

MONOGRAFIE

# ZORGSECTOR: van VOOR, via MET naar DOOR de CLIËNT

VAN DOKTERS-DRIVEN, VIA VERZEKERAARS-  
DRIVEN NAAR CLIËNT-DRIVEN

Prof. Dr. Guus van Montfort  
Em. Hoogleraar  
Zorg, Economie en Medische Technologie

Universiteit Twente 01-02-2020

## INHOUD

<b>INHOUDSOPGAVE</b>	<b>3</b>
<b>1. INLEIDING: PATIËNTENPERSPECTIEF</b>	<b>4</b>
<b>2. ZORGSTELSEL, KOSTEN en BESTEDINGEN</b>	<b>4</b>
2.1 Kosten of Bestedingen	4
2.2 Zorgstelsel	4
<b>3. PATIËNTENPERSPECTIEF: DRIE FASES</b>	<b>5</b>
3.1 Fase I : VOOR de PATIËNT / Dokters-driven	5
3.2 Fase II : MET de PATIËNT / Verzekeraars-driven	6
3.3 Fase III : DOOR de PATIËNT / Cliënt-driven	7
<b>4. BEKOSTIGINGSVOORSTEL, Kwaliteit, Innovatie en Transparantie</b>	<b>8</b>
<b>5. EVALUATIE en TOEKOMST</b>	<b>9</b>
5.1 Kostenontwikkeling: Groot probleem !!!??	9
5.2 Prestatiebekostiging of toch Budgettering	10
5.3 Macroniveau en Microniveau: eigen dynamiek!	11
5.4 Beeldvorming en Werkelijkheid	11
5.5 Veel samenwerking en innovatie in de zorg	11
5.6. Cliëntvolgende bekostiging wordt cliëntvolgende aanwending	12
<b>6. ONTWIKKELING KWALITEITSDENKEN EN DRIE FASES: PARALLEL</b>	<b>12</b>
<b>7. SLOTOPMERKINGEN</b>	<b>12</b>
<b>BIJLAGEN:</b>	
Model I : VOOR DE PATIËNT	13
Model II : MET DE PATIËNT	14
Model III: DOOR DE PATIËNT	14
<b>LITERATUUR</b>	<b>15</b>

## INLEIDING: PATIËNTENPERSPECTIEF!!!

Deze publicatie bevat een beschouwing c.q. een analyse van een aantal veranderingen en ontwikkelingen in de zorgsector in de loop van de tijd. Die heeft een indeling in drie fases. Deze zijn min of meer gebaseerd op de trends en ontwikkelingen zoals we die beschreven hebben in de eerdere publicaties van Van Montfort en Van Wylick (2019; Essays I, II en III). Het gaat om een beschrijving van de ontwikkelingen in de directe zorgverlening, de organisatie van de zorg, de rollen van actoren in het zorgstelsel en de effecten daarvan op de zorg en de kosten.

We doen dit door de bril van de patiënt, vanuit het perspectief van de patiënt/ cliënt/ consument/ vrager. Dat klinkt triviaal en als een open deur, maar dit uitgangspunt wordt helaas te vaak weleens uit het oog verloren. Men is zo druk bezig met HET SYSTEEM/ HET STELSEL, dat men weleens vergeet waar het ook al weer over ging. Zo zullen we zien dat we ons de afgelopen jaren verloren hebben in eindeloos veel prestatie-indicatoren, CQ-indexen, monitoring en registraties. Allemaal vanuit de beste bedoelingen. Doordat we steeds concludeerden dat 'dit het nog niet is', zijn we steeds verder gaan verfijnen en detailleren, de vereenvoudigingen werden steeds complexer. Dit alles leidde tot steeds grotere databakken die niemand gebruikte. En bovendien steeds meer geld kosten. Dit niet alleen door steeds hogere out-of-pocketuitgaven, maar ook door sterk toenemende administratieve lastendruk bij de zorgprofessionals en zorginstellingen. Denk aan het ROM-debacle in de GGZ-sector. We komen hier nader op terug in het kader van het 'nieuwe kwaliteitsdenken'.

## 2. ZORGSTELSEL , KOSTEN EN BESTEDINGEN

In de reeds geciteerde Essays hebben we een aantal begrippen en definities nader uitgewerkt. Ik wil hier – globaal – enkele voor deze publicatie relevante feiten en begrippen uitwerken.

### 2.1 KOSTEN OF BESTEDINGEN

Het begrip 'kosten' is een veelzijdig begrip. We kunnen hier het totaal aan kosten mee bedoelen dat we hebben uitgegeven voor de gehele zorgsector. Het CBS publiceert die periodiek, bijvoorbeeld dat we op macroniveau in 2019 met z'n allen 75 miljard euro aan de zorg hebben uitgegeven. Ook bedoelen we met kosten soms dat een bepaalde behandeling in het ziekenhuis 100 euro kost, die door de zorgverzekeraar wordt vergoed. Dan bedoelen we het tarief dat een zorgverzekeraar met het ziekenhuis heeft afgesproken. Ook kunnen we de kosten bedoelen die een ziekenhuis maakt om een röntgenonderzoek te doen. Dat is de kostprijs van een röntgenfoto. Weer een andere betekenis van het begrip kosten is verbonden met het begrip 'efficiency'. Efficiency is een relatief begrip. Het geeft de mate aan waarin men met meer of minder kosten (productiefactoren)

de röntgenfoto heeft gemaakt. Het ene ziekenhuis is efficiënter dan het andere ziekenhuis als het dezelfde röntgenfoto tegen lagere kosten maakt. In het taalgebruik heeft het woord kosten vaak een enigszins negatieve connotatie. Zo heeft het CBS het over 'vakantiebestedingen' en 'zorgkosten'. Tegenover de kosten voor vakanties staat iets, namelijk het genot van vakantie vieren. Tegenover de zorgkosten staat blijkbaar niets, die ben je kwijt en ze hebben blijkbaar geen toegevoegde waarde. We zullen laten zien dat dit zeker niet de werkelijkheid dekt. De bestedingen c.q. de kosten aan zorg leveren echt iets op in termen van gezondheidswinst, genezing, verhoging van de kwaliteit van leven, levensverlenging, maar ook meer gezonde levensjaren.

### 2.2 ZORGSTELSEL

Met zorgstelsel bedoelen we het geheel aan wet- en regelgeving, de organisatie van de zorg, de bekostiging en financiering. De veranderingen en ontwikkelingen in de zorgverlening en die in het zorgstelsel, hangen soms wel en soms niet met elkaar samen. Wij concluderen dat de voor het stelsel min of meer autonome ontwikkelingen in de zorg veel meer impact hebben op het stelsel dan omgekeerd (zie Essays).

### 3. PATIËNTENPERSPECTIEF: DRIE FASES

We onderscheiden vanuit het patiëntenperspectief drie fases met de volgende typologie:

	Positie Patiënt	Systeemtypologie	Tijdperiode
<b>Fase I</b>	VOOR de PATIËNT	dokters-driven	< 2006
<b>Fase II</b>	MET de PATIËNT	verzekeraars-driven	2006 - 2016
<b>Fase III</b>	DOOR de PATIËNT	cliënt-driven	> 2016

Onderstaand geef ik een toelichting op deze fases. Ik merk hierbij op dat het niet gaat om sterk afgebakende periodes, ze lopen ook deels in elkaar over. Het gaat dan ook om een globale tijds aanduiding (kolom III). In de eerste kolom is de verandering in de positie of rol van de patiënt/cliënt weergegeven. In fase III verandert de positie van de patiënt zodanig dat ik hem in deze fase aanduid met cliënt. Deze verandering heeft geen marketingbetekenis, heeft ook geen betekenis voor het bijna 'ideologische' debat over wel of geen marktwerking in de zorg. Het heeft een betekenis in het sterk veranderende patiëntenperspectief. Naar een eigen rol, eigen verantwoordelijkheid, eigen keuzes.

#### *Impact dynamiek in de zorgverlening versus impact zorgstelsel/systeem*

De typologieën zijn gebaseerd op de actor die een dominante of dominantere invloed heeft in de daadwerkelijke zorgverlening en niet zozeer in het systeem/stelsel. Dit heeft met name ook te maken met de discussie wat het sterkst is, de dynamiek in de daadwerkelijke zorgverlening of het zorgstelsel/systeem. Fase I 'VOOR de PATIËNT' loopt tot circa 2006, omdat toen een aantal belangrijke stelselwijzigingen zijn doorgevoerd en ook omdat toen effecten van bepaalde maatschappelijke ontwikkelingen, zoals andere zorgconcepten, andere cliënten, andere technologieën, meer marktwerking en deregulering, steeds manifester werden. Deze eerste fase typeren we 'VOOR de PATIËNT', omdat toen de zorgprofessional (lees: de dokter) dominant bepaalde wat er gebeurde in de zorgverlening. Deze periode betitelen we als dokters-driven. Fase II 'MET de PATIËNT' loopt van 2006 tot ca. 2016. In deze periode wordt de positie van de patiënt wat sterker, wat zich ook weerspiegelt in relevante wetgeving, maar dat neemt niet weg dat de sturing in de zorg (regierol) vooral door

de zorgverzekeraars gebeurt. We typeren deze periode als verzekeraars-driven. Deze fase wordt vooral gedreven, zou je kunnen stellen, door veranderingen in het zorgstelsel en niet zozeer door veranderingen en ontwikkelingen in de zorg zelf. Misschien is dat ook wel een van de oorzaken dat – en dat geldt zeker voor cliënten en zorgprofessionals – men de zorg steeds meer als administratief en regelgestuurd gaat ervaren. De nieuwe rol van zorgverzekeraars is niet zozeer ingegeven door c.q. geijkt op de dynamiek in de zorg, maar veel meer op wijzigingen in het stelsel door de overheid. Dit vooral om via deze versterkte rol van de zorgverzekeraars meer greep te krijgen op de ontwikkelingen in de zorg en dan met name op de kosten. Zorgverzekeraars werden de zorgregisseurs, middels de zorginkoop, de regierol. We zullen verderop zien of en in welke mate dit ook is gelukt.

Fase III 'DOOR de CLIËNT' start circa 2016. De rol van de zorgverzekeraars 'verandert' en die van de patiënt/cliënt (mede door de technologische ontwikkelingen) wordt sterker, met name ook omdat de cliënt veel meer de regie neemt, zowel naar de zorgverlener als ook naar de zorgverzekeraar toe. Dit gaat nog niet gepaard met veel veranderingen in wet- en regelgeving. Het gevolg is dat het verschil tussen het beeld van de werkelijkheid en de werkelijkheid zelf steeds groter wordt. Dat is de reden dat 'de rol van zorgverzekeraars verandert' tussen aanhalingstekens staat.

De fases licht ik onderstaand globaal toe. Voor een uitgebreidere toelichting verwijs ik naar de Essays.

#### **3.1 FASE I: VOOR DE PATIËNT / DOKTERS-DRIVEN (MODEL 1)**

Deze fase kunnen we – op het niveau van de zorgverlening (het microniveau) – typeren als aanbodgedreven c.q. aanbodgestuurd. De zorgverlener (de

dokter) heeft een sterke sturende rol naar de patiënt toe (voor de patiënt). Natuurlijk doet de zorgverlener dat met een sterke intrinsieke motivatie en hij handelt naar de meest actuele stand van zaken van de medische wetenschap (zie nr. 4 in het model). Op macroniveau is er door de (landelijke) overheid een sterke sturing op het aanbod van zorgvoorzieningen ('aanbodsturing'; zie nr. 1 in het model). De overheid heeft hiervoor een wettelijk instrumentarium. Er is een aparte planningswet (WZV), in welk kader het CZV/CZB vergunningen voor instellingsvoorzieningen, in termen van functies en bouw, afgeeft op basis van een landelijk door de overheid vastgesteld normenstelsel. De tarieven c.q. budgetten worden op basis van de WTG – in grote mate – door het CTG bepaald (zie nr. 2 in het model). Met betrekking tot de beheersingsrol stelde Guus Schrijvers: 'De WZV wijst en de WTG prijst.' Tot in de jaren tachtig was het functioneren van het CTG – in bepaalde mate – gebaseerd op het corporatistische gedachtegoed (Groot, 1960). Dat wil zeggen dat het veld (vooral zorgaanbieders en zorgprofessionals) een belangrijke, directe invloed had op het CTG-beleid. Maar dat is in de loop van de tijd vrijwel geheel verdwenen en het CTG is als een ZBO gaan functioneren (de huidige NZa). Dit gold trouwens ook voor het CZV/CZB (plannings- en vergunningenorgaan). De rol en invloed van zorgverzekeraars (toen dus ziekenfondsen en particuliere zorgverzekeraars) was gering. Kortom, de overheid heeft in deze periode een grote invloed op de zorginkoop-zorgverkoopmarkt. Dat geldt zowel voor de planning van zorgvoorzieningen, middels planningsnomen en vergunningen als voor de vaststelling van budgetten en tarieven. De zorgverzekeringsmarkt (zie nr. 4 in model) werd bepaald door de Ziekenfondswet/AWBZ en in dat kader door de Ziekenfondsraad/College voor Zorgverzekeringen (CZV). Samenstelling en omvang van het verzekeringspakket en de inkomensafhankelijke premiestelling werd door dit college geadviseerd en vastgesteld door de overheid. Dus ook hier was sprake van een sterke landelijke sturing.

Er was – in deze fase – een vrij strikte scheiding tussen 'micro-' en 'macroniveau'. Dat werd verstrekt door de invoering van de instellingsbudgettering in de tweede helft van de jaren tachtig. In het verlengde hiervan werd in de tweede helft van de jaren negentig het 'fee-for-service'-honoreringssysteem van medisch specialisten vervangen door lumpsummen. Vanaf 1-1-2015 is de aparte tarifiering en declaratie

van de honoraria ook afgeschaft en geïntegreerd in het ziekenhuisbudget. De allocatie van de middelen (op macroniveau via zorgverzekeraars naar zorginstellingen) en de aanwending van de middelen (op microniveau had de zorginstelling grote vrije beleidsruimte voor de aanwending van de middelen voor de directe zorg) waren vrij strikt gescheiden. Hetgeen een van de redenen is geweest dat in deze periode de efficiency in de zorg en zeker in de ziekenhuizen sterk is toegenomen (zie Van Montfort, 2011).

### **3.2 FASE II: MET DE PATIËNT/ VERZEKERAARS-DRIVEN (MODEL 2)**

In de periode vanaf 2006 krijgen we een grote verandering in het stelsel. Feitelijk op alle markten. Alhoewel in de discussie vooral de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet de volle aandacht kreeg, zijn ook op de zorginkoop-zorgverkoopmarkt grote wijzigingen opgetreden en is ook de overheid op een andere manier gaan functioneren met betrekking tot haar zorgsectorbeleid. De sturing van de overheid op de verzekeringsmarkt is gebaseerd op de ZvW en de AWBZ. Als we scherp kijken moeten we concluderen dat dat in grote mate overeenkomt met het ziekenfondsstelsel en natuurlijk de AWBZ (die gewoon gehandhaafd blijft en later wordt vervangen door de WLZ). Die sterke overheidssturing op dit gebied is ook logisch als je als maatschappij grote waarde hecht aan algemene toegankelijkheid en solidariteit (zie nr. 1 in model 2). Dat kan alleen maar geregeld worden door de overheid, anders krijg je deel-solidariteit. De beleidsruimte van zorgverzekeraars op de verzekeringsmarkt is met andere woorden uiterst beperkt (zie nrs. 3 in het model). De zorgverzekeraar heeft wel een veel grotere impact als het gaat om zorgsturing (zie nr. 4 in het model) en als het gaat over de invloed op de zorginkoop-zorgverkoopmarkt (zie nr. 2 in het model). Hier zijn de vervanging van de WTG en de WZV door respectievelijk de WMG en de WTZi relevant. Op basis van deze wetten hebben de zorgverzekeraars een veel sterkere rol en positie ten aanzien van de zorgsturing en de zorginkoop-zorgverkoopmarkt. De landelijke planning van zorgvoorzieningen is afgeschaft (CZB/CZB is opgeheven) en het landelijke tarieven- en budgetbeleid is in grote mate afgeschaft en overgedragen aan het veld en dan vooral aan zorgverzekeraars. De contractverplichting werd afgeschaft. De zorgverzekeraar wordt dan ook de zorgregisseur genoemd. Om de

versterking van de positie van de zorgverzekeraars nog eens te illustreren, werd in eerste instantie alleen gesproken over de zorginkoopmarkt en dus niet over de zorginkoop-zorgverkoopmarkt. Voor nadere uitwerking, achtergronden en toelichting verwijs ik naar de Essays. De scheiding tussen het macro- en het microniveau werd min of meer werd opgeheven en de coördinatie hiervan werd bij de zorgverzekeraars neergelegd. Hierdoor ontstond een zeer sterke verhoging van de administratieve lastendruk. Zorgverzekeraars wilden steeds meer informatie hebben en gingen steeds meer details vragen tot op individueel zorgverleningsniveau. Denk bijvoorbeeld aan de DBC/DOT-systematiek. De registratie-last nam sterk toe en er ontstonden grote databanken, die vervolgens niet of nauwelijks werden gebruikt (enigszins cynisch gezegd, gelukkig maar). Ik verwijs naar het ROM-drama in de GGZ. De planningsrol van de overheid is er niet meer, er is nu een toelatingwet (WTZi) De contracteerplicht van zorgverzekeraars is afgeschaft. De zorgverzekeraars zijn dus niet meer verplicht om met elke zorgaanbieder een contract af te sluiten. Een zorgverzekeraar kan onderhandelen met zorgaanbieders over tarieven en volumina. Er is zogenoemde prestatiebekostiging. Er zijn door de NZa wel een aantal richtlijnen en kaders gesteld, maar er is in principe onderhandelingsvrijheid (zie nr. 2 in het model). De zorgverzekeraar moet – in het kader van haar zorgplicht jegens haar verzekerden – wel voldoende zorg inkopen. Kortom de positie van zorgverzekeraars is aanmerkelijk versterkt. De zorgverleningsrelatie tussen een patiënt en een zorgverlener is in principe de verantwoordelijkheid van die twee. Daar zien we dat de patiënt meer en meer een partner is geworden van de zorgprofessional (MET de PATIËNT). Men kan hierbij ook denken aan termen als ‘shared decisionmaking’. De zorgverzekeraar probeert steeds meer invloed uit te oefenen op het primaire zorgproces en de directe zorgverlening. Door bijvoorbeeld de volumenormen van de beroepsverenigingen in de contractering mee te nemen, evenals een zeer grote hoeveelheid prestatie-indicatoren en dus ook een sterke toename van de administratieve lastendruk (zie nr. 4 in het model).

Voor het functioneren van dit model is het wel zeer relevant om te kijken naar de sturing van de overheid met betrekking tot de kostenbeheersing. Alhoewel de overheid dus veel sturing heeft ‘overgedragen’ aan de zorgverzekeraars, let ze wel op de centen. Dat doet de overheid door hoofdlijnenak-

koordens af te sluiten met veldpartijen per sector en in deze akkoorden zijn de macrobudgetten uitgangspunt. De zorgverzekeraars hebben met andere woorden veel macht gekregen, maar moeten wel werken binnen de budgettaire kaders van de overheid. En dat kan natuurlijk gaan schuren met een andere opdracht van de zorgverzekeraars, namelijk de zorgplicht jegens haar verzekerden (zie nr. 1 in het model).

Onderstaand zullen we concluderen dat dit ‘beeld van de werkelijkheid’ of de ‘systeemwerkelijkheid’ niet overeenkomt met de werkelijkheid in de zorg. De macht van de zorgverzekeraars is veel beperkter dan in het systeem is bedoeld en dat geldt zeker voor hun invloed op het primaire proces.

### 3.3 FASE III: DOOR DE CLIËNT / CLIËNT-DRIVEN (MODEL 3)

In de periode waar we nu al – voor een deel – in zitten, zien we een fundamentele verandering, met name wat betreft de rol en positie van de patiënt/cliënt. Ik gebruik hier bewust ook de term cliënt, niet als mode- of marketingterm, maar om die fundamentele verandering te markeren. Door veranderingen met betrekking tot de cliënt alsmede de technologische ontwikkelingen zien we dat de cliënt veel meer de regie zelf gaat nemen en (deels) zijn eigen zorg gaat verlenen. De zorgvrager wordt dus deels zijn zorgverlener, zorgaanbieder. Zoals we in vele sectoren zien, vervaagt het onderscheid tussen consument en producent, tussen zorgvrager en zorgaanbieder. We noemen dit het prosumentenmodel. Denk aan internetbankieren (je wordt je eigen bank), aan e-mailverkeer (je wordt je eigen postbode), aan energieproductie met zonnepanelen (je wordt je eigen energieproducent).

De cliënt gaat dus veel meer eigen keuzes maken en eigen arrangementen afsluiten. De zorgverzekeraar die hierbij de cliënt het beste kan faciliteren, krijgt de voorkeur van de cliënt bij de keuze van een zorgverzekeraar. In verzekeringstermen past hier een restitutiepolis het beste bij (zie ook RVS, 2017). De oriëntaties van de zorgverzekeraar gaan dus ook sterk veranderen. De zorgverzekeraars zullen aan de ene kant veel duidelijker dan tot nu toe de allocatiefunctie gaan vervullen, middels onderhandelingen met de zorgaanbieders over budgetten en het verschaffen van een license-to-operate van zorginstellingen. Aan de andere kant kunnen zij een

goede informatiefunctie vervullen naar hun cliënten toe en cliënten ondersteunen die dat willen of nodig hebben bij de invulling van de eigen-regierol.

#### 4. BEKOSTIGINGSVOORSTEL, KWALITEIT, INNOVATIE EN TRANSPARANTIE

Ik heb in een artikel in Zorgvisie een concreet voorstel uitgewerkt voor de bekostiging van zorginstellingen dat past bij deze fase. Enkele belangrijke uitgangspunten hierbij zijn:

1. Meer ruimte voor kwaliteitsverbetering en innovatie.
2. Meer beleidsruimte voor zorgverleners en cliënten voor de aanwending van de (financiële) middelen (interne substitutievrijheid/instillings-budgettering).
3. Innovatie, precisiegeneeskunde, prosumentenmodel vragen om ruimte in de aanwending. Dat is niet te vangen in landelijke, uniforme DBC-en/DOTjes.
4. Onderscheid tussen macro/allocatie en micro/aanwending.
5. Macro-budgettering gebaseerd op CPB-ramingen, ova-ruimte, budgettair beleid overheid.
6. Transparantie primair naar de cliënt en secundair naar de zorgverzekeraar in haar adviesrol naar haar cliënten/verzekerden.
7. Transparantie niet in de vorm van indicatoren. Die werken niet meer in een specifieke, individuele/context-gebondenere zorgverlening, waarin bovendien de cliënt meer en meer zijn eigen zorg regelt en verleent (prosumentenmodel).
8. Maak een budgetafpraak voor de gehele instelling met alle zorgverzekeraars via het representatiemodel.
9. Laat de NZa landelijke, uniforme verrekentarieven vaststellen voor alle DBC-en/DOTjes (aanmerkelijke reductie administratieve lasten).

Door wetenschappelijke ontwikkelingen, door Blijham getypeerd als precisiegeneeskunde, wordt de zorg individueler, personalistischer, specifiek, contextgebonder en wordt meer door de cliënt zelf geregeld en deels zelf uitgevoerd. De zorgverlener en de zorgorganisatie zullen hierop moeten inspelen en dus ook sterk gaan veranderen. De rol van de zorgprofessional wordt hierdoor juist interessanter,

want men zal veel meer in relatie met de cliënt tot een specifieke, individuele oordeelsvorming moeten komen en veel minder kunnen steunen op (standaard-) protocollen en richtlijnen. In de systeemwereld waren de protocollen en standaarden de verbindende schakel tussen het macro-sturingsniveau en het micro-sturingsniveau. Dat heeft in de afgelopen jaren alleen maar geleid tot een steeds grotere administratieve lastendruk, maar niet tot meer effectiviteit en efficiency. Die zijn overigens wel gerealiseerd, maar vooral omdat zorgprofessionals/zorgorganisaties en cliënten hun verantwoordelijkheid hebben genomen. Dat is ook een van de redenen dat we in fase III naast de term patiënt, steeds meer de term cliënt gebruiken. Deze ontwikkelingen vragen met andere woorden om een globaal bekostigingsmodel, omdat de interne aanwending van de middelen een grote mate van vrijheid moet kennen om aan de precisiegeneeskunde, innovatie, kwaliteitsontwikkeling, interne en externe substitutie (eerste lijn en nulde lijn) en aan taak- en functieafspraken op patiëntniveau tussen ziekenhuizen de gewenste en noodzakelijke ruimte te geven. Dat dit werkt en in de praktijk ook echt gebeurt, blijkt uit de vele voorbeelden die in de Essays gegeven zijn. Alleen in het geschetste bekostigingsmodel wordt de administratieve lastendruk aanmerkelijk verlaagd, waardoor de effectiviteit en efficiency verder kan toenemen. Een belangrijk aspect is meer van psychologische aard. Namelijk dat het beeld is ontstaan dat 'niets mag', dat je overal van tevoren toestemming voor moet vragen, dat je alles moet opschrijven en monitoren. Beelden die deels juist zijn, maar voor een gedeelte ook gepercipieerde beelden zijn. Hierdoor laten professionals en patiënten zich remmen. En dat is jammer, want niemand wil dit. Voor een nadere onderbouwing verwijs ik naar Van Montfort (1986) en naar Woldendorp en Jeninga (2018).

Ik wil hierbij ook een opmerking maken wat betreft transparantie. We hebben in fase II, de verzekeraarsdrivenfase, geprobeerd de transparantie te vergroten door steeds meer prestatie-indicatoren, CQ-indexen, ROM'en, Prems/Proms te ontwikkelen en te monitoren. Men kan zich echt afvragen of dit niet veel meer ten goede is gekomen aan de zeer sterke verhoging van de administratieve lastendruk dan aan echte inzichten in kwaliteit. Het heeft een steeds grotere schijnwerkelijkheid gecreëerd. Ik verwijs ook naar onderstaande paragraaf over de ontwikkelingen in het denken over kwaliteit en transparantie.

Nog een voorbeeld om dit te illustreren. Een van de doelstellingen van de DBC-ontwikkeling c.q. prestatiebekostiging was om de efficiency en transparantie te vergroten. Middels de prestatiebekostiging werd een impuls gegeven om efficiënter te werken. Het vergroten van de transparantie op DBC-niveau zou hierbij een belangrijke prikkel zijn. Dat het dit niet geworden is, is gebleken. Onder verwijzing naar de Essays, geef ik dat onderstaand nog eens kort weer. Globale bekostiging en transparantie staan niet op gespannen voet met elkaar, maar kunnen elkaar juist versterken. Transparantie zit veel meer in gerichte en geïndividualiseerde informatie door professionals, informatie middels de moderne media, uitwisseling op patiëntniveau, informatie via burgerinitiatieven, zorgcoöperaties, ledenverenigingen van senioren, patiëntenverenigingen. En niet middels informatie over praktijkvariatie. Door de ontwikkeling van de precisiegeneeskunde gaat het juist om veel meer praktijkvariatie, namelijk tot op het individuele patiëntniveau. Overigens ben ik van mening dat zorgverzekeraars hier een veel grotere rol kunnen en moeten gaan spelen voor hun verzekerden. Bijvoorbeeld door veel gerichtere en op het individu toegespitste informatie toegankelijk te maken. Of door het inrichten en ondersteunen van panels van verzekerden, gericht op onderlinge informatie-uitwisseling. Interessant is om deze ontwikkelingen in de zorg eens te vergelijken met veranderingen in het onderwijs. Daar zien we ook een sterke personalisering, de ontwikkeling van leerroutes naar studentroutes en parallel hieraan van het monitoren van studiesucces naar studentsucces. Maar dat voert te ver voor deze monografie.

## 5. EVALUATIE EN TOEKOMST

In deze paragraaf analyseer ik (globaal, voor meer details verwijs ik naar de Essays) hoe in de verschillende fasen het model heeft gewerkt, in termen van effectiviteit, efficiency, toegankelijkheid en solidariteit.

In de publicaties van met name het RIVM (de Zorgbalansen) krijgen we een goed inzicht in de ontwikkelingen van de effectiviteit van de zorgbestedingen. We kunnen dan concluderen dat de effectiviteit of gezondheidswinst in termen van levensverwachting sterk is toegenomen. En dat het aantal gezonde levensjaren eveneens sterk is toegenomen. Daar waar in de Nota 2000 (1987) van het ministerie van VWS werd aangegeven dat het wel zo'n beetje

afgelopen was met een toename van de effectiviteit van extra-bestedingen in de zorg. Meer zorguitgaven zouden niet meer leiden tot meer gezondheidswinst. Daarnaast publiceerde het ministerie de Financiële Overzichten Zorg/ Zorgnota's en hanteerde VWS later in de begrotingen de Nota 2000 niet als beleidsuitgangspunt. Er werd veel meer uitgegaan van werkelijke ontwikkelingen in de praktijk van de zorg. Daarom wordt de nota 'De juiste zorg op de juiste plek' ook een succes. Het beschrijft immers wat er werkelijk in de praktijk gebeurt. (Ik verwijs voor een nadere toelichting naar Essay I en II, 2019.)

Deze ontwikkelingen zien we eigenlijk over de drie periodes heen, met wel een zekere versnelling in de laatste jaren. Maar die wordt meer veroorzaakt door technologische en wetenschappelijke ontwikkelingen dan door de veranderingen in de structuur c.q. het systeem. We kunnen concluderen dat deze grote effectiviteits- of gezondheidswinst behaald is in min of meer onverschillig welk systeem. We zullen nog zien dat soms het systeem c.q. stelsel een andere bedoe-ling heeft dan zoals het in de praktijk van alledag wordt gehanteerd (denk aan prestatiebekostiging versus budgettering).

### 5.1 KOSTENONTWIKKELING: GROOT PROBLEEM!!!???

Als we kijken naar de kostenontwikkeling, constateren we dat de kosten wel zeker zijn gestegen. In termen van de zorgkosten als percentage van het BNP zien we een toename. Maar het is wel relevant om goed te kijken naar over welke cijfers het gaat. Het CBS (zie CBS-bericht 21-6-2019) geeft aan dat we in 2018 aan 'zorg en welzijn' rond de 13% van het BNP uitgeven (2016: 13,4% en in 2018: 12,9%). Als we kijken naar wat het CBS berekent als uitgaven 'geneeskundige en langdurige zorg', komen we in 2018 uit op 11,2% BNP. Dat percentage is sinds 2011 gedaald. Dit was 9,3% in 1980, 9,5% in 1990, 9,2% in 1995, 10,3% in 2005, 11,5% in 2010, en 11,6% in 2016. Ik merk hierbij op dat de stijging 2005 op 2010 voor een groot gedeelte is te verklaren uit een daling van het BNP in 2008 en 2009 respectievelijk een zeer gematigde stijging in de jaren daarna (zie ook Yvonne van Kemenade, Zorgvisie, 2019). Als we kijken naar de (internationaal gehanteerde) zorgkostendefinitie geven we in 2018 aan zorgkosten 9,9% uit aan zorg. Ik wil nog opmerken dat de schommelingen in het percentage zorgkosten van het BNP in grotere mate



worden bepaald door veranderingen in de noemer van deze breuk dan door de veranderingen in de teller, de zorgkosten zelf.

Ik wil de zorgkostenstijging niet bagatelliseren, maar we moeten wel goed kijken naar waar we het over hebben. En dan moeten we constateren dat het beeld van de gigantische, onbeheersbare stijgingen toch echt gerelativeerd moet worden. De zorgsector is geen slokop, geen bodemloze put. Men baseert zich hierbij vaak op bepaalde rapporten van het RIVM (Toekomstverkenning 2018). Daarin wordt onder meer een doorrekening gemaakt op basis van het doortrekken van lijntjes uit het verleden. Deze lijntjes worden niet gerealiseerd, niet alleen door macro-beleidsmaatregelen, maar vooral doordat de zorg zichzelf voortdurend vernieuwt, zowel in termen van effectiviteit als efficiency (zie ook Essay I waar ik verwijs naar een bijdrage van Lempers van het CPB in de jaren tachtig). Zoals ik bovenstaand reeds heb aangegeven, renderen de bestedingen aan zorg in termen van gezondheidswinst echt.

Het CPB stelt ramingen op voor de zorgkosten. Ik heb daar bovenstaand in mijn bekostigingsvoorstel, onder punt 4, naar verwezen. Deze ramingen zijn gebaseerd op ontwikkelingen zoals demografie/epidemiologie, technologie en algemeen economische ontwikkelingen, zoals de inkomensontwikkeling. Met betrekking tot dat laatste verwijs ik naar Essay I, bijlage 2. Ik heb daar een analyse gegeven van de inkomenselasticiteit met betrekking tot zorg. We zien dat het aandeel van de zorgkosten stijgt als het inkomen stijgt (dat kan zowel individueel als collectief; met betrekking tot dat laatste verwijs ik naar de 2 miljard van Hugo Bots en Marc Rutte voor de verpleeghuizen). Dit effect gaat in de toekomst waarschijnlijk toenemen, doordat aan de ene kant de ouderen een grotere zorgvraag hebben en aan de andere kant een betere inkomenspositie hebben dan de vorige generatie. En dat gecombineerd met het feit dat er sprake is van een sterke vergrijzing. Dus zal er een sterke autonome ontwikkeling vanuit de zorg zijn, die leidt tot een hoger kostenaandeel van de zorg in het BNP.

## **5.2 PRESTATIEBEKOSTIGING OF TOCH BUDGETTERING**

In dit verband wil ik opnieuw wijzen op het taalgebruik. Als je googelt bij CBS (CBS, 28-9-2019) dan krijg je de term 'toeristische bestedingen', je krijgt

niet 'zorgbestedingen', maar wel zorgkosten en zorguitgaven. De maatschappelijke connotatie is net wat anders. De negatieve beeldvorming heeft ook te maken met het beeld van de bekostiging. Dat beeld is nog steeds dat er een zeer sterke volume- en productieprikkel in de bekostigingssystematiek zit. Voor de intramurale zorg is dat al lang niet meer het geval. Het beeld van de niet te temmen, ongebreidelde groei van de zorgsector, en zeker van de ziekenhuissector, heeft te maken met de vermeende opvatting dat ziekenhuizen en medisch specialisten nog steeds bekostigd worden op basis van P (tarief) & Q (aantal producten). En dat is al lang niet meer zo.

We hebben in systeemtermen de zogenoemde prestatiebekostiging ingevoerd. In de ziekenhuizen is dat gebeurd met de invoering van de DBC/DOT-systematiek. In de praktijk is echter sprake van een (overigens veel te ingewikkeld) budgetteringssysteem. De NZa (2019) heeft de contracten van de zorgverzekeraars met de ziekenhuizen geanalyseerd. Daaruit kunnen we de conclusie trekken dat het overgrote deel van de contracten (in termen van de omzet) bestaat uit omzetplafonds en aanneemsommen. De tarieven van de DBC/DOTjes zijn – zoals ik reeds heb aangegeven – louter verrekentarieven. Kortom een bevestiging van de gedachte dat we geen prestatiebekostiging hebben, maar in de praktijk een budgetstelsel. De ingewikkeldheid van dit 'budgetstelsel' in de praktijk is makkelijk op te lossen. Elders heb ik daarvoor concrete voorstellen gedaan (zie ook artikel in Zorgvisie en Essay I en II). Dus ook hier zien we weer dat het beeld van de werkelijkheid (namelijk prestatiebekostiging) anders is dan de werkelijkheid zelf (namelijk een budgetstelsel). Een conclusie uit voorgaande is dat de grote sturingsrol die zorgverzekeraars in de tweede periode hebben, niet heeft geleid tot zorgsturing door zorgverzekeraars, maar wel tot een sterke vergroting van de administratieve lastendruk. Ook kunnen we concluderen dat de prestatiebekostiging feitelijk is ingevuld middels een budgetteringsmodel. Nog wel veel te ingewikkeld maar ook makkelijk te vereenvoudigen. Binnen het feitelijke budgetteringsmodel zijn dokters en verpleegkundigen gewoon doorgegaan met waar ze goed in zijn, namelijk cliëntgerichte, kwalitatief goede zorg verlenen, waarbij ook veel is geïnoveerd. Het hierboven gemaakte onderscheid tussen allocatie en aanwending is feitelijk gewoon gebleven. En gelukkig maar.

### 5.3 MACRONIVEAU EN MICRONIVEAU: EIGEN DYNAMIEK!

Men probeerde via de prestatiebekostiging het macroniveau en het microniveau aan elkaar te verbinden. Maar dat heeft alleen maar geleid tot steeds grotere administratieve lastendruk. Voor een meer theoretische onderbouwing van de stelling dat proberen via een bekostigingsmodel deze verschillende niveaus aan elkaar te verbinden tot mislukken gedoemd is, verwijs ik naar Woldendorp & Jeninga (2018) en Van Montfort (1986). Elk niveau heeft zijn eigen karakteristieken en dynamieken. Men kan wel de kaders (bijvoorbeeld de financieel/budgettaire) van het ene niveau ten opzichte van het naast liggende andere niveau verbinden. En dat is wat er feitelijk gebeurt met de bestuurlijke hoofdlijnen akkoorden. Mijn verwachting is dat als we het door mij geschetste bekostigingsmodel gewoon gaan invoeren, deze goede ontwikkelingen met grote kracht zullen worden voortgezet. Dit zeker als hierdoor de cliënt zijn eigen regierol echt ten volle kan gaan uitvoeren. Een vaak gehoorde opmerking is dat veel patiënten dit niet willen of niet kunnen. Dat is zeker het geval. Maar dat betekent niet dat deze beweging niet gewoon doorgaat. Wel ben ik van mening dat hier nu juist een mooie taak ligt voor de zorgverzekeraars om hun verzekerden hierbij te helpen.

Een andere opmerking is dat hierdoor de zorgkosten nog meer de pan uit gaan rijzen. Deze vrees is gebaseerd op de vooronderstelling dat cliënten een soort intrinsieke drive hebben om alsmaar meer te willen 'consumeren'. Maar is dat ook zo? Natuurlijk willen cliënten de beste zorg voor hun medische problemen en willen ze de meest recente middelen, zoals de dure geneesmiddelen voor oncologische problemen. Dit type nieuwe, heel specifieke behandelingen zijn er altijd geweest en zullen er ook altijd blijven. Ik denk zelfs dat die nog gaan toenemen (zie Essay I). En dat leidt tot maatschappelijke discussies, er is sprake van sterke druk en lobby, niet het minst vanuit de cliënt. En natuurlijk zeer begrijpelijk. Ik pleit ervoor deze discussies juist veel explicieter te maken. Maar ook in het juiste perspectief te plaatsen. We moeten echt kijken naar de gezondheidswinst in relatie tot de kosten. Goede business-cases /technology assessment waren, zijn en blijven van groot belang. Maar als we dat doen in een door onszelf uitgezette klem van een 'onoplosbaar' kostenvraagstuk, doen we onszelf en al die cliënten echt te kort. Er is nog niet veel onderzoek naar dit aspect gedaan.

Du Pon et al. (2019) en Hingst (2019) hebben in hun onderzoeken indicaties gevonden dat het eerder tot lagere zorgconsumptie leidt dan tot hogere. Met andere woorden, laten we het kostenbeheersingsvraagstuk niet groter maken dan het is.

### 5.4 BEELDVORMING EN WERKELIJKHEID

Van Rijn (2019, Zorgvisie) wijst erop dat we moeten oppassen niet in een soort verkramping terecht te komen. Ik begrijp dat hij dan vooral bedoelt dat door die verkramping de noodzakelijke innovatie en samenwerking niet of onvoldoende van de grond komt. Dit gaat uit van het beeld dat er niet of onvoldoende innovatie en samenwerking in de zorg plaatsvindt. Of beelden zoals: ziekenhuizen en specialisten zijn in hoofdzaak volume- en productiegedreven, hetgeen ook weer leidde tot de idee dat er daardoor geen of veel te weinig samenwerking en functieafstemming tussen ziekenhuizen onderling is alsmede ook met de eerste lijn en de nulde lijn. Dit is op haar beurt weer gebaseerd op de gedachte van prestatiebekostiging voor de ziekenhuizen en een fee-for-service-systeem voor de honorering van de vrijgevestigde medisch specialisten. En zoals we bovenstaand hebben gezien is de werkelijkheid een andere dan het beeld van de werkelijkheid.

### 5.5 VEEL SAMENWERKING/FUNCTIEAFSTEMMING EN INNOVATIE IN ZORG: TOCH!?!?

In Essay I en II heb ik een groot aantal voorbeelden genoemd van concrete samenwerking en functieafstemming tussen ziekenhuizen onderling, met de eerste/nulde lijn en met de ouderenzorg. Dus ook hier weer de vraag: klopt het beeld van de werkelijkheid met de werkelijkheid? Daarom vind ik het zeer de moeite waard om te onderzoeken in welke mate er in de praktijk sprake is van samenwerking en afstemming tussen ziekenhuizen, met de eerste/nulde lijn en met de ouderenzorg alsmede in welke mate zorginnovaties plaatsvinden. Met betrekking tot de innovaties vraag ik dan extra aandacht voor cliëntgedreven innovaties. Natuurlijk, het kan allemaal wat makkelijker, met minder bureaucratie en zorgverzekeraars die hun beleid veel meer afstemmen op wat hun cliënten willen en niet alleen maar optreden als uitvoerder van het sterk kostengedreven overheidsbeleid.

In het 'Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg' (juni 2018) wordt verwezen naar het rapport

'De Juiste Zorg op de Juiste Plek – wie durft' (april 2018). Ik voorspel dat dit rapport een groot succes wordt, omdat dit is gebaseerd op datgene wat er zich in werkelijkheid aan veranderingen, ontwikkelingen en trends in de zorg aan het voltrekken is. (Dit is overigens een goed voorbeeld van het Werner-beleidsparadigma. Zie Essay I.)

Natuurlijk zien we in de media veel aandacht voor patiëntenstops van ziekenhuizen en GGZ-instellingen, veel gedoe over veel te ingewikkelde contracten en – overigens zeer terecht – veel klachten over de veel te hoge en zinloze grote administratieve lastendruk. Dit zijn discussies met een grote tactisch strategische betekenis. Maar als we door de ooghalen kijken, zien we structurele ontwikkelingen, zoals het prosumentenmodel, de precisiegeneeskunde, de nieuwe technologie, de nieuwe economische ordening. Deze hebben een veel grotere impact op wat werkelijk in de zorg gebeurt dan welke stelselverandering ook. Ik wil daarbij een zeer belangrijke uitzondering maken. De organisatie van de algemene toegankelijkheid en solidariteit is een essentiële overheidstaak.

### **5.6. CLIENTVOLGENDE BEKOSTIGING WORDT CLIENTVOLGENDE AANWENDING**

Bovenstaand is onderscheid gemaakt in "allocatie" en "aanwending" van kosten en financiële middelen. In de "clientdriven" fase is de client veel meer bepalend voor wat er gebeurt, door wie en wanneer. In het voorbeeld van de dialyseverpleegkundige van het Maxima Medisch Centrum in Veldhoven plant niet meer de verpleegkundige "de patiënt", maar plant de client de verpleegkundige en de ziekenhuis-faciliteit (in dit geval de dialyse-stoel). (zie Nierstichting, 2018). Dat impliceert dat het "clientvolgende" niet zit in de wijze waarop het ziekenhuis de (financiële) middelen verwerft, maar in de wijze waarop de beschikbare middelen binnen het ziekenhuis worden aangewend.

We kennen dit soort voorbeelden ook in andere delen van de zorg. Kortom, de "clientdriven" fase is reeds begonnen!!!!

## **6. ONTWIKKELING KWALITEITSDENKEN EN DRIE FASES: PARALLEL**

Bovenstaand is reeds op verschillende plaatsen een relatie gelegd tussen de betekenis van de drie onderscheiden fases en de ontwikkeling in het kwaliteits-

denken. Ik verwijs hierbij naar het rapport 'Blijk van Vertrouwen' van de RVS (2019). Dit rapport is ontwikkeld door een RVS-commissie onder voorzitterschap van prof. dr. Jan Kremer van het Radboudumc. De drie fases die in deze monografie zijn ontwikkeld, zijn gebaseerd op veranderingen van cliënten, de technologie, de zorg en het zorgstelsel. De RVS heeft vooral gekeken naar het specifieke aspect van de kwaliteit van zorg en de evolutie in het denken daarover.

De RVS komt tot een drietal fases. Men merkt daarbij op dat de drie fases een zeker cumulatief karakter hebben. De RVS duidt haar eerste fase aan als 'Oude kwaliteit' en met het motto 'vertrouw me, ik ben de dokter'. Dat vertoont grote gelijkens met wat ik genoemd heb de dokters-drivenfase. De tweede fase duidt de RVS aan met 'Huidige kwaliteit' en met het motto 'vertrouw me, ik heb de getallen'. Dit loopt parallel met wat ik genoemd heb de verzekeraars-drivenfase. Want in deze fase is – overigens niet alleen door verzekeraars – het aantal meetinstrumenten, indicatoren, enz. zeer sterk toegenomen. De RVS geeft aan dat dit niet geleid heeft tot echt meer inzicht in de kwaliteit van zorg en op wat je dan doet met al die getallen en databakken. Het heeft meer geleid tot een grotere administratieve lastendruk dan tot verbetering van kwaliteit. De derde fase wordt door de RVS aangeduid als 'Nieuwe kwaliteit' en met het motto 'vertrouw me, ik wil samen leren'. En dat niet alleen samen met andere professionals maar vooral ook samen met de patiënt. Dus ook door de RVS wordt de positie van de patiënt/cliënt veel sterker gepositioneerd. En dat komt goed overeen met wat ik genoemd heb de cliënt-drivenfase.

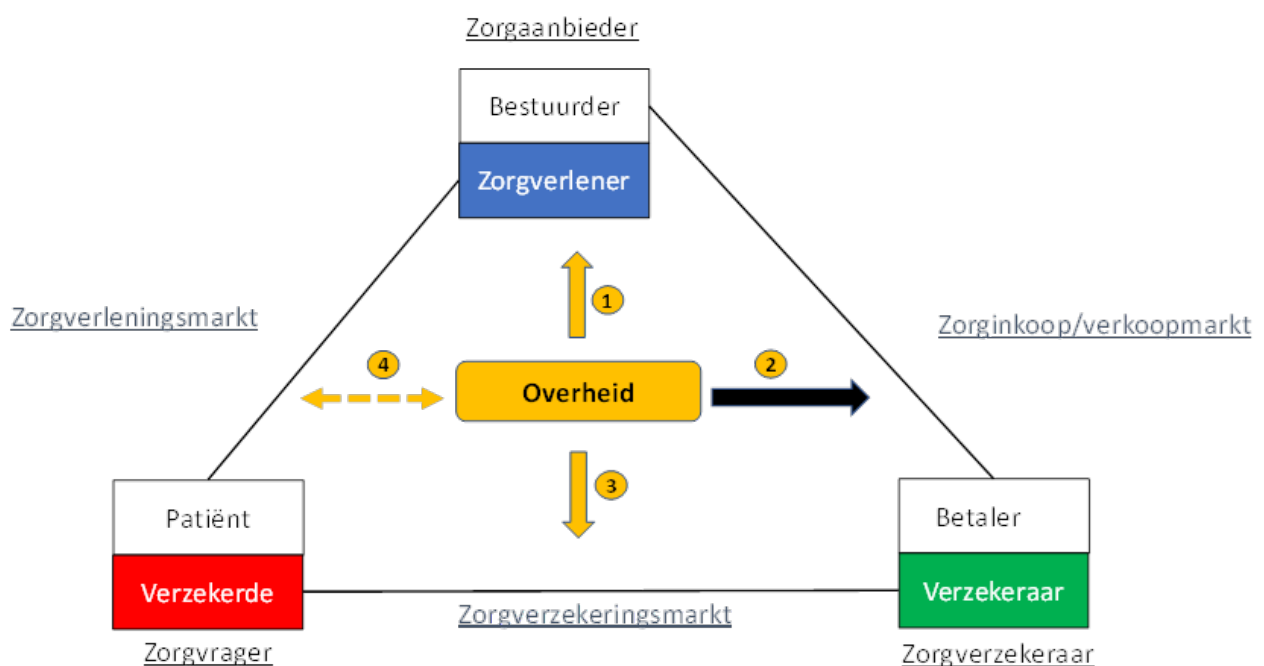
## **7. SLOTOPMERKINGEN**

In dit artikel heb ik drie fases onderscheiden met betrekking tot de ontwikkelingen en veranderingen in de zorg. In de toekomst zal de zorg veel meer door en vanuit het cliëntenperspectief gaan plaatsvinden en worden georganiseerd (het prosumentenmodel). Het stelsel/systeem zal hierop worden aangepast (zie bijvoorbeeld het bovenstaande voorstel over de bekostiging) in plaats van andersom. Natuurlijk is er ook in dit nieuwe tijdsgewricht een belangrijke rol voor de zorgprofessionals, maar wel een andere. Niet elke patiënt/cliënt kan of wil de rol van 'prosument' op zich nemen. In dit verband wil ik wijzen op de steeds sterkere rol van burgerinitiatieven/ zorgcoöperaties/ wijkverenigingen/ seniorenvereni-

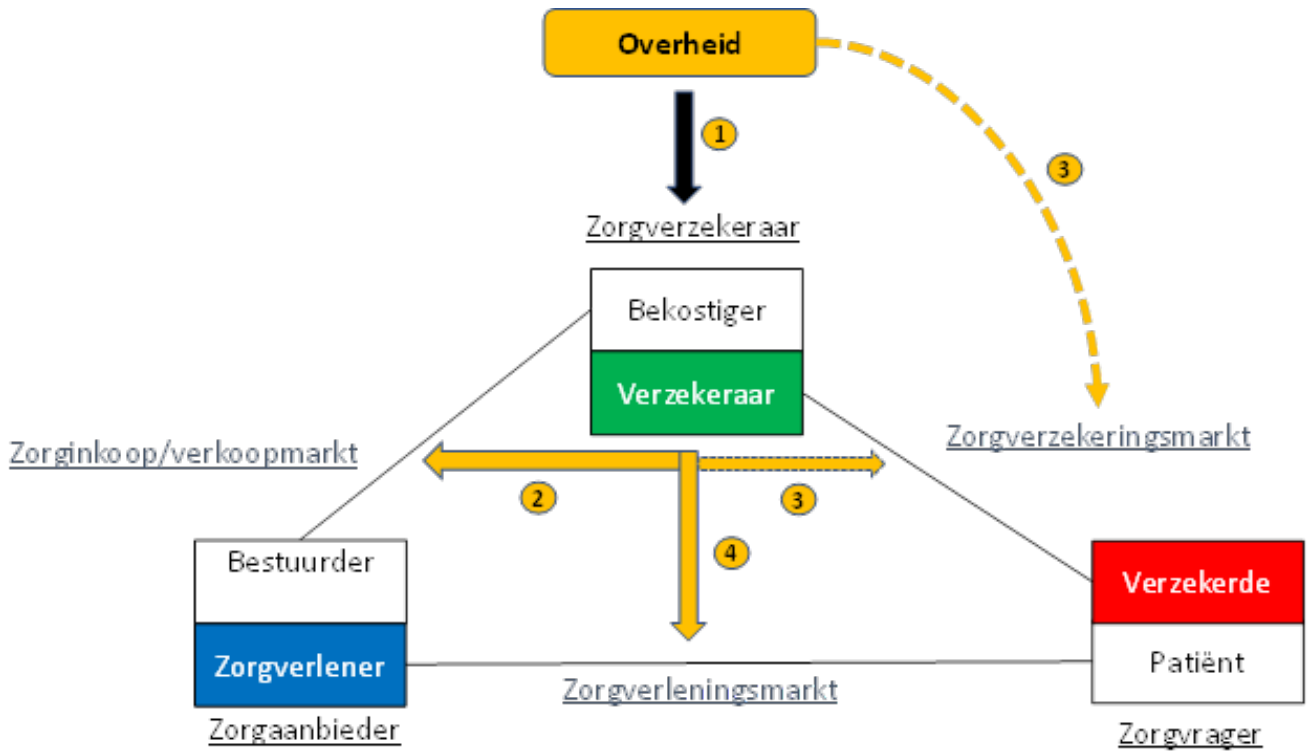
gingen/ enz., die hierbij een goede ondersteuning kunnen bieden (zie website NLZVE).  
 Als we veertig jaar geleden door ziekenhuizen liepen of in de eerste lijn bij de huisartsen en wijkverpleging of in verpleeghuizen en we vergelijken dat met nu, dan kunnen we constateren dat er sprake is van een 'stille' revolutie in de zorg. Beter, effectiever, efficiënter, hogere kwaliteit van leven, veel meer cliëntgericht, langer en gezonder leven. Dit is vooral te danken aan de verantwoordelijkheid die zorgverleners op zich hebben genomen en veel minder door stelsel- en systeemwijzigingen. Zoals ik reeds eerder aangaf, zijn die overheidsmaatregelen effectief die aanhaken op de min of meer autonome dynamiek in de zorg (het Werner-beleidsparadigma). Ook wil ik in dit verband nog eens verwijzen naar de NZa-monitor over de zorgcontractering tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Dat is vooral een institutionele vorm van contractering, het gaat meer over license-to-operate-achtige modellen en niet over prestaties, volumina, outcome. En dat is maar goed ook. Want macro-sturing en micro-sturing moeten we niet verwarren. Ze hebben hun eigen dynamiek. En natuurlijk kan en moet het macroniveau kaders aangeven, bijvoorbeeld wat valt onder de algemene toeganke-

lijkheid en solidariteit, wat zijn de hierbij behorende financiële kaders. Dus meer op de randvoorwaarden gericht en niet op de zorgprocessen zelf gericht. Ik heb in het begin van dit artikel aangegeven dat de rol van zorgverzekeraars in fase II een door het stelsel verleende en georganiseerde rol was. Deze was niet, zoals in fase I de dokters-drivenrol en in fase III de cliënt-drivenrol, een vanuit de dynamiek van de zorg verleende rol. Misschien kunnen we wel concluderen dat een door het stelsel/systeem verkregen rol tot mislukken is gedoemd, als deze niet geijkt is op c.q. aansluit bij de min of meer autonome dynamiek in de zorg zelf. Blijkbaar is de dynamiek in de zorg zo sterk – ondanks of misschien wel dankzij alle geklaag vanuit de zorg – dat die altijd 'wint' van het systeem. We verwijzen hierbij ook naar het onderscheid tussen systeemwereld en leefwereld van Wouter Hart. Bovenstaand heb ik enkele keren aangegeven dat het beeld van de werkelijkheid niet altijd overeenkomt met de werkelijkheid. Deze uitspraak heeft een zekere ongerijmdheid in zich. Maar deze heeft mij wel geholpen om door de actualiteit van de discussie heen te kijken en op zoek te gaan naar de 'werkelijkheid achter de werkelijkheid'. Ik gun dit ook de lezers van deze bijdrage.

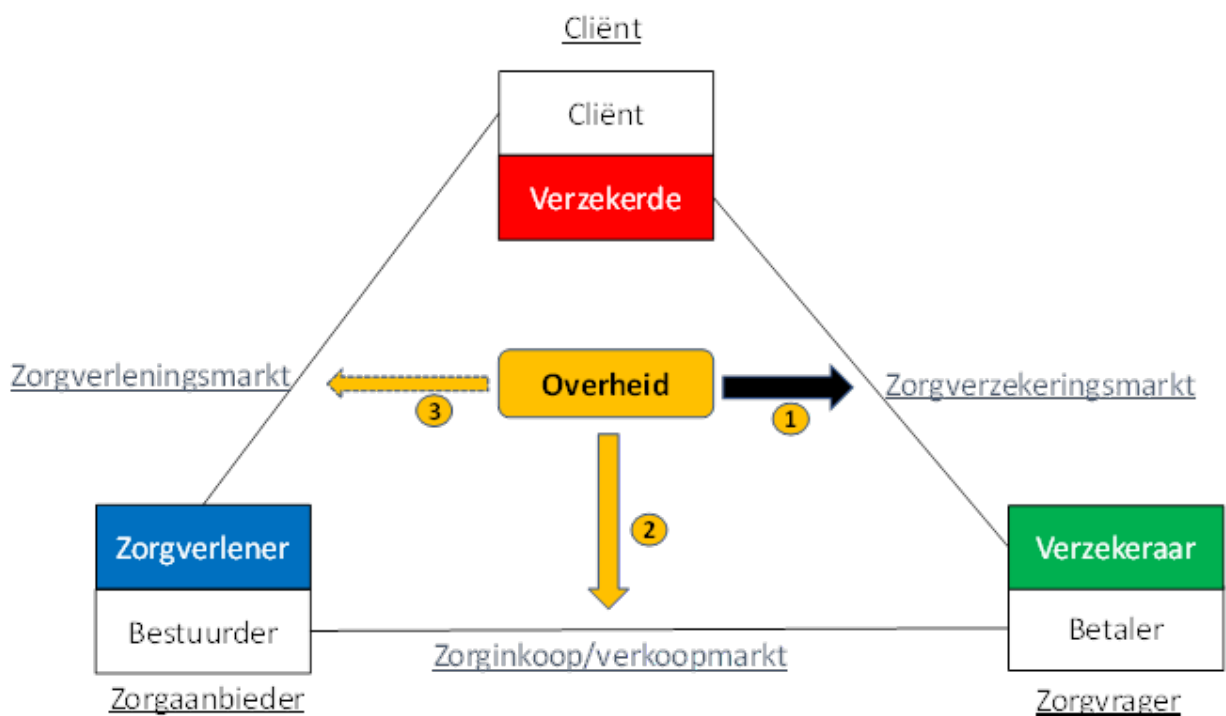
**BIJLAGEN**



Model 1: voor de patiënt (< 2006)



Model 2: met de patiënt (> 2006)



Model 3: door de cliënt! (> 2016)

## LITERATUUR

CBS: Zorguitgaven stijgen in 2018 met 3,1%. Persbericht, 21-06-2019

Groot, L.M.J.: Prijsvorming van ziekenhuisdiensten. Academisch Proefschrift, Tilburg University, 1960

Hart, W. & Buiting, M.: Verdraaide organisaties. Management Impact, 2012

Hingst, W.: Zelfmanagement, de verpleegkundige stem bij Dianet. Blog. In: Zorgvisie, 13 maart 2019

Kemenade, Y. van: Groei zorguitgaven Europa neemt af, ook in Nederland. Blog. In: Zorgvisie, 26-09-2019

Montfort, G. van & en R. van Wylick: Zorg in perspectief van de cliënt. Het prosumentenmodel: Van VOOR, via MET naar DOOR de CLIËNT. Essay I. Uitgeverij SWP, Amsterdam, 2019

Montfort, G. van & en R. van Wylick: Zorg in perspectief van de cliënt. Ruimte voor realistische zorgfinanciering op maat. Essay II. Uitgeverij SWP, Amsterdam, 2019

Montfort, G. van & en R. van Wylick: Zorg in perspectief van de cliënt. Toekomstbestendige zorg vereist herziening wet- en regelgeving. Essay III. Uitgeverij SWP, Amsterdam, 2019

Montfort, G. van & en R. van Wylick: Zorg in perspectief van de cliënt. Business Summary. Pamflet. Uitgeverij SWP, Amsterdam', 2019

Montfort, G. van: Zorg voor de Technologie & Technologie voor de Zorg. Oratie UT, Enschede, 2011.

Montfort, G. van: Economie en organisatie van de gezondheidszorg. Utrecht, BSH, oratie Universiteit Tilburg, 1986.

Montfort, G. van: Ouderen nemen the lead. Afscheidsrede UT 2016.

Pon, E. du et al.: Effects of a Proactive Interdisciplinary Self-Management (PRISMA) program on medication adherence in patients with type 2 diabetes in primary care: a randomised controlled trial. In: Patient Preference and Adherence, 2019:13 749-759 Dove Press

NZa: Monitor inhoud contracten medisch specialistische zorg, 2018

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving: Zorgrelatie centraal. Partnerschap leidend voor zorginkoop. RVS, Den Haag, 02-10-2017

Rijn, M. van: Zorgvisie, december 2019.

RIVM: Volksgezondheid Toekomstverkenning, 2018

RIVM: Zorgbalans, 2014

Woldendorp, H. & Jeninga, A.: Organisaties ontwarren. Systemisch kijken, denken en doen binnen de gezondheidszorg. Amsterdam, SWP, 2018.

Nierstichting : Tussen thuis en in het centrum: Dialyse Maximaal. Nierstichting 12-8-2018

# ZORG IN PERSPECTIEF VAN DE CLIËNT

**GUUS VAN MONTFORT & ROB VAN WYLUCK**

Ons huidige zorgstelsel is onvoldoende toegerust om te beantwoorden aan de trends die de auteurs signaleren op het gebied van demografie, epidemiologie, macro-economie, wetenschap, technologie en het individu.

De ontwikkelingen komen in drie verschillende essays aan de orde. Samen vormen zij één geheel dat beter inzicht geeft in het zorgstelsel. In combinatie met de aanbevelingen van de auteurs, die onder meer pleiten voor één overkoepelende zorgwet, kwaliteitswetgeving en een nieuw bekostigingssysteem, zijn wij beter voorbereid op de toekomst.



**MEER INFORMATIE EN ONLINE BESTELLEN:**  
[WWW.SWPBOOK.COM/ZORG-IN-PERSPECTIEF](http://WWW.SWPBOOK.COM/ZORG-IN-PERSPECTIEF)

Uitgeverij  
**SWP**

## DE ORGANISATIE VAN ZORG

De reeks Zorg in perspectief van de cliënt is onderdeel van De organisatie van zorg. Onder deze noemer wil Uitgeverij SWP een bijdrage leveren aan de manier waarop wij ons zorgstelsel in Nederland vormgeven.

**MEER INFORMATIE VINDT U OP [WWW.DEORGANISATIEVANZORG.NL](http://WWW.DEORGANISATIEVANZORG.NL)**



*u i t g e v e r i j*  
**SWP**

Postbus 12010  
1100 AA Amsterdam-Zuidoost

020 - 330 72 00  
[www.swpbook.com](http://www.swpbook.com)  
[klantenservice@mailswp.com](mailto:klantenservice@mailswp.com)

DE ORGANISATIE VAN ZORG



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