

Zorg voor de Toekomst

Aanvullingen van uit het veld

Discussienota

Zorg voor de Toekomst

Ten Geleide

Vorig jaar is in de begroting van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aangekondigd dat het kabinet voor de zomer van 2020 een Contourennota zou publiceren met voorstellen om de toekomstbestendigheid van onze gezondheidszorg te waarborgen. Door de coronacrisis is deze planning noodgedwongen gewijzigd. De aanpak van de crisis had voor alle partijen binnen en buiten de zorg prioriteit, waardoor het publiceren van de toegezegde stand-van-denkennotitie (maart 2020) en de Contourennota (zomer 2020) niet opportuun was en het traject is vertraagd.

Voorliggende nota is nadrukkelijk een discussienota, die als doel heeft het gesprek met partijen te faciliteren, reacties te verzamelen en **op** basis daarvan de Contourennota verder uit te kunnen werken. De nota bespreekt, na een beknopte probleemanalyse, uiteenlopende beleidsopties en spreekt zich niet uit over de politieke wenselijkheid daarvan. Het doel is om eerst via consultatie de zienswijzen van betrokken partijen op te halen en deze mee te kunnen nemen bij de verdere uitwerking. Ook zal separaat in overleg getreden worden met VNG, aangezien de gemeenten in verschillende voorstellen een belangrijke partner zijn. Het resultaat van de consultatie zal begin 2021 naar de Tweede Kamer worden gestuurd.

Centraal in de Contourennota staat de vraag hoe we de houdbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg kunnen waarborgen, gelet op de uitdagingen die de komende periode (tot 2040) op ons afkomen. De precieze opgave verschilt per zorgdomein. Diverse domeinspecifieke uitdagingen worden besproken in separate toekomstbeelden, zoals over de acute zorg, jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en de ouderenzorg. Gelet op de ontwikkelingen en het streven naar integrale gezondheidszorg is het daarnaast van groot belang de zorg als geheel te zien en de verbinding te leggen tussen verschillende (sub)domeinen. Dat perspectief hanteert de Contourennota.

Deze discussienota is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 1 bevat een beknopte analyse van de voorliggende opgave om de houdbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg te waarborgen. Over zowel de urgentie (het 'waarom') en wat er op hoofdlijnen moet gebeuren (het 'wat') bestaat onder partijen in de zorg veel consensus. Het zwaartepunt in de discussienota ligt daarom bij de wijze waarop verandering wordt vormgegeven (het 'hoe'). De discussienota identificeert daartoe drie thema's waarop maatregelen nodig zijn: Preventie & Gezondheid (hoofdstuk 2), Organisatie & Regie (hoofdstuk 3) en Vernieuwing & Werkplezier (hoofdstuk 4).

Voor deze discussienota is gebruik gemaakt van veel verschillende bronnen. Zowel vóór als tijdens de coronapandemie zijn gesprekken gevoerd met partijen binnen en buiten de zorg en ook is schriftelijke input ontvangen. Daarnaast is gebruik gemaakt van diverse studies, elk met een eigen perspectief en/of reikwijdte en aanzien van het vraagstuk van de houdbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg. Zo zijn onder meer adviezen geraadpleegd van de Commissie Toekomst Zorg Thuiswonende Ouderen, de Nationale ombudsman, de Sociaal-Economische Raad, en de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Daarnaast zijn vanuit de Tweede Kamer initiatieven genomen rondom de toekomstbestendigheid van onze gezondheidszorg, waaronder Zorgkeuzes in Kaart¹ <https://www.cpb.nl/zorgkeuzes-in-kaart-2020>.

en het ambtelijke rapport over de gezondheidszorg in het kader van de Brede Maatschappelijke Heroverwegingen² <https://www.rijksfinancien.nl/brede-maatschappelijke-heroverwegingen>.

. Ook deze trajecten zijn gebruikt voor voorliggende discussienota. Zie de bijlage voor een overzicht van gebruikte bronnen.

Inhoud

Ten Geleide 41. Nederland Gezond en Wel 101.1. Een goede uitgangspositie 101.2. Maatschappelijke ontwikkelingen en trends 111.3. Drie urgente aandachtsvelden 122. Preventie & Gezondheid 142.1. Belangrijke knelpunten 142.2. Krachtiger inzet op het voorkomen van zorg 152.3. Betere inbedding van preventie en leefstijl 162.4. Financiële prikkels 183. Organisatie & Regie 213.1. Belangrijke knelpunten 213.2. Intensiveren van samenwerking in de regio 223.3. Bevorderen van coördinatie tussen domeinen 263.4. Financiële prikkels 284. Vernieuwing & Werkplezier 324.1. Belangrijke knelpunten 324.2. Ruimte voor noodzakelijke vernieuwing 334.3. Gepast gebruik en uitkomstgerichte zorg 354.4. Ruimte voor de professional en meer werkplezier 364.5. Gegevensuitwisseling bevorderen 394.6. Financiële prikkels 40Bijlage: Bronnenlijst 43

Samenvatting

Nederland heeft een goede gezondheidszorg, maar de houdbaarheid daarvan staat steeds meer onder druk. De toenemende zorgvraag en schaarste aan personeel en middelen zorgen ervoor dat we, als we niets doen, onze zorg niet op het huidige niveau kunnen houden. Zonder maatregelen zullen we op de drie publieke doelen in onze zorg - kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid - moeten inleveren en zijn vergaande aanpassingen in het pakket en verhogingen van eigen betalingen onvermijdelijk. Dat vermindert de solidariteit in onze zorg, omdat het niet voor iedereen even eerlijk zal uitpakken. Om dit zoveel mogelijk te voorkomen, is het noodzakelijk dat onze zorg verandert, zodat we voor mensen kunnen waarborgen dat zij ook in de toekomst beschikken over goede zorg.

De afgelopen jaren heeft het kabinet samen met verantwoordelijke partijen al ingezet op deze verandering met als centrale doel: de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Dit heeft geleid tot veel nieuwe initiatieven rond het voorkomen, verplaatsen en vervangen van zorg. Er is echter meer nodig om onze zorg toekomstbestendig te maken. Dit document beschrijft drie hoofdthema's waarop maatregelen nodig zijn om de noodzakelijke verandering vorm te geven:

1. Preventie en Gezondheid,
2. Organisatie en Regie,
3. Vernieuwing en Werkplezier.

Dat kan alleen in samenwerking met alle betrokken partijen. De urgentie ('het waarom') van de verandering is steeds duidelijker en ook de richting ('het wat') is steeds meer gedragen. Daarom is nu van belang samen te bepalen 'hoe' we de verandering verder brengen en wat daarvoor lokaal, regionaal en nationaal nodig is. Dat kan via verschillende wegen die elkaar ook kunnen aanvullen en versterken.

Deze nota is nadrukkelijk een discussienota, die als doel heeft het gesprek te faciliteren, reacties te verzamelen en om vervolgens beleidsopties uit te kunnen werken in concrete maatregelen. Graag gaan we daarover met betrokkenen in gesprek. De waarde van de zorg wordt immers bepaald door een veelheid van partijen die samen de verandering zullen moeten realiseren.

We hebben in Nederland een goede gezondheidszorg. Dat blijkt bijvoorbeeld uit internationale vergelijkingen op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Dit is in de eerste plaats te danken aan de enorme inzet en professionaliteit van onze zorgverleners. De manier waarop we onze zorg organiseren is over het algemeen goed, maar het kan en moet beter. Met de mond belijden we dat de waarde voor de burger centraal staat, maar in de praktijk is dat niet altijd het geval. Te vaak worden mensen van het kastje naar de muur gestuurd of vallen zij tussen wal en schip, zeker als ze meerdere aandoeningen of beperkingen hebben. Ook mensen van wie de gezondheidssituatie (abrupt) verandert, kunnen de weg kwijtraken van het ene naar het andere domein. Denk aan een oudere die na een val ziekenhuiszorg nodig heeft en direct aansluitend wijkverpleging en maatschappelijke ondersteuning en op termijn misschien 24-uurszorg.

Daar komt bij dat de houdbaarheid van onze zorg onder druk staat. In Nederland worden we gelukkig steeds ouder, maar ouderdom gaat gepaard met een toenemende en een complexere zorgvraag. Ook de toename in medische mogelijkheden vergroot de vraag naar zorg. Dit leidt tot een stijging van het beroep op zorgverleners, terwijl de beroepsbevolking de komende twintig jaar nauwelijks groeit en het aantal beschikbare mantelzorgers bovendien daalt. Ook is de werkdruk voor professionals hoog en de instroom van nieuw zorgpersoneel onvoldoende. Daarnaast ontstaat er een schaarste aan middelen. De groei van de zorguitgaven zet de solidariteit onder druk en verdringt andere belangrijke collectieve uitgaven. De opgaven en oplossingen verschillen per zorgdomein en per regio, maar de uitdaging is om de zorg in zijn geheel te zien.

De opgave is daarom groot. Als we niets doen, kunnen we onze gezondheidszorg niet op het huidige niveau houden. Zonder maatregelen zullen we op de drie publieke doelen in onze zorg - kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid - moeten inleveren en zijn aanpassingen in de aanspraken en verhogingen van verplichte eigen betalingen van mensen onvermijdelijk. Dit vraagt om aanpassingen door alle betrokken partijen (overheid, aanbieders, inkopers en burgers).

De afgelopen jaren is via tal van trajecten ingezet op deze noodzakelijke transformatie. We willen dat het welbevinden van mensen écht centraal staat en gezondheidszorg integraal rondom mensen en zo dichtbij mogelijk is georganiseerd, te beginnen in de buurt/wijk en pas verder weg als dat beter is vanwege bijvoorbeeld kwaliteit en/of doelmatigheid. We streven naar persoonsgerichte zorg die aansluit bij wat mensen nodig hebben om met een ziekte of aandoening zo goed mogelijk hun leven in te kunnen richten. Dat gebeurt nu ook al op grote schaal door inzet van vele professionals, maar vaak ondanks en niet dankzij de manier waarop we de zorg hebben georganiseerd.

De verandering vraagt onder meer om het voorkomen, verplaatsen en vervangen van zorg. De praktijk laat zien dat dit toekomstperspectief realistisch en haalbaar is, maar om de goede voorbeelden breed in de samenleving te realiseren blijkt nog weerbarstig. Er is meer nodig. In deze discussienota identificeren we drie hoofdthema's waarop maatregelen noodzakelijk zijn om de houdbaarheid van onze zorg te versterken. Het gaat om maatregelen die helpen om mensen en hun welbevinden centraal te zetten in onze gezondheidszorg. Ook zijn maatregelen nodig om productieprikkelers weg te nemen en de financiële prikkels juist ondersteunend te maken aan de transformatie.

- Preventie & Gezondheid (hoofdstuk 2). Er is een beweging nodig van de huidige focus op ziekte en zorg naar het bevorderen van gezondheid en welbevinden. Het moet minder gaan om 'de patiënt' en meer om 'de mens' en hoe hij of zij invulling wil geven aan zijn of haar leven. Dat vraagt om een betere inbedding in onze gezondheidszorg van preventie, leefstijl en eigen regie en een krachtiger investering in de sociale basis en inzet op een vroegtijdige aanpak van sociale problematiek.

- Organisatie & Regie (hoofdstuk 3). Om ervoor te zorgen dat het zorgaanbod beter aansluit bij wat mensen echt nodig hebben en de doelmatigheid van de zorg te vergroten, zijn verdergaande afspraken nodig over het voorkomen, verplaatsen en vervangen van zorg. Dat vergt een intensivering van samenwerking tussen alle betrokken partijen, over de grenzen van traditionele domeinen heen en in de regio. Ook is van belang dat de coördinatie tussen verschillende zorgsoorten verbetert. De complexiteit van de wijze waarop we de zorg hebben georganiseerd mag er niet toe leiden dat mensen niet de hulp krijgen die ze nodig hebben.

- Vernieuwing & Werkplezier (hoofdstuk 4).

Vernieuwing is essentieel om de uitdagingen die op ons afkomen het hoofd te bieden. Innovatie via e-health kan bijvoorbeeld helpen om zorg meer persoonlijk en

dichter bij huis of thuis te kunnen blijven verlenen. Vernieuwing in de manier van werken is ook nodig om professionals meer ruimte te geven en hun werkplezier te bevorderen, zodat werken in de zorg aantrekkelijker wordt. Om zorgverleners tot maatwerk in staat te stellen, is meer aandacht nodig voor passende zorg, uitkomstgerichte zorg en elektronische gegevensuitwisseling.

De ervaringen met de Coronacrisis zijn van invloed geweest op deze discussienota. De coronacrisis, gekenmerkt door abrupte schaarste op verschillende terreinen, levert namelijk leerzame lessen op. Enerzijds kreeg de inzet van e-health en digitaal ondersteunde zorg een impuls en ook is er veel meer samengewerkt. Partijen kunnen de crisis niet alleen aan en hebben elkaar nodig. Via zowel formele verbanden als informele netwerken hebben partijen elkaar opgezocht. Dat gebeurde in de regio én domeinoverstijgend. Anderzijds werd ook duidelijk dat de reguliere aanpak in crisistijd niet meer werkte en bleken centrale coördinatie en regie noodzakelijk, vaak ook met de zichtbare hand van de overheid. De crisis heeft echter bovenal laten zien dat gezondheid, zelfstandig kunnen blijven functioneren, sociaal contact en welbevinden basisbehoeften zijn voor iedereen en welke enorm belangrijke rol onze professionals daarin hebben.

1. Nederland Gezond en Wel

Onze gezondheidszorg presteert relatief goed in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Tegelijkertijd komen er flinke uitdagingen op ons af die de houdbaarheid van de zorg onder druk zetten. De zorgvraag neemt toe en wordt complexer, terwijl sprake is van een toenemende arbeidsmarktkrapte en een daling van het aantal mantelzorgers. Ook de betaalbaarheid staat onder druk. Verandering is dus nodig en daarop is de afgelopen jaren ook ingezet. Er is echter meer nodig om de houdbaarheid te waarborgen.

1.1. Een goede uitgangspositie

Iedereen in Nederland kan rekenen op goede gezondheidszorg, onafhankelijk van het inkomen. We hebben ontzettend goede en gemotiveerde zorgprofessionals die de waarde van de zorg voor de patiënt voorop hebben staan. De effecten daarvan blijken uit internationale vergelijkingen op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

De kwaliteit van zorg is hoog. Ten opzichte van andere landen is de kwaliteit van de zorg in Nederland over het algemeen minstens van een vergelijkbaar niveau of beter. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de relatief hoge levensverwachting en het relatief lage aantal sterfgevallen die door preventie en goede medische zorg voorkomen hadden kunnen worden. Daar staat tegenover dat de relatieve verschillen in gezondheid tussen groepen met een hoge en een lage sociaaleconomische status fors zijn. Ook zijn de verschillen in levensverwachting als gevolg van sociale ongelijkheid hoog.

De toegankelijkheid is goed, maar coördinatie is een aandachtspunt. Solidariteit is één van de belangrijkste pijlers; gezonde, jonge en rijke mensen betalen mee aan de zorgkosten voor zieke, oude en arme mensen. Het aandeel van eigen bijdragen in de totale zorguitgaven is in

weinig landen lager dan in Nederland. Het deel van de bevolking dat aangeeft een onvervulde zorgbehoefte te ondervinden is in Nederland zelfs het laagste van de EU. Toch is het zo dat bijna een kwart van de volwassenen een probleem heeft met coördinatie en met het vinden van de juiste zorg. Met betere coördinatie kan de effectiviteit en doelmatigheid van de zorg nog verbeterd worden.

Zorg is betaalbaar maar de kosten nemen toe. De uitgaven aan zorg zijn hoog en groeien harder dan de economie. In de periode 2017-2019 zijn de netto zorguitgaven 5,6% gegroeid, terwijl het BBP 4,8% is gegroeid. De projecties voor de periode 2021-2025 zijn 3,7% groei van de zorg en 3% groei van het BBP. Ook deze tendens kan de houdbaarheid onder druk zetten. Bovendien besteedt Nederland in vergelijking tot andere EU-landen relatief veel aan langdurige zorg terwijl de vergrijzing nog grotendeels komt. De uitgaven aan curatieve zorg zijn gemiddeld of lager dan in de meeste andere Westerse landen.

1.2. Maatschappelijke ontwikkelingen en trends

Hoewel de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van onze gezondheidszorg relatief goed is, zijn er ontwikkelingen die de houdbaarheid daarvan de komende jaren onder druk zetten.

De vraag naar zorg en gezondheid neemt fors toe. Mede door de goede zorg waarover we in Nederland beschikken, worden we steeds ouder. Ook de komende jaren zullen nieuwe behandelmogelijkheden mensen steeds beter kunnen helpen, waardoor de levensverwachting stijgt. Dat betekent ook dat we ziekten krijgen waar we niet meer aan overlijden, maar waar we mee kunnen leven, ondersteund door levenslange zorg. Veel Nederlanders hebben mede daardoor (meerdere) chronische aandoeningen. Dit betekent voor de komende jaren dat meer mensen vaak jarenlang behandelingen ondergaan en/of medicijnen moeten gebruiken. Bij langer thuiswonende ouderen nemen op den duur ook sociale problemen zoals eenzaamheid toe.

De vraag naar zorg wordt hierdoor groter, evenals de vraag naar mantelzorgers en anderen in de omgeving: 10 miljoen mensen hebben een chronische aandoening, 5,4 miljoen mensen hebben meer dan één chronische aandoening. De helft van de mensen boven de 75 jaar heeft per jaar minimaal één keer contact met de huisarts (peiljaar 2018). In 2040 zal 1 op 8 werkenden een ouder met dementie hebben; nu is dat nog 1 op 33 werkenden.

De omvang van leefstijlgerelateerde aandoeningen groeit. Ongezond gedrag, zoals roken, ongezonde voeding, te weinig bewegen en alcoholgebruik, is verantwoordelijk voor 20% van de ziektelast. We zien gelukkig steeds minder volwassen rokers en ook bewegen mensen steeds meer. Bewegen is een belangrijk onderdeel van een gezonde leefstijl en helpt bijvoorbeeld chronische aandoeningen te voorkomen. Bijna 50% van de Nederlandse bevolking voldoet aan de beweegrichtlijn en 54% sport wekelijks. Er zijn wel grote verschillen tussen mensen met verschillende opleidingsniveaus, leeftijd en geslacht. Ook neemt overgewicht toe. Naast leefstijl heeft de omgeving waarin we wonen, werken en leren op allerlei manieren invloed op onze gezondheid, evenals arbeidsomstandigheden.

Er is steeds minder personeel om de stijgende zorgvraag op te kunnen vangen. Gezondheidszorg is voor een groot deel mensenwerk en een toename in de zorgvraag leidt tot een grotere vraag naar arbeidskrachten. De zorg kampt echter, net als veel andere sectoren zoals onderwijs, met krapte op de arbeidsmarkt. Het wordt daarom steeds moeilijker om voldoende gekwalificeerd zorgpersoneel aan te trekken en te behouden.

Bovenop de 1,25 miljoen werknemers die nu in Nederland in de zorg werken, zijn de komende 20 jaar zo'n 700.000 extra werknemers nodig als we dezelfde zorg willen blijven verlenen als nu. Nu werkt één op de zeven mensen in de zorg. Bij ongewijzigd beleid zou dat in 2040 één op de vier moeten zijn. Tegelijkertijd daalt het aantal mantelzorgers. Naast de krapte op de arbeidsmarkt gaat het zorgaanbod ook op andere vlakken knellen. Bijvoorbeeld door toenemende schaarste aan geschikte woningen voor ouderen en capaciteit voor verpleeghuiszorg en een passend aanbod voor de meest complexe zorgvragen.

Een duidelijk voorbeeld van de krapte in het zorgaanbod betreft de uitdagingen in de ouderenzorg voor de komende jaren. Zo komt uit een prognose van het RIVM en TNO naar voren dat de behoefte aan verpleeg(huis)zorg de komende 20 jaar zal verdubbelen als er geen beleidsveranderingen zijn. Dat zou concreet betekenen dat er voor 2040 een bouwopgave ligt van circa 164.000 plaatsen. Dit is mede afhankelijk van ontwikkelingen op het gebied van het aanbod van wonen, welzijn en zorg voor zelfstandig wonende ouderen en hun voorkeuren voor het combineren van wonen en zorg en de toepassing van eHealth en domotica.

De grenzen van betaalbaarheid zijn bereikt. Deze ontwikkelingen zullen ervoor zorgen dat de zorguitgaven de komende jaren verder zullen stijgen. We hebben in Nederland veel over voor goede zorg, maar willen ook andere (publieke) voorzieningen in stand houden. Als de zorguitgaven de verwachte economische groei geruime tijd fors overstijgen, kan dit andere belangrijke collectieve uitgaven verdringen, zoals de uitgaven aan onderwijs, sociale zekerheid en veiligheid. Ook leidt dit ertoe dat de koopkracht in het gedrang komt vanwege premies en belastingen. De druk op de betaalbaarheid van de zorg wordt versterkt door de coronapandemie.

De uitdagingen verschillen per zorgdomein. Welke effecten bovenstaande ontwikkelingen hebben, verschilt per zorgdomein. Zo stelt de vergrijzing ons in het bijzonder voor een grote opgave om de zorg voor ouderen toegankelijk en betaalbaar te houden. De vergrijzing is al ingezet, maar bereikt pas rond 2040 zijn hoogtepunt.

Op dit moment heeft één op de zes inwoners de leeftijd van 65 jaar bereikt. In 2040 zal dit één op de vier inwoners zijn. Ouderen zijn nu vaak gezonder dan vroeger, maar ouderdom komt ook met gebreken. Tegen die achtergrond stijgen de kosten van langdurige zorg in de periode tot 2040 hard (met factor 2,5) door vergrijzing en toegenomen chronische ziekten, maar ook de kosten van de curatieve zorg stijgen fors (met factor 2) door toegenomen chronische ziekten, technologische ontwikkelingen en innovaties. Voor de langdurige zorg geldt nu al dat we er in Nederland relatief veel geld aan uitgeven in vergelijking met omliggende landen, maar dat we in vergelijking met deze landen in kwalitatief opzicht niet beter scoren. Oplossingen voor de toekomst van ouderenzorg vergen een bredere context en verdieping waarop nader wordt ingegaan in de dialoognotitie

Ouderenzorg.

Een blijvende discussie over grenzen aan zorg. Houdbaarheid van onze gezondheidszorg ziet ook op de vraag 'wat is zorg' en welke vormen van zorg en ondersteuning collectief gefinancierd worden. Het vergt politieke keuzes hoe we de zorg betaalbaar houden, door onder andere te kijken naar omvang en inhoud van het collectieve zorgdomein. Deze keuzes vallen niet expliciet onder de reikwijdte van deze Contourennota. Een maatschappelijk debat over belangrijke vragen kan helpen. Moeten bepaalde vormen van zorg en ondersteuning, bijvoorbeeld huishoudelijke hulp, nog collectief worden georganiseerd of kunnen mensen dat zelf? Kunnen mensen meer bijdragen voor voorzienbare zorg vanwege ouderdom? Past daarbij het scheiden van wonen en zorg? In hoeverre zijn zelfhulp, informele begeleiding en lokale groepen in de wijk een substituut voor een deel van de formele zorg? Er zijn grenzen aan groei in de zorg. Dat vraagt om investeren in het de-medicaliseren van de zorg en het aanpakken van sociaal-maatschappelijke problemen. Meer zorg is niet altijd de oplossing. Soms kan een sociaal netwerk ondersteuning bieden. Zelfhulp in de vorm van georganiseerde groepen of in de vorm van groepen op eigen initiatief dragen ook bij aan de kwaliteit van leven, ziektemanagement en aanvullende ondersteuning. Het is voor de solidariteit in onze zorg van belang dat er blijvend eerlijke verwachtingen worden geschetst over waar de eigen (financiële) verantwoordelijkheid voor zorg en ondersteuning ligt. Daarbij is van belang dat de stijging van de zorguitgaven in balans komt met de ontwikkeling van de economie. Het betekent ook dat we rekening houden met de draagkracht van de arbeidsmarkt en voorkomen dat er een te groot beroep gedaan wordt op zorgverleners.

1.3. Drie urgente aandachtsvelden

De opgave is groot. Als we niets doen, zullen we moeten inleveren op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van onze zorg. Ook zijn aanpassingen onvermijdelijk in het huidige brede pakket aan zorg en de verplichte eigen betalingen van mensen. Om dit zoveel mogelijk te voorkomen, moet de zorg daarom veranderen. Dit vraagt aanpassingen door alle betrokken partijen (overheid, aanbieders, inkopers en burgers). Dit kabinet heeft er daarom de afgelopen jaren op ingezet de doelmatigheid van de zorg te verbeteren, op een manier die de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg in stand houdt en waar mogelijk verbetert.

We sluiten aan bij De Juiste Zorg op de Juiste Plek.³

³ www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl

We willen dat het welbevinden van mensen en dus hun behoeften in brede zin centraal staan. Dat vergt dat gezondheidszorg integraal, rondom mensen en zo dichtbij mogelijk is georganiseerd, te beginnen in de buurt/wijk en pas verder weg als dat beter is vanwege bijvoorbeeld kwaliteit en/of doelmatigheid. Dat betekent zorg die persoonsgericht is en georganiseerd vanuit de behoefte van de mens, waarbij ook buiten het zorgdomein hulp worden gezocht. Daarom hebben we in de hoofdlijnaafspraken gemaakt over het voorkomen, vervangen en verplaatsen van zorg. Ook zijn maatregelen genomen met

bijvoorbeeld het Sportakkoord en het Nationaal Preventieakkoord en de programma's Langer Thuis, Thuis in het Verpleeghuis, Volwaardig Leven, [Ont]Regel de Zorg, Een tegen Eenzaamheid, Innovatie en Zorgvernieuwing, Werken in de Zorg, Visie op medische technologie en Uitkomstgerichte Zorg.

De ingezette beweging werpt vruchten af, maar er is meer nodig. In de praktijk is zichtbaar dat de noodzakelijke veranderingen in gang zijn gezet. De inzet van alle partijen leidt tot veel verschillende succesvolle initiatieven die onderschrijven dat het toekomstperspectief van het voorkomen, vervangen en verplaatsen van zorg realistisch is. Er is sprake van veel innovatief vermogen, samenwerkingsbereidheid en intrinsieke motivatie van alle betrokkenen in de zorg. Ook blijkt dat veel mogelijk is in de huidige organisatie van onze gezondheidszorg. De praktijk is echter weerbarstig. Onze inventarisatie van diverse onderzoeken en gesprekken met verschillende betrokkenen laat zien dat er meer nodig is om de houdbaarheid van onze gezondheidszorg te waarborgen. Uit onderzoek naar de totstandkoming van de in hoofdlijnenakkoorden afgesproken regiobeelden blijkt dat vrijwel iedereen belemmeringen ervaart bij het maken van regionale afspraken op basis van het regiobeeld. Er is dus meer nodig.

In deze discussienota zetten we onder andere in op een versnelling van de beweging van de juiste zorg op de juiste plek. Op deze manier kunnen we de zorg slimmer organiseren, beter laten aansluiten bij de behoefte en eigen verantwoordelijkheid van mensen en tegelijkertijd oog houden voor een verantwoorde groei van zorguitgaven. In deze discussienota bieden wij daarom opties aan om de randvoorwaarden te verbeteren waarbinnen zorgpartijen de veranderingen kunnen realiseren. Wij zijn ervan overtuigd dat dit de beste garanties biedt op een duurzame verbetering van de betaalbaarheid, op een manier die de maatschappelijke solidariteit niet ondermijnt maar versterkt. Daarbij moeten we moeilijke keuzes die nodig zijn om de zorguitgaven beheerst te laten groeien, niet uit de weg gaan. Succesvolle initiatieven van de afgelopen jaren laten zien dat we de groei van de zorguitgaven kunnen beheersen en tegelijkertijd de kwaliteit kunnen verbeteren. Scherpe financiële kaders moeten ervoor zorgen dat toepassingen en opschaling niet vrijblijvend zijn. De voorstellen in deze discussienota bieden daarmee perspectief voor nieuwe ambitieuze akkoorden waarbij kwaliteitsverbeteringen en een beheersing van de groei van de zorguitgaven hand in hand gaan. Hierbij past ook een overheid die afspraken over financiële kaders kan en bereid is om te handhaven.

Drie hoofdthema's. Op grond van onze inventarisatie identificeren wij drie thema's waarop maatregelen nodig zijn: Preventie & Gezondheid, Organisatie & Regie en Vernieuwing en Werkplezier. De volgende hoofdstukken beschrijven deze thema's met mogelijke beleidsopties. Het gaat om maatregelen die het welbevinden van mensen centraal zetten in onze gezondheidszorg én om maatregelen die ervoor zorgen dat financiële prikkels verandering ondersteunen en excessieve productieprikkels worden weggenomen. Deze discussienota presenteert uiteenlopende beleidsopties en spreekt zich niet uit over de politieke wenselijkheid daarvan. De beleidsopties, die niet altijd samengaan, betreffen maatregelen die raken aan een veelheid van partijen die samen de verandering zullen moeten vormgeven. Graag gaan we dan ook met betrokkenen in gesprek om deze verder vorm te geven en uit te werken. Het resultaat van de consultatie zal begin 2021 naar de Tweede Kamer worden gestuurd.

Algemene opmerkingen als intro.

Op zoek naar balans tussen de publieke rol van de overheid en ruimte voor private aanvullingen op inhoud en service.

In het oplossen van het ontspoorde zorgvraagstuk (omvang, financiering en belangen) is er destijds een keuze gemaakt voor de gereguleerde marktwerking, en daarmee is een (publieke) overheidstaak van adequate zorg voor burgers een nationaal en commercieel verdien model geworden. De zorg uitgaven zijn niet alleen een probleem, maar ook een oplossing geworden die ondertussen vele monden voedt. Met de politieke motivatie voor markt en regulering zijn er veel betaalde krachten zich inhoudelijk en procesmatig gaan bezighouden met regulering, sturing, uitbreiding en zelfs inhoud van zorg. Zorg is niet langer een basisvoorziening, maar een maatwerkproduct die gewone burgers ontdekt als potentiële klanten. Het is voor vele partijen en bestuurders aantrekkelijk geworden om van burgers patienten te maken. Zorg is voor vele een aantrekkelijk verdien model geworden. Ook voor burgers is het vaak een ultieme speurtocht geworden om van klachten een diagnose te maken, in plaats van af te wachten in de wetenschap dat het vaak tijdelijk ongemak betreft, wat meestal vanzelf overgaat. Niet alleen de vergrijzing, en innovatie maakt de zorg duurder, maar vooral de uitwerking van dit zorgconsumentisme. Zo is er de afgelopen een een vaak onzichtbare nauwelijks te temmen symbiose ontstaan tussen vraag en aanbod waarvan vooral de ontspoorde kosten voor iedereen wel zichtbaar zijn. Terwijl het voor burgers en overheid echt beter is om gezond te omarmen als metafoor voor de eigen en publieke verantwoordelijkheid.

Het zou de taak van de overheid moeten zijn om daar waar het gaat over goede basis gezondheidzorg deze zaken te ondersteunen en waar nodig te initiëren. Deze zorg heeft een prijs maar is voor iedereen betaalbaar en van goede kwaliteit. Private organisaties kunnen zich dan richten op aanvullende kwaliteiten als service en efficiëntie, om zo zorg slimmer, sneller of chiquer te maken. Deze aanvullende zorg heeft een prijs, en die kan betaald of verzekerd worden voor wie dat er voor over heeft. Zo ontstaat een beter beeld van basis en aanvullende zorg, of in andere termen van een publiek en privaat deel.

De overheid zou middels de inspectie zicht moeten houden op de kwaliteit van geleverde zorg voor beide segmenten. De inhoud van goede zorg wordt bepaald door de zorg. De overheid bepaald of zorg hoort bij het publieke of private deel, en kan aanvullend investeren in innovatieve of experimentele zorg.

2. Preventie & Gezondheid

Er is veel winst te behalen door gezondheid voorop te zetten en zorg te voorkomen. Een belangrijke zwakte van onze zorg betreft echter de focus op ziekte en het verlenen van zorg. Een vijfde van de ziektelast is gerelateerd aan ongezond gedrag en ongezonde leefstijl, die dus vermijdbaar is. Er is daarom een beweging nodig naar het bevorderen van gezondheid.

Dat vraagt onder andere om meer focus op eigen regie, leefstijl en preventie, als ook om een krachtiger inzet op de aanpak van sociale problematiek.

2.1. Belangrijke knelpunten

Sterke productieprikkelers. In de bekostiging van een belangrijk deel van de zorg zijn de productieprikkelers groot, waardoor de zorg te veel kenmerken van een verdienmodel heeft gekregen. Zorgaanbieders worden nog vaak per uur, per verrichting of per behandelcode betaald. Dit werkt voor een deel van gezondheidszorg goed, maar heeft ook belangrijke nadelen en kan een belemmering vormen om de echte behoefte van mensen centraal te stellen. Bekostiging per uur, per verrichting of per behandelcode werkt met name goed bij vastomlijnde behandelingen waarvoor mensen de tijd en de mogelijkheid hebben om een bewuste keuze te maken voor een zorgaanbieder. De prikkels werken dan goed doordat zorgaanbieders gestimuleerd worden om efficiënt te werken en de patiënttevredenheid hoog te houden. Hiervoor is het wel van belang dat er voldoende inzicht is in de kwaliteit en uitkomsten van de zorg, en dat deze inzichten zodanig transparant en vergelijkbaar zijn dat deze als keuze-informatie gebruikt kunnen worden door zorggebruikers en zorginkopers. VWS werkt daarom met veldpartijen aan de (door)ontwikkeling van indicatoren die een beter inzicht geven in de kwaliteit en uitkomsten van zorg.

Een belangrijk nadeel van deze vorm van bekostiging is dat er een sterk financieel belang ontstaat om meer behandelingen uit te voeren. Dit kan aanleiding geven tot de verlening van onnodige en niet zinnige zorg en kan ertoe leiden dat zorgaanbieders terughoudend zijn om te investeren in preventie en in andere zorgfuncties die zij niet kunnen declareren. Deze wijze van bekostiging bevat daarom op zichzelf onvoldoende stimulansen om te voorkomen dat mensen (zwaardere) zorg nodig hebben of afhankelijk worden en blijven van zorg. Het doel moet zijn dat de bekostiging meer gebaseerd is op de waarde die zorg toevoegt voor mensen en dát te doen wat het meest effectief is in aanvulling op wat mensen en hun omgeving zelf kunnen.

Onheldere verantwoordelijkheden van verschillende partijen. Een andere reden dat preventie nog onvoldoende van de grond komt, is omdat verantwoordelijkheden ten aanzien van preventie en gezondheidsbevordering onvoldoende helder zijn. Het is van iedereen en daarom van niemand. Voor gemeenten is een belangrijke taak neergelegd in het sociale domein. In de Wet Publieke Gezondheid zijn echter de taken voor gemeenten op het gebied van gezondheidsbevordering niet concreet geformuleerd. Ook bij interventies waarbij samenwerking tussen partijen in het sociaal domein en het zorgdomein noodzakelijk is, is onduidelijk wie initiatief moet nemen voor afspraken over het aanbod en wie verantwoordelijk is voor de uitvoering en coördinatie ervan. En daarmee is ook niet duidelijk wie wat moet betalen.

Onder investering in preventie. Ook zijn er te weinig prikkels voor zorgaanbieders en zorgfinanciers om te investeren in preventie. Omdat de opbrengsten van preventie niet altijd direct zichtbaar zijn, de investerende partij onvoldoende profiteert van de baten (wrong pocket) en omdat er vaak veel tijd tussen de investering en het rendement zit. Dit maakt het investeren in preventie kwetsbaar.

2.2. Krachtiger inzet op het voorkomen van zorg

De zorg kan niet alle problemen van mensen oplossen, bijvoorbeeld als ze onlosmakelijk verbonden zijn met het leven of te maken hebben met andere aspecten, zoals de woon-of werksituatie. Voor de oplossing van deze problemen is voor de oplossing van sommige zorgproblemen betere afstemming nodig tussen het zorgdomein en het sociaal domein, bijvoorbeeld op het gebied van de schuldhulpverlening, langdurige werkloosheid, eenzaamheid en het hebben van een sociaal netwerk. Dit speelt ook, maar zeker niet uitsluitend

- bij mensen met een beperking en/of afstand tot de arbeidsmarkt. Er zijn sterke aanwijzingen dat het hebben van werk een grote bijdrage levert aan het welbevinden en acceptatie van een beperking of een ziektebeeld.

Denkbare beleidsopties

Bevorderen van eigen regie. Een goede gezondheid begint bij jezelf. Mensen zijn zelf verantwoordelijk voor de inrichting van hun leven en dus ook voor hun keuzes over gezondheid en welbevinden. Voor sommigen geldt dat zij, om wat voor reden dan ook, (tijdelijk) niet in staat zijn om zelf regie te nemen. Soms is de kennis onvoldoende over wat nodig is om gezond te zijn en te blijven. Er moet meer aandacht komen voor het vergroten van gezondheidsvaardigheden. Dit begint op school en opvoeding waarin aandacht is voor bijvoorbeeld voeding en beweging maar ook zijn verbeteringen wenselijk in de communicatie in de spreekkamer en rond verzekeringspolissen. Ook op latere leeftijd kunnen trainingen in zelfredzaamheid en leefstijlinterventies het meest passend blijken. Zo zit achter een stresssituatie soms de mogelijkheid verscholen tot persoonlijke ontwikkeling die aandacht en bewustzijn verdient. Hierdoor kan acceptatie van moeilijke situaties in het leven ontstaan en is medicatie niet nodig.

Professionals hebben een belangrijke rol bij vroegsignalering en kunnen elkaar inschakelen. Zelfmanagement betekent ook dat samen beslissen de norm is: patiënt en hulp- en zorgverlener beslissen samen welke zorg het beste past (zie hoofdstuk 4). Eigen regie is van groot belang voor mensen met een beperking. In de eigen leefomgeving, waarbij het streven is om zorg en ondersteuning zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de samenleving, en tijdig met professionals en naasten te kunnen beslissen als er meer zorg nodig is. Ook onderwijs kan een belangrijke signaleringsfunctie hebben die kan worden versterkt via permanente aanwezigheid van jeugdhulp/lokale teams/jeugdgezondheidszorg in de school op basis van de ondersteuningsbehoefte van de leerlingen. Dit kan preventief werken en een (grotere) zorgvraag voorkomen.

De regie van de gemeente blijft daarbij belangrijk om te zorgen dat jeugdhulp- en zorg niet wordt overvraagd en de ondersteuning die eigenlijk binnen de basisondersteuning van scholen valt, te snel wordt doorgeschoven naar de jeugdhulp- en zorg.

Het faciliteren van mantelzorg en zelfhulp. Mantelzorg is onontbeerlijk, niet alleen vanuit het oogpunt van schaarste, maar ook vanuit intrinsieke betrokkenheid bij elkaar. We kunnen mantelzorg faciliteren, bijvoorbeeld via CAO's en het beter organiseren van respijtzorg

waardoor de mantelzorger de zorg aan zijn naasten beter en langer kan volhouden. Verzekeraars kunnen verzekerden die mantelzorg verlenen of als vrijwilliger bijdragen aan de ondersteuning en verzorging van kwetsbare mensen, korting geven op hun aanvullende verzekering. Ook zijn er voorbeelden van het vergoeden van de door mantelzorgers gemaakte kosten. Met het beter faciliteren van mantelzorg en vrijwilligers kan het potentieel aan informele zorg worden vergroot, hetgeen de druk op professionele zorg ten goede komt. Zelfhulp in de vorm van georganiseerde groepen of in de vorm van groepen op eigen initiatief, dragen niet alleen aantoonbaar bij aan de betaalbaarheid van de zorg, maar ook aan de kwaliteit van leven, ziektemanagement en aanvullende ondersteuning.

Overheidsmaatregelen voor meer gezonde keuzes.

Door een gezonde leefstijl aantrekkelijker te maken, kunnen mensen gestimuleerd worden om hun leefstijl te verbeteren en structureel te maken in hun dagelijks leven. De omgeving waarin wij verkeren bevat vele prikkels die ons tot ongezond gedrag verleiden en daar dienen we oog voor te hebben. Vanuit het Rijk en gemeenten kunnen er meer maatregelen worden genomen om de omgeving gezonder te maken. Op landelijk niveau kunnen maatregelen worden genomen die het aanbod van ongezonde producten beperken en kunnen prijsmaatregelen worden getroffen.

Dit is veel te ambivalent en krachteloos beschreven. Als zorggroei een zorgverleners schaarste echt een thema is dan moeten er landelijke politieke keuzes gemaakt worden zoals prijsbeleid op schadelijke producten, en bijvoorbeeld BTW voordeel op gezonde zaken. Sigaretten en suiker zijn bekende onderwerpen, maar het gaat ook over bijvoorbeeld structureel beweeg onderwijs voor jongeren/scholieren en studenten. Maar ook gezondheid in geestelijke zin, of anders gezegd in zicht op zingeving. Laat jongeren inhoudelijk kennis nemen van de zorg voor kwetsbaren in de vorm van sociale stages of tijdelijke sociale dienstverlening. Het brengt jongeren in aanraking met kansen op eigen gezondheid en geeft zicht op de kwetsbaarheid verder in het leven.

Ook op lokaal niveau kan met het inrichten van de fysieke omgeving de gezondheid worden bevorderd. Als de fysieke ruimte niet is ingericht op iemand met een beperking of als de communicatie niet voldoende op maat geboden wordt, dan kan diegene ook niet meedoen. Het is belangrijk drempels te slechten en zo de toegankelijkheid te vergroten.

Dit is geen zorgbeleid, maar de algemene verantwoordelijkheid van de overheid ivm toegankelijkheid en bereikbaarheid

Een krachtige sociale basis en een integrale aanpak van sociale problematiek. Investeren in de sociale basis voorkomt een direct beroep op zorg en ondersteuning. Door te investeren in de sociale basis zijn mensen niet alleen beter in staat eigen regie te voeren over hun leven, maar wordt ook de onderlinge samenredzaamheid versterkt. De sociale basis gaat over de omgeving die ervoor zorgt dat burgers gelukkig kunnen leven in sociale verbanden. In zo'n omgeving moeten mensen met elkaar in contact komen in buurten, groepen, netwerken of gezinnen. Daarnaast moeten voorzieningen, zoals ontmoetingsplekken, leefbare woningen, passende transportmogelijkheden en benodigde zorg en ondersteuning op toegankelijk

wijze aanwezig zijn. Dit vraagt een intensivering van de aanpak van schulden, maar ook om een integrale blik, bijvoorbeeld bij gezinnen met multiproblematiek of gezinnen waarbij sprake is van een levensbrede, levenslange zorgbehoefte door een beperking. Een gezin moet dan ondersteund worden met een integrale aanpak van hun problemen en met financiële ruimte om de ondersteuning te organiseren, los van de verschillende domeinen en breder dan zorg alleen. In dit kader is ook een expliciete link met het veiligheidsdomein van belang. Dit vraagt maatwerk.

Richt in iedere gemeente samen met de wijk een laagdrempelige herkenbare toegang in voor vragen en faciliteiten rondom zorg, welzijn en hulp. Het zou niet zo zeer op problemen en zorg moeten draaien maar om dienstverlening in de ruimste zin. Ontmoetingen, cursussen, een wijk klusjesman, een goed gesprek, een wijkkeuken, vrijwilligers-pool voor kleine sociale problemen. Het is geen medische zorg voorziening, maar het voorkomt veel oneigenlijke instroom in de reguliere zorg. Geef de verantwoordelijkheid voor dit centrum aan een buurt comité. De vorm van een publieke franchise kan helpen met het delen van goedlopende initiatieven elders, en houd ruimte voor een locale invulling passen bij de wensen en mogelijkheden van de wijk, dorp of gemeenschap. En maak het niet bureaucratisch, maar vooral met micro investeringen mogelijk.

Een goede, passende woning, ook voor ouderen en mensen met een beperking, is belangrijk, passend in een leefomgeving die veilig is, goede voorzieningen kent en uitnodigt tot het leggen van contact. Dat geldt in het bijzonder voor mensen met een licht verstandelijke beperking. Om mensen bestaanszekerheid te geven en de kans te bieden zichzelf te ontwikkelen, is werk en maatschappelijke participatie belangrijk. Dit vraagt extra investeringen.

Investeer in kleinschalige zelfvoorzienende gemengde woon-hulp voorzieningen, waar mensen lichte kwetsbaarheid, langdurig zelfstandig kunnen blijven wonen en leven, met een extra oogje in de buurt. De oude hofjes cultuur past goed bij deze behoefte.

Veel medische interventies worden voorgeschreven waar eerder een sociale interventie nodig is. De zorg moet daarom meer oog krijgen voor het welzijn van cliënten. Een goede verbinding tussen het zorg en welzijnsveld is hierbij van belang.

Als het goed werkt, is er juist geen hulp nodig van zorg professionals. Zet in op het ontkoppelen van medische zorg en professionele inzet. Geef mensen weer handvaten om elkaar te zien en waar nodig te helpen. Huisartsen zijn goed in het normaliseren van ervaren klachten. Deze zeef wordt nog vaak gezien als een onwenselijke zeef die de toegang tot de echte zorg onmogelijk maakt. Het zou interessant zijn om de waarde van deze (huisartsen)rol publiek verder te versterken. In plaats van het bevorderen van de ultieme kwaliteit van de specialist als hoogste waarde van geleverde zorg, zouden zorgverzekeraars ook kunnen nadenken over een de mogelijkheid voor een second opinion door huisartsen.

Dit kan bijvoorbeeld door het verder ontwikkelen van de interventie 'welzijn op recept'. Dit geldt ook voor valpreventie. Ouderen vallen, net als iedereen, maar lopen meer letsel op en herstellen langzamer en niet altijd meer volledig. Door investering op voeding, functioneel trainen en bewegen bij ouderen kan kans op letsel worden verminderd. Het

doorontwikkelen van interventies op valpreventie is van belang. Dit moet ook tot besparingen kunnen leiden in andere (zorg)domeinen.

Het welzijn op recept concept gaat uit van de medische accordering van individuen om te werken aan preventie. Daar is niets mis mee omdat bijvoorbeeld een huisarts dit zo onder de aandacht kan brengen. Maar het zo interessanter zijn om aandacht voor bewegen vooral als niet-medische interventie te bevorderen. Met name voor ouderen en jongeren. Een wijkspport veldje voor voetbal én jeu de boules voor alle leeftijden vraagt om beleid en een planologische aanpak. Dit kan ook via particulier initiatief zoals de Cruiff-courts hebben bewezen. Het '... -op-Recept'-concept benadrukt dat je eerst met al je vragen naar de dokter moet, terwijl er al veel oplosbaar is voordat men de huisarts nodig heeft. Huisartsen zouden overigens wel uitstekende ambassadeurs kunnen zijn voor dergelijke gezondheid bevorderende en ondersteunende initiatieven in de eigen omgeving.

2.3. Betere inbedding van preventie en leefstijl

Onze gezondheidszorg focust op ziekte en het verlenen van zorg. Hierdoor blijven oplossingen buiten de zorg soms buiten beeld. Terwijl er veel kansen zijn om via leefstijl en een gezonde omgeving gezondheid te bevorderen. Leefstijlproblemen voor alle groepen dienen beter gesignaleerd te worden en de aanpak hiervan dient een integraal onderdeel uit te maken van zorg en het sociale domein.

Denkbare beleidsopties

Sturen op een kernindicator voor gezondheid. Opmerkelijk is dat gezondheid geen deel uitmaakt van belangrijke economische kernindicatoren waarop belangrijke beslissingen worden genomen. Economische groei door consumptie wordt wel positief gewaardeerd, ook als dit ongezonde producten betreft. Meer gezondheid leidt echter ook tot grote maatschappelijke baten, waaronder een gezonde beroepsbevolking, een grotere productiviteit, het voorkomen van zorg en een hogere kwaliteit van leven. Gezondheidseffecten van maatregelen op het gebied van bijvoorbeeld de omstandigheden waarin mensen wonen en werken kunnen beter betrokken worden in de besluitvorming. Met een eenduidig kerncijfer kan er meer op gezondheid gestuurd worden; met aandacht in het basisonderwijs en middelbaar onderwijs voor gezond leven (ontwikkeling van gezondheidsvaardigheden), met afspraken met het bedrijfsleven over consumptiegoederen en met werkgevers en banken over schulden. Gezondheidsachterstanden zouden op dezelfde manier regelmatig kunnen worden gemeten en verkleind. Een indicator kan gebaseerd worden op bestaande indicatoren uit bijvoorbeeld de Staat van Volksgezondheid en Zorg, VTV en de Monitor Brede Welvaart.

Er wordt altijd er ingezet om meetbaarheid en indicatoren, terwijl het soms gaat om een structurele kleine bijdrage die dit soort wijk initiatieven mogelijk maakt. Focus ook vooral op het zelf verduurzamen van wijkactiviteiten zodat het kostenaspect lager kan worden in de tijd, door het vragen van kleine bijdragen of het verkopen van kleine producten. Stop met de gedachte dat alles meetbaar kan worden. De overheid zou het onzichtbare oliemantje

moeten zijn die juist met kleine financiële bijdragen ontwikkelingen initieert/stimuleert, en ja dat kost een beetje geld, maar dat levert meer op dan de rituele dans van dure rapporten en analyses door beleidsmakers en consultants die wel inzicht geven, maar zelden een betrokken beweging bevorderen. (zie ook verder)

Verduidelijken van de wettelijke taak van gemeenten om (de samenhang binnen) de publieke gezondheid te bevorderen. Gemeenten hebben op grond van de huidige Wet publieke gezondheid (Wpg) de verantwoordelijkheid om gezondheid beschermende en -bevorderende maatregelen te nemen. In de wet ontbreekt het echter aan concrete taken ten aanzien van gezondheidsbevordering en wordt geen verband gelegd met het sociaal domein. Met het noemen van doelgroepen in de wet (zoals kinderen, kwetsbare zwangeren, kwetsbare ouderen, mensen met gezondheidsachterstand) en leefstijlthema's (zoals roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik), gekoppeld aan de opdracht om hiervoor preventieve maatregelen in te zetten, wordt duidelijk wat van gemeenten wordt verwacht. Voor veel gemeenten sluit dit aan bij hetgeen nu (op vrijblijvende wijze) in gang is gezet met lokale preventieakkoorden. Voor het uitvoeren van extra gemeentelijke taken, is wel passende financiering nodig. Om de samenhang binnen de publieke gezondheid te bevorderen kan in de wet daarnaast worden verankerd dat afstemming moet plaatsvinden met de domeinen 'maatschappelijke ondersteuning' (Wmo), de langdurige zorg' (Wlz) en de 'curatieve zorg' (Zvw). De afstemming met het curatieve domein is al wel geregeld in de Wpg.

Waarom geen vrij budget (vanuit meerdere financieringsbronnen en/of wetgeving) voor wijkontwikkeling in de ruimste zin, die zelfredzaamheid van kwetsbare groepen bevordert, en die leunt op de kracht, inventiviteit en economische of publieke kansen van de wijk. Laat de wetgeving geen excuus worden om niet in actie te komen.

Naar een regionale aanpak voor de uitvoering en financiering van preventieactiviteiten. Een groot deel van het preventieve aanbod bevindt zich op het snijvlak van het gemeentelijk domein en het zorgdomein. Om mensen te ondersteunen bij het verbeteren van hun gezondheid hebben gemeenten en verzekeraars elkaar nodig. Waar gemeenten hun inwoners kunnen ondersteunen om op een prettige manier te gaan sporten en bewegen, hebben zorgverzekeraars een belangrijke rol bij de inrichting van de zorg voor bijvoorbeeld diabetespatiënten. Door gezamenlijke gezondheidsdoelen te stellen en afspraken te maken over wie welke preventieactiviteiten organiseert en hoe deze gefinancierd worden, kunnen gemeenten en verzekeraars elkaars aanpak versterken. Deze samenwerkingsafspraken kunnen het beste op regionale schaal gemaakt worden, op basis van een gedeeld regiobeeld (hoofdstuk 3).

Gemeenten en zorgverzekeraars hebben hiervoor al belangrijke stappen gezet, onder meer met de inrichting van een gezamenlijke overlegstructuur. In sommige regio's komt de beoogde samenwerking nog niet of onvoldoende tot stand, omdat onduidelijk is wie het initiatief moet nemen voor samenwerking en hoe de verantwoordelijkheden verdeeld zijn. De totstandkoming van de benodigde afspraken kan in dit verband versterkt worden door de taken en verantwoordelijkheden voor het organiseren van preventie duidelijker te beleggen,

bijvoorbeeld door deze wettelijk te verankeren. In aanvulling hierop kunnen gemeenten beter in positie gebracht worden om een coördinerende rol te vervullen bij de totstandkoming van de benodigde afspraken (zie hiervoor ook 2.4).

Zorgverzekeraars zouden zich primair moeten richten op de financiering van zorg. De overheid zou zorgverzekeraars wel een opdracht kunnen geven om een vast percentage te investeren in zorgpreventie voor burgers. Gemeenten zouden dit onderwerp samen met burgers zelf moeten vormgeven en het mogelijk maken dat zorgverzekeraars wijken en haar burgers, en daar in de marketing aandacht aan te besteden om deze ambitie mogelijk en zichtbaar te maken.

Daarnaast kan de rol van de GGD worden versterkt. De GGD heeft al een (adviserende) taak op gezondheidsbevordering en werkt op regionale schaal. Zij zijn daardoor goed gepositioneerd om de totstandkoming van de benodigde afspraken te faciliteren.

De GGD is uitstekend bezig met haar aanvullende taken en mag hooguit iets meer zichtbaar smoel krijgen, en publiek toegankelijker worden. Een kwestie van goede financiering vooral.

Een wettelijke taak voor zorgverzekeraars is om mee te werken aan de regionale samenwerkingsstructuur. De regionale preventie-infrastructuur moet gezamenlijk tot stand komen. Om te verduidelijken dat de zorgverzekeraar hierbij moet samenwerken met gemeenten, is het een optie om explicieter in de Zvw te regelen wat de taak van de zorgverzekeraar is ten aanzien van de infrastructuur. Het is daarnaast ook wenselijk dat zorgverzekeraars zich nog actiever inzetten op geïndiceerde en zorggerelateerde preventie.

Zie eerder.

Beide vormen van preventie maken al deel uit van het basispakket, echter in de praktijk is niet altijd duidelijk wat de precieze taken van de zorgverzekeraar hierbij zijn en is de invulling vaak afhankelijk van de zorgverzekeraar. Dit vergt nadere duiding van het Zorginstituut.

Gezondheid op het werk.

Gezondheid wordt mede bepaald door werkomstandigheden. Veel werkgevers zien dat in en nemen diverse maatregelen om de gezondheid van hun werknemers te bevorderen. Goede voorbeelden kunnen worden verspreid en ook kunnen werkgevers onderling meer de samenwerking zoeken. Ook is een goede samenwerking tussen arbozorg en de curatieve zorg belangrijk, bijvoorbeeld tussen de bedrijfsarts en de huisarts. Er kan meer samenwerking worden gezocht tussen het bedrijfsleven en de zorgpartijen om gezondheid op het werk te bevorderen. Dat kan door bestuurlijke afspraken te maken over het creëren van een minder stressvolle omgeving en het faciliteren van gezonde keuzes. Werkgevers dragen via belastingen het leeuwendeel van de kosten van gezondheidszorg. Als hogere of lagere macro-uitgaven in de gezondheidszorg bijvoorbeeld via belastingen aan werkgevers zouden worden doorvertaald zouden zij zich sterker geprikkeld weten om die uitgaven ten positieve te beïnvloeden. Gelet op de invloedssfeer van werkgevers zou zodoende op fundamenteel niveau "health in all policies" worden

bevorderd. Ook moeten we blijvend inzetten op een inclusieve arbeidsmarkt. Het hebben van werk kan immers belangrijke positieve effecten hebben op gezondheid van mensen.

Een verstoorde arbeidsrelatie wordt nog te vaak gelabeld als ziekte. Ook hierin staat de focus op het behouden van de ziekte een snelle en beter werkbare oplossing in de weg. Arbo-artsen zouden hiervoor meer handvaten, of mogelijkheden moeten krijgen om dit bespreekbaar te maken en zo deze 'valse route' te voorkomen.

2.4. Financiële prikkels

Inzet op preventie en gezondheid kan een bijdrage leveren aan de betaalbaarheid van de zorg, doordat (zwaardere) zorg voorkomen wordt en doordat een betere gezondheid van mensen buiten de zorg tot economische voordelen leidt. Zo leidt een goede gezondheid tot minder verzuim en kunnen mensen die in goede gezondheid verkeren beter en langer blijven werken en bijdragen aan de samenleving. De mate waarin investeringen in preventie zich terugverdienen in lagere zorgkosten en economische voordelen, verschillen per interventie. Omdat daarbij vaak onzeker is in hoeverre mensen met behulp van professionele ondersteuning er uiteindelijk in slagen om hun gezondheid te verbeteren, zijn de opbrengsten niet altijd goed in te schatten.

Om deze baten te realiseren zijn investeringen nodig in het organiseren en financieren van het aanbod van preventieactiviteiten. Voor zover er inzicht is in de te verwachten opbrengsten, moeten besparingen in de zorguitgaven aangewend worden voor de benodigde investeringen. Dit is bijvoorbeeld het geval voor training en advies voor ouderen om de schade van valincidenten te verminderen of voor het opzetten van zelfhulpgroepen.

Dit leidt al snel tot een verschuiving van zorg geld, naar allerlei zorg gerelateerde preventieve zorg programma's waar dan weer andere zorgverleners business van maken. Beter is om hier juist wel te 'schotten' tussen zorg en preventie van elkaar te maken. Kijk wat nodig is voor preventie als een vorm van 'wijk-weerbaarheid' en begrensd aan de onderkant het macrokader zorg. Anders gezegd maak van preventie **geen** zorg. Herinvesteer gerealiseerde bezuinigingen in andere publieke overheidstaken, als bibliotheken, zwembaden en goede scholen.

Voor andere interventies geldt dat er extra middelen nodig zijn om gemeenten en verzekeraars in staat te stellen het aanbod van preventie te vergroten. Door de besparingen die op termijn mogelijk gerealiseerd worden, kunnen deze investeringen leiden tot een beperkte verschuiving van uitgaven aan de behandeling van ziekten, naar uitgaven aan het voorkomen van ziekte.

Denkbare beleidsopties

De volgende beleidsopties zijn denkbaar om bekostiging meer te richten op het bevorderen van gezondheid. De mogelijkheden in deze paragraaf kunnen afzonderlijk van elkaar worden ingevoerd en sluiten elkaar deels uit. We bespreken eerst de opties die hoofdzakelijk aan de aanbiederszijde aangrijpen en daarna de opties die hoofdzakelijk aan de inkoperszijde aangrijpen.

Innovatieve contractvormen.

Het is belangrijk dat de vergoeding die zorgaanbieders krijgen voor hun werk aansluit bij de meerwaarde die zij bieden voor patiënten en cliënten. Dit doet recht aan de inzet van zorgverleners, maar is ook een randvoorwaarde voor de verbeteringen die nodig zijn om bijvoorbeeld gepast gebruik van zorg te verbeteren en de samenhang en coördinatie van zorg te versterken. Zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren moeten hiervoor aanbieders stimuleren om te werken vanuit een brede visie op gezondheid en hun bijdrage aan de doelmatigheid van de zorg.

Lastig onderwerp omdat zorgverleners vaak niet zijn opgeleid met doelmatige zorg. Los van de vraag wat doelmatig is. Er is vooral behoefte aan richtlijnen voor gewone goede zorg, met een professionele marge voor maatwerk die inzichtelijk is te maken. Van de andere kant zou het ook helpen om beter te definiëren voor wat aanvullende zorg, welke prijs dit heeft en hoe het te verzekeren is.

Zij kunnen er voor zorgen dat de afspraken over de vergoeding van zorg hiervoor de juiste stimulansen bieden. Dit vergt van zorginkopers dat zij investeren in innovatieve contractvormen, waarin afspraken over een betere organisatie van de zorg en afspraken over de vergoeding van de gezondheidszorg elkaar versterken. De overheid kan de totstandkoming van innovatieve contractvormen waar nodig ondersteunen, of sturen door aanpassingen in de bekostiging van de zorg.

Dit vraagt een andere kijkt op declareerbare zorg verrichtingen, en de financiering systematiek in het algemeen. Zie verder.

Bekostiging op basis van cliëntprofielen.

Door de bekostiging in te richten op basis van gestandaardiseerde cliëntprofielen, is het niet nodig dat voor iedere cliënt verantwoord wordt welke zorgverrichtingen precies nodig zijn. Op deze manier hebben zorgaanbieders de ruimte om de zorgvraag af te stemmen op de behoefte van de cliënt. Dit kan bijvoorbeeld van belang zijn voor de wijkverpleging, waarvoor de NZa een nieuwe bekostiging uitwerkt. Wijkverpleegkundigen staan dicht bij hun cliënten en hebben het beste inzicht in welke zorg iemand nodig heeft. Daarom is het van belang dat wijkverpleegkundigen de ruimte hebben om hun inzet aan te passen aan wat een cliënt echt nodig heeft en daarbij in te spelen op zelfredzaamheid van de cliënt. Naast verpleegkundige handelingen zijn wijkverpleegkundigen vaak de eerste schakel wanneer de gezondheid van cliënten verslechtert en er extra zorg georganiseerd moet worden. Een snelle signalering en snel handelen kan dan verdere escalatie van klachten voorkomen. Daarom is het ook van belang dat wijkverpleegkundigen hun inzet naar behoefte kunnen verdelen over hun cliënten en variaties in de zorgvraag kunnen opvangen. Dit kan door het huidige integrale uurtarief te vervangen door een integraal tarief per maand of per jaar.

Een abonnement/verrichtingen tarief zoals in de huisartsenzorg zou wellicht beter werken omdat daardoor ook een middeling tot stand komt die passend wordt bij een gebalanceerde case mix. Specifieke zorgzwaarte kan eventueel leiden tot een aanvullende financiering voor speciale handelingen (palliatieve zorg, infuusbeleid, wondverzorging ect.)

Contractering op basis van shared savings. Zorginkopers kunnen het voor zorgaanbieders lonend maken om in te zetten op het voorkomen van zorg, door afspraken te maken op basis van shared savings. Dit houdt in dat zorgaanbieders een deel van de besparingen die zij realiseren mogen houden doordat hun cliënten minder zorg gebruiken. Om te waarborgen dat de besparingen worden gerealiseerd door het voorkomen van zorg, en dus niet door te beknipten op de kwaliteit of de toegankelijkheid van de zorg, is het van belang dat de zorginkoper en de zorgaanbieder daarbij goed inzicht hebben in de kwaliteit en uitkomsten van de geleverde zorg en daar afspraken over maken.

Het nadeel van shared savings is dat het een eenmalige impuls is, die geen aanjager blijft voor verandering als de 'savings' zijn gerealiseerd. Voorkom dat shared savings vooral een verdien model zijn voor zorg verzekeraars. Shared savings kosten ook geld omdat het gaat over het inrichten van nieuwe werkwijzen en het herverdelen van nieuwe verantwoordelijkheden.

Een verdergaande oplossingsrichting is dat zorginkopers en zorgaanbieders op lokaal of regionaal niveau afspraken maken op basis van shared savings. Dit kan een oplossing bieden voor het 'wrong pocket' probleem, waarbij investeringen op de ene plek (bijvoorbeeld een beweegcoach in de wijk, gefinancierd door de gemeente), tot lagere zorguitgaven leiden op de andere plek (bijvoorbeeld minder ziekenhuiszorg).

Te complex, omdat er geen aantoonbare directe relatie is tussen beiden sectoren.

Door met alle betrokken zorgaanbieders en zorginkopers gezamenlijke gezondheidsdoelen te stellen en afspraken te maken over de hiervoor benodigde investeringen en over de verdeling van de opbrengsten, wordt het voor de betrokken aanbieders beter mogelijk en rendabel om te investeren in preventie en in een andere manier van zorg verlenen. In het buitenland zijn er positieve ervaringen met dit model (bijvoorbeeld in Kinzigtal in Duitsland) en ook in Nederland wordt het op kleine schaal ontwikkeld of in de praktijk gebracht. Door zorgpartijen bij deze stappen te ondersteunen, kan deze vorm van financiering vaker toegepast worden.

De NZa kan partijen adviseren over de rechtmatigheid van financieringsconstructies of zorgpartijen op weg helpen door modelcontracten of standaardbundels te formuleren. Ook kan de NZa op basis van gericht onderzoek inzicht bieden in de determinanten van zorggebruik of handreikingen bieden voor de gemiddelde kosten van specifieke zorgfuncties. De overheid kan de totstandkoming van deze afspraken verder stimuleren door een extra beloning in te zetten bij resultaten. Deze vorm van bekostigen voorkomt ook opvuleffecten, aangezien de vergoeding van de zorgaanbieder direct is gelieerd aan het behaalde resultaat.

Graag snelle transparantie over bestaande initiatieven (Bernhove, Rivas-groep, Vitaal Vechtdal), zodat we ervan kunnen leren. Nu blijft het in het bedrijfsmodel van zorgverzekeraars verborgen conform de regels van de marktwerking.

Richting bekostiging van populaties.

Een verdergaande oplossingsrichting is om zorgaanbieders te bekostigen op basis van kenmerken van een populatie waar zij zorg aan leveren. Dit kan een geografische populatie zijn, zoals een wijk of een regio, of een specifieke patiëntenpopulatie, zoals diabetespatiënten.

Zorgaanbieders krijgen dan niet meer een vergoeding voor gemaakte zorguitgaven per individuele patiënt, maar ontvangen in plaats daarvan een bedrag per persoon per periode voor een afgebakend zorgpakket. Dit geeft zorgaanbieders een sterke prikkel om de zorg doelmatig te organiseren, samen te werken met andere zorgaanbieders en andere domeinen om door middel van preventie en een andere manier van het verlenen van zorg te voorkomen dat mensen zwaardere zorg nodig hebben of afhankelijk worden van zorg. Tegelijkertijd kan deze vorm van bekostiging leiden tot onderbehandeling en afwenteling tussen zorgaanbieders onderling. Om dit tegen te gaan moeten zorginkopers beschikken over goede inzichten in de gezondheid van hun populatie en de kwaliteit en de uitkomsten van de zorg en daar duidelijke afspraken over maken met zorgaanbieders. Ook deze vorm van bekostigen voorkomt opvulleffecten, aangezien de vergoeding van de zorgaanbieder direct is gelieerd aan het behaalde resultaat.

Is een ingrijpende stelselwijziging, die veel druk kan leggen op onderlinge werkafspraken als er (te) veel zorgaanbieders actief en het eigen belang groter is dan het gewenste belang. Het vraagt om een gedegen voorbereiding en uitwerking.

Blijft de vraag wat een werkbare regio is, en zijn er per regio vaak teveel partijen rondom zorg betrokken die het praktisch onmogelijk maken om tot werkbare afspraken te komen. Daarnaast zijn ziekenhuizen vaak het middelpunt van regionale zorg netwerken, en zijn zij daarbij vaak de krachtigste partij met het grootste belang. In de gewenste ontwikkeling waarbij het de uitdaging is zorg af te remmen, is in dit bestaande regionale krachtenveld het lastig om met populatie bekostiging de beweging naar minder zorg te bevorderen. Het ziekenhuis is een te krachtige magneet om populatie bekostiging tot een succes te maken

Aanvullende middelen voor gemeenten.

Om gemeenten in staat te stellen goed uitvoering te geven aan de uitbreiding van taken en verantwoordelijkheden, kan de uitkering aan het Gemeentefonds worden vergroot. Belangrijk is dat daarbij voorkomen wordt dat deze middelen aangewend voor andere doeleinden. In dit verband kunnen extra waarborgen gevonden worden in bestuurlijke afspraken over te realiseren resultaten, interbestuurlijk toezicht op de uitvoering van de wettelijke taken of in het oormerken van de aanvullende middelen via het Gemeentefonds.

Preventiefonds. Een andere optie om de gewenste samenwerking tussen de zorgverzekeraars en gemeenten tot stand te brengen, is de inrichting van een regionaal preventiefonds. In een dergelijk fonds kunnen de financiers de beschikbare middelen bundelen en eventuele opbrengsten terug laten vloeien in het fonds (shared savings). Ook kan er door deze partijen gezamenlijk een maatschappelijk doel gesteld worden hoeveel zorgkosten er door de investeringen in preventie worden voorkomen, en navenant wordt op basis daarvan het fonds gevuld. Aangezien gezondheidswinst door preventie niet alleen leidt tot minder zorgkosten, maar juist

ook tot een hogere productiviteit, kan ook overwogen worden om werkgevers mee te laten betalen. Daar zou dan tegenover staan dat niet alleen gemeenten en verzekeraars, maar ook werkgevers projecten kunnen financieren uit dit fonds.

[De voorwaardelijkheid en \(on\)meetbaarheid maakt deze vorm lastig uitrolbaar. Zie eerder.](#)

3. Organisatie & Regie

Integrale gezondheidszorg vergt een intensieve samenwerking van zorgpartijen. Om ervoor te zorgen dat het zorgaanbod beter aansluit bij wat mensen echt nodig hebben, zijn verdere afspraken nodig over het voorkomen, verplaatsen en vervangen van zorg. Dat vraagt een intensivering van samenwerking tussen alle betrokken partijen. Ook is van belang dat de coördinatie tussen verschillende zorgsoorten verbetert.

Er moet voorkomen worden dat de complexiteit van de wijze waarop we de zorg hebben georganiseerd ertoe leidt dat mensen niet de hulp krijgen die ze nodig hebben.

3.1. Belangrijke knelpunten

Kenmerkend voor de Nederlandse gezondheidszorg is dat de verantwoordelijkheden in hoge mate decentraal zijn belegd en dat organisaties in de zorg in hoge mate autonoom zijn. Dat past bij de professionaliteit van onze zorgverleners en heeft veel goeds tot stand gebracht. Dat moeten we uiteraard behouden. Tegelijkertijd kan deze manier van organiseren ook leiden tot onwenselijke fragmentatie, waardoor afspraken tussen zorgorganisaties soms moeizaam of helemaal niet tot stand komen. Deels valt dat te verklaren doordat onze zorg verschillende (sub)domeinen kent die eigen wetten, doelen, uitvoerders en wijze van bekostiging hebben.

Op zichzelf is die indeling verklaarbaar en dit functioneert op hoofdlijnen goed. Om de benodigde kennis, kunde en middelen bijeen te krijgen, zijn voor verschillende zorgsoorten soms verschillende wijzen van organiseren vereist. Binnen de meeste domeinen zijn verantwoordelijkheden duidelijk belegd en geldt er bijvoorbeeld een zorgplicht. Hoe we de zorg ook organiseren, er zullen altijd grensvlakken bestaan tussen (sub)domeinen van de verschillende soorten zorg. De grensvlakken, of 'schotten', kunnen als problematisch worden ervaren indien iemand zorg ontvangt vanuit verschillende domeinen. De schotten maken het zorgprofessionals namelijk niet altijd makkelijk om mensen centraal te zetten. De kaders knellen, tussen, maar soms zelfs binnen de zorgdomeinen, zoals bij de overgang van zorg door het ziekenhuis en de vervolgzorg in de revalidatiekliniek. Een patiënt zou niet ontslagen moeten worden uit het ziekenhuis, maar - in goede samenwerking tussen zorginkopers - overgedragen moeten worden aan de volgende zorgaanbieder. Te vaak worden mensen van het kastje naar de muur gestuurd of vallen zij tussen wal en schip, zeker als ze meerdere aandoeningen of beperkingen hebben. Dit is met name het geval op de momenten waar de situatie van mensen (abrupt) verandert en de zorgactoren niet kunnen volgen en opvangen, vaak ook doordat er organisatieschotten, bekostigingsproblemen of wettelijke knelpunten zijn.

Onvoldoende regie en samenwerking belemmert ingrijpende vernieuwingen die nodig zijn om ervoor te zorgen dat het zorgaanbod mee kan veranderen met de stijgende en veranderende zorgvraag. De vernieuwingen die hiervoor nodig zijn - het voorkomen, verplaatsen en vervangen van zorg - vergen dat zorgorganisaties hun werk beter op elkaar afstemmen, zowel qua organisatie als digitale infrastructuur. Een huisarts die bijvoorbeeld wil voorkomen dat patiënten met chronische klachten vaak naar het ziekenhuis moeten en de zorg dichterbij huis wil organiseren, kan dat alleen als de medisch specialist in het ziekenhuis de ruimte heeft om de huisarts waar nodig te adviseren, en wordt vergemakkelijkt als dat digitaal wordt ondersteund. En zorgaanbieders die extra mensen willen aantrekken en behouden om wachtlijsten te voorkomen, kunnen dat effectiever doen als zij samen optrekken om bijvoorbeeld verpleegkundigen te helpen met het verkrijgen van de juiste kwalificaties en om extra carrièremogelijkheden te bieden.

Om de benodigde veranderingen te realiseren is maatwerk nodig. Zo kunnen er grote verschillen zijn tussen regio's in de behoefte aan gezondheidszorg en de uitdagingen om daaraan te voldoen. Zorginkopers en zorgaanbieders moeten hier rekening mee houden en waar nodig afspraken maken om ervoor te zorgen dat alle zorgvoorzieningen die mensen in de basis nodig hebben, goed georganiseerd zijn. Er zijn al veel goede voorbeelden van samenwerking in de regio, maar er zijn ook knelpunten.

Tsja, allemaal waar, maar wat zijn nu concrete voorstellen om het werkbaar bij elkaar te brengen. Persoonlijk denk ik dat het bevorderen van zorgsamenwerking als nieuw regionaal bedrijfsmodel best mogelijk is als je toestaat dat er regionaal winst gemaakt kan worden, wat regionaal geïnvesteerd moet worden. Dat voorkomt kant op commerciële overnames, en bevordert de publieke taak van de overheid, met inhoudelijk de beste aanbod. Het zou een soort van regionaal zorg model kunnen worden die met name taken en vaardigheden van een zorgverzekeraar, ziekenhuis en haar omringende huisartsen verbind.

Belangentegenstellingen.

Verandering via bijvoorbeeld het verplaatsen van zorg leidt ertoe dat capaciteit moet worden afgebouwd. Hierbij kunnen belangentegenstellingen ontstaan. Het kan voor partijen aantrekkelijk zijn om veel zorg te blijven verlenen. Sommige partijen zouden daarom graag geholpen worden om de bestuurlijke impasse die kan ontstaan, te doorbreken en noemen de mogelijkheid om in de regio meer regie of doorzettingsmacht te creëren. Andere partijen hebben juist kenbaar gemaakt dat dit noodzakelijke veranderingen zou belemmeren, omdat het zou leiden tot verstarring en consolidatie van posities.

Verkeerde prikkels.

Ook kunnen nieuwe initiatieven worden belemmerd, bijvoorbeeld omdat de baten van een investering in een ander domein neerslaan dan het domein waar de investering is gedaan. Dat beperkt bijvoorbeeld de prikkel van partijen om te investeren in preventie en in een passend woon- en zorgaanbod waarmee zwaardere zorgvragen van ouderen of mensen met een beperking kunnen worden voorkomen.

Grensgevallen.

Bij problematiek die speelt in meerdere (sub)domeinen is er soms te weinig ruimte om een goede aansluiting te maken en krijgen deze mensen niet de zorg die nodig is. Soms staan

regels het goede in de weg. Om te voorkomen dat de complexiteit in onze zorg ertoe leidt dat mensen niet de hulp krijgen die ze nodig hebben, is een betere coördinatie vereist, zowel tussen de verschillende (sub)domeinen als tussen zorg en het sociaal domein. Mensen moeten de juiste zorg krijgen dankzij, en niet ondanks de wijze waarop we gezondheidszorg hebben georganiseerd.

Multiproblematiek.

Ook bij multiproblematiek is essentieel dat breed wordt gekeken welke interventie het best past, zoals bij mensen met een licht verstandelijke beperking die soms op meerdere vlakken ondersteuning nodig hebben. Daar waar kwetsbare mensen niet de goede zorg krijgen, kunnen ook ernstige veiligheidsproblemen ontstaan. Niet alleen een interventie in het zorgdomein kan passend zijn, maar ook op een ander vlak, zoals werk, schuldhulpverlening, een interventie in het veiligheidsdomein of wonen.

Zorgverleners kunnen die ondersteuning niet zelf bieden, maar hebben wel een belangrijke rol bij het signaleren van de behoefte en het betrekken van, het doorverwijzen naar en het samenwerken met professionals uit andere (sub)domeinen. Deze problematiek zal de komende jaren toenemen.

3.2. Intensiveren van samenwerking in de regio

De noodzakelijke veranderingen vragen om goede afspraken tussen zorginkopers en zorgaanbieders. Daarvoor moet bekend zijn wat de vraag is en wat het aanbod, waar de schaarste zit en waar de oplossing, en uiteindelijk wat de regionale opgaven en uitdagingen zijn. Dit inzicht moet gaan over alle onderdelen van gezondheidszorg: de curatieve en langdurige zorg, maatschappelijke ondersteuning, jeugdzorg en preventie.

Het is ook van belang dat deze inzichten meerjarig worden gemaakt en bijtijds worden geüpdatet. Bij de hoofdlijnenakkoorden is gekozen voor het instrument van het regiobeeld. Daarmee maken partijen inzichtelijk wat het huidige zorgaanbod is en wat, tegen de achtergrond van demografie en andere relevante ontwikkelingen in de regio, de behoefte aan zorg in de toekomst is. Het regiobeeld dient als basis waarop zorginkopers en zorgaanbieders gezamenlijk de zorg organiseren. Op grond van het regiobeeld kan worden gekomen tot een gezamenlijke visie over hoe de noodzakelijke transformatie in de desbetreffende regio moet worden georganiseerd.

[De waarde van het regiobeeld wordt overschat. Het is een te grove maatstok voor zorgoverschot en zorgschaarste. Bovendien biedt het geen prikkel voor zorgafstemming en samenwerking.](#)

Op basis van onze inventarisatie achten wij verschillende beleidsopties mogelijk om de huidige praktijk te verbeteren. Tegelijkertijd is ook gebleken dat de situatie per regio verschilt en er uiteenlopende visies kunnen bestaan over de wenselijkheid van de verschillende opties in een regio. Hieronder worden beleidsopties gepresenteerd om samenwerking in de regio te intensiveren, oplopend in ingrijpendheid.

Denkbare beleidsopties

Faciliteren van regiobeelden. De praktijk van de regiobeelden kan worden verbeterd door postcoderapportages aan te bieden. Technisch is het mogelijk om data van RIVM (basisdataset regiobeeld), GGD, NZa en CBS op postcodeniveau te verbinden en daar specifieke rapportages van te draaien waarbij de vraag naar zorg, gezondheid en sociaaleconomische indicatoren gecombineerd worden. Er kan een tool worden ontwikkeld om dit structureel te doen.

Het is een grote exercitie, waarbij de vraag ontbreekt wat wil je weten. Interessanter is de vraag aan zorgverleners waar zij zicht hebben op verbetering en efficiëntie. Vermindering van (dubbele) diagnostiek en verwijzingen, zal daarbij waarschijnlijk het meest kosten effectief zijn.

Ook kunnen partijen bij de doorontwikkeling van regiobeelden worden ondersteund door bouwstenen en interpretatiekaders beschikbaar te stellen die kunnen helpen bij het koppelen en duiden van data. Ook kan het delen van landelijke rapportages van 'good practices' rond regiobeelden en regiovisie helpen. Daarbij is het belangrijk dat de regio goed wordt afgebakend op relevante kenmerken.

Klinkt aardig, maar regio's zijn te verschillend om te vergelijken. Het zou beter zijn om financiële instrumenten te ontwikkelen die regio's in beweging zetten.

Minimumeisen aan het regiobeeld.

In de praktijk worden uiteenlopende concrete invullingen gegeven aan het begrip 'regiobeeld' en ook verschilt wie er per regio bij de totstandkoming van het regiobeeld betrokken is.

Het is mogelijk om nader in te vullen over welke inhoudelijke onderwerpen het regiobeeld en de regiovisie dienen te gaan, en welke partijen deelnemen aan het opstellen daarvan.

Ook kan worden ingegaan op de gebruikte data. Een oplossingsrichting is daarom om bestuurlijke afspraken te maken over minimumeisen aan het regiobeeld, bijvoorbeeld over:

- Het aandeel van de zorgaanbieders en zorginkopers dat minstens betrokken moet worden;
- Monitoring door de NZa en IGJ;
- Burgerparticipatie;
- Kwaliteit van de ICT-infrastructuur;
- Aanpak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen;
- Aansluiting bij het regiobeeld voor de jeugdzorg.

Het kwetsbare aan het model is dat er veel details in de schaduw van de grote regionale partijen verloren zullen gaan. Het wordt al snel een grote praatclub waar door de veelheid aan belangen en onderwerpen de inspirerende energie verloren gaat. Deel probleem blijft ook dat bestaande zorgbelangen (te) dominant vertegenwoordigd zijn, en dat deze belangen niet direct gestroken met een kritische blik en de beweging die focust op de inzet van vermindering van zorg.

Daarnaast kan de praktijk rond de regiobeelden worden gefaciliteerd door de informatie op grond waarvan deze worden opgesteld te specificeren. Gelet op de rol en data die de GGD heeft, is van belang dat ook deze betrokken wordt bij het opstellen van een regiobeeld. De minimumeisen aan het regiobeeld kunnen worden vastgelegd in bestuurlijke afspraken.

Een advies van de GGD zou voldoende zijn. De inzichten van zorgprofessionals samen zijn de echte sleutel voor regionale samenwerking. Bovendien blijkt deze maanden opnieuw dat de slagkracht van de GGD niet past bij een dergelijke positie

Vastleggen verantwoordelijkheden.

Een verdergaande optie is om de verantwoordelijkheden van zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten en zorgaanbieders ten aanzien van de totstandkoming van de regiobeelden vast te leggen in wet- en regelgeving. Ook kan in de Zvw, Wlz en Wmo een nadere invulling worden gegeven aan de paragrafen rond de voorziening van beleidsinformatie.

Transparantie werkt beter. Het gaat tenslotte om gemeenschapsgeld. Ook voor zorgverzekeraars zou het helpen om een onderscheid te maken tussen de uitvoering van publieke taken zoals het financieren van goede basis zorg, en het verzekeraar maken van aanvullende zorg. Zo kunnen verzekeraars echt transparant worden over het publieke niet commerciële deel, en is er ruimte voor commerciële activiteiten in de andere zorg deel gebieden.

Eenduidigheid over 'de regio'.

Het kan wenselijk zijn om het aantal regio-indelingen te verminderen. Met name het vastleggen van één indeling die als basis dient, kan meerwaarde hebben voor het opstellen van een visie om de noodzakelijke transformatie in de regio vorm te geven. Enkele opties zijn mogelijk. Gedacht kan worden aan de indeling naar zorgkantoorregio's. Dit is de regio waarbinnen zorgkantoren op dit moment langdurige zorg inkopen. Gemiddeld genomen genieten mensen circa 70% van de zorg die ze krijgen binnen de zorgkantoorregio en 30% daarbuiten. De keuze voor de indeling van de zorgkantoren sluit daarnaast aan bij de samenwerkingsverbanden tussen gemeenten en zorgverzekeraars ten aanzien van preventie, ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg. Ook nu is voor (op één na) alle zorgkantoorregio's een regiobeeld ontwikkeld.

Een mogelijk alternatief is om de GGD-regio's als uitgangspunt te nemen. Op deze manier kan de rol van de GGD als aanjager van een regionaal samenhangend gezondheidsbeleid verder versterkt worden. Deze regio's hebben voor wat betreft de gemeenten al een bestuurlijk-juridische basis. De keuze tussen deze twee opties maakt overigens in de praktijk voor de meeste regio's geografisch gezien geen verschil, omdat veel zorgkantoorregio's samenvallen met de GGD-regio. Wat betreft de concrete invulling van deze maatregel, kan deze worden vormgegeven via bestuurlijke afspraken, maar dit kan indien nodig ook wettelijk worden vastgelegd.

Je kunt ook kiezen voor natuurlijke bestaande functionerende zorg regio's rondom ziekenhuizen/huisartsenposten, en bij onvoldoende gedeeld mandaat, nadenken over GGD/ zorgkantoor regio's. Geeft waarschijnlijk minder weerstand in bestaande verhoudingen.

Maar maak een keuze die handvaten biedt voor het oplossen van 'grensconflicten'. Ook vraagt dit om een onderverdeling voor publieke en commerciële taken van zorg aanbieders. Nu is er steeds sprake van adherentie strijd van zorg aanbieders, die zich moeilijk verhoudt met regionale ontwikkelingen. Ook kan dit bijvoorbeeld steeds meer voorgaan doen met commerciële aanbieders van huisartsenzorg die zich niet zullen willen conformeren aan regionale afspraken om dat ze (landelijk) andere belangen hebben.

Basis op orde.

Er kunnen ook doelstellingen per regio worden afgesproken over te bepalen zorgfuncties die ten minste in iedere regio beschikbaar moeten zijn. Naast de capaciteit die op hoofdlijnen nodig is om te voorzien in de vraag naar zorg, kan het daarbij ook gaan om integrale functies. Zoals effectieve afspraken over de triage en overdracht van patiënten in de acute zorgketen, of de nazorg voor kwetsbare patiënten die ontslagen worden uit het ziekenhuis. De doelstellingen per regio kunnen worden vastgelegd in het regiobeeld. Deze regioafspraken zouden dan een nadere invulling zijn van de hoofdlijnakkoorden. Om het aantal akkoorden te beperken, de consistentie te vergroten en ontschotting te bevorderen, kunnen de nationale hoofdlijnakkoorden dan geïntegreerd worden tot één hoofdlijnakkoord. De regiobeelden kunnen worden bekrachtigd als regionaal akkoord waar de doelstellingen per regio worden afgesproken. Eventueel kan dit worden ondersteund via wetgeving.

Congruente inkoop.

Tussen zorgverzekeraars kan samenwerking worden bevorderd door grootschaliger gebruik te maken van congruente inkoop via volgbeleid. Daarbij spreken zorgverzekeraars de intentie uit het contract van de (grootste) zorgverzekeraar in de regio te volgen, maar besluiten zij zelfstandig of zij het contract volgen of een eigen aanbod doen. Volgbeleid wordt bijvoorbeeld al toegepast in de huisartsenzorg maar kan ook worden toegepast in veel andere sectoren. Volgbeleid kan ook helpen om sneller en effectiever transformatie van gezondheidszorg vorm te geven, zoals het voorkomen van (duurdere) zorg, verplaatsen van gezondheidszorg (dichterbij mensen thuis) en het vervangen van gezondheidszorg (door bijvoorbeeld eHealth en digitale ondersteuning). Volgbeleid kan mogelijk worden gefaciliteerd door op hoofdlijnen de randvoorwaarden voor de inkoop van specifieke zorgfuncties te beschrijven in gemeenschappelijke inkoopleidraden. Deze leidraden kunnen tot stand komen door samenwerking tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en kunnen nader uitwerking geven onder welke voorwaarden partijen verantwoorde zorg kunnen leveren. Zorgverzekeraars kunnen de inkoopleidraden gebruiken ter versterking van hun inkoopbeleid door in principe alleen zorg en ondersteuning in te kopen die aan deze leidraad voldoet. Een verdergaande optie is dat de overheid via inkooprichtlijnen randvoorwaarden stelt aan de inkoop van specifieke zorgfuncties, ter nadere invulling van het vereiste aan zorgverzekeraars om verantwoorde zorg in te kopen.

Zorgverzekeraars zouden zich kunnen ontwikkelen tot regionale kennisbron in het transparant maken van geleverde en ontbrekende zorg. De onafhankelijke, en soms onaantastbare, positie van zorgverzekeraars als organisaties is in de huidige setting zelf een bron van inefficiëntie en bureaucratie. Maak een simpele landelijke regeling voor regionale inkoop van goede basis zorg door meedenkende financiers in plaats van het huidige model

van concurrerende partijen over dezelfde zorg. Geef zorg verzekeraars in service en innovatie de ruimte voor eigen financiering en concurrentie.

Zeker voor de huisartsenzorg kan het contracteer systeem voor de basiszorg in met name S1 veel simpeler. Daarnaast ontstaat er een snelle onmogelijke versnippering van zorg inkoop door verschillende verzekeraars die voor de uitvoering steeds onnavolgbaarder en onuitvoerbaar wordt. Verschillende inzichten in vergoedingen, en verstrekkingen en gewenste zorg maken het voor professionals steeds moeilijker om per patient te weten waar wat geleverd of geboden mag worden. Recente nieuwe initiatieven met verschillende snelheden over medicatie en hulpmiddelen zijn niet uitlegbaar en uitvoerbaar, en verstoren werkbare regionale netwerken, omdat voor iedere patient een andere regeling ontstaat.

Waarborgen van systeemfuncties via representatie.

Verdergaande samenwerking tussen zorgverzekeraars kan worden vormgegeven door waar nodig in wet- en regelgeving explicieter te zijn waar zij zich wel en niet van elkaar dienen te onderscheiden. Dat is vooral van belang bij het waarborgen van systeemfuncties, zoals het netwerk van acute zorg. Bij acute zorg, zoals ambulancediensten of acute geestelijke gezondheidszorg, staat het belang van beschikbaarheid voorop en zijn keuzemogelijkheden niet mogelijk en niet wenselijk. Voor deze zorg is van belang dat in iedere regio één of twee zorgverzekeraars namens andere zorgverzekeraars optreedt bij de contractering. Voor deze zorgfuncties is dan ook in wet- en regelgeving bepaald dat zij in representatie kunnen worden ingekocht. Het representatiemodel kan mogelijk ook uitkomst bieden bij andere systeemfuncties in de zorg en/of het waarborgen van basiszorg in de regio. Een alternatieve mogelijkheid is om de NZa de bevoegdheid te geven om - bij impasses - de afspraken die zorgaanbieders met de grootste verzekeraar in de regio maken, algemeen verbindend te verklaren voor andere verzekeraars in de regio. Voor veel zorgvormen blijft concurrentie tussen verzekeraars echter van belang omwille van diversiteit, innovatie en een gezonde premiedruk.

Dat laatste zou vooral moeten gaan over aanvullende zorg zoals reeds eerder beschreven.

Capaciteitsregulering.

Een verdergaande optie is om de minister van VWS de bevoegdheid te geven een aantal segmenten binnen de zorg te definiëren waarvoor niet langer vrije toetreding bestaat. Op basis van een analyse van vraag en aanbod bepaalt de minister op welke locaties deze vormen van zorg geleverd mogen worden, als er aan het criterium voldaan wordt dat het noodzakelijk is om op deze manieren te veel van kostbare capaciteit te beperken of opvuleffecten te voorkomen. Zo kan bijvoorbeeld worden gestuurd op concentratie van zeer complexe zorg, waarvoor het aanleggen van te veel dure voorzieningen onwenselijk is uit het oogpunt van kostenoverwegingen (bv. protonentherapie). Een dergelijke capaciteitsplanning kan gelden voor bepaalde andere delen van (complexe en/of kapitaalintensieve) zorg die geconcentreerd dient te worden op een beperkt(er) aantal locaties. Deze vorm van regulering voorkomt opvuleffecten, aangezien toetreding van verplaatste of vervangende zorg niet mogelijk is. Wel kan het de keuzevrijheid beperken.

Dat is precies waar de politiek voor is bedoeld; moeilijke keuzes maken.

Juist vanwege deze ingrijpende beperking van de keuzevrijheid moet aan het vereiste van noodzakelijkheid en proportionaliteit voldaan worden bij het inzetten van deze optie. Bovendien zou geconsulteerd moeten worden bij de Europese Commissie hoe deze maatregel binnen het Europees Recht kan worden vormgegeven.

Meer publieke regie in de regio.

Een mogelijkheid om tot meer overheidsregie op regionale samenwerking te komen, kan door voor elke regio een onafhankelijke bemiddelaar aan te wijzen, die besluitvorming rond de noodzakelijke transformatie ondersteunt en aanjaagt als dat nodig blijkt. Dit kan iemand zijn uit het veld zelf, die een breed draagvlak heeft bij de verschillende zorgpartijen. Waar nodig kan de overheid iemand van buiten benoemen. De onafhankelijke bemiddelaar kan de benodigde besluitvorming ondersteunen door organisaties bijeen te roepen rondom een bepaald thema, regiobeelden te toetsen of te bemiddelen bij (financiële of juridische) knelpunten. Verdergaande publieke regie op de manier waarop zorgaanbieders en/of zorginkopers hun activiteiten op elkaar afstemmen kan door in wet- en regelgeving expliciet te maken wat de betrokken partijen minstens moeten doen om de benodigde afspraken te maken. Het gaat dan om procesmatige aspecten zoals welke partijen samen komen, wie dat organiseert en hoe dat concreet plaatsvindt, maar ook om inhoudelijke vragen als hoe een eenvoudige wijkindeling voor bijvoorbeeld wijkverpleging eruit ziet, over welke onderwerpen de samenwerking moet gaan en wie bij bepaalde (domeinoverstijgende) zorg waarvoor verantwoordelijk is en dus aanspreekbaar is. Wanneer duidelijk is wie waarvoor verantwoordelijk is, kan de IGJ, de NZa of de rijksoverheid de desbetreffende zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorgkantoren of gemeenten erop aanspreken wanneer zij tekortschieten. Hierbij kan de wetgeving die momenteel wordt voorbereid rond de verantwoordelijkheden van gemeenten bij de regionale afstemming van de inkoop van specialistische jeugdhulp, en de algemene maatregel van bestuur over het ROAZ als voorbeeld dienen.

[Er is geen eerlijke regionale 'gezondheidsrechter' te vinden die voor alle partijen aanvaardbaar is. De huidige zorgverzekeraars kunnen met een andere opdracht, best 'helpen' met het maken van de juiste regionale keuzes. Bovendien is een model van shared savings nog onvoldoende ontwikkeld in de samenwerkings mogelijkheden. \(zie eerder\)](#)

Meer (regionale) flexibele organisatievormen. De zorgarbeidsmarkt is voor een groot deel regionaal georiënteerd. Mensen wonen, werken en leren binnen de grenzen van hun eigen regio. Een goede organisatie van de zorgarbeidsmarkt vergt daarom een goede samenwerking tussen alle relevante partijen in de regio (onder andere overheden, sociale partners, onderwijs en zorginkopers). De ervaringen van de afgelopen periode met COVID-19 hebben ons bovendien duidelijk gemaakt dat er behoefte is aan een (regionale) flexibele schil van zorgmedewerkers die ingezet kunnen worden waar zij het hardst nodig zijn (aansluitend bij de zorgvraag). Dit kan overigens niet alleen uitkomst bieden in de situatie van een pandemie, hiermee kunnen ook andere vormen van piekbelasting worden opgevangen. Dit vraagt om het verkennen van mogelijkheden van flexibele organisatievormen om instellings- en domeinoverstijgend in de regio te werken. Het wegnemen van de btw-verplichting voor de uitleen van zorgpersoneel zou het voor zorgaanbieders daarbij gemakkelijker maken om personeel uit te wisselen en afspraken

te maken over netwerkzorg. Dit sluit ook goed aan bij de wens van veel jongeren om in netwerken te werken en geeft meer mogelijkheden om minder afhankelijk te zijn van zzp'ers.

Prima idee. Maak het administratief en fiscaal zo eenvoudig mogelijk, zodat het snel inzetbaar is.

3.3. Bevorderen van coördinatie tussen domeinen

Om te komen tot integrale gezondheidszorg die mensen echt centraal stelt, is van belang dat we de overgang tussen (en in) de verschillende zorgdomeinen verder vergemakkelijken en verminderen. Zorg is complex om goed te organiseren, maar we moeten voorkomen dat mensen tussen wal en schip belanden door de verschillende (sub)domeinen, specialismes en zorginkopers. Voor mensen met een complexe vraag zijn de verschillende zorgdomeinen vaak extra ingewikkeld, omdat zij meerdere levensdomeinen overstijgen.

Denkbare beleidsopties

Een spil in de wijk. Voor sommige mensen zijn beperkingen levensbreed en levenslang, bijvoorbeeld als het gaat om bepaalde psychische problematiek of fysieke of verstandelijke beperkingen, of een combinatie daarvan. Voor hen gaat het om vroegsignalering en tijdig goede begeleiding en ondersteuning, participatie, opdat zij zo zelfstandig mogelijk mee (blijven) doen en allerlei problematiek wordt voorkomen. Door in te zetten op de opbouw van een netwerk wordt de sociale basis versterkt. Het beschikken over een goede fysieke leef- en werksituatie en het voorkomen van eenzaamheid, schulden en gebrek aan zingeving tellen allemaal mee. Hiervoor zijn al goede methoden, maar die zijn nog (lang) niet overal geïmplementeerd. Een soepele overgang en samenwerking tussen verschillende (sub)domeinen is nodig. Een voorbeeld daarvan zijn de mogelijkheden voor op- en afschalen van zorg en ondersteuning, voor mensen die afwisselend zijn opgenomen (Zvw) en zelfstandiger wonen (Wmo). Dat vraagt om samenwerking en coördinatie, niet alleen op het niveau van de professionals, maar ook op niveau van de inkopende partijen. Door via een spil in de wijk goede coördinatie te garanderen (en deze te bekostigen) kan de samenhang tussen het zorgdomein en het sociaal domein worden verbeterd. Dit kan bijvoorbeeld vormkrijgen via het wijkteam of de huisarts of een vorm die we nu (nog) niet (veel) zien, zoals een praktijkondersteuner preventie.

Als je de toestroom naar de zorg wil afremmen moet je een praktijkondersteuner preventie ontkoppelen van positie van de huisarts. Het inrichten van deze herkenbare spil is vooral een taak en opdracht voor de gemeente. Korte lijnen met de huisarts zijn zinvol, maar benoem vooral dat het hier niet om ziekte en zorg gaat maar om ondersteunen van zelfredzaamheid. Belangrijk om de instroom in de zorg te voorkomen, maar expliciet geen huisartsen verantwoordelijkheid. Naar de huisarts ga je als je denkt dat je ziek bent, niet als je het overzicht kwijt bent. (zie eerder)

Hierdoor kunnen elders besparingen worden gerealiseerd. Voor domeinoverstijgende samenwerking in de regio voor een effectieve en efficiënte inzet van zorg is het belangrijk

dat wordt aangesloten op lopende trajecten en er gezamenlijke agenda's worden gemaakt, bijvoorbeeld in het kader van onderwijs-zorg-jeugdhulp. Hierbij valt te denken aan het veranderprogramma Met Andere Ogen, de pilots van zorg in onderwijstijd en de inzet van zorgarrangeurs.

[Een mooie uitdaging voor scholen en de gemeente, geen onderdeel van de zorg.](#)

Versterken van cliëntondersteuning.

De essentie van (gespecialiseerde) cliëntondersteuning is dat iemand naast de cliënt staat en hem of haar met informatie, advies en voorlichting bijstaat om een hulpvraag te verhelderen, de weg te vinden in een voor veel mensen complex geheel en in het contact met gemeenten, zorgkantoren, instanties en aanbieders. Er zijn, mede met het oog op aanbevelingen van de Nationale ombudsman, verbeteringen mogelijk in de wijze waarop cliëntondersteuning is georganiseerd door meer vanuit het perspectief van mensen te kijken en minder vanuit de verschillende zorgdomeinen en wetten. Daarnaast wordt er geëxperimenteerd met specialistische cliëntondersteuning waaruit blijkt dat het meerwaarde kan hebben dat bij gezinnen met zeer complexe zorg een vast persoon (langdurige) ondersteuning biedt aan de cliënt én aan diens naasten op het terrein van de zorg, maar ook daarbuiten. Begin 2021 verschijnt een overkoepelend rapport over de opbrengsten van de vijf pilots met specialistische cliëntondersteuning.

[Wat minder marktwerking, en wat meer eenduidigheid in aanbod van basiszorg zou veel helpen bij het voorkomen van onbegrijpelijke complexiteit als het over voorzieningen gaat. Het is best paradoxaal dat we beginnen met een jungle aan regels en mogelijkheden, in het kader van de keuzevrijheid, en dat we dan weer ondersteuners nodig hebben om cliënten de weg in de wijk te wijzen.](#)

Meer manoeuvreerruimte voor zorgkantoren. Dit stelt hen in staat cliëntondersteuning te bieden aan mensen bij het voorbereiden op en het aanvragen van een indicatiebesluit. Hierdoor kan een betere match worden gemaakt tussen vraag en aanbod en kan het heen-en-weer schuiven met kwetsbare mensen worden voorkomen. Dit kabinet bereidt in dit verband een wetsvoorstel voor.

[Laat zorgverzekeraar/zorgkantoren vooral voldoende zorg \(bedden\) inkopen/beschikbaar maken die passen bij de flexibiliteit van zorg die soms nodig is. Dat voorkomt en crisis én het heen en weer schuiven van kwetsbare mensen in kwetsbare situaties.](#)

Coördinatie van domeinoverstijgende zorg en de zorgplicht.

In de wet kan worden geëxpliciteerd dat zorginkopers hun inkoopbeleid zodanig vormgeven dat dit er redelijkerwijs toe leidt dat de verschillende zorgsoorten goed op elkaar aansluiten. Dit stelt de NZa en de Rijksoverheid in staat om zorginkopers die niet genoeg doen op dit vlak, hierop aan te spreken. In zorgwetgeving is opgenomen dat de verschillende zorginkopers de samenwerking met elkaar opzoeken om de zorg waar nodig af te stemmen. Daarbij is nu echter niet uitgewerkt hoe zij hier invulling aan moeten geven. Het is mogelijk hier nadere concrete invulling aan te geven. Een verdergaande keuze is dat in de wet geëxpliciteerd wordt welke inspanning zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren

moeten leveren. Bijvoorbeeld het zorg dragen voor de totstandkoming van een regionaal plan voor de zorg voor kwetsbare doelgroepen of het systematisch waarborgen dat risico's voor de beschikbaarheid van de zorg vroegtijdig worden gesignaleerd en dat zij zich tijdig inspannen om deze risico's weg te nemen.

Regie zorginkopers.

In een aantal zorgsectoren is een groot aandeel van de aanbieders niet-gecontracteerd, bijvoorbeeld in de wijkverpleging en ggz. Dit is onwenselijk, omdat niet-gecontracteerde aanbieders vaker ondoelmatige zorg leveren. Daarnaast beperkt dit de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om via de contractering afspraken te maken met zorgaanbieder over een goede organisatie en voldoende beschikbaarheid van belangrijke zorgfuncties. Een oplossingsrichting hiervoor is om zorgverzekeraars meer mogelijkheden te geven om niet-gecontracteerde gezondheidszorg verder tegen te gaan, bijvoorbeeld door het wijzigen of schrappen van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet. Om te voorkomen dat noodzakelijke veranderingen worden belemmerd door de hindermacht van machtige aanbieders, kan het mededingingstoezicht in de zorg worden versterkt door dit eenduidig te beleggen bij de ACM en het toezicht op fusies en machtsposities te verscherpen. Om te waarborgen dat de zorginkopers in de verschillende domeinen beter met elkaar samenwerken, kan dit nader worden geconcretiseerd in samenwerkingsbepalingen in de verschillende zorgwetten.

Ruimte voor experimenten domeinoverstijgende samenwerking.

De overheid draagt uit dat domeinoverstijgende experimenten wenselijk zijn om te komen tot inzichten die leiden tot patiëntgerichte betaalbare zorg en de daarbij horende cultuurverandering. Het belang en de noodzaak van experimenteren over de grenzen van Wmo-Zvw-Wlz wordt door overheid en toezichthouders publiek onderschreven. Partijen worden aan de voorkant vrijgelaten om te experimenteren. Daarbij kan het experimenteerartikel in de Wlz vereenvoudigd worden, een 'domeinoverstijgend' innovatiebudget beschikbaar worden gesteld (bijvoorbeeld lumpsum via Wlz-budget, in te zetten in sociaal domein, voor zover baten in de Wlz verwacht worden), en er kan een betaaltitel komen om succesvolle innovaties op te schalen. Zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten hebben samen de verantwoordelijkheid voor goede monitoring en verantwoording, maar de toezichthouders controleren achteraf. Ook kan geregeld worden dat de baten naar rato van bijdragen worden verdeeld ('shared savings').

In bovenstaande regels vragen een diepgravende analyse, omdat het een krachtenveld is die van ondoorzichtige regels en argumenten die iedere vorm van regionale slagkracht en samenwerking onmogelijk maken. De uitwerking van een concurrentieel speelveld, bij zowel de inkopers als de aanbieders, voedt onderling wantrouwen, en staat een echte samenwerking in de weg. Daarnaast is het onbegrijpelijk dat er geen duidelijke vertaling mogelijk van landelijk vastgestelde macrokaders naar effectief beschikbare middelen in de regio voor zorg en welzijn in de breedste zin van de definitie. Zonder een oplossing van deze versnippering en 'in-transparantie', die het gevolg lijken te zijn van gemaakte (politieke) keuzes wordt moeilijk om met elkaar invulling te geven aan een regionaal innovatiebudget. De rol die de zorgverzekeraar hierbij heeft gekregen (op gewenste inhoud) of hier uitvoering aan geeft, helpt het proces niet.

Daar waar een zorgverzekeraar steeds meer transparantie van zorgaanbieders nastreeft, is dit vice versa onmogelijk, juist vanwege de concurrentie belangen tov ander zorg verzekeraars. Zo blijven zorgverzekeraars te makkelijk (en invoelbaar) vasthouden aan een mate van geheimhouding en onaantastbaarheid. Zo blijft het niet alleen moeizaam om de regio samenhang te versterken en te inspireren, maar ontstaat er ook weinig zicht op ervaringen van samenwerkingscoalities uit andere regio's.

Toezicht op kwaliteit.

Als toezichthouder op zorgaanbieders in verschillende sectoren en domeinen, is de IGJ in staat om ook sector- en domeinoverstijgend te kijken naar de samenwerking tussen de betrokken zorgaanbieders in zorgnetwerken. De uitdaging voor de komende jaren is om goede samenwerking in zorgnetwerken net zo'n vanzelfsprekend onderdeel te laten zijn van goede zorg als zorginhoudelijke kwaliteit.

Hierdoor wordt ook de toegang tot (vervolg) beter gewaarborgd. De IGJ kan daarop toezien. De agenderende, signalerende en stimulerende rol van de IGJ is daarbij van belang. Uitgangspunt van het toezicht is immers vertrouwen in de intrinsieke motivatie van zorgaanbieders om de samenwerking met ketenpartners en de zorgverlening goed te laten verlopen en knelpunten zelf op te lossen. Zo nodig moet de IGJ zorgaanbieders echter ook kunnen aanspreken op hun verantwoordelijkheid voor samenwerking en handhavend kunnen optreden. Daartoe kan worden gewerkt aan duidelijke (veld)normen en een duidelijke definitie voor wie die norm geldt binnen het relevante wettelijke kader. Zo kan het toezicht sectoroverstijgend zijn en zich naast individuele zorgaanbieders ook op zorgnetwerken en -ketens richten.

Het zou naast deze focus op toezicht op kwaliteit ook interessant kunnen zijn om na te denken over een toezichthouder met Inzicht op kwaliteit. Er zijn juist vanuit de landelijke blik niet alleen mogelijkheden op de vinger op de zere plek te leggen, maar ontstaat ook zicht op waar samenwerking werkt en schaalbaar is naar andere zorgcoalities. Het zou interessant kunnen zijn om binnen IGJ niet alleen een stok maar ook een wortel te kunnen gebruiken. Het past ook goed in de recente discussie met de focus op fraude en fraudebestrijding, als relatief marginale oplossing van een geanalyseerd probleem.

3.4. Financiële prikkels

Financiële prikkels voor het intensiveren van samenwerking in de regio

Bekostiging van coördinatie/systeemfuncties. De benodigde veranderingen verlangen van zorgaanbieders dat zij, waar nodig, de zorg organiseren in netwerken. Dit kan een grote tijdsinzet verlangen van de betrokken zorgaanbieders. Dit is met name een uitdaging voor kleinere zorgaanbieders, die vaak maar weinig armslag hebben om zich in te zetten voor bestuurlijke taken. Zorgaanbieders kunnen daarom afwachtend zijn om initiatief te nemen

of deel te nemen aan samenwerkingsverbanden. Een oplossingsrichting is om zorgaanbieders de mogelijkheid te geven specifieke, zorggerelateerde coördinatietaken apart te declareren, als Algemene Dienstverlening Zorg. Zo heeft de NZa in de afgelopen jaren separate declaratie mogelijk gemaakt voor de nieuwe coördinatiepunten eerstelijnsverblijf en voor de organisatie van de samenwerking tussen huisartsenpraktijken. Dit om tot betere afstemming met ziekenhuiszorg, andere eerstelijnsaanbieders en het sociale domein te komen en een betere digitale ondersteuning van de huisartsenzorg. Alternatief kan de NZa specifieke zorgfuncties, die een groot beroep doen op de betrokken organisaties en daarom alleen in onderlinge samenwerking tot stand kunnen komen, als systeemfunctie opnemen in de bekostiging. Een voorbeeld hiervan is de organisatie en beschikbaarheid van niet planbare wijkverpleegkundige zorg in avond, nacht en weekend. Door deze functies expliciet te maken, moeten zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken maken over de organisatie en financiering van deze functies. Ook de facultatieve prestatie kan bij gaan dragen aan het tot stand komen van nieuwe vormen van samenwerking door maatwerk in de bekostiging mogelijk te maken.

[Interessante gedachten, financiële prikkels zijn effectieve verleiders in het ontwikkelen van nieuwe samenwerking. Voorwaarde is wel dat er zicht moet zijn op een structurele financiering om zo continuïteit te garanderen, daar waar het over niet vanzelfsprekende samenwerking gaat.](#)

Tegemoetkoming transformatiekosten.

Zorgaanbieders kunnen ook terughoudend zijn om bij te dragen aan de benodigde veranderingen wanneer het risico bestaat dat dit leidt tot omzetverlies. Met name ziekenhuizen en laboratoria kunnen te maken hebben met hoge vaste lasten, voor gebouwen, dure apparatuur en/of personeelskosten. Een te snelle terugloop in de opbrengsten kan er dan toe leiden dat zij niet meer kunnen voldoen aan eerdere aangegane verplichtingen. Een oplossingsrichting is dat de overheid zorginkopers in staat stelt om zorgaanbieders, waarvoor dit het geval is, bij de contractering tegemoet te komen met een transformatievergoeding. Door het omzetverlies te dempen, krijgen deze aanbieders dan meer tijd om zich aan te passen aan de veranderingen. Zo heeft VWS als onderdeel van de hoofdlijnenakkoorden transformatiegelden ter beschikking gesteld. Deze aanpak kan ook de in de toekomst een belangrijke rol spelen.

[Het zou ook interessant zijn om het vastgoed probleem op te lossen door de kern van medische activiteiten fysiek te begrenzen in de bestaande voorzieningen. Dit kan betekenen dat voor bepaalde diagnostiek of zorgverlening niet de infrastructurele kosten van het vastgoed in alle zorg aanbod hoeft te worden door berekend. Het ziekenhuis zou zo ruimte kunnen bieden voor herinrichting van specialistische zorg onder algemene bouwvoorwaarden en normale regulering. Zo worden ziekenhuizen hoog technologische en medisch optimale zorgkernen met ondersteunende en minder dure infrastructurele zorgschillen onder een dak, waar bijvoorbeeld ook huisartsen en paramedici onderdeel van kunnen gaan uitmaken.](#)

Bekostigen op basis van beschikbaarheid.

Als een zorgaanbieder belangrijke populatiegerichte functies vervult, moet hij over voldoende financiële zekerheid kunnen beschikken om de hiervoor benodigde investeringen te doen. Dit kan onder meer door het “er zijn” apart te belonen.

Dit is bijvoorbeeld het geval bij acute zorg. Wij verwachten van aanbieders van spoedeisende zorg dat zij altijd klaar staan om de zorg te leveren die nodig is en dus over voldoende capaciteit beschikken om noodsituaties op te kunnen vangen. De organisatie en het goede functioneren van spoedeisende zorg, zoals de ambulancediensten, de spoedeisende hulp in het ziekenhuis en de spoedopvang in de geestelijke gezondheidszorg, kan daarbij niet los gezien worden van de organisatie en het functioneren van andere onderdelen van de zorg. De inzet van ervaren zorgverleners die snel en goed kunnen beoordelen wat er aan de hand is en welke vervolgzorg nodig is, zorgt ervoor dat andere onderdelen van het ziekenhuis of in de GGZ hun werk beter kunnen doen. Door een goede samenwerking met bijvoorbeeld verpleeghuisartsen, huisartsenpraktijken en wijkverpleegkundigen kan bovendien bevorderd worden dat niet complexe spoedgevallen vaker dichtbij huis opgelost kunnen worden. Voor spoedeisende zorg is het zodoende van belang dat de contractering de meerjarige zekerheid biedt die nodig is om te investeren in de benodigde capaciteit en randvoorwaarden.

Ook hierin zou een regionaal budget voor deze nieuwe medische ‘nuts’voorziening kunnen helpen om kaders inhoudelijk te optimaliseren, en met name berstaande domeindiscussies van deze samenwerking tot een gedeeld probleem te maken. Dat gaat niet alleen over beschikbare personele capaciteit, maar ook over zaken als goed beschikbare noodbedden of andere voorzieningen voor complexe zorg in de daluren van de zorg. Het ontkoppelen van financiering van SEH en crisisdiensten van ziekenhuizen en psychiatrische instellingen zou daarbij katalyserend kunnen werken, net zoals dat voor de huisartsenzorg heeft gewerkt.

Doelmatigheidsprikkels in de langdurige zorg.

De uitdagingen die op ons afkomen, zoals de majeuere toename van het aantal ouderen, zetten de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de langdurige zorg onder druk. Dat wordt duidelijk uit de doorrekening die TNO heeft gemaakt over de behoefte aan de verpleegcapaciteit tot 2040. Hiervoor is het van belang de doelmatigheid van de verpleeghuiszorg te vergroten. Dat kan bijvoorbeeld door met zorgkantoren en aanbieders tot een akkoord te komen met meerjarige bindende afspraken over een meerjarig taakstellend budgettair kader voor de komende kabinetsperiode in combinatie met afspraken over de groei van capaciteit (per regio), afspraken over inhoudelijke doelstellingen als innovatie, kwaliteit en werkgeverschap, alsmede een concrete opdracht aan de sector om de doelmatigheid van de langdurige zorg te versterken. Zorgkantoren en aanbieders krijgen daarmee een prikkel, meerjarige zekerheid en ruimte om regionaal afspraken te maken voor de langdurige zorg.

Ook zou de introductie van een sociale stage in de zorg voor jongeren, kunnen helpen om de schaarste op de arbeidsmarkt voor de toekomst te ondervangen. Het gaat niet alleen om

geld maar ook voor het ontdekken van de waarde voor zorg voor kwetsbare generaties, juist als je jong bent en hier onbekende verbindingen leert maken. (zie eerder)

Financiële prikkels voor het bevorderen van coördinatie tussen domeinen

Domeinoverstijgende samenwerking een duurzame basis geven. Bij de ondersteuning van cliënten is het soms nodig om te overleggen met professionals die in andere domeinen werkzaam zijn. Wanneer bijvoorbeeld een maatschappelijk werker vermoedt dat psychische klachten een rol spelen bij de ondersteuningsvraag van zijn cliënt, kan het van belang zijn om vanuit het wijkteam advies te vragen aan een ggz-behandelaar, om laagdrempelig een inschatting te kunnen maken van de situatie en eventuele specifieke behoeftes van de cliënt. Zo lang een cliënt niet in zorg is, kan de rekening daarvoor niet bij de Zvw worden neergelegd. Het betreft dan advisering in het kader van de Wmo, waarvoor gemeenten verantwoordelijk zijn. In de praktijk worden hier knelpunten ervaren door gemeenten. Die kunnen een soepele samenwerking rondom de cliënt in de weg staan. Een oplossing is om de wettelijke taken van gemeenten waar nodig te expliciteren, bijvoorbeeld op het terrein van zorgtoeleiding en de openbare ggz, en gemeenten van extra middelen te voorzien om dit goed in te richten. Een tweede oplossing is om deze en andere problematische domeinoverstijgende functies naar de Zvw over te hevelen. Dit vergt een wijziging van de Zvw, waarmee afstand wordt genomen van het uitgangspunt van individuele aanspraken op zorg waaraan een medische indicatie ten grondslag ligt. Een derde oplossing kan zijn dat de Rijksoverheid door middel van een subsidieregeling zelf middelen beschikbaar stelt voor de uitvoering van domeinoverstijgende activiteiten.

Poolen van middelen uit verschillende domeinen. Een andere oplossingsrichting is dat verzekeraars en gemeenten de middelen voor hulpvragen op het grensvlak van zorg en ondersteuning gedeeltelijk bundelen. Op deze manier kunnen zorgverleners gefaciliteerd worden om de beschikbare middelen flexibel en doelmatig in te zetten, waarbij soms een medische benadering en soms een sociale benadering effectief kan zijn. De overheid kan dit ondersteunen door onduidelijkheden over de rechtmatigheid van regionale financieringsconstructies weg te nemen en handreikingen op te stellen voor financiële arrangementen voor domeinoverstijgende zorg.

Voorkomen van afwenteling tussen domeinen.

Zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren moeten bij de uitvoering van hun taken verantwoordelijkheid nemen voor goede en doelmatige oplossingen voor de zorgvragen van hun verzekerden en inwoners. Wanneer zorgfinanciers onvoldoende invulling geven aan deze verantwoordelijkheid, leidt dit tot ondoelmatige zorg en lopen cliënten het risico tussen wal en schip te vallen.

Zo hebben gemeenten er, financieel gezien, geen belang bij om te investeren in wonen en zorg voor ouderen en daarmee een indicatie voor de Wlz te voorkomen. Integendeel. De uitkering uit het gemeentefonds blijft voor gemeenten gelijk, ongeacht het aantal ouderen dat een beroep doet op de Wlz. Deze verkeerde prikkels doen zich ook voor tussen andere zorgdomeinen, bijvoorbeeld tussen de privaat verzekerde wijkverpleging en de publiekverzekerde Wlz. Een mogelijkheid is om de financiering aan te passen zodat de

verantwoordelijke partijen worden beloofd voor gewenst gedrag (voorkomen/uitstellen van zwaardere zorgvragen) en/of regionale afspraken te maken over de gezamenlijke opgave, de te bereiken doelstelling en de verdeling van de verantwoordelijkheden en kosten.

Vereenvoudiging van de overgangen tussen domeinen. Voor bepaalde vormen van zorg geldt dat coördinatie juist wordt bemoeilijkt, doordat de zorg valt onder het ene wettelijke kader terwijl het andere logischer zou zijn. Een optie is om de taken en verantwoordelijkheden van zorgfinanciers explicieter uit te werken, bijvoorbeeld door duidelijk te maken wat thuis wonen op grond van Wmo en Zvw de samenleving mag kosten (financieel en inzet personeel) en wanneer opname in een instelling aangewezen is. Een te onderzoeken optie is om, in lijn met het advies van de commissie thuiswonende ouderen, het volledig pakket thuis en het modulair pakket thuis over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet en/of de Wet maatschappelijke ondersteuning. Hierdoor kan de zorg voor thuiswonende ouderen gemakkelijker mee groeien met de zorgbehoefte, zonder dat de oudere naar een ander regime hoeft over te gaan.

Een andere optie is om te onderzoeken of de toegangsdrempel voor de integrale verblijfszorg kan worden verhoogd door de zorginhoudelijke criteria te herzien. Hierdoor ontwikkelt het verpleeghuis zich tot "last-resort". Gemeenten zullen daarbij voldoende tijd moeten hebben om te investeren in passende huisvesting (o.a. woon-zorgcombinaties) en passende ondersteuning bij zwaardere zorgvragen voor deze nieuwe doelgroep. Bovendien moet dan extra worden geïnvesteerd in de bereikbaarheid van o.a. de eerstelijnszorg, de acute zorg en de crisiszorg voor deze doelgroep.

[Inderdaad, goede analyses, maar ook hier ontbreekt een aanzet voor een werkbare oplossing. Hoe komen we van A naar B?](#)

Prikkelwerking eigen bijdragen.

Het is van belang verschillen in eigen betalingen tussen domeinen te heroverwegen indien hiermee onwenselijke prikkels worden gecreëerd. Met name in de ouderenzorg kan het domein waarbinnen een cliënt zorg ontvangt grote gevolgen hebben voor de hoogte van de eigen bijdrage. Cliënten kunnen hierdoor geconfronteerd worden met soms moeilijk uit te leggen verschillen in eigen bijdragen bij de overgang naar de Wlz. Financiële overwegingen kunnen daardoor voor cliënten een rol spelen om wel of niet te kiezen voor de zorg die zij nodig hebben. Een oplossing kan zijn om de eigen bijdragen in de verschillende domeinen meer congruent te maken. Dit kan bijvoorbeeld door een (inkomensafhankelijke) eigen bijdrage te vragen van mensen die wijkverpleging ontvangen.

Scheiden van wonen en zorg.

Een andere oplossingsrichting die verder onderzocht kan worden is om de financiering van wonen en de financiering van zorg in de Wlz te ontvlechten. De huisvesting en de verpleeghuiszorg zijn dan niet meer onlosmakelijk met elkaar verbonden. Dit kan bijdragen aan een minder abrupte overgang in eigen bijdragen tussen zorgvormen en zou meer

keuzeruimte en maatwerk mogelijk maken in de organisatie en financiering van de zorg. Bovendien is er zo meer ruimte voor de ontwikkeling van nieuwe woon- zorg combinaties. Ouderen kunnen dan bijvoorbeeld gemakkelijker kiezen voor een collectieve woonvorm, waarin medebewoners naar elkaar kunnen omkijken, en de zorg naar behoefte georganiseerd kan worden.

Herpositionering van de ouderenzorg binnen de Zorgverzekeringswet.

Een verdergaande oplossingsrichting is om bepaalde vormen van zorg tussen domeinen te verschuiven. Zorgverzekeraars worden met gemeenten verantwoordelijk voor het in samenhang organiseren van wonen, zorg en ondersteuning voor alle ouderen.

Door de lichtere en zwaardere ouderenzorg, inclusief wonen, onder de verantwoordelijkheid van gemeenten en zorgverzekeraars te organiseren, wordt de overgang tussen domeinen bij een toename van de zorgvraag voorkomen. Ook krijgen gemeenten en zorgverzekeraars een prikkel om te investeren in het voorkomen of uitstellen van zwaardere zorgvragen en wordt er een groter beroep op de eigen verantwoordelijkheid gedaan omdat zorg en wonen gescheiden worden. Ook verschillen in eigen betalingen tussen zorg die thuis geleverd wordt, vallen weg. Bij het voorbereiden van zo'n herpositionering is het van belang om goed uit te werken hoe gemeenten, wijkverpleging en de zorgverzekeraars zich de komende jaren kunnen voorbereiden op deze nieuwe verantwoordelijkheden. Dit betreft een ingrijpende stelselwijziging die met wetswijziging, implementatie en gewenste transformatie veel tijd en aandacht vraagt van partijen in het veld de komende kabinetsperiode en onzekerheid met zich meebrengt. Dit vormt een risico om snel de benodigde investeringen te doen in woon-zorgcombinaties en verpleeghuiscapaciteit om aan de stijgende vraag als gevolg van de vergrijzing te blijven voldoen. In de discussienota ouderenzorg schetsen we een pallet aan maatregelen hoe om te gaan met het vraagstuk rond vergrijzing in relatie tot toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg voor ouderen. Het is belangrijk dat hierover de komende maanden het maatschappelijk debat gevoerd wordt omdat er nu nog tijd is om benodigde maatregelen zorgvuldig te doordenken en door te voeren. Ook is het van belang dat de beweging naar meer zorg op afstand (digitaal) wordt versneld en zorgverzekeraars toenemend meerjarige contracten opnemen die meer ruimte geven voor samenwerking en innovatie.

4. Vernieuwing & Werkplezier

Vernieuwing is essentieel om de uitdagingen die op ons afkomen het hoofd te bieden. Innovatie via eHealth kan bijvoorbeeld helpen om zorg meer persoonlijk en dicht bij huis of thuis te kunnen bieden. Tegelijkertijd blijft het van belang om kritisch te blijven kijken of zowel zorgvernieuwingen als bestaande zorg zinnig en effectief is zijn. Dat vraagt om het bevorderen van gepast gebruik en uitkomstgerichte zorg. Verbetering van de kwaliteit van zorgverlening en organisatie van de zorg vraagt bovendien om meer professionele ruimte en zeggenschap, en minder werk- en regeldruk. Dit maakt het vak aantrekkelijk om uit te (blijven) oefenen. Een betere elektronische uitwisseling van gegevens ondersteunt de onderlinge communicatie en afstemming omwille van persoonsgerichte zorg.

4.1. Belangrijke knelpunten

De toenemende en complexere zorgvraag, de krapte op de arbeidsmarkt en druk op de betaalbaarheid vergen dat beter gebruik wordt gemaakt van innovatieve toepassingen. Gelukkig komen innovaties in een snel tempo op ons af. Zoals ook in de visie op medische technologie is beschreven, stellen innovaties de maatschappij echter ook voor nieuwe uitdagingen. Innovatie is kostbaar en we moeten waarborgen dat een innovatie écht wat toevoegt en niet enkel bovenop het bestaande komt. Dat moeten we samen met zorgverleners organiseren en hun werkplezier en motivatie voorop stellen. Daarbij bestaan er verschillende knelpunten.

Randvoorwaarden voor vernieuwing en werkplezier. We moeten de zorg vernieuwen. Dat kunnen partijen vaak niet alleen. Samenwerking is nodig maar gaat soms tegen individuele belangen in en is vaak lastig, bijvoorbeeld als zorgactiviteiten verplaatst of vervangen moeten worden door andere zorg. Om vernieuwing echt een verbetering te laten zijn, zullen we meer moeten investeren in informatie over de waarde van behandelingen, geneesmiddelen en hulpmiddelen voor mensen. Daarbij is het essentieel om goed te luisteren naar zorgverleners en patiënten. Er zijn maatregelen nodig om het werken in de zorg aantrekkelijker te maken. Belangrijk daarin is het vergroten van werkplezier door vermindering van regeldruk, het vergroten van medezeggenschap van zorgprofessionals en het bevorderen van betere gegevensuitwisseling.

Onvoldoende gepast gebruik van zorg en onderbenutting van digitalisering. Bekend is dat op grote schaal behandelingen in de zorg plaatsvinden waarvan de effectiviteit onvoldoende is aangetoond. Sinds enkele jaren wordt er meer ingezet op het bevorderen van gepast gebruik van zorg, om zo ook naar de toekomst toe een breed basispakket te kunnen behouden. De herstart van de zorg na de coronapandemie onderstreepte het belang om zorg zonder meerwaarde voor de burger snel af te bouwen, om zo de zorgcapaciteit optimaal te benutten. Het besluit om sommige zorgbehandelingen niet of minder te gaan doen is voor een zorgaanbieder verbonden aan het verlies van omzet en daarmee soms ook met inkomen en/of status. Daarover kunnen goede transformatie-afspraken tussen zorgaanbieder en zorginkoper worden gemaakt, maar dit vereist dat alle belangen dezelfde kant op wijzen. Tegelijkertijd laat de coronapandemie ook zien dat een deel van de zorg in plaats van in een behandelkamer, ook digitaal kan. Dit is de afgelopen maanden vooral noodgedwongen tot stand gekomen en niet altijd goed gegaan, maar digitalisering biedt wel goede kansen. Digitale zorg helpt bijvoorbeeld om zorg dichterbij huis of thuis te bieden, of om een andere leefstijl aan te nemen. Patiënt en zorgverlener kunnen samen besluiten waar digitale zorg passend is. Vernieuwing vindt nu te zeer plaats ondanks de manier waarop de zorg is georganiseerd. Daar komt bij dat de hindermacht van bestaande belangen de vernieuwing van de zorg afremt.

Te hoge regeldruk en gebrekkige gegevensuitwisseling. Soms ontbreekt het partijen aan de personele en financiële capaciteit om, naast de reguliere zorgverlening, tot afspraken te komen over verandering. Een van de oorzaken daarvan is de hoge regeldruk in de zorg. Dit betreft een diep geworteld probleem dat mede voortkomt uit de wijze waarop onze zorg is georganiseerd. Hoewel het uiteraard essentieel is dat zorgaanbieders zich kunnen verantwoorden, bijvoorbeeld over de vergoeding die zij van zorginkopers ontvangen of over

de kwaliteit van zorg die zij leveren, ervaren zorgverleners een excessieve verantwoordingsdrang. Er is sprake van stapeling van regeldruk, door eisen van buiten, door eigen beleid van instellingen en door kwaliteitseisen van beroepsgroepen. Zorgverleners zijn per werkweek tot wel 40% van hun tijd kwijt aan administratie. Een deel van die tijd besteden ze aan handelingen waar ze het nut niet van inzien. Dat is tijd die ten koste gaat van het werkplezier en de zorg. Ook gaat tijd verloren door de gebrekkige gegevensuitwisseling in de zorg. Dit komt deels doordat zorgverleners vanwege het beroepsgeheim niet alle gegevens altijd mogen delen en deels doordat er nog geen eenduidige afspraken zijn over taal en techniek om elektronisch uit te wisselen.

Ondanks grote interesse is werken in de zorg onvoldoende aantrekkelijk. Zorgaanbieders kunnen dit potentieel beter benutten door de aantrekkelijkheid van het vak te vergroten en de werkomstandigheden te verbeteren. Op deze manier kunnen zorgverleners met meer plezier werken en hun talenten beter inzetten en kunnen meer mensen aangetrokken worden om te werken in de zorg. Dat is belangrijk omdat op dit moment veel zorgverleners overstappen naar andere sectoren en het ziekteverzuim in de zorg relatief hoog is. De keuze om in de zorg te gaan werken komt veelal vanuit de wens om iets wezenlijks voor een ander te kunnen betekenen en men is over het algemeen ook tevreden over de inhoud van het vak. Redenen om het vak te verlaten hangen veelal samen met de omstandigheden waarin het vak wordt uitgeoefend, zoals de manier van werken of de aansturing. Verbeterpunten zijn onder meer het verminderen van de werkdruk, verminderen van administratieve lasten/regeldruk, beter roosteren en grotere arbeidscontracten. Daarnaast moet er meer vertrouwd worden op de kennis en kunde van zorgprofessionals (autonomie) en moeten zorgprofessionals voldoende zeggenschap krijgen. Tot slot ervaart een deel van de medewerkers gebrek aan uitdaging en moet hen meer doorgroeimogelijkheden en loopbaanperspectief worden geboden.

4.2. Ruimte voor noodzakelijke vernieuwing

Er zijn steeds meer digitale toepassingen die mensen kunnen helpen zoals apps, sensoren en alarmsystemen. Zorg kan dichterbij huis of zelfs thuis worden verleend. Ook kunnen digitale toepassingen helpen leefstijl- en gedragsveranderingen teweeg te brengen, of bijvoorbeeld de autonomie van mensen met een beperking vergroten. De meerwaarde van digitale toepassingen is noodgedwongen duidelijk gebleken tijdens de coronapandemie. Het is belangrijk het goede daarvan te behouden. Goede innovaties kunnen meer als 'gewoon' onderdeel van zorg worden gezien. Vernieuwingen kunnen ook bijdragen aan de houdbaarheid van onze zorg. Een hogere arbeidsproductiviteit helpt bij de uitdagingen op de arbeidsmarkt en draagt bij aan de betaalbaarheid van de zorg.

Denkbare beleidsopties

Zorgprofessionals maken de zorg en zijn de sleutel tot verandering. We moeten noodzakelijke veranderingen samen met zorgverleners organiseren. We hebben daarom zorgverleners nodig die op basis van deskundigheid en persoonsgerichte zorg acteren. Dat vergt kennis en vaardigheden. Persoonsgerichte zorg vraagt om een brede opleiding waarin ook leefstijl en aandacht voor de sociale problematiek belangrijke onderdelen vormen. Ook vraagt dit dat zij in hun opleiding kunnen oefenen met gespreksvaardigheden en kennis

hebben van de psychologie achter alledaagse gedrag patronen, zodat het vermogen om die te veranderen wordt vergroot. Daarnaast is van belang dat zorgverleners ook mogelijkheden buiten de eigen discipline zien en benutten door bijvoorbeeld deskundigheid van zowel patiënten als andere zorgverleners te betrekken in het eigen zorgproces. Dat vereist bekendheid met het aanbod in de regio en de ruimte om, waar nodig, af te wijken van reguliere processen.

Ten slotte werkt toenemend gebruik van digitale toepassingen alleen als zorgverleners en hun patiënten hier ook bekwaam in zijn. Zorgverleners moeten voortdurend beoordelen of de digitale contactvorm voldoende effectief is of wanneer direct contact nodig is. De afweging vergt daarom professionele intervisie en, waar nodig, goed onderbouwde handreikingen en beoordelingskaders. De uitdagingen van professionals bij het verlenen van zorg in de dagelijkse praktijk moeten daarom centraal staan bij het ontwerp van systemen en de opschaling van digitale leveringsvormen. Dit vraagt om mede-eigenaarschap van medewerkers en een goede en laagdrempelige samenwerking tussen ICT-deskundigen en zorgverleners. Om dit te realiseren is het van belang dat digitalisering en eHealth een vaste plek krijgen in de opleidingen en nascholing van zorgverleners.

Verbetering kwaliteitsnormen in de curatieve en langdurige zorg. De huidige kwaliteitsnormen komen veelal tot stand op basis van kennis en ervaring uit een bepaald discipline. Aandachtspunt is dat ten aanzien van kwaliteitskaders- en richtlijnen nog niet altijd of te langzaam is gewaarborgd dat deze zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee effectief is. Het is tegelijkertijd waardevol meer interdisciplinariteit te bereiken, juist om in de praktijk de zorg in samenhang te verlenen, in het belang van patiënten. De bij deze samenhangende zorg noodzakelijke digitale ondersteuning maakt nog maar in beperkte mate deel uit van richtlijnen. Daar waar digitale ondersteuning veilig, effectief en doelmatig wordt geacht en dit alsnog niet leidt tot aanpassing door het zorgveld van richtlijnen, kan het Zorginstituut aanpassing van deze richtlijnen stimuleren en, waar nodig, realiseren. Bij het tot stand komen van kwaliteitsnormen is daarnaast een grotere rol voor het gebruik van data belangrijk. Het verdient aanbeveling om te belonen dat kennis wordt geregistreerd op een manier dat het automatisch verwerkt kan worden en ervoor kan zorgen dat een deel van de kwaliteitsgelden specifiek wordt gebruikt voor databewerkbare richtlijnen. Arbeidsbesparende innovaties kunnen met name in de langdurige zorg, een belangrijke bijdrage leveren aan het opvangen van de verwachte krapte op de arbeidsmarkt. Hiervoor is het de vraag of personeelsnormen in kwaliteitsrichtlijnen van de langdurige zorg voldoende ruimte bieden. Een alternatief kan gelegen zijn in het gebruik van uitkomstindicatoren als basis voor kwaliteitsnormen.

Een belangrijk element kan de intercollegiale toetsing zijn over geleverde of gewenste zorg. Er is in de dagelijkse druk op professionals onvoldoende ruimte en tijd om hier structureel invulling aan te geven. Door binnen werktijd meer ruimte te maken voor evaluatie en het onderling leren, wordt kwaliteit iets wat als een kathedraal langzaam zichtbaar wordt in de tijd, en pas terugkijkend wordt gewaardeerd. Er is geen methode denkbaar die vooraf kwaliteit in details definieert.

Beter benutten ervaringsdeskundigheid patiënten en cliënten. Goede zorg is zorg die aansluit bij de behoeften van patiënten en wat voor hen belangrijk is in hun dagelijkse leven. Daarbij is de patiënt zelf een belangrijke kennis- en ervaringsbron. We zien op meerdere plekken in de zorg dat de inbreng van patiënten als ervaringsdeskundige steeds belangrijker wordt. Voorbeelden zijn 'uitkomstgerichte zorg' en 'de juiste zorg op de juiste plek'. Het inzetten van deze bron van ervaringsdeskundigheid kan de zorg van de toekomst sterk verbeteren. Enerzijds moet dat door zorgprofessionals en beleidsmakers in de zorg ontvankelijk maken voor de inbreng van patiënten. Anderzijds moeten we de georganiseerde stem van de patiënt verder versterken. Daarvoor zijn patiënten- en gehandicaptenorganisaties onmisbaar. De uitdaging voor de toekomst is deze organisaties beter te equiperen zodat ze hun werk met meer impact en bereik kunnen doen. Er zullen dan ook meer middelen moeten worden uitgetrokken voor de subsidiëring van patiënten- en gehandicaptenorganisaties.

[En ze zo niet langer de verlengde arm te laten worden van met name farmaceutische belangen.](#)

Een versterking van verander- en organisatiekracht. Echte verandering begint met een gedeelde ambitie en visie, dat partijen mogelijkheden zien en in staat zijn die te benutten. De noodzakelijke veranderingen vergen veel van partijen in de zorg, dit vraagt vaak extra inzet naast de reguliere zorgverlening. Ook als alle betrokken partijen het allemaal eens zijn, kan het toch moeilijk zijn om een samenwerking tot stand te brengen. Regio's kunnen daarbij van elkaar leren. Daarom is het van belang de regio te voorzien van een leeromgeving op drie niveaus. Leren op basis van concrete proposities en innovatiecasussen die hoogfrequent worden opgeschaald naar bestuurlijke leertafels zorgt al voor verandering. Het is van belang om dergelijke 'communities of practice' in een gezamenlijke vorm met het veld te ontwikkelen en te komen tot een collectieve regioaanpak. Ten slotte is er grote behoefte aan bekostiging van organisatiekracht ten behoeve van verandering.

4.3. Gepast gebruik en uitkomstgerichte zorg

In de afgelopen jaren heeft het kabinet het programma Uitkomstgerichte Zorg opgestart. Daarmee wordt ingezet op de ontwikkeling van uitkomstindicatoren, zodat mensen samen met hun zorgverlener deze kunnen gebruiken bij behandelkeuzes. Daarnaast is ingezet op de beweging naar meer gepast gebruik van zorg.

Zorgpartijen hebben afgesproken om het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik op te zetten. Dit programma richt zich op het grootschalig onderzoeken van de effectiviteit van zorg en het stoppen met zorg die geen meerwaarde heeft voor de burger. Inmiddels heeft het programma een breed gedragen lijst opgeleverd van zorg die kan worden afgebouwd en maken zorgverzekeraars afspraken met aanbieders over gepast gebruik van zorg waarop de NZa toeziet. Door meer in te zetten op gepast gebruik, kan de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg verbeteren en komt er meer ruimte voor nieuwe behandelmogelijkheden.

[Punt van zorg is wel dat patiënten zich daarin ondanks wetenschappelijke inzichten vaker door andere inzichten laten beïnvloeden. Burgers met klachten zien zich zelf steeds meer als](#)

patienten met wensen. Met laagdrempelig aanbod, met gecreëerde hoge verwachtingen over gestelde diagnoses en succesvolle oplossingen, ontstaat er steeds meer oneigenlijke vraag die in de spreekkamer steeds vaker tot gewenst en onnodig aanbod leidt. Zorgverzekeraars en de overheid speelt hierin ook een rol door te blijven benoemen dat er steeds meer rechten mogelijk en toegankelijk zijn, zonder de eigen verantwoordelijkheid het uitgangspunt te maken in zorgvraag en gezondheids-behoud.

Denkbare beleidsopties

Meer tijd voor het gesprek in de spreekkamer en samen beslissen. Als er een gezondheidsvraag ontstaat, betekent dat vanaf het eerste begin een goed gesprek gevoerd wordt met de patiënt, maar ook dat uitkomsten zo transparant mogelijk zijn zodat daadwerkelijk passende keuzes worden gemaakt. Anders gezegd: het is van belang dat keuzes voor behandelingen meer met mensen plaatsvinden, goed onderbouwd zijn en meer zijn gebaseerd op uitkomsten die er voor mensen toe doen. Het functioneren in het dagelijks leven krijgt daar meer aandacht bij, in plaats van de mogelijke behandelingen. Toegang tot informatie moet op orde zijn om maatwerk te kunnen leveren aan burgers. De verzameling en beschikbaarstelling van uitkomstinformatie kan worden verbreed in zowel de curatieve als de langdurige zorg. Voor steeds meer aandoeningen zal publieke uitkomstinformatie beschikbaar moeten komen. Door kwaliteitsinformatie en zorguitkomsten publiek beschikbaar te stellen kunnen burgers, betere behandelkeuzes maken en kunnen zij de kwaliteit van aanbieders vergelijken. Samen beslissen moet de norm zijn: patiënt en hulp- en zorgverlener beslissen samen welke zorg het beste past. Met betere uitkomstinformatie kunnen zorginkopers ook goed onderbouwde keuzes maken bij de contractering. Dit stimuleert zorgaanbieders om meer gepaste zorg te leveren. Op basis van uitkomsten kunnen aanbieders beloond worden voor de toegevoegde waarde voor de burger.

Nog veel te weinig wordt de overbodigheid van zorg benoemd voor gepresenteerde klachten. Niet iedere zorgelijke ervaring is een ziekte, of behoeft direct diagnostiek. Het leren normaliseren met kundige professionals, voorkomt dat burgers met klachten onnodig in patiënten veranderen. Het is een boodschap waarin juist zorgverzekeraars zich meer toe zouden moeten houden. Dat is boeiender en effectiever voor zinvolle zorg dat te benadrukken dat een second opinion een vanzelfsprekend recht is.

Naar een goed onderbouwd basispakket.

Het is van belang te bevorderen dat mensen zorg krijgen die daadwerkelijk nut heeft en aansluit bij de behoefte. Dit vraagt om gepast(er) gebruik van zorg, maar ook om de juiste (uitkomst)informatie over de meerwaarde van zorg om in de spreekkamer samen te kunnen beslissen. Daarvoor is op veel grotere schaal onderzoek nodig naar de meerwaarde en kosten van behandelingen, geneesmiddelen en technologieën voor de burger, zodat dit onderzoek vervolgens in richtlijnen kan landen en kan worden doorvertaald in de praktijk. Dat kan via een intensivering van de Programma's Zorgevaluatie en Gepast Gebruik en Uitkomstgerichte Zorg. Op basis van een beter onderbouwd basispakket krijgen burgers zorg van meerwaarde, wordt de zorg kwalitatief beter, minder arbeidsintensief en kan tegelijkertijd veel ruimte worden gemaakt voor vernieuwende vormen van zorg. Ook op het gebied van preventie kunnen stappen worden gezet. Zo kan het gebruik van de database van

het RIVM worden gestimuleerd. Uiteindelijk kan dit de vraag naar zorg doen verminderen en daarmee ook bijdragen aan de schaarste aan beschikbaar zorgpersoneel.

Doorlichting van bestaande zorg en innovaties in het basispakket op effectiviteit en waarde voor de patiënt. Het opzetten van een breed systeem van continue horizonsscanning wordt in tweede deel uitgelegd (scannen welke innovaties er op ons afkomen) helpt om goed in beeld te krijgen welke innovaties er op de zorg afkomen. Het is van belang dat in een vroeger stadium een beeld ontstaat welke innovaties op het pakket afkomen en wat van deze innovaties de verwachte meerwaarde en risico's voor kosten en kwaliteit zijn.

Bij de verwachte meerwaarde moet expliciet de factor arbeidsproductiviteit meegewogen worden. Het Zorginstituut zou daarnaast op aanzienlijk grotere schaal risicogerichte toetsing van het pakket kunnen gaan uitvoeren, door bijvoorbeeld een pakketuitspraak te doen over alle nieuwe instromende zorg en integrale of passende zorg.

Een verbinding tussen het verzekerde pakket en een nieuwe generieke kwaliteitstandaard voor passende zorg als voorwaarde voor pakkettoelating, zou er ook voor kunnen zorgen dat passende zorg meer nog dan nu een expliciete inkoopvoorwaarde wordt waarop de NZa in het kader van de zorgplicht kan toezien. Door samen met veldpartijen actief te blijven werken aan meer gepast gebruik en in te zetten op meer onderzoek naar effectiviteit van zorg, kan op grotere schaal niet of minder effectief gebleken zorg uitstromen. De verwachting is dat, voor de grote opgave om meer kennis over effectiviteit op te bouwen, ook de komende jaren nog veel onderzoek nodig is. Aan het Zorginstituut kunnen mogelijkheden gegeven worden om sneller en directer te kunnen ingrijpen indien het tempo waarin dit gebeurt onvoldoende is. Het perspectief daarbij is dat op termijn enkel nog zorg van bewezen waarde onderdeel uitmaakt van het verzekerde pakket. En dat zorg waarvan, na evaluatie, wordt vastgesteld dat deze geen waarde toevoegt, het pakket uitstroomt. Om te bewerkstelligen dat deze verouderde zorg daadwerkelijk niet meer wordt verleend, is van belang dat deze dan ook niet meer kan worden bekostigd.

4.4. Ruimte voor de professional en meer werkplezier

Voldoende, tevreden en goed gekwalificeerde medewerkers zijn de basis voor het verlenen van goede zorg, nu en in de toekomst. De afgelopen jaren heeft het kabinet met het actieprogramma Werken in de Zorg met een brede en regionale aanpak ingezet op het terugdringen van de tekorten langs de lijnen van 1) meer kiezen voor de zorg 2) beter leren in de zorg en 3) anders werken in de zorg. Via het programma (Ont)Regel de Zorg zet het kabinet in op het verminderen van administratieve lasten. Ook de komende jaren zal een brede aanpak gericht op aantrekkelijk werken in de zorg worden voortgezet. Bij deze aanpak ligt de focus op het verminderen van de werkdruk, meer loopbaanperspectief voor medewerkers, verbetering van contracten en meer regie en zeggenschap voor zorgprofessionals. Daarnaast wordt een tijdelijke SER-commissie gevraagd om een verkenning uit te voeren op specifieke knelpunten én kansen die bij kunnen dragen aan instroom, behoud, werkplezier en waardering. De uitkomsten hiervan worden voor 1 april 2021 verwacht.

Denkbare beleidsopties

De (over)stap naar de zorg stimuleren. Herintreders en zij-instromers vormen het gros van de jaarlijkse instroom in de zorg. Door de scholingsprogramma's voor herregistratie te evalueren en, waar nodig, te verbeteren, kunnen we het voor herintreders gemakkelijker maken om weer in de zorg te komen werken. Daarnaast is er veel potentie in de groep zij-instromers. Onlangs is de Nationale Zorgklas van start gegaan, dit is een volledig online modulaire leeromgeving waar grote groepen mensen zonder zorgachtergrond in korte tijd worden opgeleid voor ondersteunende en niet-complexe zorgtaken. De komende tijd zal dit initiatief verder worden doorontwikkeld, zodat het aanbod nog beter inspeelt op de actuele opleidingsbehoefte in de zorg. Daarnaast zal worden gestart met het evalueren van de erkenningsprocedures voor buitenlandse zorgverleners (derdelanders) om zo meer inzicht te krijgen in hoe deze procedures mogelijk kunnen worden versneld en versimpeld. Tot slot kan het aanbieden van combinatiefuncties, waarbij functies in de zorg bijvoorbeeld worden gecombineerd met een andere baan, het voor meer mensen aantrekkelijker maken om in de zorg te werken.

Voldoende loopbaanmogelijkheden. Dit draagt bij aan het behoud van personeel voor de zorg. Het gaat daarbij niet alleen om loopbaanmogelijkheden binnen een organisatie, maar vooral ook over de grenzen van de organisatie heen. Op dit moment zijn er verschillende initiatieven die zorgverleners ondersteunen bij loopbaanmogelijkheden, zoals Sterk in je werk, de Zorginspirator en (regionale) leerhuizen. Het is zaak deze initiatieven beter zichtbaar te maken en met elkaar te verbinden. Door het regionaal ontwikkelen van meer vraaggerichte leer- en praktijkroutes en modules wordt het mogelijk om professionals sneller in- en door te laten stromen op de arbeidsmarkt.

Meer zeggenschap van zorgprofessionals. Een belangrijke voorwaarde voor het vergroten van werkplezier is het hebben van voldoende regie en autonomie als zorgprofessional waarbij de ruimte ervaren wordt om de waarde van de zorg voor de patiënt daadwerkelijk centraal te zetten. Dit draagt tevens bij aan de kwaliteit van zorg, en dat een zorgprofessional zich gehoord en gewaardeerd voelen. In navolging op het advies 'Niet over ons, zonder ons' van de Chief Nursing Officer is de intentie om een commissie in te stellen die zich zal richten op vraagstukken rondom het brede thema medezeggenschap van zorgpersoneel.

Efficiëntere inzet van personeel. Bij het opstellen van richtlijnen en protocollen voor zorgverlening zou meer rekening gehouden kunnen worden met de arbeidsmarktschaarste van betreffende beroepen. Om zo te voorkomen dat de zorg moet worden verleend door een te specifieke groep zorgprofessionals, waardoor er te weinig zorgprofessionals beschikbaar zijn om die gevraagde zorg te leveren. Ook taakherschikking en job-carving kan bijdragen aan een efficiëntere inzet van personeel. Hierdoor komt er tijd vrij bij professionals voor werkzaamheden die echt tot hun kerntaken en specialisme behoren. Taakherschikking past ook bij het idee dat iedere professional moet doen waar hij goed in is en de patiënt hierbij maximaal is geholpen. In dat kader biedt bijvoorbeeld het vergroten

van het aantal verpleegkundig-specialisten en physician assistants kansen voor het oplossen van tekorten aan medisch specialisten en huisartsen. Hiervoor is het nodig dat we kijken hoe we meer verpleegkundig-specialisten en physician assistants kunnen opleiden.

Minder werk- en regeldruk. Bestaande trajecten die eraan bijdragen dat administratieve lasten structureel verminderen dienen te worden voortgezet en afgerond. Bij alle nieuwe wet- en regelgeving moet scherp worden getoetst op regeldruk. Het helpt om daarbij vroegtijdig individuele zorgverleners te betrekken.

Vergaande standaardisatie en uniformering van eisen over contractering en verantwoording die door verschillende inkopende partijen en toezichthouders worden gevraagd, zijn essentieel. Er moet meer worden uitgegaan van vertrouwen, gezamenlijkheid en afspraken aan de voorkant in plaats van afrekenen achteraf.

Tot slot zijn zorginstellingen zelf ook een belangrijke bron van administratieve lasten; in hoe ze hun eigen bedrijfsvoering inrichten en hoe ze landelijke regels doorvertalen naar de werkvloer. Het aanjagen en ondersteunen van individuele zorginstellingen om de administratieve lasten op de werkvloer daadwerkelijk te verminderen is een onmisbare schakel. De afgelopen periode is hiermee ervaring opgedaan met de inzet van (ont)regellabs, de (ont)regelbus en andere lokale initiatieven. Dit type initiatieven dient te worden geïntensiveerd. Minder werk- en regeldruk betekent dat er meer aandacht kan zijn voor de mens met zijn zorgvragen en minder mensen nodig zijn om dezelfde zorg te verlenen. Daarnaast is een goed functionerende ICT-infrastructuur, waarbij gegevens eenmalig worden vastgelegd en ontsluiting en uitwisseling van gegevens adequaat zijn geregeld, essentieel bij de beteugeling en vermindering van administratieve lasten.

Meer resultaatafspraken over goed werkgeverschap. Ook zorginkopers kunnen eraan bijdragen dat de zorg een aantrekkelijke sector is om in te werken. Zij kunnen via de contractering resultaatafspraken maken met zorgaanbieders over onder meer goed werkgeverschap, het terugdringen van ziekteverzuim en de beschikbaarheid van voldoende opleidingsplekken. Het afsluiten van meerjarige contracten stelt zorgaanbieders daarbij beter in staat om te investeren in een goed werk- en leerklimaat. Ook kunnen zorginkopers via de contractering ruimte bieden aan aanbieders om goede cao's af te sluiten.

Aandacht voor goed bestuur. Goed bestuur van een zorgorganisatie draagt bij aan een prettig, gezond, open en toekomstgericht werkklimaat, waarin leren en ontwikkelen een belangrijke plaats heeft. Ook kan het bestuur onnodige registratie voorkomen, transparantie naar medewerkers en naar andere partijen vergroten.

De gedragscodes van het veld zelf dragen hier aan bij. De IGJ en de NZa zijn hierbij agenderend en stimulerend. Waar nodig zien zij toe en kunnen zij overgaan op handhaving.

4.5. Gegevensuitwisseling bevorderen

Gegevensuitwisseling in de zorg is, zeker gelet op de uitdagingen die op ons afkomen, randvoorwaardelijk voor goede zorg. Er zijn nu veel verschillende ICT-systemen in gebruik die moeilijk of niet met elkaar communiceren. Vaak gebeurt die uitwisseling van informatie nog via papieren dossiers, fax of cd-rom. Dit kost veel tijd en brengt bovendien risico's op fouten mee. De noodzakelijke veranderingen zijn gebaat bij meer regie op registratie en meer standaardisatie over de wijze waarop medische gegevens uitgewisseld worden. Denk daarbij aan diagnoses van andere specialismen, gegevens over medicijngebruik, allergieën, etc. Ook tijdens de coronapandemie is nogmaals bevestigd dat bij schaarste inzicht in beschikbare capaciteit van belang is voor een doelmatig inzet van capaciteit en het beperken van wachtlijsten. Op dit terrein zijn deze kabinetsperiode onder de vlag van het Informatieberaad de nodige grootschalige programma's in gang gezet om de ICT-infrastructuur in de zorg bij de tijd en toekomstbestendig te maken.

Zorgelijk feit blijft dat er in tegenstelling tot andere sectoren(banken, bier, luchtvaart) er geen basis infrastructuur is die koppelingen en informatie overdracht afdwingt. Zonder deze afspraken kunnen leveranciers data afschermen en commercieel vermarkten, voor disproportionele prijzen. De overheid zou deze norm voor alle beschikbare data moeten vastleggen, uniformeren en afdwingen. Om zo de gewenste digitale versnelling mogelijk te maken. Ook hierin is het initiatief overgelaten aan markt partijen (in het Informatieberaad) wat heeft geresulteerd in onwrikbare monopolies en een lappendeken aan aanbieders die incompatibel zijn op deel dossiers. Iedere zorgorganisatie loopt vast op de onnavolgbare complexiteit van definities en systemen waarbij een landelijke basisstructuur overdracht en inzicht in geleverde zorg werkbaar maakt door te vereenvoudigen. NB er zijn de laatste tijd zeker vorderingen gemaakt, maar een krachtiger optreden van de overheid op hoofdlijnen is een must, als tegenkracht van commerciële belangen en initiatieven.

Denkbare beleidsopties

Standaardisatie gegevensuitwisseling. Er wordt gewerkt aan een kaderwet die verplicht dat als gegevens worden uitgewisseld tussen zorgverleners, dit elektronisch moet verlopen. Als zorgverleners gegevens elektronisch met elkaar uitwisselen, gaat de informatie die nodig is voor de behandeling van patiënten sneller en zonder fouten van de ene zorgverlener naar de andere. Dit betekent dat zorgverleners via een computerverbinding informatie over patiënten kunnen delen. De wet regelt namelijk ook volgens welke afspraken dit dan moet verlopen, denk aan een recept voor medicijnen of een röntgenfoto.

Probeer te beginnen met de hoofdthema's voordat oplossingen op detail leidend gaan worden.

Dit bespaart dus niet alleen tijd, maar voorkomt ook fouten en vergroot het werkplezier. Andere mogelijkheden om gegevensuitwisseling in de zorg verder te stimuleren en te verbeteren zijn uitgewerkt in Zorgkeuzes in kaart (ZIK 44).

Veilig data delen. Het is van belang duidelijkheid te creëren over de ruimte die de AVG biedt zodat, indien nodig, in wet- en regelgeving kan worden geregeld dat noodzakelijk gebruik en uitwisseling van zorgdata mogelijk is. Daarbij is belangrijk dat het delen van zorgdata veilig gebeurt. Om de kansen van digitalisering, inclusief nieuwe technologieën als artificiële intelligentie en big data-analyse optimaal te kunnen benutten, is een makkelijke en veilige data-uitwisseling een cruciale randvoorwaarde. Hiertoe kunnen goede ervaringen beter worden gedeeld en actief verspreid.

[Maak één landelijk portal om dit voor alle zorg \(en welzijn\) in een keer te regelen.](#)

Mensen en medische data en apps. Ook mensen zelf kunnen tastbaar resultaat ervaren bij betere gegevensuitwisseling. De afgelopen jaren zijn er op het vlak van de Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO) stappen in de goede richting gezet. PGO is een verzamelnaam voor apps en websites die patiënten gebruiken om hun gezondheidsgegevens te verzamelen, beheren en delen. Dat moet er voor zorgen dat zij gemakkelijker en veilig kunnen beschikken over alle medische data van henzelf en deze zelf ook kunnen gebruiken tijdens behandeling, maar ook voor preventie. De komende jaren is het van belang om de inzet op zowel het gebruik als de beschikbaarheid van PGO's te vergroten. Er lopen meerdere programma's, waaronder MedMij en diverse VIPP-regelingen, die het gemakkelijker maken om data uit te wisselen tussen zorgverleners en met de patiënt zodat de informatie veilig en op het juiste moment beschikbaar is. Doordat zorgverleners verplicht zullen worden gegevens elektronisch uit te wisselen, kan de zorgverlener deze informatie vervolgens ook beschikbaar stellen aan mensen via hun PGO.

[Definieer ook hier een basis set aan koppelingen, die voor de reguliere zorg volstaat, de rest is bonus zonder medische waarde.](#)

4.6. Financiële prikkels

Versterking van de randvoorwaarden voor gepast gebruik. Zorginkopers hebben een belangrijke verantwoordelijkheid om te waarborgen dat de zorg die zij vergoeden effectief en noodzakelijk is en voldoet aan de kwaliteitsnormen. Verbeterde inzichten in de uitkomsten van zorg, kwaliteitsnormen, signaleringen en pakketuitspraken van het Zorginstituut bieden daarbij belangrijke aanknopingspunten. Om deze toe te passen in de praktijk moeten zorginkopers via de contractering afspraken maken over de waarborging van gepast gebruik

[Best een lastig principe 'gepast gebruik' in de context van de zorgverzekeraar. Dat vertaalt zich te makkelijk in goedkope zorg, zo lang als zorgverzekeraars zorg zien als schadelast. Gepast gebruik zit meer in de afstemming tussen patient en zorgverlener zoals al eerder in dit stuk is toegelicht](#)

en actief toezien op een goede naleving van deze afspraken. Beide functies kunnen versterkt worden wanneer zorginkopers hun vermogen om te sturen op gepast gebruik uitbreiden, nieuwe strategieën ontwikkelen en daarbij, waar nodig, congruent in te kopen.

Generiek kwaliteitskader voor passende zorg. Het is daarbij behulpzaam om een generiek kwaliteitskader voor passende zorg te ontwikkelen. Bij passende zorg gaat het enerzijds om zorg die voldoet aan de medische richtlijnenstand van wetenschap en praktijk, maar ook aan andere principes van passende zorg. Door middel van een lerend systeem op basis van informatieverzameling over de praktijk van passende zorg is het mogelijk om te komen tot aanvullende eisen aan verzekerde zorg, waarin de genoemde principes wettelijk zijn verankerd. Op basis hiervan kunnen ook zorgaanbieders en zorgverzekeraars gefaciliteerd worden om tot goede contractafspraken te komen. Voor de genoemde informatieverzameling zijn verdere stappen noodzakelijk, met name ook op het terrein van uitkomstindicatoren en digitale gegevensuitwisseling. De principes van passende zorg moeten op alle niveaus in ons zorgsysteem als uitgangspunt worden genomen om te zorgen dat iedereen bij het vragen, bieden, inkopen van zorg en beleid hiervoor opstellen, gelijkgericht handelt.

Om te beoordelen in hoeverre zorgaanbieders gepaste zorg leveren, is het van belang dat zorginkopers voldoende affiniteit hebben met de uitdagingen waar zorgaanbieders in de praktijk voor staan bij het realiseren van gepast gebruik en hoe zij hier mee omgaan. Inzichten in de case-mix en prestaties van zorgaanbieders stellen zorginkopers bijvoorbeeld in staat om praktijkvariatie te signaleren en te beoordelen. Om dit vermogen te versterken kan het van belang zijn dat zorginkopers door middel van congruente inkoop elkaars aanpak ondersteunen wanneer deze effectief is, bijvoorbeeld door de contractafspraken van een zorginkoper die veel cliënten heeft, bij een bepaalde aanbieder te volgen. Ook kunnen zorginkopers effectiever opereren wanneer ze, waar nodig, één lijn trekken bij de toepassing van gepast gebruiksnormen in de praktijk.

Het klinkt aardig, maar het wordt interessanter als zorgverzekeraars daarbij meer transparantie geven over de achtergrond van deze analyses. Probleem is dat er veel onduidelijkheid is over gebruikte data, en dat het concurrentie principe deze transparantie onmogelijk maakt. Zorgverzekeraars blijven daardoor te veel op afstand wanneer het ze uitkomt, zonder betrokken te willen worden wanneer het zinvol is.

De overheid kan dit ondersteunen door spiegelinformatie voor zorginkopers over gemiddeld gebruik van specifieke behandelingen ter beschikking te stellen. Een andere mogelijkheid is dat de overheid het sturen op gepast gebruik aanjaagt door via de IGJ en de NZa het toezicht op zorgaanbieders en zorginkopers aan te scherpen.

Een andere manier om de sturing op gepast gebruik te versterken, is om via meerjarige innovatieve contractvormen de randvoorwaarden te creëren waarbinnen zorgaanbieders kunnen investeren in een andere manier van werken. Een goed voorbeeld zijn de afspraken die de ziekenhuizen Bernhoven en Zorggroep Rivas hebben gemaakt met zorgverzekeraar VGZ. Beide ziekenhuizen zijn er in geslaagd om de doelmatigheid van de zorg te verbeteren, bij een gelijkblijvende of betere kwaliteit. De hiervoor benodigde veranderingen in de organisatie van de zorg waren mogelijk doordat beide ziekenhuizen een

meerjarig contract hadden met hun grootste zorgverzekeraar. Onderdeel van deze contracten was een meerjarige omzetgarantie, waardoor de beoogde terugloop in het aantal behandelingen niet zou leiden tot een lagere vergoeding. Dit gaf beide ziekenhuizen de financiële ruimte en stimulans om de investeringen te doen die nodig zijn voor een structurele verbetering van de doelmatigheid.

Digitaal ondersteunde zorg meer vanzelfsprekend maken. Om dat te bereiken is het belangrijk dat de bekostiging in de zorg betere prikkels bevat zodat goede innovaties hun weg naar de praktijk kunnen vinden. Poliklinische consulten kunnen bijvoorbeeld vervangen worden door digitale zorg (screen-to-screen consulten), waar dat gepast is en leidt tot dezelfde uitkomsten. Hiertoe zijn de verruimingen voor de bekostiging van digitale zorg die tijdens de coronapandemie zijn doorgevoerd, structureel gemaakt. Daarnaast kan via de facultatieve prestatie aanvullende ruimte worden gecreëerd om zorg op een vernieuwende manier te organiseren en te bekostigen. Ook is het van belang dat zorgverzekeraars innovatie bevorderen via contractering of door het eigen risico kwijt te schelden bij gebruik van digitale zorg. Een verdergaande optie is om, wanneer duidelijk is dat een digitale leveringsvorm zodanig ingeburgerd is dat deze voor de meeste patiënten een volwaardig alternatief is, zorgaanbieders via tariefregulering te prikkelen om intramurale leveringsvormen alleen toe te passen wanneer dit echt nodig is.

Ondersteuning van innovators bundelen.

Zorgaanbieders zijn soms veel capaciteit en moeite kwijt om fondsen van VWS bij elkaar te zoeken voor eenzelfde project, bijvoorbeeld rond subsidieprogramma's. Initiatieven hebben hierdoor moeite om aan fondsen te komen, terwijl ze echt gebaat zouden zijn bij een extra financiële impuls om bijvoorbeeld de organisatiekracht te vergroten. Om dit te bereiken kunnen de programma's van VWS gebundeld worden. Ook kunnen de voorwaarden van subsidieregelingen worden aangescherpt, of het zicht op meerjarige financiering na de opstartfase van het gesubsidieerde project. Ook kan gedacht worden aan het opzetten van kant en klare financiële producten voor het opschalen van vernieuwing in de zorg in samenwerking met pensioenfondsen of organisaties zoals Health Holland en/of NL-INVEST. Daarmee zou de 'kloof' tussen een kansrijke innovatie en een opschaalbaar product overbrugd kunnen worden. Door het Health Innovation Initiative uit te rollen, wordt meer ondersteuning geboden bij de ontwikkeling en opschaling van innovaties. Een andere optie is om innovatieve aanbieders te ondersteunen bij informatievragen over ontwikkeling, implementatie en opschaling van innovaties waarbij ook, waar nodig, methodologische ondersteuning bij onderzoek wordt geboden.

Meer gelijkgerichtheid.

Innovatieve contractafspraken vergen ook gelijkgerichtheid binnen een organisatie, zodat de belangen van de verschillende actoren dezelfde kant op wijzen. Zo zijn veel medisch specialisten niet in loondienst. Binnen een medisch specialistisch bedrijf maken zij aparte afspraken over de verdeling van de vergoeding die zij ontvangen van het ziekenhuis. De meeste verdeelmodellen die daarbij gebruikt worden zijn gebaseerd op het leveren van productie. Dit heeft als gevolg dat specialisten die meer behandelingen uitvoeren ook meer betaald krijgen en een ander financieel belang kunnen hebben dan het ziekenhuisbestuur.

Dit kan noodzakelijke verandering belemmeren, wat kan worden weggenomen via een ander verdeelmodel. Met inkopende partijen kunnen ondersteunende afspraken gemaakt worden. Een verdergaande stap zou zijn om met gerichte maatregelen loondienst van medisch-specialisten te bevorderen al dan niet via regelgeving. Ook dan zijn ondersteunende afspraken essentieel.

Veranderingen in de bekostiging.

Ook veranderingen in de bekostiging kunnen bijdragen aan het stimuleren van gepast gebruik en de vernieuwing van zorg. Zoals omschreven in hoofdstuk 2 kan de huidige bekostiging, waarbij zorgaanbieders veelal een vergoeding ontvangen op basis van het aantal behandelingen dat zij uitvoeren, ertoe leiden dat er een te sterk financieel belang ontstaat om meer behandelingen uit te voeren.

Het dempen van deze volumeprikkels en het versterken van de stimulansen voor passende zorg en zorgvernieuwing kan een belangrijke randvoorwaarde zijn om de benodigde veranderingen te doen slagen.

Bekostiging op basis van bundels.

Door bijvoorbeeld samenhangende zorgactiviteiten te bekostigen op basis van integrale tarieven, maakt het voor individuele zorgaanbieders niet meer uit hoeveel behandelingen zij zelf kunnen declareren. In plaats daarvan worden zorgaanbieders geprikkeld om in samenwerking met andere aanbieders in hun netwerk de zorg zo goed mogelijk te organiseren, rondom de behoefte van de cliënt. Door samenwerking kan besparing gerealiseerd worden en de opbrengsten onderling verdeeld worden. Dit biedt sterke prikkels om te investeren in nieuwe en multidisciplinaire manieren van het verlenen van zorg. Een voorbeeld hiervan is de integrale bekostiging in de geboortezorg. Verloskundigen en gynaecologen die gebruik maken van deze bekostigingsvorm, kunnen hierdoor gemakkelijker afspraken maken over welke zorg wanneer het meest effectief is. Doordat de inzet van verloskundigen en gynaecologen daarbij als een samenhangend pakket wordt vergoed, kunnen zij elkaar daarbij gemakkelijk ondersteunen. Een voorwaarde is dat het niveau waarop prestaties worden vastgesteld voldoende aansluit bij de praktijk en, indien nodig, teruggevallen kan worden op functiegerichte bekostigingsvormen. Bij het bepalen van het aggregatieniveau moet bovendien rekening gehouden worden met de effecten voor het eigen risico.

Gebundelde zorg kan ook problematisch worden als het wordt opgelegd zonder intrinsieke motivatie (bv verbetering werkplezier). De onderlinge verhoudingen in competentie zijn vaak asymmetrisch en kunnen de onderlinge samenwerking verscherpen in plaats van versterken. Dit concept werkt het beste als het door natuurlijke coalities wordt ontdekt als methode voor innovatie en kans biedt op de quadruple aim.

Bekostiging op basis van verrichtingen.

Zorgpartijen zijn voor wat betreft de declaratie van zorg gebonden aan de dbc-declaratiesystematiek van de NZa (diagnosebehandelcombinatie). Dat heeft als doel dat zorguitgaven rechtmatig besteed worden en het eigen risico van mensen en de risicoverevening voor zorgverzekeraars berekend kunnen worden. De dbc-systematiek kan

belemmeringen opwerpen voor innovatieve contractafspraken, bijvoorbeeld omdat zorgaanbieders de kosten op meerdere niveaus moeten registreren. Dit leidt tot administratieve lasten en bemoeilijkt prijstransparantie voor mensen die zorg nodig hebben. Ook beperkt de dbc-systematiek de mogelijkheden van de NZa om te sturen op het gebruik van andere bekostigingsvormen. Bekostiging op basis van beschikbaarheid, bundels of populaties kan bijvoorbeeld in de praktijk moeilijk uitvoerbaar blijken doordat deze niet goed aansluit bij de manier waarop het eigen risico voor patiënten en de risicovereveningsbijdrage voor verzekeraars wordt bepaald. Een andere oplossingsrichting is daarom om te onderzoeken voor welke segmenten de dbc-betaalstructuur kan worden losgelaten en in plaats daarvan op het niveau van verrichtingen kan worden gedeclareerd. Zorgverzekeraars hebben dan meer ruimte om zorgaanbieders te contracteren op het niveau van zorgnetwerken of populaties.

Door bijvoorbeeld in de GGZ de zorg te declareren op basis van verrichtingen, kunnen de verkeerde prikkels in de huidige bekostiging worden weggenomen. Ook kunnen zorgverzekeraars in de contractering de prikkelwerking beter differentiëren, in samenhang met de zorgsoort en de organisatie van de zorg.

Voorwaarde is dat zorgverzekeraars voldoende instrumenten in handen hebben om hun uitgaven te controleren en dit ook in de risicoverevening ingepast kan worden.

Bijlage: Bronnenlijst

Naast vele gesprekken die de afgelopen maanden zijn gevoerd met diverse partijen in de gezondheidszorg en de schriftelijke input die daarbij is ontvangen is, voor deze discussienota gebruik gemaakt van diverse uiteenlopende informatiebronnen. Onderstaand is een overzicht opgenomen.

Berenschot (2019), 'Administratieve belasting langdurige zorg 2019 - Uitkomsten onderzoek Berenschot.

Berenschot (2020), Stand van het land - Regiobeelden.

Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen (2020), Oud en zelfstandig in 2030. Een reisadvies.

CBS (2020), Monitor Brede Welvaart & de Sustainable Development Goals 2020.

CPB (2017), De introductie van dure technologie in de zorg.

CPB (2018), Regionale verschillen in zorguitgaven: wat zijn mogelijke verklaringen?

CPB (2019), Vergrijzingsstudie. Zorgen om morgen.

CPB (2019), Middellangetermijnverkenning 2022-2025.

CPB (2020), Zorgkeuzes in Kaart. Online: cpb.nl/zorgkeuzes-in-kaart-2020.

CPB, IQ Healthcare & NZa (2020), 'Policy brief evaluatie programma's Beatrixziekenhuis en Bernhoven',
25 juni 2020. Online: [Cpb.nl/evaluatie-programmas-beatrixziekenhuis-en-bernhoven](https://cpb.nl/evaluatie-programmas-beatrixziekenhuis-en-bernhoven).

Douven et al. (2015), The Effect of Physician Remuneration on Regional Variation in Hospital Treatments.

Douven et al. (2018), Grote prijsverschillen ziekenhuiszorg, ondanks concurrentie. ESB Maart 2018.

Eijkenaar, F. (2020), Bekostiging van zorgaanbieders. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.

KPMG (2019), Wie doet het met wie? Het verbonden zorglandschap.

Maastricht University, RIVM, Trimbos instituut (2016), Maatschappelijke kosten-baten analyse van tabaksontmoediging. Online: trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/ex0007-maatschappelijke-kosten-baten-analyse-van-tabaksontmoediging.

Ministerie van Financiën (2016), IBO Gezonde Leefstijl.

Ministerie van Financiën (2017), IBO Vernieuwing in de zorg, zorg voor implementatie.

Ministerie van Financiën (2019), IBO Mensen met een licht verstandelijke beperking.

Ministerie van Financiën (2020), Naar een toekomstbestendig zorgstelsel - Brede maatschappelijke heroverweging. Online: rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/04/20/bmh-2-naar-een-toekomstbestendig-zorgstelsel.

Nationale ombudsman (2020), Blijvende zorg.

NZa (2019), Monitor inhoud contracten medisch-specialistische zorg 2018.

NZa (2018), Advies bekostiging medisch specialistische zorg "Belonen van zorg die waarde toevoegt".

NZa (2019), Partijen slaan handen ineen voor gezonde toekomst Amsterdam Noord.

NZa, Advies stimuleren passende zorg en digitale zorg, 21 juli 2020. Online: puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_316526_22/1/.

Ontregel de zorg (2017), Nationale regelmonitor.

OESO (2017), State of Health in the EU. Nederland. Landenprofiel gezondheid 2017.

OESO (2019), Health at a glance 2019: OECD Indicators.

A. Onstenk (2017), De zorgverzekeraar als schuldhulpverlener, Zorg+Welzijn. Online: publiekewaarden.nl/wp-content/uploads/2017/05/ZW_Eelke.pdf.

RIVM, kosteneffectiviteitvanpreventie.nl.

RIVM, www.loketgezondleven.nl.

RIVM (2018), Maatschappelijke kosten-batenanalyse van beleidsmaatregelen om alcoholgebruik te verminderen. Online: rivm.nl/publicaties/maatschappelijke-kosten-baten-analyse-van-beleidsmaatregelen-om-alcoholgebruik-te-verminderen.

RIVM (2018), Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Online: vtv2018.nl.

RIVM (2020), Het potentieel van preventie. Online: [Kosteneffectiviteitvanpreventie.nl](http://kosteneffectiviteitvanpreventie.nl).

RIVM (2020), Gezondheidseffecten en maatschappelijke baten van de gezondheidszorg.

RVS (2019), Blijk van vertrouwen. Anders verantwoord van goede zorg.

RVS (2020), Zorg op afstand dichterbij? Digitale zorg na de coronacrisis. Online: raadrvs.nl/documenten/publicaties/2020/08/27/zorg-op-afstand-dichterbij.

SCP (2017), Voor elkaar?

SCP (2018), Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking.

SCP (2019), Toekomstverkenning mantelzorg aan ouderen in 2040.

SIRM (2019), Aanbevelingen ter bevordering van gelijkgerichtheid.

SER (2020), Zorg voor de toekomst - Over de toekomstbestendigheid van de zorg. Online: ser.nl/nl/Publicaties/zorg-voor-de-toekomst.

N. Stadhouders, F. Kruse, M. Tanke, X. Koolman, P. Jeurissen (2019), 'Effective healthcare cost-containment policies: A systematic review', *Health Policy* 123 1, 71-79.

Varkevisser, M., Schut, E. (2020), 'Kosten corona geven geen aanleiding om zorgstelsel fundamenteel te veranderen', ESB 105, 204-207.

VNO-NCW (2020), Vitale mensen, slimme zorg. Online: vno-ncw.nl/sites/default/files/0001_210x297mm_visie_zorg_brochure_vno-ncw_mkb-nederland_v5_of1.pdf.

WRR (2018), Van verschil naar potentieel, een realistisch perspectief op sociaaleconomische gezondheidsverschillen.

ZonMw (2018,) Externe evaluatie: programma DoelmatigheidsOnderzoek 2006-2017.

Zorginstituut Nederland (2020), 'Doelmatigheidspotentieel van substitutie van zorg', 19 maart 2020. Online: [Zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2020/02/28/rapport-doelmatigheidspotentieel-van-substitutie-van-zorg-in-2022](https://zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2020/02/28/rapport-doelmatigheidspotentieel-van-substitutie-van-zorg-in-2022).

Dit is een uitgave van

Ministerie van Volksgezondheid,

Welzijn en Sport

Bezoekadres

Parnassusplein 5 | 2511 vx Den Haag

Postadres

Postbus 20350 | 2500 ej Den Haag

Telefoon 070 340 79 11

www.rijksoverheid.nl

december 2020

