten die verantwoordelijk zijn voor ontwikkeling en verspreiding van nieuwe be-

handelingen. De specialistische zorg verschuift steeds meer richting gezondheidscentra in de eerstelijns. Door technologische ontwikkeling kunnen veel taken gedelegeerd naar lager opgeleide zorgprofessionals (en patiënten zelf).

Het overgrote deel van de zorginkoop door zorgverzekeraars blijft beperkt tot Nederlandse zorgaanbieders.

“Om het zorgsysteem in een vergrijzende samenleving in stand te houden verwacht ik dat er een informeel circuit gaat komen dat elkaar gaat helpen.”

Jacqueline Cramer

In aanvulling op de zorg en ondersteuning van de overheid nemen burgers op lokaal niveau initiatief om onderlinge hulpverlening en dagactiviteiten op te zetten via zorgkringen. Sommige groepen vormen inkoopcombinaties en organiseren zo hun wonen-met-zorg. Deze zorg op menselijke maat sluit ook aan op de ideeën over de zorg van vroeger waarin ruimte was voor liefdevolle aandacht. Een aantal zorgkringen gaat zover dat zij ook onderlinge risico's delen, en elkaar tips geven hoe gezond en vitaal te blijven. Hieraan doen relatief veel zzp'ers, sporters, en actieve ouderen aan mee. Plaatselijk georganiseerde zorgkringen werken samen met lokale dienstverleners, vrijwilligersnetwerken en zorginstellingen.

2040: toekomstscenario *Kosmopolieten*

Toekomstbeeld: Virtual doctor Gus

Zou het kunnen dat omtrent 2030 de eerstelijnszorg en een deel van de ziekenhuiszorg in fysieke vorm is verdwenen? Hiervoor in de plaats is er virtual doctor Gus! De levensechte digitale huisdokter, overigens volledig vergoed door de zorgverzekeraar. Na het routinewerk van laaggeschoolden en de analyse van juridische documenten en MRI-scans, is nu ook het werk van huisartsen, psychologen en paramedici aan de beurt voor automatisering. Voor elke klacht en vraag kan je inloggen in zijn virtuele praktijk. Je deelt je dossier en upload je eigen meetgegevens van de nanochips in je lichaam. Gus stelt vragen over je persoonlijke situatie en biedt gestructureerde vragenlijsten om psychisch lijden te bepalen. Gus geeft diagnoses met waarschijnlijkheden, stelt gerust of biedt de opties voor vervolgdagnostiek en behandeling. Hij biedt e-therapie en geeft je ook nog eens het laatste leefstijl- en gezondheidsadvies op maat. Hij spreekt bijna elke taal en is prettig in de omgang. Op elk tijdstip, zonder wachtkamer en je hoeft je huis niet meer uit.

Gus is de nieuwste interactieve software gebaseerd op artificial intelligence (AI). Deze software bevat de laatste richtlijnen en standaarden. Alles is wetenschappelijk onderbouwd en door de EU gecertificeerd.. Gus kan beter dan elke arts of psycholoog van vlees en bloed beredeneerd van richtlijnen afwijken indien nodig.

Toekomstbeeld: Hubots, niet van echt te onderscheiden

Stel dat robots in de nabije toekomst gemeengoed worden in de gezondheidszorg. Robots kunnen eindeloos en hard werken. Ze kunnen mensen helpen bij huishoudelijke werkzaamheden, of fysiek ondersteunen bij hun revalidatie en verpleging. Neem de Chinese FlyingBuddy2 drone die door verlamden bestuurd kan worden door te denken aan zinnen als 'scherpe bocht naar rechts'. Drones kunnen overigens de logistiek van de zorg ingrijpend veranderen, en de functie van indoor-distributeur in ziekenhuizen vervullen of medicijnen na rampen snel ter plaatse krijgen. En wat te denken van de Defkopters, drones die buiten rondvliegen met ingebouwde AED-apparatuur en via een app oproepbaar zijn? Er zijn zelfs robots met emotionele vaardigheden die een sociale functie vervullen en mensen mentaal kunnen ondersteunen. Door hun voorspelbare gedrag zijn ze ideaal gezelschap voor autistische kinderen. Hoe lang duurt het nog tot de hubots, robots die niet meer van mensen zijn te onderscheiden?

In de toekomst slikken we robots ook in: nano-robots in de vorm van een pil. Bij coloncapsule-endoscopie voor darmonderzoek slikken patiënten een minuscule robotje in de vorm van een capsule in. Deze gaat, uitgerust met een digitale camera, op onderzoek uit. Via een zender stuurt de robopil de verzamelde gegevens naar je smartphone of rechtstreeks naar die van je arts.

Nu nog stuiten robots in de zorg thuis of in instellingen op weerstand en zijn ze duur of onpraktisch. Wie is bijvoorbeeld verantwoordelijk bij incidenten door technische gebreken of door verkeerd gebruik? Ze worden nog als aanvulling gezien op de bestaande zorg. Maar wat als robots dermate goedkoop en gebruiksvriendelijk worden dat zij een acceptabel alternatief worden? Wordt zorgpersoneel dan overbodig en blijven er enkel onderhoudsmonteurs over? Krijgen we straks goedkope zorginstellingen met robots om personeel te vervangen, en luxere instellingen waar robots het zware werk doen en personeel meer tijd heeft voor persoonlijk contact? Hoe verhoudt het belang van werkgelegenheid en van persoonlijke aandacht zich tot de publieke belangen in de zorg?

Toekomstbeeld: 100+ en nog niet oud

We willen graag oud worden en liefst zo gezond mogelijk. Maar wat als we inderdaad door medische ingrepen het leven op hoge leeftijd flink weten te

verlengen? Wat als we niet, zoals de laatste prognoses aangeven, gemiddeld 84 jaar (mannen) of 87 jaar (vrouwen) worden in 2040, maar eerder 90 jaar of ouder? Worden velen van ons straks actieve 100-plussers? Sommige deskundigen rekenen erop dat toekomstige ouderen gezonder zijn dan de ouderen van nu (Westendorp, 2014). Wordt 70 het nieuwe 50? Chronische ziekten als staar, diabetes en artrose gaan door betere zorg minder gepaard met beperkingen. Gaan we ouderen dan (weer) als een waardevol onderdeel van de familie zien in plaats van een last? Of gaan we China achterna en stellen we kinderen wettelijk verplicht hun ouders financieel en emotioneel te ondersteunen en regelmatig te bezoeken?

De jeugd is straks niet meer de enige fase waarin je onderwijs volgt, volwassenheid is niet louter meer voor werk, en ouderdom betekent niet alleen dat je met pensioen gaat. Tijden van werken, opvoeding van kinderen, onderwijs volgen, vrijwilligerswerk of mantelzorg gaan meer door elkaar lopen. We nemen wellicht meer pauzes tussendoor om te studeren of te zorgen, en starten daarna een volgende carrière op. We blijven ook langer werken. Maar lukt het ons om de verhouding tussen economisch actieven en inactieven enigszins in balans te houden? Misschien als werkgevers oudere werknemers faciliteren om geleidelijk af te bouwen in plaats van plotseling te moeten stoppen. Of misschien komen er adviesbureaus van senioren die zo hun waardevolle kennis en ervaring verzilveren?

Door het perspectief van een lang leven stellen we het krijgen van kinderen uit. Dit voorkomt het ontstaan van 4- of 5-generatie families. Generaties blijven ook langer voor elkaar zorgen, families worden steeds langer en smaller. Ouderen gaan meer zorgen voor ouderen, want van hulp van jongere generaties is niet alles te verwachten.

Natuurlijk bestaat 'de' oudere niet. Ook immigrantengroepen vergrijzen. De levensverwachting en zorgbehoefte van ouderen lopen sterk uiteen. Bovendien is de vraag of iedereen gelijke toegang houdt tot medische behandeling. Oudere werknemers die lager opgeleid zijn of een geringere fysieke en mentale fitheid hebben, genieten een korter pensioen, en staan bij een teruglopende arbeidsvraag eerder langs de kant. De verschillen tussen ouderen nemen dus toe, in gezondheid, financieel, en in maatschappelijke kansen.

Vergrijzing wordt doorgaans geassocieerd met oplopende zorgkosten. Maar de groeiende groep vermogende ouderen biedt ook kansen voor nieuwe services, zorgdiensten en -producten. Gezondheid en zorg worden met afstand het belangrijkste politieke issue. Waarbij zorg en ouder worden in samenhang moeten worden gezien met onze pensioenen, de arbeidsmarkt, en met wonen. Want hoe zorgen we voor woningen en voorzieningen in de buurt voor al die ouderen met hun verschillende hulpbehoefte, voorkeuren en familiesituaties?

Toekomstbeeld: Internationale zorg in de achtertuin

Wat als de internationale markt voor gezondheidszorg zich verder opent? Recent heeft de EU al een richtlijn uitgevaardigd om het vrij gebruik van grensoverschrijdende zorg te bevorderen. Tegelijkertijd profileren landen als India zich als bestemming voor goedkope gezondheidszorg, mogelijk gemaakt door lage loonkosten en goed opgeleide artsen, en zijn er tijdschriften speciaal gericht op de zorgtoerist.

Met de verhoogde mobiliteit van patiënten, en van technologie en kennis, ontstaan kansen voor Nederland als kennismakelaar, integrator of leverancier van zorgoplossingen. Nederland kan van importeur een netto-exporteur van zorgproducten en -diensten worden. Nederlandse verpleegkundigen, psychologen en begeleiders hebben rechtstreeks contact met hun Ierse en Franse cliënten. Door grensoverschrijdende concentratie van zorg kunnen binnen Europa gespecialiseerde, regionale zorgclusters ontstaan die samen een diverse lappendeken van zorgvraag en -aanbod vormen. Nederlandse zorgpartijen kunnen grensoverschrijdende allianties aangaan en buitenlandse satellietvestigingen openen. Medisch specialisten kunnen zo gericht kennis uitwisselen met hun buitenlandse collega's.

Afhankelijk van waar plek is én de juiste expertise aanwezig is, worden patiënten voor een knieoperatie door artsen uit Tilburg, Lille of Frankfurt geholpen. Patiënten kunnen zo sneller worden geholpen, overcapaciteit wordt beter benut en wachtlijsten worden vermeden. Er kunnen nieuwe zorgproducten en -diensten ontstaan op het snijvlak van data, ICT en serious gaming. Producten voor diagnostiek, chirurgie op afstand, en opleiding van zorgprofessionals met een wereldwijde markt. Maar wat als Europese ouderen zich massaal in Nederland willen vestigen om hier hun oude dag door te brengen, een zorgverzekering afsluiten, en zich melden bij hun gemeente voor hulp aan huis?

Toekomstbeeld: Verbeteren is beter dan genezen

Wat als medische zorg niet langer geassocieerd wordt met ongemak en ziekte maar met beter presteren en verhoogd comfort? In zo'n wereld waarderen we onze gezondheid steeds meer als een kans om ons welzijn te vergroten. Immers, een goede gezondheid heeft waarde voor ons gezinsleven, ons werk, onze vrije tijd, de economie. Beetje bij beetje leggen we zo de lat steeds hoger, voor onszelf en voor anderen, en wordt de behoefte aan bovenmenselijke prestaties groter. Onder invloed van prestatiedruk en scoringsdrang zoekt een groeiende groep kenniswerkers vandaag reeds haar toevlucht tot breindoping. Wat als ieder straks met een beetje hulp met 2 uur slaap per nacht toekomt? Wat als we onszelf minder gevoelig voor stress kunnen maken of ons empa-

thisch vermogen kunnen vergroten? Door inzet van nanobots kunnen we de biochemische evenwichten in ons lichaam bewaken. Met brein-machine-interfaces zijn we binnen afzienbare tijd in staat om infrarood, magnetische velden, en ultrasoon geluid waar te nemen. En wat te denken van cyborg-technologie die de mogelijkheden en productiviteit van werknemers kan verhogen. Wie kan en durft er dan nog 'nee' te zeggen in de wedloop van menselijke verbetering? Hoe gaan we om met veiligheidsrisico's als het niet om genezen gaat maar om het verleggen van onze grenzen?

In Nederland kan een geheel nieuwe industrie ontstaan rondom het verbeteren van mensen, met gespecialiseerde centra als spinnen in het web waar kennisinstellingen, overheden, bedrijven en gebruikers samenwerken. Deze quadruple helices kunnen technologische, economische en sociale innovatie hand in hand laten gaan.

De zorg als online supermarkt of mondiaal zenuwstelsel

Mensen delen hun zorgervaringen met elkaar, en houden straks hun eigen patiëntendossier bij. In de zorg nemen databases met medische en administratieve gegevens in omvang sterke toe. Wat als deze Big Data een onuitputtelijke bron van kennis vormen? Kennis die gebruikt kan worden voor wetenschappelijk onderzoek, voor verbetering van de zorg, en voor het maken van keuzen in de zorg?

Door deze gegevens te ontsluiten kunnen zorgprocessen efficiënter worden ontworpen. Zorgverleners kunnen modulaïr samengestelde programma's voor chronische ziekten op maat leveren op basis van individuele profielen. Zorgverzekeraars kunnen polissen ontwikkelen op basis van gedetailleerde gegevens van gebruikers, en verkopen via winkelketens, vliegmaatschappijen en fitness centra. Patiënten kunnen in hun reis door de zorg kiezen voor de medische zorg die bij hun voorkeuren en portemonnee past. Online supermarkten die naast bewuste voeding en zorgproducten ook zorgverzekeringen met korting aanbieden bij een minimale besteding van 1000 euro? Wordt de zorg een online supermarkt waar de klant koning is?

Stel dat achter de schermen ook commerciële partijen, hulpmiddelen fabrikanten, voedingsbedrijven, of mental coaches gebruik kunnen maken van deze data. Via slimme datamining technieken kunnen zij elke burger scannen om online hun producten aan te bieden. Wat als deze spelers hierin gaan samenwerken met traditionele zorgpartijen? De zorg lijkt zo een normale bedrijfstak te worden.

Ook voor de overheid biedt dit kansen. Onzichtbaar kunnen burgers worden gevolgd en gescreend, bijvoorbeeld op onveilige opvoedsituaties of infectiegevaar. Omgekeerd kunnen groepen burgers door verbanden te leggen tussen lokale

ziektegevallen en hun woonomgeving de overheid onder druk zetten om maatregelen te nemen.

Of markeert Big Data een nieuw stadium van menselijke kennis, waarin de menselijke intelligentie op een hoger niveau wordt getild? Data worden verbonden en verwerkt in een mondiaal zenuwstelsel, een superbrein dat alle bestaande intelligentieniveaus overstijgt. Dit systeem kent geen centrale sturing, mogelijk domineren enkele machtige spelers. Wat als dit systeem niet alleen verbanden kan leggen, zelfs bij weinig voorkomende gebeurtenissen, maar ook beslissingen kan nemen en patiënten en zorgpartijen hun beslissingen kunnen uitbesteden aan dit systeem?

Mensen passen hun gedrag aan om hun privacy te beschermen. Maar wie hebben de competenties om hiermee om te gaan? Hoeveel inspraak hebben mensen bij het gebruik van hun gegevens? Welke databescherming is nodig om cyberaanvallen af te weren? En leidt de veelheid aan informatie tot keuzestress, en tot meer in plaats van minder beroep op zorgprofessionals?

Deze toekomstbeelden maken duidelijk dat ook een ander scenario mogelijk is. In het scenario *Kosmopolieten* neemt de diversiteit in de samenleving sterk toe vanwege de groter wordende inkomensverschillen, globalisering, en de hoge arbeidsmigratie. Mensen leven in lossere verbanden. Door de sterke technologische ontwikkeling komen nieuwe producten en diensten met grote snelheid op de markt, ook in de zorg.

“Een zonnige toekomst is alleen mogelijk in een globaliserende wereld.

Hans Wijers

Er is vrijwel geen terrein in de zorg waar geen vooruitgang wordt geboekt, hoewel het tempo van verandering en de kans op succes verschilt. In de regeneratieve geneeskunde breiden de mogelijkheden van stamceltherapie zich uit naar steeds meer weefsels en organen. Robots helpen chirurgen om, vaak ook op afstand, minimaal invasief te opereren. Robots beschikken over cognitieve intelligentie en emotionele vaardigheden, en zullen steeds complexere zorg en begeleiding van mensen aan kunnen. De prognose van ziekten van het centrale zenuwstelsel en ernstige psychische stoornissen kan sterk worden verbeterd door deep brain stimulation (DBS) en nanotechnologie.

Kankerbehandelingen worden verfijnder, maar de ingewikkelde tumorbiologie verhindert een ongebreidelde toename in

overlevingskansen. De mens zal de natuur niet steeds te slim af kunnen zijn, zoals blijkt door de opkomst van multiresistente micro-organismen. Deze laatste ontwikkeling is cruciaal omdat een goede antibiotische therapie van infecties een voorwaarde is voor veel andere medische handelingen, bijvoorbeeld in de chirurgie en de neonatologie.

Medische mogelijkheden worden niet alleen voor herstel en genezing gebruikt maar ook voor het verleggen van fysieke en mentale grenzen (enhancement). Werknemers ervaren een sociale druk om hierin mee te gaan. Voor scholen biedt dit kansen om hoger op de prestatielijst te komen.

De levensverwachting ontwikkelt zich langs de hoogste groei-curves, en is gemiddeld tegen de 90 jaar in 2040. Hierdoor is er een sterke toename van het aantal chronisch zieken en gehandicapten, maar deze zijn door de toegenomen medische mogelijkheden gezonder (Bonneux et al., 2012; scenario BIOI). De meeste chronisch zieken ervaren geen beperkingen en voelen zich gezond.

“De oudere bevolking heeft veel vermogen en staat te popelen om deze te besteden aan gezondheid, maar ze kunnen het niet.”

Hans Wijers

De verschillen in gezondheid tussen hoger en lager opgeleiden zijn toegenomen door de flexibilisering van de economie en het toegenomen beroep op eigen verantwoordelijkheid. Een brede bovenlaag van de bevolking is gezonder gaan leven dankzij allerlei gezonde kant-en-klaar producten, sport en leefstijlproducten. Het gestegen inzicht in individuele gezondheidskansen en in wat gezond is helpt hen om anders te gaan eten en leven. Mensen met lagere inkomsten lopen bij deze ontwikkeling achter; ongezonde producten zijn immers relatief goedkoop.

“Gezond leven wordt in alles het uitgangspunt. Binnen afzienbare tijd zal een snelle hap geen ongezond eten meer zijn.”

Jan Rotmans

De zorguitgaven zijn gestegen tot boven de 30% in 2040 waarvan bij ongewijzigd beleid circa 25% collectief gefinancierd (CPB, 2011; scenario 5). Deze stijging komt vooral op

het conto van betere en duurdere curatieve zorg, en in mindere mate de vergrijzing. Het care segment groeit relatief minder ondanks de gestegen levensverwachting; de verbeterde curatieve zorg zorgt voor meer gezonde levensjaren.

De sterke groei van de levensverwachting en de hoge immigratie bepalen de veranderende demografische opbouw van de samenleving. Tegenover het aantal economisch actieven zullen steeds meer inactieven staan. Dit wordt echter gemitigeerd door jonge arbeidsmigranten en doordat mensen later met pensioen gaan, wellicht tot ver boven de 70 jaar. Het financieel draagvlak voor de solidariteit is hiermee groter dan in *Polde-raars*.

Er is een sterke toename van consumentenproducten voor zelfonderzoek, zelfzorg en begeleiding. Informatietechnologie ontsluit de medische kennis voor leken en er ontstaat betere consumenteninformatie over zorg op een internationale schaal. Mensen kunnen in 2040 veel zelf doen en zelf kiezen.

“Als je straks een ziekte hebt, kun je zelf je DNA uitlezen, je zoekt op internet welke behandeling het beste is en welke arts dat het beste kan.”

Michiel Muller

Dit leidt tot een radicaal andere wijze van zorgverlening vooral in de eerstelijnszorg en maatschappelijke dienstverlening. Mensen stellen hun vragen over gezondheid en sociale problemen aan digitale dokters en coaching systemen, op tijden en in situaties waarin zij hier behoefte aan hebben. De zorgvragen voor de eerstelijnszorg en maatschappelijke dienstverlening kunnen nagenoeg geheel digitaal worden afgehandeld. De fysieke eerstelijnszorg verdwijnt nagenoeg geheel. Meer specialistische zorgprofessionals en begeleiders functioneren als “tweede schil”. ICT bedrijven en ondernemingen met hoog-specialistische kennis in data analyse worden belangrijke nieuwe spelers in de directe patiëntenzorg.

Omdat risicofactoren en aandoeningen in een steeds vroeger stadium kunnen worden opgespoord, is “ziek zijn” een normaal onderdeel van het dagelijks leven. In *Kosmopolieten* ligt sterk de nadruk op de eigen verantwoordelijkheid, zodat de kennis van gezondheidsrisico’s gevolgen heeft voor het kunnen afsluiten van zorgverzekeringen.

Burgers organiseren zich in zorgkringen voor onderlinge hulpverlening en financiering van medisch onderzoek. Dit gebeurt lokaal, maar ook internationaal.

De internationale concurrentie tussen zorgaanbieders neemt in dit scenario toe waardoor hoogcomplexere zorg zich concentreert in enkele Europese centra. Consumenteninformatie over de kwaliteit van zorg is op een Europese schaal beschikbaar. Omdat mensen bereid zijn om verder te reizen als ze elders betere zorg krijgen, is het zorggebruik buiten de landsgrenzen substantieel.

In de zorg thuis en de begeleiding en ondersteuning van hulpbehoevenden wordt veel aan de eigen verantwoordelijkheid overgelaten. Ouderen, gehandicapten en dementerenden regelen hun dagelijks leven en hun eigen zorg thuis, met behulp van hun sociale netwerk, robots, domotica, en digitale coaching. Mensen met een grotere beurs kunnen complexere robots en particuliere zorg (arbeidsmigranten) betalen.

Stef (Polderaars)

Stef wordt wakker, eerst maar even virtueel op bezoek bij zijn broer van 85. Op de achtergrond ziet hij Marlies die elke maand zijn haar komt knippen. Dat herinnert hem eraan dat hij vanavond het avondeten moet opwarmen bij de vader van Marlies. Terwijl zijn broer zegt dat het zo jammer is dat moeder net een paar jaar overleed voordat de printniet toegepast kon worden, krijgt Stef een waarschuwing van zijn onderhuidse chip: de komende acht dagen moet hij tien kilometer extra lopen, anders wordt zijn premie verhoogd. Een half uurtje later loopt Stef door de stad, de roltrap licht rood op zodra hij in de buurt komt. Dan maar de trap, mensen kijken je zo vreemd aan als je door rood loopt. Verhoogt meteen de status op zijn profiel van WeShare, het gezondheidscollectief waar hij lid van is. Hij stuurt een reminder naar zichzelf om zijn beveiligingsinstellingen te checken. De overheid en verzekeraars hoeven niet alles te weten. 'Cholesterol te hoog, recept doorgestuurd naar dichtstbijzijnd zorgcentrum', meldt zijn chip. Prima, hij moet daar straks toch zijn voor een workshop 'Preventie en Mantelzorgen' onder leiding van zijn huisarts. Altijd gezellig.

Stef (Kosmopolieten)

Stef wordt wakker, eerst maar even virtueel op bezoek bij zijn moeder van 109. Dankzij haar printniet gaat het veel beter met haar. Op de achtergrond ziet hij dat Aaiza de huisrobot instrueert. Terwijl zijn moeder vertelt over vroeger, verandert Stef zijn persoonlijke instellingen voor zijn onderhuidse chip: hij wil vaker een signaal als hij te weinig beweegt nu de verzekeraar daar zoveel korting voor geeft. Een half uurtje later loopt Stef door de stad, plukt een paar radijsjes uit het plantsoen en neemt alle trapjes en bruggetjes die hij tegenkomt. Verhoogt meteen de status op zijn profiel van WeShare, het gezondheidscollectief waar hij lid van is. Cholesterol is nog steeds te hoog, meldt zijn chip. Een seconde later komt het advies van Rainer Schmidt, zijn nieuwe Duitse zorgcoach: starten met medicatie. Stef checkt zijn verzekering en stemt er dit keer mee in. Hij stuurt zichzelf een reminder om zijn beveiligingsinstellingen te checken. Hij ontvangt de laatste tijd teveel aanbiedingen van zorgaanbieders. Vanavond overleg met de FundRaiseGroup voor de aanschaf van nieuwe domotica in de regio. Altijd gezellig.

Vanita (Polderaars)

Vijf jaar geleden is Vanita afgestudeerd als participatiecoach. Ze heeft een praktijk van ongeveer 200 cliënten, verspreid in de regio. Een zeer verantwoordelijke baan, want zij bepaalt de hoogte van hun uitkering; controleert of de cliënt de maatschappelijk vereiste wederdiensten daarvoor heeft verricht; helpt bij schuldhulpverlening; adviseert over leefstijl en schrijft recepten uit bij aandoeningen die in categorie I vallen. Vandaag heeft ze een afspraak bij de gemeente met de regionale zorgverzekeraar, zorgprofessionals en vertegenwoordigers van de burgerparticipatiebeweging. Ze gaat op de fiets want het centrum is helemaal autovrij. Meestal overleggen ze via internet, maar vandaag is het onderwerp wat ingewikkelder: de toegankelijkheid van persoonlijke gegevens voor participatieprofessionals uit het regionale netwerk. Daarbij moeten ze ook rekening houden met mensen die laag scoren op e-vaardigheden. Gelukkig wordt op school nu wel veel aandacht besteed aan e-vaardigheden en gezond leven, dus op de lange termijn zal het probleem minder groot worden. Alleen duurt dat nog een tijd nu de gemiddelde levensverwachting 100 jaar is.

Vanita (Kosmopolieten)

Vijf jaar geleden is Vanita afgestudeerd als basisarts met een specialisatie in e-health en IT. Vandaag heeft ze een afspraak met drie externe zorgprofessionals bij haar werkgever European CommunITy. Een commercieel softwarebedrijf dat emotionele intelligentie software voor hubots ontwikkelt. Ze gaat op de fiets want het centrum is helemaal autovrij. Meestal overleggen ze via internet, maar vandaag is het onderwerp wat ingewikkelder: de nieuwste Europese zorgrichtlijnen. Vanita levert input voor de toegankelijkheid daarvan voor mensen met lage scores voor e-vaardigheden. Erg belangrijk want het gat tussen hen en het overgrote deel van de Europese bevolking wordt groter en groter nu praktisch alle informatie in de virtuele wereld uitgewisseld wordt. Gelukkig wordt op school nu wel veel aandacht besteed aan e-vaardigheden en gezond leven, dus op de lange termijn zal het probleem minder groot worden. Alleen duurt dat nog een tijd nu de gemiddelde levensverwachting 120 jaar is.



3 Vitale zorg: een toekomst voor ogen

In het vorige hoofdstuk zijn twee toekomstscenario's beschreven. In dit hoofdstuk gaan we na wat deze toekomstscenario's betekenen voor de te volgen beleidsstrategie. Daarbij gaan we ervan uit dat de huidige inhoudelijke beleidslijn wordt voortgezet. Deze wordt in recente beleidsnota's en maatschappelijke debatten betiteld als participatiesamenleving of doe-democratie (Kabinetsnota, 2013). Wat hieronder moet worden verstaan is nog niet uitgekristalliseerd en onderwerp van politieke en maatschappelijke discussie. Het valt daarbij te verwachten dat deze invulling dynamisch is en steeds andere accenten zal krijgen.

De volgende vragen zijn in dit hoofdstuk aan de orde. Hoe pakt participatie als beleidsideaal uit voor het terrein van zorg en welzijn in beide toekomstscenario's? Wat zijn de beleidsstrategieën op het terrein van zorg en welzijn die voortvloeien uit beide scenario's om dit beleidsideaal te realiseren?

De beantwoording van deze vragen bevindt zich in een spanningsveld. De toekomstscenario's beschrijven het onzekere verloop van autonome ontwikkelingen bij voortzetting van het huidige zorgbeleid, maar verschillen beleidsmatig op terreinen buiten de zorg, waaronder het sociaaleconomisch beleid. Het zorgbeleid ontwikkelt zich hier niet los van. De hier beschreven beleidsstrategieën op het terrein van zorg en welzijn zijn volgens de Raad logischerwijs het gevolg van autonome ontwikkelingen. Beide scenario's stellen immers andere eisen aan het zorgbeleid om participatie als beleidsideaal te realiseren. Bijgevolg krijgen de scenario's meer beleidsinhoud en verliezen hun autonome karakter.

3.1 Doe-democratie en participatie in de zorg

Ruimte voor maatschappelijk initiatief

De verhouding tussen burger en overheid is aan het veranderen. In de doe-democratie nemen burgers meer initiatief om oplossingen voor maatschappelijke problemen tot stand te brengen. De overheid biedt hiervoor de ruimte en faciliteert waar nodig. Omgekeerd krijgt de burger meer zeggenschap bij sommige taken die nu nog in handen liggen van de overheid. De overheid laat deze taken steeds meer los en trekt zich te-

rug. Burgers kunnen bijvoorbeeld zelf het groenonderhoud doen in hun eigen straat of zelf een buurthuis beheren.

Van dit burgerinitiatief is al veel zichtbaar. Het is een beweging die al gaande is en waar de overheid een passend antwoord op probeert te vinden. De kabinetsnota geeft aan dat dan ook eerder sprake is van overheidsparticipatie dan van burgerparticipatie. Omdat burgerinitiatief zich veelal op lokaal niveau afspeelt, gaat het er vooral om dat het lokale bestuur aansluiting vindt bij deze ontwikkeling.

Deze wijzigende verhouding tussen overheid en burger geldt ook voor de rol die marktpartijen spelen: private organisaties met een publiek belang en maatschappelijke organisaties die overheidstaken uitvoeren. Het sociaal ondernemerschap van deze organisaties krijgt in de doe-democratie meer ruimte.

“Wat ik vreselijk vindt aan het woord participatiesamenleving is de impliciete suggestie dat Nederlanders niets voor elkaar willen doen. Men doet al heel veel voor elkaar.”

Pearl Dykstra

Vitale Zorg

In de zorg is een kentering gaande van aanbod- naar vraagsturing. Dit was de centrale gedachte achter de stelselwijziging die in 2006 is doorgevoerd. De van overheidswege georganiseerde sociale voorzieningen sluiten onvoldoende aan bij de maatschappelijke behoefte. Cliënten moeten meer eigen regie en zeggenschap krijgen over de zorg die zij nodig hebben, en meer keuzevrijheid. De ideeën over de doe-democratie sluiten hierop aan maar gaan verder. Wat dit concreet betekent op het terrein van zorg en welzijn vat de Raad samen onder *Vitale Zorg*. De kernelementen hiervan zijn:

- *Redzaamheid*: mensen moeten zoveel mogelijk zelfstandig kunnen wonen en voor zichzelf zorgen, met hulp en ondersteuning die zij zelf regelen. Zij doen daarbij zo min mogelijk een beroep op collectief gefinancierde zorg, en regelen zorg en ondersteuning meer onderling en met eigen middelen. Omdat mensen verschillen in hun capaciteiten, materiële omstandigheden en andere hulpbronnen houden zorgprofessionals en indicatie medewerkers er rekening mee dat niet iedereen even goed in staat is om redzaam te zijn.

- *Participatie*: Iedereen heeft voor zover mogelijk een actieve rol in de maatschappij via werk, mantelzorg of een maatschappelijke bijdrage. Dit biedt het beste draagvlak voor solidariteit in de zorg waar wederkerigheid, voor wat hoort wat, een essentieel onderdeel van uitmaakt.

- *Kwaliteit en doelmatigheid van collectief gefinancierde zorg en ondersteuning*: De zorg en welzijnsvoorzieningen zijn van hoge kwaliteit, sluiten aan bij de behoeften van mensen, en zijn efficiënt georganiseerd. Interventies en voorzieningen zijn gericht op herstel en op participatie.

De praktijk om *Vitale Zorg* te realiseren is weerbarstig. De vraagsturing in de zorg heeft er in de praktijk toe geleid dat mensen voor steeds meer lichte hulpvragen een beroep op zorg doen waar ook maatschappelijke oplossingen mogelijk zijn. *Vitale Zorg* betekent dat mensen meer eigen regie en zeggenschap krijgen, en in staat zijn meer zelf te doen of onderling te regelen, waardoor zij zo min mogelijk een beroep doen op de zorg.

3.2 Vitale Zorg in twee werelden

Polderaars: participatie is de kunst van gemeenten om mantelzorg te faciliteren. Redzaamheid is samenredzaamheid.

De behoefte aan mantelzorg zal in het scenario *Polderaars* verdubbelen (Geerts et al., 2012). Dit vraagt meer initiatief van mensen zelf om de zorg en ondersteuning onderling te regelen. De mogelijkheden voor deze onderlinge solidariteit worden beperkt doordat de beroepsbevolking, een belangrijke pool voor mantelzorg, in omvang gelijk blijft. Wel loopt door het beleid dat gericht is op herverdeling de werkloosheid op, vooral onder vrouwen. Verder neemt het aantal gezonde ouderen toe, en kunnen ouderen meer een beroep doen op elkaar. Voor deze onderlinge solidariteit bestaan “ongeschreven wetten” (zie tekstkader).

Als de druk op de openbare financiën blijft aanhouden, zal van gemeenten steeds meer worden gevraagd om formele zorg en ondersteuning op maat te organiseren voor thuiswonende chronisch zieken, gehandicapten, en mantelzorgers, om vershraling van kwaliteit en opnamen in instellingen te voorkomen.

De kwaliteit en doelmatigheid van de zorg wordt bevorderd door gezamenlijke regie van zorgaanbieders, zorgverzekeraars, en gemeenten, op lokaal of regionaal niveau. Zorgaanbieders kunnen onderling ketenzorg organiseren, terwijl zorgverzekeraars selectief inkopen, en gemeenten werken met prestatiecontracten.

Kosmopolieten: redzaam door technologie en door commerciële participatie van arbeidsmigranten.

In het scenario *Kosmopolieten* zal het aantal mensen dat behoefte heeft aan informele of formele zorg gelijk of zelfs kleiner zijn dan in *Polderaars* (Geerts et al., 2012). Bovendien is de zelfredzaamheid van mensen groter doordat zij gemiddeld beter zijn opgeleid en welvarender zijn om de eigen zorg te organiseren. Door innovatie en ondernemerschap komen zorgproducten op de markt en ontstaat commerciële dienstverlening (huisrobots, boodschappenservices etc.). Doordat mensen het snel in hun inkomsten merken als ze veel verzuimen of werkloos worden, stimuleert dit hen om te werken. De hoge arbeidsparticipatie beperkt de mogelijkheden voor mantelzorg. Hier staat tegenover dat de sterk toegenomen arbeidsmigratie mogelijkheden biedt voor particuliere thuiszorg.

De kwaliteit en doelmatigheid van de zorg wordt bevorderd door ondernemerschap en (internationale) concurrentie tussen zorgaanbieders. De informatie over kwaliteit en prijs van zorg groeit en wordt in dit scenario veel begrijpelijker voor zorgconsumenten. Deze kiezen hun zorgaanbieder op basis van hun voorkeuren. Zorgverzekeraars ontwikkelen zorgpolissen die aansluiten bij deze voorkeuren en kopen de zorg in. Zij treden in dit scenario vooral op als schadeverzekeraar of als herverzekeraar van zorgkringen die samen de zorg organiseren.

De ongeschreven wetten van de onderlinge solidariteit

Dat een door de overheid ingericht sociaal vangnet in beide beleidsstrategieën nodig is, leert de geschiedenis. Er wordt vaak op gewezen dat er vroeger, voor de inrichting van de naoorlogse verzorgingsstaat, meer onderlinge solidariteit was tussen mensen. Een belangrijke rol speelde wederkerigheid, voor wat hoort wat (“do ut des”, ik geef opdat u geeft). De solidariteit had bovendien zijn beperkingen. Mensen onderaan de ladder, die niets konden geven, stonden buiten het systeem. En burenhulp was voorbehouden aan bewoners die ‘erbij hoorden’.

De opkomst van internet en social media biedt meer mogelijkheden voor de eigen kring en voor burgernetwerken om elkaar te ondersteunen. Meer geavanceerde technologie maakt zelfs ingewikkelde handelingen op afstand mogelijk. Maar net zoals vroeger sommige mensen buiten de onderlinge solidariteit stonden zullen mensen ook in de toekomst digitaal buiten de boot vallen.

3.3 Beleidsstrategie in *Polderaars* en *Kosmopolieten*

Beleidsstrategie in *Polderaars*

De beleidsstrategie die bij dit scenario past, is dat de centrale overheid zich terugtrekt maar wel de spelregels in de zorg blijft bepalen voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Omdat informatie over de kwaliteit van zorg niet vanzelf tot stand komt, stuurt zij actief om deze informatie te ontwikkelen. Daar waar partijen in de zorg niet in staat zijn om doelmatige zorg te organiseren, treedt de overheid actief op om bijvoorbeeld de voorzieningen voor acute zorg en zeldzame specialistische zorg te plannen en te budgetteren. Daar waar substitutie van zorg naar goedkopere eerste- of nuldelijnsvoorzieningen onvoldoende tot stand komt stuurt zij door zorgaanbieders te budgetteren en te stimuleren door nieuwe manieren van bekostiging van zorg.

Om verschraving van de zorg en ondersteuning te voorkomen en de solidariteit te behouden, maken gemeenten werk van wederkerigheid. Gemeenten faciliteren burgers die een beroep doen op het sociale vangnet vanwege werkloosheid of ziekte om een maatschappelijke bijdrage als tegenprestatie te leveren.

Om gezondheid te bevorderen en het gebruik van zorg te verminderen, vraagt dit scenario een actieve rol van de overheid op het terrein van preventie en gedragsbeïnvloeding van mensen. Hierbij zal zij de grenzen moeten opzoeken van wat maatschappelijk acceptabel is.

“Een bewuste samenleving betekent ook meer aandacht voor preventie en hoe gezond te leven. Basale kennis ontbreekt bij veel mensen.”

Simon Reinink

Beleidsstrategie in *Kosmopolieten*

In *Kosmopolieten* zal de overheid zich verder terugtrekken. In dit scenario is meer behoefte aan keuzevrijheid en minder draagvlak voor een verplicht collectieve verzekering, ingegeven door de grotere sociaaleconomische en culturele diversiteit. Burgers maken zelf keuzes in de zorg en zorgverzekeringen op basis van eigen behoeften en voorkeuren. Om aan deze keuzevrijheid tegemoet te komen werken gemeenten en zorgverzekeraars met persoonsgebonden en groepsgebonden budgetten. Door internationale concurrentie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars wordt transparantie over kwaliteit en prijs afgedwongen. Dit faciliteert het maken van eigen keuzen.

Om de toegang tot zorgverzekeringen te waarborgen, zijn zorgverzekeraars verplicht om een sobere basisverzekering aan te bieden met een acceptatieplicht (“public option”), naast hun gedifferentieerde verzekeringspolissen. Omdat deze vooral de mensen met slechte gezondheidsrisico’s zal aantrekken, en dus een hogere premie zal kennen, is deze premie gemaximeerd. Doordat toetredingsbarrières voor buitenlandse zorgverzekeraars op de Nederlandse markt zijn weggenomen (o.a. afschaffing risicoverevening) is deze regulering acceptabel voor de Europese Commissie.

Bij dit scenario past een activerend vangnet waarbij in de diverse sociale regelingen financiële prikkels zitten (premiëdifferentiatie op basis van gezondheids- en arbeidsrisico’s) die burgers stimuleren om te investeren in de eigen gezondheid en in arbeidskansen. Hiermee moet de solidariteit worden behouden. Verder is solidariteit vooral vrijwillig.

“No regrets” in het zorgbeleid

In beide scenario’s maken drie elementen in elk geval onderdeel uit van het zorgbeleid voor *Vitale Zorg*.

- a. Een collectief verzekerd pakket tegen onvoorziene hoge zorguitgaven (zie hoofdstuk 4).
- b. Investeren in gezondheidsvaardigheden en zelfmanagement. Het bevorderen van redzaamheid en participatie in een samenleving waarin meer verantwoordelijkheid en regie bij mensen wordt gelegd en mensen langer actief moeten blijven, vereist (levenslange) ontwikkeling van gezondheidsvaardigheden. Hierdoor krijgen mensen de kans om een goede gezondheid te behouden, gegeven aangeboren gezondheidsverschillen en verschillen in de omgeving waarin zij zijn opgegroeid. Ook

voorkomt dit dat mensen onnodig een beroep op zorg doen. Investeren in gezondheidsvaardigheden is een gedeelde verantwoordelijkheid van mensen zelf, het onderwijs, de zorg, en werkgevers, waarbij de accenten kunnen verschillen tussen de toekomstscenario's.

c. Een activerend sociaal vangnet. Een beroep op dit vangnet is alleen mogelijk als hier, voor zover mogelijk, een tegenprestatie tegenover staat (*Polderaars*). In *Kosmopolieten* zouden de premies voor het vangnet zijn gedifferentieerd om mensen te prikkelen hier zo weinig mogelijk gebruik van te maken en te investeren in hun gezondheid en arbeidskansen (*Kosmopolieten*).

Adrie (Polderaars)

's Ochtends vroeg krijgt Adrie een waarschuwing over het fijnstofgehalte in de grote steden: code rood. Maar ja wat heb je daaraan als je in de stad woont? Toch werkt ze vandaag maar thuis, ramen en ventilatieroosters dicht, misschien helpt dat. Gisteren kreeg ze ook al een melding van een griep epidemie die binnen een week zal heersen. Ook wat dat betreft kan ze zich beter niet onder de mensen begeven. Vanmiddag moet ze wel naar buiten. Ze is als participatieplichtige 2 uur per week ingeroosterd als ondersteuner bij gezondheidsles aan vierjarigen op school. Als je niet kan, moet je voor vervanging zorgen en dat lukt vandaag niet meer. Maakt niet uit, ze moet toch de zoon van de overburen van school ophalen. Kan ze meteen een mondmasker meenemen voor hem. Voor ze aan het werk gaat, zoekt ze nog even het programma van de Pensioen Partij op. Ze denkt er serieus over daar op te stemmen. Niet voor haarzelf, maar voor haar overgrootvader. Het is toch te gek zoals die jongerenpartij tekeer gaat tegen oude mensen alsof zij de schuld zijn van alle problemen. En dat terwijl haar overgrootvader tot zijn 68ste hard gewerkt heeft. Hij is al vijftien jaar met pensioen!

Adrie (Kosmopolieten)

Vanochtend vroeg krijgt Adrie een waarschuwing over het fijnstofgehalte in de grote steden: code rood. Ze heeft astma dus werkt ze deze week vanuit haar vakantiehuis; het platteland heeft zoals altijd het veilige code blauw. Gisteren kreeg ze ook al een melding van een griep epidemie die de komende weken zal heersen. Ook wat dat betreft kan ze zich beter niet onder de mensen begeven. Adrie meldt zich aan voor vrijwilligerswerk vanaf 3 uur 's middags binnen een straal van 10

kilometer. Er is vandaag behoefte aan ondersteuning bij gezondheidsles aan vierjarigen op school en papierprikkers in de wijk. Ze kiest het laatste, dan is ze lekker een paar uurtjes buiten. Voor ze aan het werk gaat, zoekt ze nog even wat informatie op over plastische chirurgie. Niet voor zichzelf, maar voor haar overgrootvader. Zijn neus en oren zijn twee keer zo groot geworden de afgelopen twintig jaar. Het ziet er niet uit! Zelf vindt hij het te duur, vorig jaar heeft hij al gekozen voor vervanging van zijn linkerheup in plaats van kraakbeenherstel, de goedkopere optie. En hij vindt zichzelf te oud voor zo'n dure operatie. En dat terwijl haar overgrootvader tot zijn 73ste hard gewerkt heeft. Hij is pas twintig jaar met pensioen!

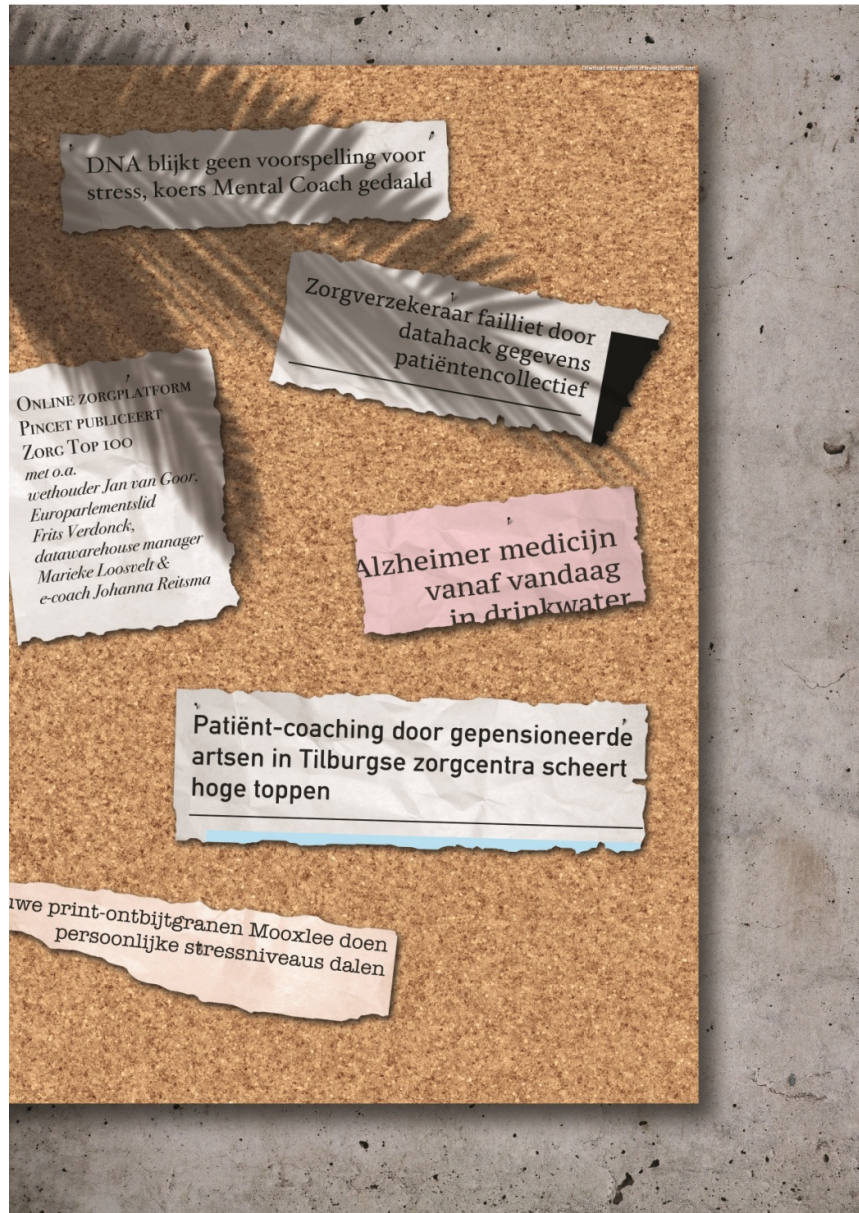
Paul (Polderaars)

Nog voor de start van de conferentie voor schadeverzekeraars in Rotterdam raakt Paul aan de praat met een directeur van de vereniging Recht op Zorg! die vindt dat ouderen recht hebben op zorg, omdat de overheid en zorgverzekeraars die verwachting in de vorige eeuw gewekt hebben. Paul doet zijn best niet te zuchten, dit argument hoort hij al jaren en het lost niets op. De conferentie gaat over de vraag of je vitale ouderen kan verplichten mantelzorg te bieden aan niet-vitale ouderen. De situatie is nijpend, zeker voor 80-plussers. De bevolking groeit minder dan verwacht en de ouderen worden wel steeds ouder. Tijdens de conferentie blijkt het onderwerp nog steeds een taboe te zijn. Maar Paul vindt dat de Nederlandse overheid en schadeverzekeraars voorlichting moeten geven over de voordelen van ouderenparticipatie. De overheid en verzekeraars geven al voorlichting over leefstijl. Dus dit past daar goed bij.

Paul (Kosmopolieten)

Nog voor de start van de jaarlijkse conferentie voor schadeverzekeraars in Brussel raakt Paul aan de praat met een robottechnoloog die op zoek is naar fondsen voor fundamenteel onderzoek. In het belang van de patiënt, dat wel. Of hij misschien... Paul doet zijn best niet te zuchten, dit soort verzoeken krijgt hij aan de lopende band. De conferentie gaat over de ouderenverzekeringen die Aziatische zorgverzekeraars tegenwoordig aanbieden: spotgoedkoop, maar de voorwaarden zijn erg ondoorzichtig. De situatie is nijpend, zeker voor 90-plussers. De bevolking groeit nog harder dan verwacht en

de ouderen worden steeds ouder. De meeste verzekeraars vinden dat de Europese regering deze buiten-Europese verzekeraars moet boycotten. Maar Paul vindt dat de Europese overheid erop moet toezien dat Aziatische zorgverzekeraars zich aan de Transparantierichtlijn houden. Schadeverzekeraars geven al advies op maat. Dus dit past daar goed bij.



4 Synthese: kansen en dilemma's voor het zorgbeleid

In dit hoofdstuk vertalen we de toekomstverkenningen uit de voorgaande hoofdstukken terug naar het heden, aan de hand van de volgende vragen.

Welke lessen zijn te trekken uit mogelijke toekomstige ontwikkelingen voor het huidige zorgbeleid? Welke kansen en dilemma's komen aan het licht bij het realiseren van *Vitale Zorg*? Welke publieke belangen komen onder druk te staan en krijgen andere publieke belangen meer accent? In hoeverre verschillen deze kansen en dilemma's bij de twee geschetste toekomstscenario's?

4.1 Minder collectief, of collectief karig

We geven steeds meer aan zorg uit. Om de solidariteit te handhaven is het nodig om minder collectief te verzekeren. Afhankelijk van het toekomstscenario zal dit kunnen door het beperken van de verplichte verzekering tot hoge onvoorziene zorguitgaven (minder collectief) of tot alleen noodzakelijke zorg (collectief karig). Meer private financiering betekent dat er mogelijk verschil ontstaat in de toegankelijkheid van zorg. Wanneer er meer zicht komt op het verband tussen gedrag en gezondheid ligt het voor de hand dat mensen meer eigen verantwoordelijkheid dragen en minder een beroep kunnen doen op de collectieve verzekering.

In beide toekomstscenario's geven we meer uit aan zorg: in *Polderaars* 21-23% en in *Kosmopolieten* 31% van het BBP, waarvan bij ongewijzigd beleid verreweg het grootste deel collectief gefinancierd. Ten eerste kunnen stijgende *collectieve* zorguitgaven de solidariteit onder druk zetten: de bereidheid van gezonden, jongeren en hoge inkomens om bij te dragen aan een systeem waar zieken, ouderen en lage inkomens van profiteren. In *Polderaars* wordt de grens eerder bereikt omdat in dit scenario de economische groei stagneert en de verhouding tussen economisch inactieven en actieven verslechtert. Jongere generaties zijn in dit scenario naar verwachting minder bereid om bij te dragen aan de vergrijzingskosten omdat het voor hen niet vanzelfsprekend is dat zij hier in dezelfde mate van zullen profiteren als de ouderen waarvoor zij betalen. In *Kosmopolieten*

neemt de diversiteit in de maatschappij toe, en daarmee de behoefte aan keuzevrijheid. Ook kan internationale concurrentie ervoor zorgen dat er druk komt om de collectieve lasten te beperken. Ten tweede neemt bij stijgende collectieve zorguitgaven de maatschappelijke meerwaarde van zorg ten opzichte van andere (publieke) goederen zoals onderwijs af, en kan dan tot ongewenste verdringing van deze voorzieningen leiden.

Om de solidariteit en het niveau van andere publieke voorzieningen te behouden dwingt de groei van de zorguitgaven tot fundamentele keuzen over hoe we de zorg verdelen: gaan we voor maximale gezondheidswinst voor iedereen (efficiency) of geven we prioriteit aan degenen die qua gezondheid of welzijn het slechtst af zijn (equity).

Maximale gezondheid voor iedereen: alleen hoge risico's verzekeren of alleen noodzakelijke zorg verzekeren.

Efficiency

Het collectief verzekerde pakket beperken tot alleen hoge onvoorziene zorguitgaven is een keuze voor efficiency. Het neemt de onzekerheid om plots voor hoge uitgaven te staan weg (CPB, 2013). Daar staat tegenover dat de ongelijkheid in toegang tot de zorg groter wordt. Mensen moeten dan zelf gaan betalen voor zorg met lage kosten, en maken hier naar verwachting meer bewust gebruik van dan als dit collectief verzekerd zou zijn. Ze behouden overigens de keuze om dit aanvullend te verzekeren of hiervoor geld opzij te leggen.

Deze optie is aantrekkelijk in *Kosmopolieten*. Er komen veel nieuwe medische producten en hulpmiddelen op de markt, waarvan het gebruik deels afhangt van de eigen voorkeuren. Hierdoor verschuiven de grenzen tussen wat we nog zorg noemen en wat alledaagse consumptie is. Hoe verder die grenzen opschuiven, hoe groter de verschillen in toegankelijkheid van zorg. Dit moet worden afgewogen tegen de gezondheidsverschillen die in dit scenario door autonome ontwikkelingen toenemen.

Een andere strategie om de bereidheid tot solidariteit te behouden is de collectieve zorg beperken tot noodzakelijke zorg; zorg met hoge kosten en relatief weinig winst in kwaliteit van leven wordt niet meer vergoed. Deze optie van stringent pakketbeheer is interessant in *Polderaars* waar de beschikbare middelen beperkt zijn, maar vereist een maatschappelijke grens aan wat kwaliteit van leven mag kosten.

In hoeverre mogen gemeenten verschil maken in voorzieningen voor burgers, en gaan we ook zelf meer verantwoordelijkheid nemen voor onze gezondheid?

Equity

Bewust verschil maken tussen mensen in het verstrekken van collectief gefinancierde zorg en ondersteuning voor mensen die niet of beperkt redzaam zijn, is een keuze voor equity. Dit is mogelijk bij voorzieningen die vanuit de WMO worden verstrekt door gemeenten. Door deze keuze kunnen overigens mensen die inspanningen hebben verricht om te sparen of een sociaal netwerk te ontwikkelen worden benadeeld ten opzichte van mensen die dit niet hebben gedaan.

Voorspelbaarheid van zorg en solidariteit

Zelfs als de zorguitgaven niet zouden stijgen staat in beide toekomstscenario's de solidariteit onder druk, met name ten aanzien van leefstijlgerelateerde aandoeningen. Er bestaat steeds meer inzicht in het verband tussen genen, gedrag en gezondheid, en de mogelijkheden hier iets aan te doen nemen toe. Als gevolg hiervan wordt de kans groter dat mensen meer eigen verantwoordelijkheid van elkaar verwachten en minder bereid zijn om solidair te zijn.

Ook op een andere manier staat de toegankelijkheid van zorg onder druk. De mogelijkheden om persoonsgegevens in zorgregistraties maar ook allerlei andere online databases te gebruiken nemen toe. Daardoor worden gezondheid en zorggebruik op individueel niveau steeds beter voorspelbaar. En zorgverzekeraars zijn beter in staat om verliesgevende verzekerden te selecteren, waardoor de acceptatieplicht onder druk staat. Ook kunnen zorgverzekeraars steeds selectiever worden bij de toelating tot aanvullende zorgverzekeringen.

Dit roept de vraag op of gelijke toegang tot de basisverzekering voor iedereen gehandhaafd kan blijven, of dat zorgverzekeraars ruimte krijgen om (binnen een bepaalde bandbreedte) zorgpremies te differentiëren.

Burgercollectieven

De verwachting is dat in de toekomst burgers meer zelf zorg gaan organiseren via burgercollectieven, als reactie op de terugtrekkende overheid. Burgers kunnen de inkoop van zorg zo beter afstemmen op de eigen voorkeuren en kleinschalige collectieven bieden mogelijkheden tot wederkerigheid; het

onderling bieden van tegenprestaties op het gebied van zorg en ondersteuning. Dit is zorg die mensen zelf goed kunnen beoordelen. Omdat de inkoopmacht van deze collectieven beperkt is en de risicopool klein, zouden zorgverzekeraars voor deze burgercollectieven kunnen optreden als herverzekeraar waarbij ze de contractering en het declaratieverkeer faciliteren.

Komt er ruimte voor burgerinitiatieven in de zorgverzekering?

Kansen

Tenslotte, bij alle keuzen en dilemma's zijn er ook kansen om de solidariteit te behouden bij stijgende zorguitgaven. In *Polderaars* biedt de lagere arbeidsparticipatie mogelijkheden voor informele zorg en vrijwilligerswerk. In *Kosmopolieten* kunnen technologische ontwikkelingen een dempend effect hebben op de prijs van zorg.

Rafya (Polderaars)

In de trein zoekt Rafya op internet naar de goedkoopste zorgverzekeraar. Het eigen risico is tegenwoordig fors en de toeslagen zijn allang verleden tijd. Het aanvullende pakket mag niet meer dan vijftig gulden per maand kosten, want ze verdient al veel te weinig voor zichzelf en haar vijf kinderen. De flat die ze huren in de stad is vreselijk duur, maar elektriciteit en water heeft ze gelukkig altijd. De kinderen moeten wel nodig nieuwe kleren. Sinds het algehele rookverbod is ze in ieder geval van die dure sigaretten af. Het scheelt veel geld en haar punten voor Gezond Gedrag zijn enorm gestegen. Ze moet eigenlijk ook minder eten, maar dat is de enige luxe die ze nog heeft. Haar oudste zoon heeft zijn enkelbanden verrekt met voetbal op school, dus ze moet in ieder geval de module fysiotherapie aanzetten. 25 gulden per maand. Valt mee. Naast haar zit Thijs. Hij is op weg naar het vliegveld: wintersport in de VS! Stiekem kijkt hij naar Rafya's ouderwetse schermpje. Dat zie je niet vaak meer tegenwoordig. Zelf heeft hij de allernieuwste touch screen slider aangeschaft. Overal ter wereld razendsnel communiceren waar dan ook ter wereld, opvouwbaar, en opladen hoeft maar een keer per maand. Hij zal meteen even de werelddekking en wintersportdekking aanzetten. Hij ontvangt de bevestiging pas als hij het vliegtuig instapt. Zeker vanwege de kerstdrukke.

Rafya (Kosmopolieten)

In de Metro-op-Maat zoekt Rafya op internet naar de goedkoopste zorgverzekeraar. Ze twijfelt tussen het iets duurdere standaard collectieve pakket of het pakket dat meer keuzevrijheid geeft, maar waarbij sommige zaken voor haar zijn uitgesloten. Ze verdient veel te weinig voor zichzelf en haar vijf kinderen. De flat die ze huren in de stad is vreselijk duur, de elektriciteit wordt regelmatig afgesloten en de kinderen moeten nodig nieuwe kleren. Eigenlijk moet ze stoppen met roken, maar dat is nog de enige luxe die ze heeft. Behalve lekker eten dan. Haar oudste zoon heeft zijn enkelbanden verrekt met voetbal op school, maar voor de fysiotherapeut bestaan geen particuliere fondsen, dus doen ze het met oefeningen uit de cloud. Naast haar zit Thijs. Hij is op weg naar het vliegveld: wintersport in de VS! Stiekem kijkt hij naar haar ouderwetse scherpje. Dat zie je niet vaak meer tegenwoordig. Zelf heeft hij net BrainPower 5 laten implanteren: de nieuwste versie hersensensoren waardoor hij puur op denkracht kan communiceren waar dan ook ter wereld. Hij zal meteen even de wintersportdekking aanzetten. Gelukkig zit de werelddekking standaard in iedere zorgverzekering. Pas vijf seconden later ontvangt hij de bevestiging. Zeker vanwege de kerstdrukke.

4.2 Arbeidsproductiviteit omhoog door òf systeem-prikkels òf marktprikkels

Om aan de stijgende zorgbehoefte te voldoen moet meer zorg worden geleverd met minder zorgpersoneel. Marktprikkels (concurrentie) of systeem-prikkels (tariefregulering) zijn nodig om zorgaanbieders te stimuleren meer taken door verpleegkundigen en mensen zelf te laten doen, of deze te automatiseren. De keuze is afhankelijk van het toekomstscenario.

De hoeveelheid zorg die wordt geleverd neemt nauwelijks toe ten opzichte van het aantal mensen dat in de zorg werkt, vooral in de langdurige zorg en ondersteuning (CPB, 2013). Hierdoor wordt de zorg relatief duur betaald. De toekomstverkenning maakt duidelijk dat de arbeidsproductiviteit in de zorg omhoog moet. In *Polderaars* om tegemoet te komen aan de stijgende zorgbehoefte terwijl de beschikbare zorgmiddelen beperkt zijn, en om overbelasting van mantelzorgers te voor-

komen. In *Kosmopolieten* om te voorkomen dat een hogere zorgpremie de collectieve lasten doet toenemen en zo onze internationale concurrentiepositie verzwakt. In dit scenario is bovendien minder informele zorg beschikbaar vanwege de hoge arbeidsparticipatie en is onzeker of dit kan worden opgevangen door de toestroom van arbeidsmigranten.

De arbeidsproductiviteit kan omhoog door een verbetering van de efficiency in het leveren van zorg en door ondoelmatige zorg te verminderen. Deze laatste optie is in de vorige paragraaf aan de orde geweest. Het verbeteren van de efficiency kan door zorgtaken te automatiseren en door taakherschikking; verschuiving van zorgtaken naar goedkoper personeel, naar de eerstelijnszorg, de patiënt (zelfmanagement) of naar semiprofessionals: personen die hiervoor niet zijn opgeleid, maar wel eenvoudige handelingen kunnen verrichten.

“In de kern gaat het er om dat organisaties zich gaan moduleren. Door gespecialiseerde modules te combineren kunnen zij maatwerk leveren.”

Patrick Kenis

De mogelijkheden nemen toe maar stuiten op belemmeringen

Medisch-technologische ontwikkelingen maken het mogelijk dat complexe taken steeds eenvoudiger worden en kunnen worden uitgevoerd door lager gekwalificeerd personeel, door patiënten zelf of door automatisering (telezorg, robotisering). Deze mogelijkheden stuiten in de praktijk op professionele weerstand en wettelijke beperkingen (Wet BIG). Substitutie van zorg tussen verschillende zorgaanbieders blijkt in de praktijk lastig te realiseren door verschillende definities van zorgprestaties; de eventuele besparingen zijn hierdoor niet inzichtelijk.

Systeemprikkels of marktprikkels

In *Polderaars* kan taakherschikking en automatisering worden bevorderd door het reguleren van budgetten, zorgprestaties en de maximumtarieven van deze prestaties. Hierdoor zou mogelijk gemaakt moeten worden dat verzekeraars specialistische zorgproducten kunnen inkopen bij eerstelijns zorgaanbieders. Zorgaanbieders in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg zouden zo aangezet kunnen worden tot meer inzet van communicatietechnologie, mobiele zorgtoepassingen, en domotica om cliënten te kunnen observeren en begeleiden.

In *Kosmopolieten* kan meer efficiency in het verlenen van de zorg worden bevorderd door het stimuleren van de concurrentie op prijs en kwaliteit. Hiertoe zouden toetredingsbarrières voor (buitenlandse) zorgaanbieders moeten worden verminderd en is transparante informatie over de prijs/kwaliteit verhouding van zorg nodig.

In de toekomst kunnen en moeten mensen meer zelf doen. Hiervoor is een mentaliteitsomslag nodig bij zorgprofessionals.

Mensen kunnen en moeten meer zelf doen

In de toekomst kunnen en moeten mensen meer zorgtaken zelf doen, met consumentenproducten voor doe-het-zelf zorg, en eventueel met hulp van hun eigen netwerk, vrijwilligers of semi-professionals. Mensen krijgen hierdoor meer grip op hun gezondheid en op hun dagelijkse activiteiten. Mensen verschillen onderling echter zeer in vaardigheden en in capaciteiten om informatie over gezondheid te kunnen interpreteren en toe te passen, en om hun eigen zorg te organiseren. Dit vergt een mentaliteitsomslag bij zorgprofessionals, en dat mensen investeren in gezondheidsvaardigheden. In plaats van zorgtaken zelf uit te voeren, is nodig dat zorgprofessionals hun cliënten ondersteunen om met hun aandoening om te gaan, handelingen zelf te verrichten, en hun zorg te organiseren.

“Het is ook belangrijk dat zorgprofessionals de verbinding zoeken met andere partijen omdat de problemen en ook de oplossing vaak buiten de zorg liggen. Als je zelf alleen een hamer hebt, ben je geneigd in alles een spijker te zien.”

Marco Pastors

Zorg minder arbeidsintensief en meer persoonsgericht

In de toekomst zal fysieke aanwezigheid van zorgprofessionals steeds minder nodig zijn om toch zorg van goede kwaliteit en hoge cliënttevredenheid te kunnen leveren. Contacten met zorgprofessionals via het beeldscherm, gebruik van zorgrobots en van apparatuur voor zelfmetingen is weliswaar anders dan een gesprek in de spreekkamer of een verzorgende die iemand thuis komt helpen. Maar vanuit cliëntenperspectief is dit niet per definitie onwenselijk, integendeel. Mensen kunnen hierdoor zelfstandiger functioneren en met een vrijere dagbesteding. Als mensen behoefte hebben aan persoonlijke aandacht, zoals in het geval van vereenzaming, zou de gemeente ontmoe-

tingsplaatsen kunnen organiseren. Maar de zorg is hier niet voor bedoeld.

Kim (Polderaars)

Eens even kijken: vijftien adressen zorg, waarvan negen ook een pakket en dan nog zeventien adressen alleen pakketten. Kim checkt zijn opdrachtenformulier voor vandaag. Het valt mee. Die zeventien pakketten doet hij wel aan het eind van de dag, dat kan rustig uitlopen tot een uur of acht. Zijn zorgtaken doet hij zoveel mogelijk overdag. Als eerste steunkousen bij mevrouw Oudkerk, infuusje schuin daar tegenover, dan twee keer douchen aan de andere kant van het dorp, niets nieuws onder de zon. Kim is dertig jaar geleden begonnen als 'postbode', zo heette dat toen nog. Daarna werd hij pakketbezorger en sinds tien jaar combineert hij dat met zorgondersteuning. Kim werkt nu voor een bedrijf dat ingehuurd wordt door de gemeente. Het is geen vetpot, daarom doet hij er een paar zorgadresjes zwart bij. Maar ach, het is ook wel heel leuk om bij de mensen over de vloer te komen. Het is in ieder geval een gat in de markt. Een pakketbezorger kent de wijk, hij komt overal en de bewoners vertrouwen hem. Erg aantrekkelijk voor mensen die niet al te veel te besteden hebben. Dat heeft zijn baas destijds goed gezien.

Kim (Kosmopolieten)

Eens even kijken: vijftien adressen zorg aan huis, allemaal binnen 'China Town' zoals de enclave voor Chinese 70-plussers in de volksmond wordt genoemd. En dan nog twintig virtuele consulten. Kim checkt zijn opdrachtenformulier voor vandaag. Het valt mee. Die virtuele consulten doet hij wel aan het eind van de dag, dat kan rustig uitlopen tot een uur of acht. De zorg aan huis doet hij zoveel mogelijk overdag. Als eerste steunkousen bij mevrouw Lin, infuusje schuin daar tegenover, dan twee keer douchen aan de andere kant van het dorp, niets nieuws onder de zon. Kim is dertig jaar geleden begonnen als 'postbode', zo heette dat toen nog. Daarna werd hij pakketbezorger en sinds tien jaar heeft hij zich omgeschoold tot zorgondersteuner. Omdat hij goed Chinees spreekt kon hij meteen aan de slag in China Town. Het salaris is een stuk beter dan dat van een pakketbezorger, ook al is het geen vetpot. Maar ach, het is ook wel heel leuk om bij de mensen over de vloer te komen. Het is in ieder geval een gat in de markt. Het Nederlandse klimaat en de Nederlandse zorg zijn erg aantrekkelijk voor oudere buiten-

landers die veel te besteden hebben. Dat heeft zijn baas destijds goed gezien.

4.3 Patiënten of zorgaanbieders aan de knoppen

Europese regelgeving over het vrije verkeer van zorgdiensten tussen lidstaten staat op gespannen voet met de bevoegdheid van lidstaten om een eigen zorgstelsel in te richten met sociale kenmerken. Samen met de beschikbaarheid van consumenteninformatie over zorg kan dit vergaande gevolgen hebben voor de spilpositie van zorgverzekeraars en voor de handelingsmogelijkheden van de centrale overheid. Gemeenten kunnen op de lokale situatie toegesneden zorg- en welzijnsvoorzieningen inrichten. Hier staat tegenover dat, vooral in het scenario *Polderaars*, verschillen tussen gemeenten ontstaan. De mate waarin wordt bepaald door of zij in staat zijn om burgers te faciliteren bij hun maatschappelijke diensten.

De bevolking van Nederland veroudert, en het aantal chronisch zieken, mensen met meerdere aandoeningen, en gehandicapten neem toe. Om te garanderen dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen en functioneren is integrale zorg en ondersteuning dichtbij nodig, fysiek of digitaal. Tegelijk is concentratie en specialisatie van medisch-specialistische zorg nodig om de kwaliteit te verbeteren. De vraag is hoe deze tegengestelde bewegingen zijn te realiseren. Welke sturende rol spelen patiënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten, centrale overheid, en Europa? En wat gaat daar mogelijk in veranderen?

Polderaars: zorgaanbieders of zorgverzekeraars aan het stuur

Blijven in *Polderaars* zorgverzekeraars sturen op kosten en bepalen zorgaanbieders waar en welke zorg wordt geleverd? En de patiënt dan?

Om de kwaliteit en doelmatigheid van medische zorg te bevorderen is een belangrijke rol weggelegd voor zorgverzekeraars. Deze kunnen door selectief zorg in te kopen en door naturapolissen patiënten naar gecontracteerde zorgaanbieders sturen. De kracht van deze benadering is afhankelijk van het aantal verzekerden dat kiest voor naturapolissen, de inkoopmacht van zorgverzekeraars en de beschikbaarheid van kwali-

teitsinformatie. Mede vanwege het ontbreken van kwaliteitsinformatie gaat het anno 2014 in de zorginkoop vooral om budgetten, aantallen verrichtingen en prijzen; niet-financiële aspecten zoals kwaliteit, innovatie en service zijn ondergeschikt. Zorgverzekeraars zijn beperkt om het landschap van medische zorg vorm te geven doordat zij in de meeste regio's met hun concurrenten te maken hebben. Hierdoor houden zorgaanbieders ruimte om te bepalen welke zorg ze leveren een aan wie.

Zorgaanbieders en wetenschappelijke verenigingen van beroepsgroepen nemen, gedreven door professionele overwegingen, zelf ook initiatief om de kwaliteit van medische zorg te verbeteren door richtlijnontwikkeling, kwaliteitsinstrumenten en ketenafspraken. Hoewel de kwaliteit van medische zorg hierdoor is verbeterd, staan beslissingen om vanwege kwaliteitsoverwegingen minder zorg te leveren op gespannen voet met de belangen van de eigen organisatie.

In hoeverre laat Europa aan Nederland de ruimte om het eigen zorgstelsel in te richten? Houden de selectieve zorginkoop en het sociale karakter stand?
--

In *Kosmopolieten* is sprake van veel meer arbeidsmigratie dan nu. Mensen maken dus vaker dan nu gebruik van buitenlandse zorgaanbieders. Bovendien is de verwachting dat meer transparante informatie ontstaat over aanbod en kwaliteit van zorgaanbieders op een manier zoals nu gebeurt bij vliegmaatschappijen en restaurants. Deze informatie ontstaat bottom-up: patiënten delen hun ervaringen op internetplatforms, innovatieve zorgaanbieders nemen het voortouw om hun kwaliteitscijfers te publiceren, of ontwikkelen, al of niet in ketenverband, keurmerken of marketingconcepten die een kwaliteitsindicatie geven. Met behulp van deze kwaliteitsgegevens zullen patiënten op zoek gaan naar een aanbieder die voor hen passende zorg biedt.

Wat in dit scenario scherp wordt is dat het vrij verkeer van patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars tussen landen binnen Europa op gespannen voet staat met bevoegdheden van de Nederlandse overheid om het eigen zorgstelsel in te richten. Volgens Europese richtlijnen heeft in beginsel elke Nederlander recht om zorg te ontvangen in elk EU-land en op vergoeding hiervan (behoudens uitzonderingen waarvoor vooraf toestemming vereist is). Zorgverzekeraars hebben doorgaans geen contracten met buitenlandse zorgaanbieders. Hierdoor kan beleid dat erop gericht is zorgverzekeraars meer

mogelijkheden te geven om patiënten te sturen naar gecontracteerde zorgaanbieders botsen met het beginsel van vrij verkeer.

Om meer toegang te krijgen tot buitenlandse zorgaanbieders zouden mensen zorgverzekeringen kunnen afsluiten bij buitenlandse zorgverzekeraars. Deze hebben echter nauwelijks toegang tot de Nederlandse markt. Specifieke sociale kenmerken van ons stelsel zoals de risicoverevening en de acceptatieplicht van zorgverzekeraars, vormen voor hen toetredingsdrempels. Omdat de basisverzekering wordt uitgevoerd door private zorgverzekeraars, die vallen onder de Schaderichtlijn van de Europese Commissie, is de vraag of deze sociale kenmerken behouden kunnen blijven tegen Europese regels over vrij verkeer en concurrentie.

Bij internationalisering van de zorg verliest de Nederlandse overheid mogelijkheden om te sturen op betaalbaarheid van de zorg, maar het biedt ook exportmogelijkheden.

Internationalisering van de zorg en sturingsmogelijkheden van de overheid
Het budgettair kader zorg (BKZ) en het kwaliteitstoezicht door de inspectie (IGZ) zijn belangrijke instrumenten voor de Nederlandse overheid om de publieke belangen te borgen. Deze krijgen een ander karakter als de zorg verder internationaliseert. Als Nederlanders meer zorg in het buitenland gebruiken kunnen Nederlandse zorgaanbieders gekort worden als het BKZ gehandhaafd blijft. Omgekeerd kunnen ook mensen uit andere lidstaten zich vestigen in Nederland en gebruik maken van zorgvoorzieningen die door gemeenten worden verstrekt.

Internationalisering van de zorg betekent ook dat kansen ontstaan. Zorg kan een exportproduct worden waar Nederland aan verdient. De concentratie van medische kennis en expertise over de landsgrenzen heen kan voor specifieke patiëntgroepen een hogere kwaliteit van behandelingen opleveren. Ook ontstaat door de internationale concurrentie druk op lonen en prijzen.

“De zorg heeft meer concurrentie nodig. Transparantie leidt tot meer concurrentie.”
Michiel Muller

Behalve de internationale toegankelijkheid van informatie over kwaliteit en prijs van zorg zal ook het internationale inkoopbe-

leid van zorgverzekeraars bepalend zijn voor deze ontwikkelingen. Een andere mogelijkheid is dat ziekenhuizen of andere zorgaanbieders zich gaan organiseren in internationale ketens. Voor deze laatste onzekerheid is onder meer bepalend of toetredingsdrempels worden geslecht. Het verbod op winstuitkering in de WTZi (Wet Toelating Zorginstellingen), de DBC bekostiging, en de beleidsonzekerheid (het BKZ, jaarlijkse convenanten) vormen institutionele barrières voor buitenlandse aanbieders van intramurale zorg om in Nederland te investeren.

Gemeenten

Gemeenten zullen steeds beter in staat zijn om binnen budgettaire ruimte lokale zorg en ondersteuning te organiseren, maar verschillen tussen gemeenten nemen toe. Afwenteling tussen zorg (zorgverzekeraars) en welzijnsvoorzieningen (gemeenten) is echter een groot risico.

In *beide scenario's* zijn gemeenten verantwoordelijk voor zorg en ondersteuning voor ouderen, chronisch zieken en gehandicapten, maar de omvang en samenstelling van de doelgroep verschilt tussen de scenario's. Om doelmatige zorg- en welzijnsvoorzieningen te kunnen organiseren moeten gemeenten hun beperkte inkoopmacht compenseren door samen te werken, synergievoordelen met andere sociale regelingen te realiseren, en door een sturingsmodel en contractering die geënt is op de lokale situatie (Van de Gevel, 2014). Dit lokale maatwerk betekent dat tussen gemeenten verschillen zullen ontstaan in het voorzieningsniveau. Naast verschillen in expertise van gemeenten en in samenwerking tussen gemeenten, komt dit ook door verschillen in sociale structuur. Omdat het beroep op informele zorg in *Polderaars* relatief groot is, zullen in dit scenario relatief grote verschillen ontstaan tussen gemeenten.

Sociaal vangnet en wederkerigheid

Om te voorzien in de behoefte aan informele zorg bieden de sociale regelingen die door gemeenten worden uitgevoerd mogelijkheden (WMO, Participatiewet). Bij de vraag welke tegenprestatie verwacht mag worden van burgers die hierop een beroep doen, kan een verplichting tot maatschappelijke taken ("voor wat hoort wat") ten koste kan gaan van de natuurlijke bereidheid van mensen om iets voor elkaar te doen.

Alissa (Polderaars)

Het is een belangrijke dag voor Alissa, vandaag krijgt ze een nieuwe lever. Preventief, want ze heeft 100 procent kans op aangeboren leverkanker. Dat weet ze al sinds haar vijftiende. Gelukkig zit deze dure ingreep in de basisverzekering. Ze heeft er lang op moeten wachten en is blij dat tot nu toe geen kankercellen aangetroffen zijn. Gisteren is ze al in het Twents Oncologisch Centrum opgenomen. Deze heeft goede afspraken met haar eigen gezondheidscentrum over de zorg na haar opname. 'De zorgcoach van Alissa's verzekeraar heeft haar geholpen met deze keuze. Het centrum scoort op alle belangrijke gebieden bovengemiddeld goed: ervaring, slagingskans, complicaties, kwaliteit, transparantie en toegankelijkheid. Bovendien heeft het oncologisch centrum het A-keurmerk van de Centrale Toezichthouder die door de overheid is aangewezen om de kwaliteit en toegankelijkheid van zorginstellingen te inspecteren. Haar ouders en zus zijn meegekomen om Alissa bij te staan. Ze heeft de hulp van de buurvrouw ingehuurd om de eerste twee weken elke dag even langs te komen. Zwart weliswaar, maar ja, anders is het niet te betalen, want thuiszorg zit niet in het pakket. Als alles goed gaat, kan Alissa over een week weer naar huis.

Alissa (Kosmopolieten)

Het is een belangrijke dag voor Alissa, vandaag krijgt ze een nieuwe lever. Preventief, want ze heeft 100 procent kans op aangeboren leverkanker. Dat wist haar moeder al tijdens de zwangerschap. Haar ouders hebben haar gelukkig vanaf haar geboorte hiervoor verzekerd. Na haar 18de had dat niet meer gekund. Doordat Alissa de laatste jaren minimaal 7 punten scoort voor Vitaliteit, Gezond Gedrag en Participatie wordt ze met voorrang behandeld. Gisteren is ze al in Berlijn aangekomen, in het medisch centrum dat gespecialiseerd is in organtransplantaties op afstand. Alissa heeft gekozen voor een chirurg in India die op alle belangrijke gebieden bovengemiddeld goed scoort: ervaring, slagingskans, complicaties, kwaliteit, transparantie en toegankelijkheid. Zij is bovendien gespecialiseerd in het verbeteren van de diagnostiek bij erfelijke afwijkingen. Zowel de Indiase arts als het Berlijnse centrum heeft het A-keurmerk van Medical Control: een van de drie internationale kwaliteitbeoordelaars in de zorg. Wel jammer dat Berlijn te ver reizen is voor haar ouders en zus, nu staat ze er alleen voor. Alissa heeft een zorgrobot geleased voor de eerste twee weken na de operatie. Als alles goed gaat, kan ze

overmorgen weer naar huis.

4.4 Ethische dilemma's

Ontwikkelingen op het terrein van gentechnologie, prestatieverbetering en de informatietechnologie zullen overheid en samenleving voor ethische dilemma's plaatsen waarin het belang van de volksgezondheid moet worden afgewogen tegen keuzevrijheid, het recht op niet weten, en het recht op privacy. Hoe ver kan de overheid gaan in het met zachte hand bevorderen van de gezonde keuze, en hoe ver gaat de eigen keuzevrijheid om zorgmiddelen te gebruiken voor verbetering van de mens?

Sommige toekomstige ontwikkelingen in de zorg leiden tot ethische vragen die om reflectie vragen om hierop beleid te kunnen maken. Sommige meer macro-ethische vragen zijn al in eerdere paragrafen genoemd, zoals de afweging tussen doelmatigheid en solidariteit, en de toenemende voorspelbaarheid van gezondheid op de toegankelijkheid van zorgverzekeringen. De micro-ethische vragen die te stellen zijn bij toekomstige ontwikkelingen zijn niet zozeer nieuw, maar krijgen andere accenten. In algemene zin gaat het om de vraag in hoeverre individuele keuzevrijheid, het recht op niet weten, en het recht op privacy opwegen tegen publieke belangen.

Screening en het recht op niet weten

Op het gebied van screening en diagnostiek komen meer testen beschikbaar die aandoeningen in een nog vroeger stadium kunnen opsporen. Dokters beschikken over steeds meer meetgegevens terwijl testen meer en meer binnen het bereik van de consument komen. Voor zorggebruikers en behandelaars wordt het dilemma nijpender hoe zij de voordelen hiervan wegen tegen het nadeel dat je kennis hebt van een bepaald gezondheidsrisico, ook als de verschijnselen zich nog niet laten zien. De meerwaarde van testen is bovendien vaak onduidelijk. Hoewel mensen het recht hebben om niet te weten, kan dit recht steeds meer onder druk komen te staan als anderen – familieleden, collega's, anderen – zich wel laten testen en dit de norm wordt.

Over nieuwe tweedelingen en privacy

Ook de sociale druk om te screenen kan toenemen. Mensen met een gunstige gezondheid en genenpool hebben er baat bij

hier gebruik van te maken en hun “concurrentiepositie” te verstevigen door deze informatie actief in te zetten. Bijvoorbeeld door deze informatie aan hun mediaprofiel toe te voegen. De vraag is in hoeverre dit de ontplooiingskansen beïnvloedt van diegenen die hier niet aan mee doen..

Komt de keuzevrijheid in het geding door de “zachte hand” van de overheid en door het gebruik van medische middelen voor mensverbetering?

De keuzevrijheid in het geding

Sommige dilemma's zijn nadrukkelijker aan de orde afhankelijk van het toekomstscenario dat zich ontrolt. In *Polderaars* heeft de overheid belang bij om burgers “met zachte hand” te motiveren om gezonde keuzes te maken en een beroep op dure zorg te voorkomen. Maar welke middelen zijn gerechtvaardigd? Wanneer is de grens bereikt dat deze “zachte hand” de eigen keuzevrijheid al te zeer inperkt? In hoeverre mogen persoonsgegevens van bevolkingsonderzoek en internet worden gebruikt om in individuele situaties in te grijpen, zoals opvoedingssituaties en opsporing van virusinfecties? En stel dat door het verspreiden van medische stoffen in openbare ruimtes antisociaal gedrag van treinreizigers, bezoekers van de SEH of van leerlingen kan worden verminderd?

In *Kosmopolieten* zullen medische mogelijkheden voor verbetering van menselijke prestaties toenemen. Dit roept vragen op over de wenselijkheid hiervan en of hier grenzen aan gesteld moeten worden, bijvoorbeeld als dit leidt tot oneerlijke concurrentie tussen mensen in onderwijs en werksituaties. In hoeverre houden werknemers een keuze als hun collega's gebruik maken van prestatieverbeterende middelen? Kunnen werkgevers uit oogpunt van veiligheid en bedrijfsbelang van hun werknemers eisen dat zij medische middelen gebruiken, ook als deze bepaalde bijwerkingen kennen?

In dit scenario is ook een grotere kans op medicalisering. Aangejaagd door de zorgindustrie komt hoe mensen leven in het teken van gezondheid te staan. De vraag is tot welke onwenselijke maatschappelijke gevolgen dit kan leiden zoals een hoger dan noodzakelijk beroep op collectief gefinancierde zorg waardoor deze voor anderen in de verdrukking komt.

4.5 Tot besluit

Toekomstige ontwikkelingen zetten het sociale karakter van de zorg en het zorgstelsel onder druk. Stijgende zorgkosten, en burgers en patiënten die meer zelf kunnen en moeten doen aan hun zorg en gezondheid, betekenen dat we de solidariteit in de zorg op een andere manier moeten vormgeven. Hierbij kunnen we fundamentele keuzen over hoe we de collectief gefinancierde zorg verdelen, over de digitalisering van de zorg, en over ethische grenzen, niet uit de weg gaan.

Ontwikkelingen op Europees terrein en de beschikbaarheid van keuze-informatie voor zorgconsumenten kunnen leiden tot meer keuzevrijheid voor burgers en grotere verschillen in gezondheid. De beperkte handelingsruimte van de rijksoverheid die dit met zich meebrengt, betekent dat gemeenten hun mogelijkheden ten volle moeten benutten om op lokaal niveau het verschil te maken in individueel maatwerk bij het verstrekken van voorzieningen, het organiseren van de wederkerigheid, en het aangrijpen van mogelijkheden buiten de zorg om mensen te helpen om gezonde keuzes te maken.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zullen tijdig moeten anticiperen op de veranderende verantwoordelijkheden en dienstverlening die van hen worden verwacht. De burger, ten slotte, zal in de toekomst meer zelf moeten doen, meer zelf moeten betalen, en meer verantwoordelijkheid moeten dragen. Daar zal dan ook meer zeggenschap over de zorg en hulpverlening, en mogelijkheden om het initiatief terug te veroveren op de verzorgingsstaat, tegenover moeten staan.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg



Rien Meijerink,
voorzitter



Theo Hooghiemstra,
algemeen secretaris

Bijlagen

Bijlage 1

Adviesaanvraag

In scenariorapporten uitgesproken verwachtingen over de zorgsector blijken soms wel, soms niet correct. Een prognose werd soms realiteit, soms niet. In een advies over scenario-onderzoek in de zorgsector wil de RVZ twee onderwerpen behandelen.

In de eerste plaats de methode. Betrouwbare verwachtingen formuleren over de toekomst van de zorgsector is altijd al lastig geweest. De dynamiek die in deze sector is ontstaan heeft de onzekerheidsmarge zo vergroot dat het vandaag de dag nog veel lastiger is dan vroeger. De complexiteit in de zorgsector is sterk toegenomen. Het gedrag van sleutelfiguren is veel moeilijker te voorspellen. Het is verstandig om van tijd tot tijd na te gaan welke ontwikkelingen in de zorgsector niet zijn gesignaleerd. Dat wil de Raad doen en ook op zoek gaan naar verklaringen. Hij zal scenariostudies kritisch evalueren.

In de tweede plaats zal de RVZ zelf scenario's op enkele terreinen schrijven:

- De gevolgen van de wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen op het terrein van de geneeskunde en de biologie (onder meer personalized, preventive, participatory en predictive medicine) voor solidariteit en zorgverzekering.
- De ontwikkelingen in het zorglandschap (de geografie van de zorg): concentratie en deconcentratie, een andere verhouding tussen de eerste en de tweede lijn, scheiden van wonen en zorg, de vorming van zorgnetwerken, een nieuwe balans zorg en welzijn.
- De balans van markt en overheid c.q. publiek en privaat: samenwerking en/of mededinging, relatie gemeente-zorgverzekeraar, centrale prijsvorming vs vrije prijzen, planning of marktordening, bekostigingsmodaliteiten, winsttoegmerk, collectieve vs individuele verantwoordelijkheid voor gezondheid.
- Pensioenen, wonen, arbeid en zorg: de interacties tussen de verschillende financiële markten, het effect van nieuwe fiscale wetgeving, een integrale levensloopbenadering, cumulatie- en substitutie-effecten.

- Arbeidsmarkt zorgsector: verhouding formele – informele zorgarbeid, arbeidsbesparende innovaties, ZZP'ers in de zorg, nieuwe beroepen en opleidingen, gezondheidszorg 2.0.

De RVZ zal de definitieve keuze van thema's en de timing van de publicatie mede laten afhangen van de prioriteiten van het nieuwe kabinet. Hoofdthema van dit project is de functionaliteit van scenarioanalyses en daaruit voortvloeiende verwachtingen voor de politiek en bestuur enerzijds, de zorgsector anderzijds.

De Raad zoekt bij deze advisering de samenwerking met deskundigen op het vlak van het scenario-onderzoek: RIVM, CPB, SCP, GR, STG/HMF en private actoren, zoals de Rabobank en Shell. Bij de start van dit project zal hij veel aandacht geven aan de keuze van de assen en aan het onderscheid tussen determinanten (input) en uitkomsten (output). De uitkomsten zullen beleidsrelevant moeten zijn: bijvoorbeeld de ontwikkeling van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Het advies, zal waarschijnlijk in de vorm van deeladviezen op verschillende momenten in 2013 verschijnen.

Bijlage 2

Adviesvoorbereiding

Het advies is vanuit de Raad voor de Volksgezondheid voorbereid onder leiding van:

Mr. H. Bosma
Prof. dr. W.N.J. Groot
Drs. M.H. Meijerink

Relevante functies en nevenactiviteiten raadsleden:

Mr. H. Bosma

- Lid van de Raad van Commissarissen N.V. NOM (Noordelijke Ontwikkelingsmaatschappij).
- Voorzitter van de Raad van Commissarissen PI Investments B.V.
- Voorzitter bestuur Nictiz.
- Lid Raad van Advies Sociale Verzekeringsbank.

Prof. dr. W.N.J. Groot

- Voorzitter van de Provinciale Raad van de Volksgezondheid in Limburg.
- Voorzitter van de Raad van Toezicht van de Reinaert Kliniek.
- Columnist Observant.

Drs. M.H. Meijerink

- Adviseur Het Expertisecentrum, PBLQ
- Voorzitter programmacommissie Evaluatie regelgeving (CER), ZonMw.
- Lid Curatorium leergang Governance van zelfstandige uitvoeringsorganisaties en maatschappelijke ondernemingen.
- Lid curatorium postdoctorale opleiding Master of Public Finance
- Management, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Voorzitter Begeleidingscommissie eHealth, ZonMw.

De Raad is in de voorbereiding bijgestaan door een ambtelijke projectgroep bestaande uit:

Dr. W.J. Meering, projectleider
Drs. T. Abou, projectlid
Mevrouw drs. S.S. Baldewsing, adviseur
Mevrouw dr. I. Doorten, senioradviseur
Drs. B.J.C. van de Gevel, senioradviseur
Mevrouw M.H. Haverkamp, arts, extern onderzoeker
L. Ottes, arts, senioradviseur
Mevrouw L. Seveke, onderzoeksstagiair
Mevrouw drs. A. Zarrinkhameh, adviseur
Mevrouw I.A. de Prieëlle, projectondersteuner

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

Interviews

Ter voorbereiding op het advies heeft de Raad interviews gehouden. Deze zijn gebundeld in de brochure “De toekomst van tien”, die samen met dit advies is gepubliceerd. Interviews zijn gehouden met de volgende personen:

- Mevrouw prof. dr. J.M. Cramer, Utrecht University
- Mevrouw prof. dr. P.A. Dykstra, Erasmus University
- Mevrouw drs. A.M. Jongerius, Utrecht University
- Prof. dr. P.N. Kenis, Antwerp Management School
- Drs. M. Muller, Simia
- Drs. M.G.Th. Pastors, Nationaal Programma Kwaliteitssprong Zuid
- Drs. M.S. Reinink, Het Concertgebouw
- D. Roosegaarde, Studio Roosegaarde
- Prof. dr. ir. J. Rotmans, Erasmus Universiteit
- Dr. G.J. Wijers, Heineken NV.

Deelnemers workshop 30 mei Toekomstige uitdagingen voor de zorg

- B. Brouwers, Ministerie van Economische Zaken
- B. Boon, Ministerie van Financiën
- Mevrouw A. de Jong, Onderwijsraad
- M. Einerhand, Ministerie van SZW
- H. Hilderink, RIVM
- Mevrouw A. Houkes, Policy Productions
- Mevrouw D. Harkes, Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg
- M. Peters, Focus Cura
- Mevrouw A. Peters, Movisie
- T. Plochg, NPHF

- Mevrouw E. Rowan-Willemse, STT
- F. Suurenbroek, Inbo Amsterdam
- Mevrouw M. van der Hoog, Ministerie van VWS.
- A. van der Horst, CPB
- Mevrouw M. van Beurden, Brainport Health Innovation
- Mevrouw J. van Loon, RIVM
- Mevrouw L. van Vliet, Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
- D. Vananderoye, Philips Design

Deelnemers workshop 26 juni De zorg van de toekomst

- Mevrouw A. de Bont, Erasmus Universiteit Rotterdam
- P. Baks, BMC Advies en Management
- Mevrouw F. Bolding, Stamm
- J. Crasborn, Achmea
- N. Guldemon, TU Delft
- J. Habets, De Jonge Orde/UMC Utrecht.
- H. Hilderink, RIVM
- F. Kalshoven, de Argumentenfabriek
- G. Munnichs, Rathenau Instituut
- J. van Maldegem, Ministerie van Economische Zaken
- Mevrouw W. Oortwijn, Ecorys
- P. Oostveen, KplusV organisatieadvies
- R. den Uyl, RadarAdvies
- Mevrouw M. Schnabel, wehelpen.nl
- W. Spruijt, Willem Spruijt Advies
- Mevrouw M. Stavenouter, Verweij-Jonker Instituut
- J. van den Hoek, Inbo
- Mevrouw J. van Loon, RIVM
- Mevrouw J. van Kooten, VASON
- M. van Schaik, Rabobank
- Mevrouw H. Verheijde, De Jonge Orde
- Mevrouw R. Visscher, Altrecht
- C. Vos, Ministerie van VWS

Deelnemers workshop Beleidsscenario's voor de zorg 12 november 2013

- B. Boon, Ministerie van Financiën
- V. Neevel, Ministerie van VWS
- Mevrouw W. van der Kraan, Ministerie van VWS

Deelnemers workshop Beleidsscenario's voor de zorg 14 november 2013

- Mevrouw M. van der Hoog, Ministerie van VWS
- C. Vos, Ministerie van VWS

Geconsulteerden

Tijdens het adviestraject is met de volgende personen gesproken:

- Ir. H.J.B.M. Abeln, Twijnstra Gudde
- B. Boon, Ministerie van Financiën
- P. de Ruijter, De Ruijter Strategie
- L. Engelen, Reshape Center Radboud UMC
- D. Scheele, Ministerie SZW
- P.M. Schütte, Schütte & Company
- D. Tijnk, Stra-da
- R. van Gaalen, CBS
- E.J. Vlieger, KPMG
- G. Vlugt, Ministerie van Financiën
- C.M. Vos, Ministerie van VWS
- R. Wagemakers, KPMG

Ondersteuning en begeleiding

Pantopicon (Nicole Rijkens, Nik Baerten, Michael van Lieshout) heeft de workshops van 30 mei en 26 juni 2013 ondersteund, het advies inhoudelijk begeleid, en presentatiemateriaal ontwikkeld.

De heer E. Dammers heeft interne workshops gehouden over achtergronden en toepassing van de scenario methodiek.

Flycatcher Internet Research heeft een enquête uitgevoerd onder beleidsmakers en professionals in de zorg en wetenschap. Het doel van het onderzoek was om na te gaan welke dilemma's de beleidsagenda zullen gaan domineren.

Dhr P.M. Schütte (Schütte & Company) heeft een interne workshop gehouden over achtergronden en toepassing van de 7 Questions interview methodiek.

Mevrouw C. Willemse (MC Communicatie) heeft de spiegelverhalen geschreven en de adviestekst geredigeerd.

Meelezers

- E. Dammers
- A. van der Horst, CPB
- Mevrouw N. Rijkens, Pantopicon
- Mevrouw A. Houkes, Policy Productions
- Mevrouw M. Vulto, Marij Vulto onderzoek & advies

Essaywedstrijd

Een aantal studenten, jonge medici, en politieke jongerenorganisaties heeft deelgenomen aan een essaywedstrijd over de zorg in 2040:

- Erik Verschuren (winnaar)
- Hisse Arnts
- Marthe Schaaf
- Martijn van der Meulen
- Margot Nijhuis
- Katja Sion
- Sietse Wieringa, Generation Next
- Sylvia Mennink, Generation Next
- Suzanne Witjes, De Jonge Orde
- Perspectief (Christenunie Jong): Marieke Vos en Anne-Wil Booij-Veldman
- CDJA: Mark Ruitenbeek, Hans van den Heuvel, Maaïke van Berkel

MBO-scholen

Op drie MBO-scholen is een interactieve themales “De zorg in 2040” georganiseerd met verpleegkundigen, verzorgenden en maatschappelijk werkenden in opleiding. De volgende MBO-scholen hebben deelgenomen:

- ROC Mondriaan, Den Haag
- Friesland College, Leeuwarden
- ROC A 12, Ede

Op 13 februari 2014 is de onderhavige materie besproken met drs. C.E. Mur van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De Raad heeft het advies op 20 maart 2014 vastgesteld.

Bijlage 3

Lijst van afkortingen

AED	Automatische Externe Defibrillator
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BBP	Bruto Binnenlands Product
BKZ	Budgettair Kader Zorg
CPB	Centraal Planbureau
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DBS	Deep Brain Stimulation
EU	Europese Unie
ICT	informatie- en communicatietechnologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IT	Informatietechnologie
MBO	middelbaar beroepsonderwijs
MRI	Magnetic Resonance Imaging
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SEGV	sociaaleconomische gezondheidsverschillen
VS	Verenigde Staten
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
wet BIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen

Bijlage 4

Literatuur

Bonneux L, van der Gaag N, Bijwaard G (2012). Demographic epidemiologic projections of long term care needs in selected European countries: Germany, Spain, the Netherlands and Poland. ENEPRI Research Report No. 112, Centre for European Policy Studies, Brussel.

CPB (2011). Omgevingsscenario's voor gezondheid en zorg. CPB Achtergronddocument bij CPB Policy Brief 2011/11, 'Trends in gezondheid en zorg'. Den Haag: Centraal Planbureau.

CPB (2013). Toekomst voor de zorg. Den Haag: Centraal Planbureau.

Geerts J, Willemé P (2012). Formal care supply and demand in Europe. In: Geerts, Willemé, Mot (eds). Long-Term Care Use and Supply in Europe: Projections for Germany, the Netherlands, Spain and Poland. ENEPRI Research Report No. 116, Centre for European Policy Studies, Brussel.

Kabinetsnota (2013). De doe-democratie. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

Van de Gevel BJ (2013). Van rol naar bekostiging in 3D. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Westendorp R (2014). Oud worden zonder het te zijn. Atlas Contact.

WRR (2010). Uit zicht: toekomst verkennen met beleid. Den Haag / Amsterdam: Wetenschappelijke Raad voor het Regeeringsbeleid / Amsterdam University Press.