

## **Visiedocument**

### **Integrale zorg in de eigen omgeving: de toekomst van chronische zorg en de huidige eerste lijn**

11 Juni 2010

Vastgesteld door VWS Stuurgroep Chronische Zorg

## **Inleiding**

De maatschappij verandert. Mensen zijn over het algemeen mondiger, kritischer, mobieler en beter geïnformeerd dan enkele decennia geleden. Dit is ook zichtbaar in de zorg, onder andere doordat de zorgvraag van mensen hierdoor veranderd is. Ook de verworvenheid dat mensen met een chronische aandoening of beperking met de juiste zorg tegenwoordig langer in leven blijven, heeft invloed op de vraag en het aanbod in de zorg.

Door zorginstellingen en regelgevers wordt getracht goed in te spelen op deze maatschappelijke ontwikkelingen. Dat lukt gedeeltelijk. De zorg in Nederland heeft een aantal zeer sterke kanten, zoals toenemende keuzevrijheid en zorg van een hoog niveau. Tegelijkertijd leidt de zorg ook aan fragmentatie. De hinder hiervan ondervinden vooral mensen die langdurig gebruik maken van zorg, bijvoorbeeld omdat zij één of meerdere chronische aandoeningen hebben. Ook wordt door deze fragmentatie het potentieel van het vroeg voorkomen van (verergering van) ziekte nog onvoldoende benut.

Om beter aan deze behoeften te voldoen zal er meer samenhang moeten komen tussen (dagelijkse) ondersteuning in de eigen omgeving, op preventie gerichte zorg, op genezing gerichte zorg en zeer specialistische zorg. De ambitie om de zorg op deze punten te verbeteren, levert winst op meerdere terreinen op. Allereerst zal het leiden tot een toename van kwaliteit van leven van mensen die (langdurig) zorg gebruiken, en van een daling van de ziektelast. Dit heeft tegelijkertijd een belangrijke impact op de maatschappelijke participatie van mensen, en op de arbeidsparticipatie van de beroepsbevolking. Daarnaast zal dit ook leiden tot een veel efficiëntere inzet van de beschikbare zorgverleners en de beschikbare middelen. Dit laatste is urgent gegeven de noodzaak de zorguitgaven kritisch te herbezien.

Niemand zal betwisten dat de zorg gebaat is bij een integraal aanbod. Dat betekent echter niet dat dit zonder slag of stoot tot stand komt. Kennelijk zijn er in de huidige zorg onvoldoende prikkels om te komen tot integrale, proactieve zorg, gericht op preventie, zelfredzaamheid en zelfmanagement.

In deze notitie wordt allereerst omschreven hoe dit integrale aanbod er idealiter uitziet om beter in de maatschappelijke behoefte te kunnen voorzien. Vervolgens wordt beschreven welk type bekostiging de juiste prikkels in zich draagt om dit te realiseren. Het gaat hierbij om het zoeken naar financiële prikkels die optimaal aansluiten bij de motivatie van professionals (hoge kwaliteit zorg leveren), in plaats van deze motivatie te frustreren, zoals helaas te vaak nu nog gebeurt.

Tenslotte wordt ingegaan op de financieringsstelsels in de zorg: de Zvw, de AWBZ, de Wmo, en de WPG (zie Bijlage 1 voor een kort overzicht van deze wetten).<sup>1</sup> De wijze waarop deze stelsels nu functioneren zorgt ervoor dat er onnodige obstakels worden opgeworpen om de gewenste verbeteringen tot stand te kunnen brengen. In het laatste hoofdstuk wordt een drietal scenario's geschetst

waarin de samenhang tussen met name de AWBZ, de Wmo en de Zvw zodanig worden herschikt dat deze obstakels verdwijnen.

Ongeacht welk scenario gekozen wordt, zullen de volgende resultaten bereikt worden:

- het ontstaan van (chronische) aandoeningen wordt beter voorkomen;
- minder complicaties bij mensen met chronische aandoeningen;
- zelfredzaamheid bij patiënten/cliënten en hun netwerk wordt vergroot;
- mensen met een of meerdere ziekten hebben minder terug terugval;
- hogere ervaren kwaliteit van leven;
- hogere arbeidsparticipatie van mensen met een aandoening;
- minder administratieve lasten;
- meer tevredenheid bij werknemers in de zorg;
- significante netto kostenreductie

### Opbouw document

Deze notitie bespreekt deze problematiek langs de lijnen van de *inhoud*: eerst worden de trends en uitdagingen besproken waar de Nederlandse zorg zich mee geconfronteerd weet. Vervolgens worden de doelen besproken die realiseerbaar zouden moeten zijn als we volop inzetten op hoogwaardige zorg in de eigen omgeving. In Hoofdstuk 3 wordt beschreven hoe het zorgaanbod er uit zou dienen te zien om deze doelen in te kunnen bereiken (de 'zorgfuncties' in de omgeving van de patiënt/cliënt/burger). Op basis hiervan komen we bij de vraag naar de bekostiging (hoe bekostig je dergelijke functies, wat zijn de gewenste prikkels), waarbij we ook kijken naar de beoogde transparantie (prestatie-indicatoren) van het zorgaanbod. De verschillende financieringssystemen (Zvw, AWBZ, Wmo, WPG) en de daarbij behorende besturingsvragen komen als laatste aan bod.



#### Afbakening

Dit document richt zich met name op de zorg die dicht bij de burger wordt geleverd aan individuen met een zorgvraag, of individuen met een verhoogd risico op zorgproblemen. Hierbij komen de vormen van collectieve preventie en collectieve maatschappelijke ondersteuning nadrukkelijk aan de orde, maar deze zorg staat in deze nota niet centraal. Vanwege de geheel eigen problematiek komt ook de Jeugdzorg (WJZ) in deze notitie niet aan de orde.<sup>2</sup>

# **1. Trends en uitdagingen**

## **1.1. Trends: veranderingen in de samenleving met gevolgen voor de zorg**

In de samenleving voltrekt zich een aantal gelijktijdige ontwikkelingen die gevolgen hebben voor de zorg. Wellicht de voornaamste trend is die van individualisering. Door het geleidelijk wegvallen van de klassieke zuilen en de betere spreiding van kennis via onderwijs willen mensen steeds meer hun sociale omgeving zelf bepalen. Waar mensen traditioneel behoorden tot de groep waarin zij werden geboren, kiezen zij steeds meer zelf hun omgeving. Dat betekent dat zij niet altijd meer werken en leven waar zij geboren zijn, maar gaan wonen waar zij willen werken (en dat hoeft niet in Nederland te zijn). Zij kiezen zelf hun werkgever, hun sportclub en de inrichting van de vrije tijd. Nieuwe technologie ondersteunt dit. In sociale netwerken op internet vinden mensen gelijkgestemden, waarbij tijd en afstand minder een rol spelen. Ook met betrekking tot solidariteit heeft dit gevolgen; men is in toenemende mate wel solidair met mensen uit de zelfgekozen community, maar minder met mensen daar buiten. Voor de zorg betekent dit dat patiënten in toenemende mate zelf hun zorgarrangement willen kunnen samenstellen, en zich niet meer willen voegen naar het aanbod. Het aanbod zal zich moeten aanpassen op de vraag naar zorg. Binnen het zorgaanbod zal meer dan vroeger integratie en samenhang tot stand gebracht moeten worden. Het goed, goedkoop en transparant presteren van de zorg is daarbij noodzakelijk met het oog op het behoud van solidariteit.

Een andere centrale trend is mondialisering. Mondialisering is relevant voor de manier waarop mensen hun leven willen inrichten, maar ook voor de ontwikkeling van de economie. Zeker voor jonge mensen is het steeds meer vanzelfsprekend om zich een deel van hun leven buiten Nederland te vestigen voor onderwijs, werk of zelfontplooiing op een andere manier. Voor wat betreft de economie speelt dat er sprake is van een verschuiving van economische groei en economische macht van het westen naar landen zoals Brazilië, Rusland, India, China (BRIC). In deze landen zal de groei van welvaart zich meer dan in het westen voltrekken. De economie in het westen zal minder snel groeien. Voor de zorg betekent dit de zorg een aantrekkelijke werkgever moet zijn; anders zal de sector niet in staat zijn om jonge mensen (uit binnen- en buitenland) aan te trekken. De tweede betekenis van een lagere economische groei is dat de groei in het totale budgettaire kader veel geringer zal zijn dan de sector gewend is. Nog veel meer dan in het verleden zal doelmatig en effectief met de beschikbare middelen omgegaan moeten worden.

Een derde centrale trend is de digitalisering. De opkomst van (mobiel) internet betekent dat de toegang tot kennis groter dan ooit is. Het is ook gemakkelijk om een mening te uiten op het internet (youtube, bloggen) en om deel te nemen aan publiek debat. Het gevolg hiervan is dat mensen meer weten en meer meedoen aan collectieve meningsvorming. Een economisch effect is dat de opkomst van internetwinkels klassieke tussenhandel zoals reisbureau's en boekenwinkels minder noodzakelijk maakt. Zij zullen zich meer moeten richten op 'beleving' en advies dan op verkoop. De zorg ligt traditioneel al onder een vergrootglas, en naar mate meer zorggebruikers hun ervaringen en visies gaan delen, gaat dit ook de beeldvorming over de zorg bepalen. Ook in de zorg worden tijd en afstand minder relevant. De groei van het aantal mensen dat bereid is verder te reizen voor goede zorg, en de opkomst van de internetapotheek en internet-therapie, zijn eerste tekenen hiervan.

De vierde centrale trend is de betere spreiding van kennis, deels via opleidingen en deels door internet en community's. Dit uit zich in hogere eisen gesteld aan producten en diensten, ook in de zorg. Zorgvragers zullen in toenemende mate hoge kwaliteit, snelheid in levering en goede service (bejegening) eisen. Steeds mondiger zorgvragers zullen zich minder dan vroeger tevreden stellen met suboptimale kwaliteit en hiertegen ageren. Er zal zowel diversiteit in het aanbod moeten komen (onder andere geordend naar sociaal-economische status) als integraliteit.

Mondiale trends zoals globalisering, digitalisering, individualisering en betere spreiding van kennis zullen dus hoge eisen stellen aan de zorg. Dit betekent een geringere beschikbaarheid van budgettaire ruimte, hogere kwaliteitseisen en behoefte aan diversiteit maar ook aan integratie, terwijl hoog opgeleide jonge mensen niet vanzelfsprekend voor de zorg (in Nederland) zullen kiezen. De uitdagingen die deze maatschappij-brede trends stellen worden nog versterkt door de zorgspecifieke trends die te onderscheiden zijn.

## **1.2. Trends: grote en veranderende zorgvraag**

De 21ste eeuw wordt in medisch opzicht de eeuw van de chronische ziekte genoemd. Uit de recent gepubliceerde Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) blijkt dat de levensverwachting stijgt - tussen 2003 en 2008 zelfs met twee jaar - en dat tegelijkertijd het aantal Nederlanders met een chronische ziekte toeneemt.<sup>3</sup> De levensverwachting voor het gedeelte dat mensen leven zonder dat zij een chronische ziekte hebben is voor mannen en vrouwen zelfs afgenomen tot respectievelijk 48 en 42 jaar, een daling van vier tot negen jaar in deze periode. We worden dus ouder maar krijgen op jongere leeftijd een chronische aandoening. Ongeveer 1,3 miljoen mensen heeft meerdere chronische ziekten tegelijkertijd (co- en multimorbiditeit): bijna één op de drie 75-plussers heeft meer dan één chronische ziekte onder de leden. De acht grootste aandoeningen qua ziektelast zijn coronaire hartziekten, beroerte, angststoornissen, depressie, diabetes, longkanker, COPD en artrose. Oorzaken van het stijgende aantal chronisch zieken zijn de vergrijzing, veranderende leefstijl en medische invloeden zoals eerdere opsporing en betere overleving. Maar ook maatschappelijke invloeden als medicalisering spelen een rol.

Werknemers zonder chronische aandoening verzuimden gemiddeld 4,9 dagen, terwijl werknemers met een chronische aandoening, afhankelijk van de klacht tussen de 7 en de 42 dagen verzuimden. De *extra* verzuimkosten voor psychische klachten bedragen alleen al 1,25 miljard op jaarbasis.<sup>4</sup> Goede zorg voor deze klachten maakt 'optimale maatschappelijke participatie' tot centrale doelstelling, omdat 'thuis zitten' voor dit type klachten juist negatief uitpakt. Hier is maatschappelijk en individueel gesproken dubbele winst te halen: gezondere mensen hebben een hogere arbeidsparticipatie en, andersom, is de participatie zelf een factor in het zich gezond voelen.

Arbeidsparticipatie speelt ook bij preventie een belangrijke rol. Ons land bevindt zich qua gezondheid 'slechts' in de Europese middenmoot. Met de ongezonde levensstijl gaan veel kosten gepaard. De zorgkosten die samenhangen met roken zijn ongeveer € 2 miljard per jaar. De kosten van de gezondheidszorg die met overgewicht samenhangen, zijn circa € 1,2 miljard. De economische schade als gevolg van overgewicht en obesitas door verzuim en arbeidsongeschiktheid bedraagt ongeveer € 2 miljard per jaar.<sup>5</sup>

Het nog sterker inzetten op preventie van (verergering) van chronische aandoeningen is dus essentieel. Tegelijkertijd volgt uit de hierboven geschetste bredere trends dat mensen langer in de eigen omgeving willen blijven wonen, langer blijven participeren in de samenleving, en meer regie houden over het eigen leven. Dat kan ook steeds beter: de VTV signaleert ook dat het 'invaliderend' effect van ziekten afneemt. De oudere mens van de toekomst zal

gemiddeld meer te besteden hebben, kritischer zijn, en zich minder voegen naar 'de gemene deler'. Tegelijkertijd blijft er een significante groep mensen die achterblijft (veelal mensen met een lage sociaal-economische status), die ondersteuning nodig hebben bij het voeren van eigen regie, en voor wie 'keuzes maken' en 'zelfmanagement' abstracte begrippen blijven. Ook voor deze meer kwetsbare groep is een adequaat zorgaanbod essentieel.

### **1.3. Uitdagingen: kosten van zorg en arbeidsmarkt**

De stijgende en steeds meer complexe zorgvraag legt een zware druk op de samenleving. Het drukt de arbeidsproductiviteit, die in het licht van de vergrijzing en de toenemende concurrentie uit het buitenland op het gebied van loonkosten juist steeds belangrijker wordt. Prognoses voorspellen bovendien dat als gevolg van de stijgende zorgvraag de totale uitgaven aan de zorg van 9 procent van het BBP in 2003 zullen stijgen tot 12 procent van het BBP in 2025. Dit is exclusief de zorguitgavenstijging ten gevolge van verdergaande technologische vooruitgang. Deze prognoses staan in schril contrast met de noodzaak om in het licht van de financiële crisis de zorguitgaven zeer kritisch te bezien.

Bij gelijkblijvende arbeidsproductiviteit zal het percentage van de beroepsbevolking dat nodig is in de gezondheidszorgsector stijgen van 13 procent (1,1 miljoen mensen) in 2003 tot 22 procent (1,8 miljoen mensen) in 2025. Er zal dan ook een tekort ontstaan aan voldoende geschoold personeel in de zorgsector. Dit tekort ontstaat niet zozeer bij de hoog opgeleide professionals, maar onder verplegend en verzorgend personeel. De STG heeft berekend dat met name in de ouderenzorg er straks een tekort van 40% aan verpleegkundig en verzorgend personeel zal zijn.<sup>6</sup>

### **1.4. Aanbod niet afgestemd op vraag**

Mensen ervaren nog te vaak dat het zorgaanbod niet afgestemd is op hun behoefte. Dit komt bijvoorbeeld doordat zij meerdere aandoeningen hebben en daardoor ook meerdere zorgverleners. Meerdere malen hetzelfde verhaal vertellen, tegenstrijdige adviezen of benaderingen, medicatie die niet op elkaar afgestemd is en vele contactmomenten zijn voorbeelden van irritaties. De noodzaak om dit te verbeteren en om de zorg meer te richten op preventie, zelfzorg en zelfredzaamheid wordt breed erkend. De huidige organisatie en financiering van zorg is echter sterk versnipperd, waardoor de noodzakelijke integratie om mensen van de juiste zorg op het juiste moment te voorzien niet tot stand komt. Preventie en zorgactiviteiten worden uit verschillende financieringskaders betaald (Zvw, AWBZ, Wmo, JGZ, WPG), en ook binnen de kaders bestaan nog eens verschillende bekostigingsstelsels naast elkaar. Te vaak worden juist de meest kwetsbare mensen hierdoor geconfronteerd met verschillende 'loketten' waar zij het antwoord op de integrale zorgvraag in hun ogen bij elkaar dienen te sprokkelen. Soms lukt dat niet, en te vaak is het eindresultaat dat mensen niet de zorg krijgen die nodig is. Dit gaat ook nog vaak gepaard met onnodige kosten, zoals een opname in een verpleeghuis of ziekenhuis die te vermijden was geweest.

Het zwaartepunt voor het realiseren van een betere (gezondheids)uitkomst hangt af van de aard van de zorgvraag en het type patiënt. Zo is snelheid belangrijker voor de uitkomst voor een patiënt die met spoed zorg nodig heeft, is beschikbaarheid van zeldzame kennis noodzakelijk voor een goede uitkomst bij de behandeling van een complexe weinig voorkomende zorgvraag en hecht een patiënt met een chronische zorgvraag mogelijk juist meer aan nabijheid en vertrouwen in de relatie met de zorgverlener.

Omdat de bekostigingsstelsels niet op elkaar zijn afgestemd, en ook niet eenduidig op elkaar aansluiten, ontstaan onacceptabel hoge frictie- en

transactiekosten. Het is moeilijk om deze te overschatten: voor dezelfde cliënt bestaan diverse parallelle registraties, indicatie- en betalingssystemen. Ook zijn er prikkels om kosten naar een ander financieringskader door te schuiven (zero-sum game): een zorgverzekeraar draagt wel risico voor zorg in de eerste lijn, maar nog steeds beperkt voor zorg in een ziekenhuis. Een gemeente ontvangt geen 'baten' vanuit de AWBZ of van de zorgverzekeraar voor uiterst effectief gemeentelijk preventiebeleid en hetzelfde geldt voor een zorgverzekeraar die zich inspant om demente patiënten zo lang mogelijk in de eigen omgeving te laten wonen. Aanbieders die zich over deze schotten dienen te bewegen bevinden zich in dezelfde situatie: hoge administratiekosten en een soms bijna Kafkaïaanse complexiteit om de zorg rondom patiëntengroepen optimaal in te richten. In het licht van de geschetste uitdagingen is het onacceptabel dat het soms de bekostigingssystemen *zelf* zijn die leiden tot onnodig hoge kosten.

Professionals, tenslotte, ervaren dezelfde obstakels: samenhangende zorg leveren is voor de meesten een diepgevoelde wens. Als de professional gedesillusioneerd raakt door de als bureaucratisch en willekeurig ervaren schotten en regels, heeft de kwaliteit van de zorg daar direct onder te leiden.

Het is met andere woorden noodzakelijk om het *maatschappelijk rendement* van de zorg te verhogen: *zo doelmatig mogelijk mensen gezond houden, diagnosticeren, behandelen en ondersteunen zodat mensen zo gezond mogelijk maatschappelijk kunnen blijven participeren.*

## 2. Het antwoord

Nederland is niet het enige land dat geconfronteerd wordt met bovenstaande uitdagingen. Alle Westerse landen hebben te maken met vergrijzing, meer kritische consumenten en stijgende zorgkosten. Er is internationaal brede consensus over de kern van de noodzakelijke aanpak hiervoor: een *krachtige focus op integrale zorg in de eigen omgeving*.<sup>7</sup> Investeren in hoogwaardige, samenhangende zorg in de eigen omgeving is de enige manier om alle bovenstaande uitdagingen het hoofd te bieden met behoud van brede solidariteit. Dit betekent maximaal inzetten op het:

- voorkomen van ziekte en zorgafhankelijkheid (collectieve en geïndiceerde preventie);
- optimaal behandelen wanneer er sprake is van een aandoening en voorkomen van complicaties en vermijdbare zorgafhankelijkheid (zorggerelateerde preventie);
- maximaal faciliteren van mensen om zelfredzaam te blijven, ook als intensieve zorg noodzakelijk wordt.

Hierdoor wordt het mogelijk om met relatief minder kosten voor meer mensen een hogere kwaliteit van leven te realiseren. Dit kan door:

- mensen zelf een grotere rol te geven in het managen van hun eigen gezondheid en zorg;
- de zorg minder in een intramurale setting maar meer in de eigen omgeving van mensen aan te bieden
- de relatieve vermindering van complicaties, vermijdbare acute opnames en opnames, die optreedt door de grotere focus op alle vormen van preventie;
- een krachtige focus op gepastheid van zorg.

Een belangrijke besparing op de zorgkosten behoort op deze wijze tot de mogelijkheden. Een significant deel hiervan bestaat uit de reductie van de hierboven beschreven frictie- en transactiekosten. De impact hiervan op het

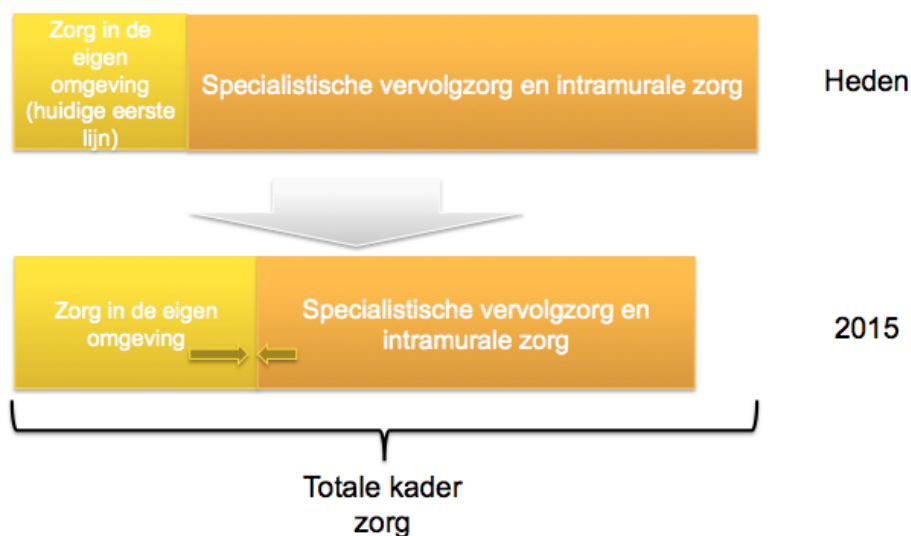
arbeidsverzuim c.q. de vergroting van de arbeidsparticipatie is hierin niet meegenomen.

## 2.1. Kenmerken van de zorg in de eigen omgeving in de toekomst

Wat zijn de kenmerken van de zorg in de eigen omgeving in de toekomst? Hoe moet deze zorg eruit zien om de hiervoor genoemde ambities waar te kunnen maken?

### *Proactieve, op gezondheid en zelfredzaamheid gerichte aanpak*

De zorg dient te zijn gericht op het zo lang mogelijk in de eigen omgeving kunnen blijven wonen, maatschappelijk actief te blijven en eigen verantwoordelijkheid te kunnen nemen. Lokale overheden, verzekeraars en zorgaanbieders maken afspraken over een wijk- en risicogroep gerelateerde aanpak van problemen. Mensen met gezondheidsrisico's of chronische aandoeningen zijn bekend en worden optimaal begeleid en ondersteund, waarbij de patiënt zelf zoveel mogelijk zelf regie blijft houden. Zelfmanagement, ondersteund door laagdrempelige ICT applicaties, is een sleutelbegrip. Dit betekent een proactieve houding van zorgaanbieders: proces- en uitkomst informatie wordt continu gemonitord om de zorg en dienstverlening voor de behandelde patiënten steeds verder te optimaliseren.



Tegelijkertijd dienen mensen niet onnodig te worden gemedicaliseerd. De zorg is optimaal ingebed in de natuurlijke hulpstructuren in een wijk of buurt en er wordt geprobeerd mensen zo zelfredzaam mogelijk te maken. Zorgaanbieders realiseren zich dat arbeid en maatschappelijke participatie van groot belang zijn voor zowel de kwaliteit van leven als ook de ervaren en objectieve gezondheid van hun patiënten.<sup>8</sup>

### **Hogere kwaliteit van leven, lagere kosten bij diabetespatiënten**

Het maatschappelijk rendement van het op deze wijze inzetten op kwaliteit van zorg is groot. In Nederland is voor het eerst aangetoond dat optimale diabetes zorg er toe kan leiden dat de gemiddelde levensverwachting van een diabetes patiënt gelijk is aan die van de niet zieke populatie.<sup>9</sup> Uitgaande van hun wordt bij meerdere zorgverzekeraars nu

inzichtelijk dat de reductie van de totale zorgkosten (beperkt tot ZVW kosten, dus m.n. ziekenhuis, medicatie, eerstelijns) bovendien groter is dan in eerste instantie werd aangenomen. Bij diabetes gaat het bij introduceren van programmatische zorg om een reductie van (over de betrokken grote verzekeraars gemiddeld) 600 Euro per patiënt van de ziektekosten. Dat betekent dus niet alleen een reductie van diabetes-gerelateerde complicaties, maar ook een vermindering van overige zorgkosten, door betere zorgcoördinatie, meer proactieve begeleiding, enzovoort. Als in Nederland gemiddeld de van dit verbeterpotentieel in 2015 zou worden benut, gaat het alleen voor de populatie diabetespatiënten om een reductie van zorgkosten van 250 miljoen Euro. (Op een totaal van ZVW zorgkosten bij patiënten met diabetes van ongeveer 4 Miljard Euro).

#### **Hogere kwaliteit van leven, minder zorggebruik door mensen met dementie**

Ook bij dementie is veel kwaliteitswinst mogelijk, met een vermindering van zorggebruik als directe consequentie. In Nederland hebben 230.000 mensen dementie, waarvan er 110.000 als zodanig bij professionals bekend zijn. De totale zorgkosten voor dementiegerelateerde zorg zijn 3,2 miljard euro (gegevens 2005; waarvan 97,2% voor ouderenzorg).<sup>10</sup> Door activering in de thuissituatie, en door coördinatie en ondersteuning van de cliënt en de mantelzorgers, is een uitstel van opname mogelijk van gemiddeld 100 dagen. De cliënt leeft langer in zijn/haar eigen omgeving, met minder crisismomenten. Omdat de levensverwachting van de patiënt door de interventie niet verandert, betekent dit netto 100 dagen korter opgenomen zijn. Indien men uitgaat van een verschil van 45 Euro in kosten van een verpleeghuisdag ten opzichte van de ondersteuning en activering in de thuissituatie, is dit een besparingspotentieel verbetering van zorgkwaliteit van 495 miljoen Euro. Dit is nog exclusief de kosten voor acute interventies, vermindering zorggebruik mantelzorgers, en vermindering ad hoc coördinatiekosten.<sup>11</sup>

#### *Generalistische zorg in de eigen omgeving in principe als eerste stap voor meer specialistische en intramurale zorg ('stepped care' principe)*

Zowel mensen met acute als mensen met niet acute zorgvragen dienen ervan op aan te kunnen dat zij *evidence based* zorg krijgen. Waar mogelijk in een generalistische context, dicht bij huis, en alleen in een intramurale of medisch specialistische omgeving daar waar noodzakelijk. Door een generalistische blik te combineren met een krachtig diagnostisch instrumentarium, ondersteund door specialistische expertise waar nodig, kan een zorgvraag optimaal worden geïnterpreteerd. Door alleen die mensen door te verwijzen die zorg in een meer specialistische context nodig hebben wordt mogelijk onnodig zware (of onnodig dure) zorg voorkomen.

Naarmate de financiële druk op het zorgsysteem groter wordt, is het juist 'filteren' van de zorg die duurdere en specialistische aandacht behoeft en de zorg waarvoor dit niet geldt van steeds groter belang. Het gaat hier om het stellen van de *indicatie* voor vervolgzorg. In een toekomst waar specialistische en intramurale zorginstellingen voor hun voortbestaan afhankelijk zijn van het daadwerkelijk leveren van zorg, zal ongewenste praktijkvariatie en 'supply-induced demand' (het fenomeen dat zorgaanbod haar eigen vraag schept) dienen te worden beperkt. Naast transparantie over dit type variatie is een actieve poortwachter hiervoor van groot belang. Deze kan, op basis van adequate diagnostiek, vaststellen of er daadwerkelijk sprake is van een indicatie voor een verwijzing, opname of een interventie.

#### **Niet opereren wanneer dit niet nodig is: prettiger voor patiënten en minder duur**

De standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) geven veelal scherp aan wanneer een verwijzing naar gespecialiseerde vervolgzorg geïndiceerd is, en wanneer



medisch specialistische begeleiding van patiënten na bijvoorbeeld een myocard infarct of een hersenbloeding niet langer geïndiceerd is. De meeste van deze patiënten hebben na een jaar medisch-specialistische follow-up meer aan een pro-actieve en integrale benadering in een zorgsetting in de eigen omgeving. Door scherper de indicatiestelling vast te stellen kan in Nederland het aantal kinderen waarbij amandelen worden geknipt worden gehalveerd, en door krachtiger op conservatieve behandeling in te zetten kan het aantal hernia-operaties en benigne prostaat operaties fors worden gereduceerd. Bij bijvoorbeeld hernia-operaties is de langere termijn meerwaarde van een operatieve interventie niet aangetoond.<sup>12</sup> De kosten van een niet-operatieve behandeling zijn significant lager. Naast het scherper stellen van indicaties is ook substitutie van zorg mogelijk op aandoeningen als osteoporose, hypertensie, hyper- en hypothyreoidie, enzovoort – allemaal zorgproblemen waarvoor veel patiënten feitelijk nog onnodig in de medisch specialistische context worden behandeld. Indien in Nederland de niet door patiëntvariabelen te verklaren variatie in behandeling tussen ziekenhuizen met de helft wordt teruggebracht, betekent dat een kostenreductie van 500 miljoen Euro.<sup>13</sup> Een mogelijke denkrichting hiervoor is het voorzien van de belangrijkste ziekenhuis DBCs van 'drempels': wanneer niet aan de verwijscriteria van bijvoorbeeld de NHG standaard is voldaan, is medisch specialistische vervolgzorg niet verzekerd. (Patiënten die ook zonder objectieve visusklachten een cataract-operatie zouden willen ondergaan zouden zich in een dergelijk scenario daarvoor aanvullend kunnen verzekeren).

Dit alles betekent niet dat er een tegenstelling is tussen bijvoorbeeld huisarts en specialist. De klassieke metafoor van de 'eerste' en de 'tweede lijn' vervaagt. Specialisten zullen zelf ook een belangrijke rol spelen in de zorg in de eigen omgeving: in een consultatieve rol voor bijvoorbeeld de huisarts, of als regisseur van een hartfalen zorgprogramma. In deze rol, echter, zullen ook zij gericht dienen te zijn op het voorkomen van vermijdbare zorgconsumptie 'verderop' in de zorgketen.

#### *Toegankelijk en integraal, coördinatie over de gehele zorgketen*

Mensen dienen waar nodig 24 uur per dag, 7 dagen per week met al hun zorgvragen in een vertrouwde omgeving, goed en snel bereikbaar, terecht te kunnen. Men wordt daar direct geholpen of verwezen naar de juiste plek. Hiertoe is generalistische medische, para-medische, farmaceutische, verpleegkundige en verzorgende expertise aanwezig, en meer gespecialiseerde expertise als het nodig is.

De patiënt heeft één aanspreekpunt en ervaart de zorg als één samenhangend geheel, een vloeiende lijn. Dat wil zeggen dat elke betrokkene gericht is op het bereiken van hetzelfde, door de cliënt aangegeven doel, en dat de coördinatie naadloos geschiedt. Wanneer iemand zorg in de eigen omgeving krijgt, wordt naadloos samengewerkt met mantelzorgers en vrijwilligers.

Als de patiënt wordt verwezen naar een meer specialistische zorgaanbieder of opgenomen dient te worden blijft de noodzaak bestaan voor een coördinerende rol vanuit de zorg in de eigen omgeving. Juist door de groei van het aantal ouderen en patiënten met multimorbiditeit wordt deze coördinatie tussen de interventies en strategieën van meerdere (specialistische) zorgaanbieders steeds belangrijker. Een gespecialiseerd verpleegkundige kan de oudere patiënt begeleiden om het juiste collectieve ondersteuningsarrangement te combineren met individuele ondersteuning in de thuissituatie, valpreventie en de afstemming van zorg tussen de betrokken medisch specialisten. Komt de patiënt ook bij de juiste specialist terecht na een verwijzing? Wordt de patiënt tijdig weer terugverwezen en streven alle betrokken professionals hetzelfde zorgdoel na? Zijn de juiste arrangementen aanwezig, en worden deze benut, om bijvoorbeeld eenzaamheid tegen te gaan, waardoor de kans op acute verslechtering weer groter wordt?

### **Belang van coördinatie bij voorschrijven van medicatie**

Medicatieveiligheid staat of valt met voorschrijfcoördinatie: welke middelen slikt de patiënt, waarvoor, in welke dosering, en is het afgestemd op de noden en wensen van de patiënt? Dit kan veel beter in Nederland. Specialististen schrijven medicijnen voor, huisartsen doen dat, en het integrale overzicht en de coördinatie blijft te vaak achterwege. Bij ouderen met polyfarmacie (die meer dan zes medicijnen tegelijk slikken gedurende een langere periode) worden per patiënt maar liefst problemen aangetroffen: een medicijn dat niet goed is gedoseerd, waarvoor geen indicatie is, waar een contra-indicatie voor is, of dat al gestopt hadden moeten worden.<sup>14</sup> Bij mensen bij wie tijdens een ziekenhuisopname vanwege een ernstige bijwerking een medicament was gestopt kreeg binnen 6 maanden 22% dezelfde medicatie weer voorgeschreven.<sup>15</sup> De maatschappelijke kosten hiervan zijn groot.

## **2.2. Het realiseren van de ambities**

Hoe ver staat de huidige Nederlandse zorg af van het toekomstbeeld dat hierboven is geschetst? Wat is er nodig om in 2015 een belangrijke stap te hebben gezet in het realiseren van zorg die inzet op gezond blijven, zelfredzaamheid van mensen en het vermijden van onnodige zorgconsumptie? De Nederlandse uitgangssituatie is internationaal gesproken sterk, maar de ruimte voor verbetering is tegelijkertijd groot. Nederlanders roken internationaal gezien nog te veel, en van interventies op het gebied van gezonde voeding en beweging wordt nog te weinig gebruik gemaakt. Teveel mensen met een hoog risico op bijvoorbeeld hart- en vaatziekten krijgen niet de medicatie die zij nodig hebben, terwijl mensen met een lichte depressie vaak te snel medicatie krijgen.<sup>16</sup> Als mensen chronisch ziek zijn is de integrale coördinatie vaak afwezig, en wordt het mensen moeilijk gemaakt om regie te nemen en zelfredzaam te blijven.<sup>17</sup> In de laatste fase van het leven, tenslotte, sterven de meeste mensen nog steeds in een instelling (ziekenhuis of verpleeghuis), terwijl ze eigenlijk in hun eigen, vertrouwde thuisomgeving de laatste weken zouden willen doorbrengen.

Wat staat het realiseren van de ambities in de weg? Hoe komt het dat de zorg vaak toch nog zo weinig vraaggericht en preventie-georiënteerd wordt geleverd en ervaren? Het potentieel aan ondernemerschap, professionele gedrevenheid en kwaliteit in de zorgsector om de genoemde uitdagingen het hoofd te bieden is aanwezig. De bal ligt vooral bij patiënten/cliënten, aanbieders van zorg in de eigen omgeving, zorgverzekeraars en lokale overheden. Zij spelen een centrale rol in het realiseren van de ambities, in nauwe samenwerking met aanbieders van meer gespecialiseerde zorg. De ambities kunnen immers alleen worden gerealiseerd doordat aanbieders, reagerend op de veranderende vraag, kwalitatief én bedrijfsmatig hoogstaande zorg organiseren, en doordat zorgverzekeraars dit stimuleren en contracteren.

Maar wil dit kunnen worden gerealiseerd dan dient wel aan een aantal randvoorwaarden te zijn voldaan. De *bottom-line* die blijkt uit literatuur, rapporten en gesprekken met veldpartijen is dat partijen veelal geen baat hebben bij het realiseren van de ambities, of zelfs baat hebben bij het *niet* realiseren ervan. Als aanbieders wel betaald krijgen voor het behandelen van een te zware diabetes patiënt, maar niet voor het voorkomen van diabetes die door zwaarlijvigheid wordt ontstaat, dan blijven we dweilen met de kraan open. Als het voor een zorgverzekeraar/kantoor netto goedkoper is om een patiënt in een verpleeghuis te laten opnemen dan om te investeren in coördinatie van zorg in de eigen omgeving, dan blijven mensen uiteindelijk van de wenselijke zorg verstoken. 'Every system is perfectly designed to achieve exactly the results it gets', is een beroemd citaat van Donald Berwick. Zolang we blijven betalen voor intramurale bedden in de GGZ, in plaats van investeren in goede basis GGZ in de eigen

omgeving, dan is het niet raar dat we er nog steeds internationaal gezien erg veel hebben.<sup>18</sup>

De landelijke overheid heeft als taak de randvoorwaarden te borgen opdat patiënten/cliënten, aanbieders, zorgverzekeraars en lokale overheden maximaal gestimuleerd en gefaciliteerd zijn om deze rol in te vullen. Dat betekent dus in de eerste plaats ervoor te zorgen dat de *inhoudelijke* drive van professionals en andere werkers in de zorg maximaal gefaciliteerd wordt in plaats van gefrustreerd. Dit betekent het goed bekijken van de bestaande schotten in de zorg, en het realiseren van bekostiging die steeds meer gaat naar het betalen voor integrale kwaliteit en zorguitkomsten in plaats van geleverde deelinspanningen.

Naast deze zijn er nog een aantal andere randvoorwaarden waaraan voldaan moet worden willen veldpartijen beter dan nu in staat zijn om de ambities te realiseren:

- het borgen dat er geen bureaucratie of regelgeving in de weg van veldpartijen staat om deze ambities te realiseren.
- het borgen dat er geen significante financiële belemmeringen zijn voor mensen met zorgvragen of gezondheidsrisico's om de voor de wenselijke uitkomsten noodzakelijke zorg te verkrijgen.
- het borgen dat er zorgstandaarden zijn voor chronische zorg waarin de kwaliteit van integrale zorg vanuit cliënten/patiëntenperspectief is beschreven
- het borgen dat kwaliteitsindicatoren over de gerealiseerde kwaliteit en de doelen op aanbiederniveau op toegankelijke wijze beschikbaar is voor cliënten/patiënten, voor zorgverzekeraars en voor de aanbieders zelf.
- het waar nodig stimuleren van veldinitiatieven voor het realiseren van de genoemde doelen. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan additionele aandacht voor zelfmanagement.
- het borgen dat de benodigde informatiestromen tussen zorgaanbieders en tussen zorgaanbieders en patiënt betrouwbaar en veilig kunnen verlopen
- het borgen dat de gerealiseerde kostenreductie door vermindering van (groei van) capaciteiten in de gespecialiseerde en intramurale zorg ook daadwerkelijk wordt geïncasseerd.

Veel van deze randvoorwaarden (met name betreffende de zorgstandaarden, de kwaliteitsindicatoren en het ondersteunen van veldinitiatieven) zijn het onderwerp van reeds ingezet beleid. De laatstgenoemde randvoorwaarde is essentieel voor het realiseren van de daadwerkelijke besparingen op de zorgkosten. Ze staat in deze nota niet centraal, maar zal in de komende hoofdstukken wel steeds aan de orde komen. In deze nota gaan we verder in op de in het zorgsysteem ingebouwde prikkels, en de daarmee samenhangende regelgeving en administratieve lastendruk.

### **3. Zorgfuncties dicht bij de burger**

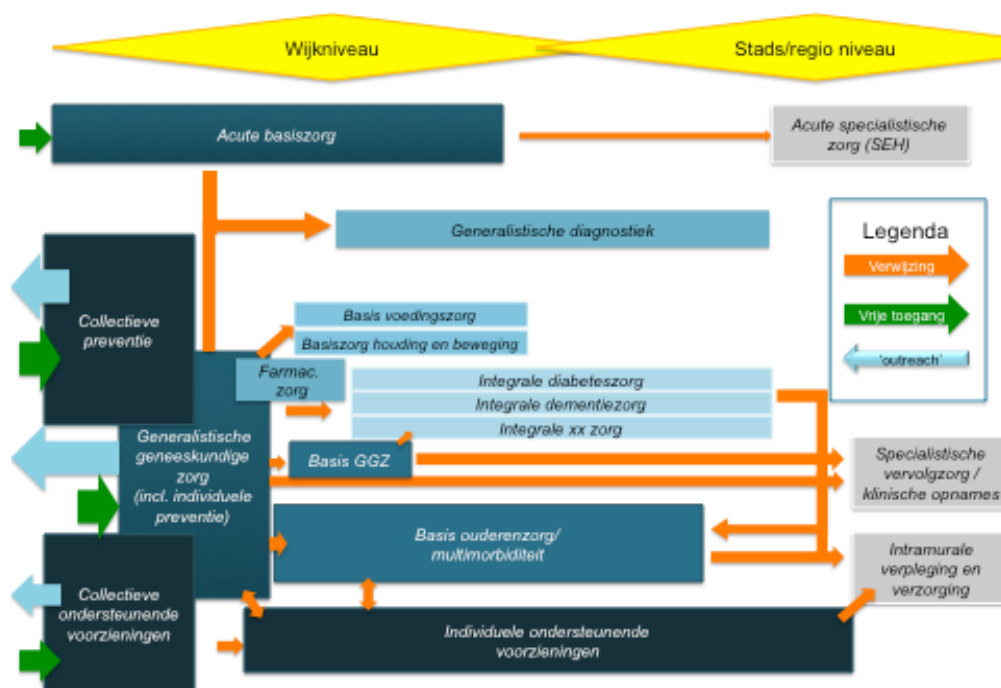
In het vorige hoofdstuk is uiteengezet welke inhoudelijke kenmerken het zorgaanbod in de eigen omgeving zou moeten hebben om de zorgvraag van de toekomst hoogwaardig en betaalbaar het hoofd te bieden. Uit deze kenmerken volgt niet direct een organisatorische of institutionele blauwdruk. Een dergelijke blauwdruk wordt anno 2010 ook niet meer als taak van de overheid gezien. Wel dient de overheid aan te geven welke integrale zorgfuncties er dienen te zijn om te kunnen voldoen aan de hiervoor genoemde kenmerken van integrale zorg. Onder 'functie' wordt hier verstaan: een inhoudelijke omschrijving van een bepaald zorgaanbod, zonder te definiëren *wie* precies op *welke* manier deze zorg dient te leveren.

In dit hoofdstuk worden deze zorgfuncties beschreven. Hierbij wordt vanuit het wenselijke toekomstbeeld geredeneerd, maar tegelijkertijd ook aangesloten bij de huidige ordeningen in het zorgveld. Een toekomstvisie zonder basis in de realiteit van het heden is immers weinig zinvol. De benoemde functies zijn gebaseerd op de inhoudelijke samenhang en rol- en verantwoordelijkheidsverdeling die volgen uit de in paragraaf 2.1 genoemde kenmerken.

Pas na deze beschrijving van de inhoud komen we in het volgende hoofdstuk te spreken over de bekostiging: die dient immers deze inhoudelijke indeling te volgen, en het gewenste gedrag optimaal te ondersteunen. Integrale zorg leveren en optimale uitkomsten realiseren wordt dan zowel de kern van de professionele drive als de basis van de bekostiging. Daarmee komt de professional weer maximaal aan zet.

Onderstaande figuur geeft aan hoe wij de vertaling van bovenstaande uitgangspunten in zorgfuncties dicht bij de burger zien. De volgende paragrafen beschrijven de verschillende functies<sup>19</sup>:

- over wat voor zorg gaat het?
- wat kan en moet er concreet qua inhoudelijk functioneren verbeteren/veranderen ten opzichte van de huidige situatie in het licht van de genoemde ambities



### 3.1. Collectieve preventie

Om burgers op een doelmatige wijze te kunnen ondersteunen bij het leiden van een gezond leven is krachtige preventie nodig, als de basis van een zorgstelsel. Preventie kent verschillende vormen. Onder de *collectieve* preventie vallen die activiteiten die zich richten op (delen van) de populatie<sup>20</sup>. Sommige preventieactiviteiten hebben een duidelijk landelijk karakter, zoals bestrijding van infectieziekten en landelijke screenings- en vaccinatieprogramma's. Op lokaal niveau spelen zaken als gezondheidsbevordering en leefomgeving van specifieke groepen een belangrijke rol. Mensen in achterstandwijken ervaren bijvoorbeeld

vaker een minder goede gezondheid, hebben meer langdurige aandoeningen en beperkingen en sporten minder.<sup>21</sup>

Uitgangspunt moet blijven dat mensen in de eerste plaats zelf verantwoordelijk zijn voor hun gezondheid en voor het omgaan met verminderde gezondheid. Het kan iemand overkomen dat hij minder gezond is of wordt, maar we weten ook steeds meer dat gezondheid voor een belangrijk deel door gedrag en leefstijl bepaald kan worden. Zo zijn ongezond gedrag en overgewicht, vooral bij de jeugd, een bron van zorg voor de gezondheid van deze jongeren in de toekomst. De rol van de overheid bestaat eruit de juiste randvoorwaarden te creëren zodat mensen hun verantwoordelijkheden kunnen nemen. Investeren in een betere gezondheid van burgers betekent meer zelfredzaamheid, meer deelname aan de samenleving en uiteindelijk minder beroep op zorg.

Er zal meer afstemming moeten komen tussen het collectieve preventie aanbod, de ondersteunende voorzieningen en de taken van zorgaanbieders die zich meer op de genezing richten. Hiervoor dienen deze aanbieders, gemeentes en werkgevers op wijk- of buurniveau gericht samen te werken, zodat onnodig gebruik van duurdere op genezing en verzorging gerichte voorzieningen wordt voorkomen.

### **3.2. Collectieve en individuele ondersteunende voorzieningen**

Het is een groot goed als mensen zelfstandig kunnen blijven wonen en regie kunnen voeren over het eigen leven, ook als ze ouder worden of beperkingen hebben. Het geeft op een positieve manier invulling aan het leven wanneer iemand nog (zoveel mogelijk zelfstandig) het eigen huishouden kan runnen en eventueel ook nog iets aan de maatschappij kan bijdragen door middel van bijvoorbeeld betaald of onbetaald werk.

Voor mensen met beperkingen zullen ook in de toekomst collectieve en individuele voorzieningen beschikbaar zijn in de eigen omgeving. Bij de collectieve voorzieningen gaat het om bijvoorbeeld een boodschappenbus of een maaltijdservice; bij de individuele voorzieningen gaat het om huishoudelijke hulp of een rolstoel. Ook hier geldt dat ten opzichte van de huidige situatie er meer aandacht zal zijn voor de samenhang tussen de maatschappelijke ondersteuning, de collectieve preventie en de generalistische geneeskundige zorg. Het mag in de toekomst niet meer gebeuren dat mensen in zwakke positie tussen wal en schip vallen door matige communicatie tussen deze zorg- en ondersteuningsfuncties. Ook zullen afspraken moeten worden gemaakt over het kunnen investeren in de maatschappelijke ondersteuning om individuele verpleging- en verzorging of zelfs een opname te voorkomen (zie ook Hoofdstuk 6).

### **3.3. Generalistische geneeskundige zorg (incl. individuele preventie)**

De generalistische geneeskundige zorg richt zich op het voorkomen van (het verslechteren van) aandoeningen bij mensen met een verhoogd risico en op het zo goed mogelijk behandelen, ondersteunen en waar nodig verwijzen van mensen met een gezondheidsklacht of aandoening. Het gaat hier bij uitstek om generalistische, huisartsgeneeskundige en verpleegkundige expertise. Huisartsen en verpleegkundigen vormen met deze expertise ook een brug tussen alle andere aanpalende expertisegebieden: van (para-) medisch en farmaceutisch tot psychosociaal.

De generalistische huisartsgeneeskundige zorg staat op hoog niveau: veel landen kijken naar Nederland als voorbeeld.<sup>22</sup> Versterking van deze vorm van zorg is met name gewenst op drie aspecten: de rol van coördinator en indicatiesteller voor specialistische vervolgzorg en de samenhang tussen 'de huisarts' (en zijn team) en de verpleging en verzorging in de thuissituatie. Het belang van de eerstgenoemde rollen ligt al besloten in het feit dat in Nederland de huisarts als enige aanbieder wordt gefinancierd door middel van een inschrijftarief. Elke Nederlander is in principe ingeschreven bij een huisarts, die daarmee een bijzondere verantwoordelijkheid heeft voor de coördinatie en de vraag of het aanbod van de *gehele* zorg die deze Nederlander ontvangt passend is. De generalistische huisartsgeneeskundige zorg van de toekomst zal meer dan nu nog het geval is een rol krijgen in het toezien op het gepast gebruik van specialistische vervolgzorg en een krachtige rol dienen te spelen in de coördinatie van steeds complexere patiëntentrajecten. Dit betekent onder meer dat de huisarts van elke patiënt een actuele *probleemlijst* dient te hebben. Het Electronisch Patiënten Dossier (EPD) biedt daarbij ondersteuning. Ten opzichte van de huidige situatie zullen er meer diagnostische en therapeutische activiteiten in de eerstelijns plaatsvinden, zodat onnodig gebruik van duurdere specialistische vervolgzorgvoorzieningen niet nodig blijken te zijn en dus voorkomen worden.

Er zijn veel kansen voor een versterking van de rol van de verpleegkundige op het gebied van preventieve activiteiten, ondersteuning en begeleiding van patiënten of kwetsbare individuen en afstemming met wijkgerichte en op participatie gerichte activiteiten. Binnen de huidige huisartsgeneeskundige zorg spelen verpleegkundigen en andere praktijkondersteuners een steeds grotere rol. Met de komst van verpleegkundig specialisten en nurse practitioners zal deze rol alleen maar groter worden. De samenhang van deze activiteiten met de verpleegkundige en verzorgende inzet in de thuisomgeving is noodzakelijk voor het creëren van de juiste aansluiting tussen deze meer individugerichte zorgfunctie en het zorgaanbod dat gericht is op de collectieve preventie en maatschappelijke ondersteuning.

De versterking van met name de rol van de indicatiesteller geldt ook voor de acute zorg. De vrije toegang tot de acute specialistische zorg (de huidige SEH) vervalt. Triage vindt gedurende de avond-, nacht- en weekenduren plaats (fysiek of telefonisch) in de acute generalistische zorg voorziening (de huidige huisartsenpost). Tijdens kantooruren wordt deze functie door de huisarts vervuld. Versterking van de filterfunctie hier is essentieel om ook de acute zorg duurzaam betaalbaar te houden: duurdere capaciteiten dienen alleen ingeschakeld te worden als daartoe de noodzaak bestaat. In principe zou de acute generalistische zorg in de toekomst ook door een ziekenhuis kunnen worden geleverd. Essentieel daarbij is dan wel dat de kwaliteitscriteria van de acute generalistische zorg goed zijn uitgekristalliseerd, inclusief de mate waarin zorgvragen zelfstandig kunnen worden afgehandeld. Ook dient de informatievoorziening nog verder te zijn ontwikkeld.

**Meer generalistische acute zorg en minder maar betere specialistische acute zorg**  
In een goed functionerende (acute) zorgketen zal de patiënt op die plek in de keten terecht moeten komen waar zijn zorgvraag adequaat en zo doelmatig mogelijk behandeld kan worden. Voor veel patiënten is het niet altijd duidelijk in welke acute situatie men naar welke zorgaanbieder moet gaan.

Het percentage zelfverwijzers op de Spoedeisende Hulp (SEH) van een ziekenhuis is soms zeer groot (60%). Een groot deel (80%) van deze groep kan adequaat basis geneeskundig geholpen worden. In de huidige situatie is dit echter niet aantrekkelijk voor ziekenhuizen; immers een deel van hun inkomsten is afhankelijk van laag complexe behandelingen die zij uitvoeren op de SEH. Op basis van 1,4 miljoen SEH bezoeken per jaar, zijn er ongeveer 700.000 zelfverwijzers op de SEH. Indien 80% huisartsgeneeskundig geholpen wordt in

plaats van op de SEH (DBC-prijs van 'lichtere' diagnoses op de SEH gemiddeld ong. € 200), levert dit een besparing op van tenminste € 50 miljoen aan directe kosten.<sup>23</sup>

Een dergelijke reductie van de instroom zal hand in hand dienen te gaan met een concentratie van SEHs, waardoor doelmatigheid en kwaliteit sterk zullen kunnen verbeteren. Uit literatuur blijkt dat voor verschillende ziektebeelden geldt, dat ziekenhuizen betere kwaliteit leveren als ze meer patiënten behandelen per ziektebeeld.<sup>24</sup>

Dit pleit voor het reduceren van het aantal SEH's naar bijvoorbeeld 40 in totaal, zoals ook in de heroverwegingsdocument cure geopperd wordt. Dit zou een aanzienlijke verbetering in kwaliteit van zorg met zich meebrengen, aangezien de gemiddelde ritduur van de ambulance slechts met 2 minuten stijgt, terwijl het volume van patiënten per SEH ongeveer kan verdubbelen.<sup>25</sup>

### **3.4. Generalistische diagnostiek**

Goede diagnostiek is van belang om adequate zorg te kunnen leveren en om de patiënt gericht te verwijzen wanneer nodig. Patiënten hebben belang bij een snelle, kwalitatief goede diagnosestelling in de buurt, waardoor onnodige verwijzingen ook kunnen worden vermeden. Diagnostische centra leveren bloedonderzoek, onderzoek van urine en faeces en functieonderzoeken zoals ECG's, echo's, endoscopieën en longonderzoeken. Ook wordt er radiologisch onderzoek verricht en worden er bijvoorbeeld fundusfoto's (foto van het netvlies van het oog).

In de toekomst zal de medisch specialist waar nodig onafhankelijk in een dergelijk centrum een adviserende rol kunnen hebben voor de huisarts, of zullen huisartsen zich kunnen specialiseren in bepaalde diagnostische activiteiten. Aan de hand van de diagnose kan al dan niet verwezen worden naar een medisch specialist. Door concentratie van activiteiten en goede logistiek kan de diagnostiek in de toekomst veel doelmatiger zijn dan op dit moment, met een hoger serviceniveau op het gebied van de toegankelijkheid en de snelheid van terugkoppeling. Onnodige verwijzingen kunnen zo worden voorkomen, patiënten kunnen sneller worden gerustgesteld en patiënten die wel baat hebben bij een verwijzing kunnen zo sneller en preciezer worden ingestuurd.<sup>26</sup>

#### **Patiënten gebaat bij goede en snelle diagnostiek**

In de praktijk is deze ontwikkeling al gaande. Als huisartsen een echocardiografie kunnen laten doen in plaats van de patiënt direct door te verwijzen, resulteert dat in 73 procent minder verwijzingen voor de indicatie hartuis en 60 procent minder verwijzingen voor de indicatie benauwdheid. Voor abdominale echografie is eveneens aangetoond dat adequate inzet hiervan het aantal verwijzingen met 30-45% kan reduceren.<sup>1</sup>

### **3.5. Extramurale farmaceutische zorg en hulpmiddelenzorg**

Extramurale farmaceutische zorg omvat het gehele spectrum van het gebruik van geneesmiddelen: van het voorschrijven en de coördinatie daarvan, via het geven van de medicatie tot en met het monitoren van therapietrouw en op gebruik van meerdere medicijnen toegespitste activiteiten.<sup>27</sup> De farmaceutische zorg gedurende een opname in een instelling valt hier buiten.

Adequate farmaceutische zorg veronderstelt een nauwe samenwerking tussen medische en farmaceutische competenties. Veilige, doelmatige farmaceutische zorg die van hoge kwaliteit is kan op patiënt- en populatieniveau alleen in samenhang worden geleverd. Er zijn veel regionale voorbeelden van goede samenwerking tussen apotheker en huisarts, maar er is brede overeenstemming over het hier aanwezige verbeterpotentieel. Het aantal oudere en kwetsbare

patiënten die veel middelen tegelijkertijd gebruiken zal in de toekomst alleen maar toenemen en de noodzaak voor een veilig, doelmatig en doeltreffend medicatiegebruik neemt ook alleen maar toe.

Hulpmiddelenzorg bestaat uit het indiceren, selecteren en afleveren van bruikbare adequate hulpmiddelen. Vanwege hun grote verscheidenheid kunnen hulpmiddelen verschillende interventiedoelen dienen. Zo kunnen hulpmiddelen geneeskundige zorg ondersteunen of functiebeperkingen compenseren en daarmee de zelfredzaamheid en participatie van mensen bevorderen. Hulpmiddelenzorg speelt daarmee zowel een belangrijke rol in de symptoomgerichte (gezondheidsgerelateerde) als de ondersteunende (welzijnsgerelateerde) zorg. Gezondheidsgerelateerde hulpmiddelen zijn gericht op een medische behandeling en grijpen in op het stoornisniveau zoals afwijking of verlies van lichaamsfuncties of anatomische eigenschappen. Welzijnsgerelateerde hulpmiddelen richten zich meer op de blijvende gevolgen van een stoornis, het 'functioneringsprobleem' en bevorderen vooral de zelfredzaamheid en participatie.

Op dit moment is maatwerk en vraagsturing in de hulpmiddelenzorg maar beperkt mogelijk. Een patiënt heeft recht op een keuze uit een limitatieve lijst van hulpmiddelen, gebaseerd op het productaanbod. In de toekomst zal het opheffen of verminderen van een functioneringsprobleem (de zorgvraag) het uitgangspunt van de hulpmiddelenzorg dienen te zijn. Bij het selecteren van een adequaat hulpmiddel zal integraal naar de individuele problematiek van de zorgvrager gekeken worden.

### **3.6. Generalistische voedingszorg en generalistische zorg houding en beweging**

Generalistische zorg voor houding en bewegen wordt onder andere door fysiotherapeuten geleverd. Het is bedoeld voor mensen met klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat. De generalistische voedingszorg is gericht op het verbeteren en veranderen van voedingsgewoontes en wordt met name door diëtisten geleverd.

Dit type zorg is essentieel in een meer op preventie gericht zorgaanbod. Een gezonde leefstijl is de basis van het voorkomen van ziekte én van het zo gezond mogelijk ouder worden met een chronische ziekte. In de latere levensfasen blijft een actieve levensstijl, goede voeding en een goede voedingstoestand een voorspeller van een lagere ziektelast en een hogere kwaliteit van leven. Gerichte interventies hierop blijken, in de juiste omstandigheden en *evidence based* ingezet, grote resultaten te kunnen boeken.

Deze zorg zal in de toekomst steeds vaker in samenhang met andere professionals worden geleverd: als integraal onderdeel van leefstijlinterventies, bijvoorbeeld, of hart- of longrevalidatie programma's. Ook monodisciplinair zal de ontwikkeling naar meer programmatische zorg voor deze beroepsgroepen zich voortzetten.

In de Figuur met de verschillende zorgfuncties is aangegeven dat deze zorg alleen na verwijzing vanuit de generalistische geneeskundige zorg toegankelijk is. Op dit moment is dat voor de fysiotherapie het geval. Of dat ook in de toekomst nog wenselijk is zal afhangen van de vraag in hoeverre deze zorg in het verzekerde pakket ondergebracht zal worden c.q. blijven, en hoe de bekostiging van deze zorg vorm zal krijgen. Op basis van de huidige bekostigingssystematiek (per



verrichting) is directe toegang tot verzekerde zorg niet toekomstbestendig, omdat dit te een te zeer vraagopdrijvend effect kan hebben (zie H. 4).

Zorg gericht op bewegen en activering heeft, geleverd in nauwe samenhang met andere professionals, een belangrijk positief effect op de kwaliteit van zorg en zorgkosten van mensen met dementie (langer zelfstandig kunnen blijven wonen), CVA (vlotte revalidatie), artrose (uitstel en soms zelfs afstel heupoperatie mogelijk), atherosclerose van de beenvaten (minder functionele klachten), herstel na open-hart operatie en de ziekte van Parkinson.<sup>28</sup> Voor een integrale focus op voeding en voedingstoestand geldt hetzelfde. Gemiddeld is één op de vier patiënten in ziekenhuizen, zorginstellingen en cliënten bij de thuiszorg ondervoed. Ondervoeding heeft grote gevolgen voor zowel de acute als chronische patiënt, zoals een verminderd inspanningsvermogen, trager herstel, meer en ernstigere complicaties en het gaat gepaard met hoge kosten voor de Nederlandse gezondheidszorg (1,7 miljard per jaar).<sup>29</sup> Het voorkomen en behandelen van ziektegerelateerde ondervoeding leidt tot afname van de zorgbehoefte en afname van de complexiteit van de zorg. Ook te zware patiënten hebben veel baat bij een integrale focus op voeding en bewegen. Diabetes type 2 kan worden uitgesteld en voorkomen door gezonder te leven. De Maastrichtse SLIM studie heeft aangetoond dat ook nog na zes jaar mensen in het voorstadium van ouderdomsdiabetes die het leefstijlprogramma volgden een betere bloedsuikerspiegel en 30% minder diabetes hadden dan de mensen in de controlegroep.<sup>30</sup>

### **3.7. Integrale chronische zorg**

Geconfronteerd worden met een chronische ziekte betekent voor veel mensen dat zij hun leven moeten aanpassen en soms drastisch anders moeten inrichten. Goede integrale behandelingsmogelijkheden en leefstijlaanpassingen kunnen het leed vaak verzachten of voorkomen dat de ziekte erger wordt. Een systematische aanpak volgens de principes van diseasemanagement biedt hiervoor een oplossing. Een integraal onderdeel daarvan is dat de patiënt bewust keuzes maakt over hoe zijn of haar leven en behandeling eruit zien en zoveel mogelijk zelf regie voert.

Volgens het principe van diseasemanagement worden verschillende typen expertise op gestructureerde wijze bij elkaar gebracht, waarbij volgens een integrale aanpak, met één aanspreekpunt en inhoudelijk verantwoordelijke, de zorg wordt geleverd. 'Integraal' betekent in de toekomst dat de medische en de verpleegkundige/ verzorgende zorg thuis voor de chronische patiënt naadloos op elkaar zijn aangesloten.

De basis voor de patiëntgerichte, samenhangende zorg volgens het principe van diseasemanagement is de zorgstandaard. Een zorgstandaard beschrijft vanuit het perspectief van de patiënt waar optimale zorg voor een specifieke chronische aandoening zowel inhoudelijk als organisatorisch aan moet voldoen. De zorgstandaard beschrijft het hele zorgcontinuüm, van preventie tot palliatieve zorg. Er wordt beschreven wat er moet gebeuren (functioneel), niet door wie of waar. Zorgstandaarden laten qua organisatie van de zorg dus ruimte aan lokale invulling. De zorgstandaard wordt altijd vertaald in een individueel zorgplan waarin de persoonlijke doelen en behoeftes van de patiënt vertaald zijn. Maatwerk dus. Zodoende worden patiënten in staat gesteld op een verantwoorde wijze zelf verantwoordelijkheid te dragen voor hun ziekte en behandeling. Met deze aanpak wordt de professionele ruimte om de zorg naar de behoefte van de cliënt in te richten zo groot mogelijk gemaakt en dat geeft aanbieders een prikkel om te komen tot een integrale aanpak waarbij de doelmatigheid van het zorgproces wordt gemaximaliseerd. Best practices tonen aan dat de kwaliteit van zorg door deze aanpak drastisch verbeterd.

In de toekomst zullen er naast de huidige integrale zorgfuncties die er al zijn zorg voor COPD, Diabetes, hartfalen en cardiovasculair risicomanagement ook integrale zorgfuncties zijn voor andere aandoeningen die veel voorkomen en waarbij programmatische, multidisciplinaire zorg aangewezen is. Te denken valt aan bijvoorbeeld dementie, osteoporose, astma en chronische depressie.

### **3.8. Basis GGZ**

Voor de patiënt met psychische klachten is het belangrijk dat hij snel bij de juiste hulpverlener(s) terecht kan. Ook voor deze patiënten is goede probleemherkenning en diagnostiek essentieel. Mensen met klachten als somberheid, angst of depressie hebben er veel belang bij dat deze vroeg herkend worden, waardoor met preventieve interventies het welbevinden kan worden bevorderd. In het geval van lichtere manifestaties van psychosociale problemen of depressie kunnen toegespitste, lichte interventies al veel baat hebben. Door middel van e-Health interventies kunnen mensen zelf regie houden en deze zelfregie versterken. Eventueel kan de behandeling worden uitgebreid met enkele kortdurende gesprekken, afhankelijk van het type klachten dat de patiënt heeft. Langdurige trajecten, met verwijzingen naar specialistische vervolgzorg kunnen zo worden voorkomen, met positievere uitkomsten voor de cliënt (stepped-care principe).<sup>31</sup>

Voor meer ernstige psychische problemen is adequate vroegtijdige herkenning en verwijzing naar specialistische vervolgzorg eveneens essentieel. Na afronding van een specialistische behandeling kan terugvalpreventie geïndiceerd zijn, welke dan vaak weer het best in de eigen omgeving kan worden aangeboden. Ook dit kan in de vorm van eHealth interventies, waarbij bijvoorbeeld telemonitoring plaatsvindt van stemmingsveranderingen en gepersonaliseerde feedback over een langere termijn.

Nu en in de toekomst zullen mensen met psychosociale problemen in 90% van de gevallen als eerste bij de generalistische huisartsgeneeskundige zorg terecht komen. Deze is een belangrijke schakel bij het al dan niet verwijzen van een patiënt naar andere hulpverleners. Afhankelijk van het type klacht besluit de huisarts op dit moment om zelf een aantal gesprekken met de patiënt te voeren of te verwijzen naar een eerstelijnspsycholoog, een maatschappelijk werker of naar de tweedelijnszorg: de psychiaters, psychotherapeuten, GZ psychologen, SPV-en en SPV-en (sociaal/psychiatrisch verpleegkundigen), ergo en vaktherapeuten, bewegingstherapeuten. Ook de GGZ praktijkondersteuner ('POH-GGZ') komt steeds vaker voor in de huisartsenpraktijk.

De huidige organisatie van eerstelijns GGZ zorg is momenteel sterk versnipperd, waardoor de zorg ten aanzien van psychische problematiek nog te vaak een ad hoc karakter heeft. Bij de huisarts ligt de aandacht vaak sterk op de somatiek en daardoor komen psychische aspecten te weinig over het voetlicht. Te vaak is de behandeling nog gericht op episodisch ziektemanagement van acute manifestaties, waardoor te weinig aandacht wordt besteed aan preventie en vroege interventie van lichtere klachten. Ook wordt te weinig gedaan aan gerichte terugvalpreventie en worden behandelingen dikwijls niet aangeboden conform bewezen effectieve richtlijnen. Dit resulteert zowel in onderbehandeling als overbehandeling.<sup>32</sup> Voor veel (pre) depressieve patiënten geldt dat de kans groot

is dat de aandoening chronisch of recidiverend wordt bij afwezigheid van adequate behandeling.<sup>33</sup>

Ook is de samenwerking tussen de verschillende professionals niet optimaal en wordt de patiënt onvoldoende betrokken bij het management van diens gezondheid. Dientengevolge is de therapietrouw aan de behandeling vaak gering. Het ontbreken van goede verbindingen tussen preventie, eerste lijn en de gespecialiseerde GGZ resulteren daarmee in discontinuïteit in de zorgketen en een te groot beroep op de (duurdere) tweedelijns GGZ zorg. Hier presenteren zich dus kansen om de zorg te verbeteren, de ziektelast te verminderen en tegelijkertijd duurdere zorg te voorkomen.

### 3.9. Ouderenzorg/multimorbiditeit

Veel chronische patiënten lijden aan meer dan één aandoening. Voor een relatief jonge patiënt met COPD en Diabetes die verder goed zelfredzaam is zal gelden dat beide aandoeningen volgens de disease management principes dienen te worden behandeld. Dergelijke patiënten zullen meestal terecht willen en kunnen bij aanbieders die deze programmatische zorg gezamenlijk, op geïntegreerde wijze kunnen aanbieden.

Indien er sprake is van dusdanig ernstige comorbiditeit dat er van 'disease-management' van de betreffende aandoening geen sprake meer kan zijn, ontstaat er een nieuwe situatie. Het belang van ziektespecifieke behandeling en secundaire preventie verschuift op een gegeven moment naar een primaire focus op kwaliteit van leven en vermindering van symptomen. Er is een geleidelijke omslag waarna er minder sprake is van protocollaire, ziektespecifieke zorg, en meer van intensief case-management en het zo lang mogelijk in de eigen omgeving zo volwaardig mogelijk kunnen leven.

De Nederlandse gezondheidszorg voor kwetsbare ouderen, zo constateerde de Gezondheidsraad in 2008, is 'niet adequaat ingericht'. De sterfte onder ouderen is in Nederland relatief hoog.<sup>34</sup> Ouderen komen in acute situaties terecht die vermijdbaar waren geweest, worden eerder dan nodig zou zijn uit hun eigen omgeving gehaald en komen te vaak in het ziekenhuis terecht.<sup>35</sup> De uitdaging is dat de zorg voor kwetsbare ouderen niet alleen gerelateerd is aan het hebben van

#### **Buurtzorg: hoge kwaliteit en lage kosten in de thuiszorg gaan samen**

Een instelling die claimt op de thuiszorg €2 mld te kunnen besparen en tegelijkertijd hogere kwaliteit zorg kan leveren, is de Stichting Buurtzorg. Buurtzorg is opgericht in 2006 om een bijdrage te leveren aan het oplossen van problemen als de groeiende zorgvraag en de krappe arbeidsmarkt binnen de thuiszorg. Het „Buurtzorgconcept" is gebaseerd op kleine teams die zorg in de buurt van de cliënt leveren. Deze teams bestaan uit generalistisch werkende, ervaren (wijk)verpleegkundigen en ziekenverzorgenden. De cliënt en diens mogelijkheden en toekomstbeeld staan hierbij centraal waardoor er, vanuit een hoog deskundigheidsniveau, veel aandacht is voor het individu. Buurtzorg zoekt bovendien contact met andere formele en informele zorgverleners (zoals huisarts, maar ook mantelzorgers) om cliënten zo lang mogelijk thuis te laten wonen.

#### *Buurtzorg: cliëntervaringen beter dan andere thuiszorg*

Cliënten zijn zeer positief over Buurtzorg. Gemiddelde haalt Buurtzorg een 3,5 of hoger (op een schaal van 1-4). De cliënten van Buurtzorg waarderen de zorg die ze krijgen minimaal 0,5 punten hoger dan hun eerdere thuiszorg.

#### *Buurtzorg is efficiënter: hoge arbeidsproductiviteit*

Buurtzorg heeft twee productiviteitsscenario's berekend en afgezet tegen de Benchmark VVT 2008. Hieruit blijkt dat Buurtzorg een lage overhead en hoge arbeidsproductiviteit heeft. Buurtzorg heeft momenteel 2100 mensen in dienst, waarvan slechts 15 fte bestaat uit overhead (aansturing en cliëntadministratie). Dit komt neer op een totaal van 11,6% overhead tegenover 25% gebruikelijk is. De huidige productiviteit van een Buurtzorg team is gemiddeld 60% tegenover 50,9% in de benchmark. Buurtzorg verwacht de productiviteit naar 65% te kunnen brengen.

#### *Buurtzorg: huidige systeemprikkels averechts*

Buurtzorg roeit naar eigen zeggen tegen de stroom van beleid in. De huidige systeemprikkels stimuleren op sturen op kosten per uur, de indicaties lang in stand houden en complicerende differentiaties naar functies, klassen, zorgzwaarte en bandbreedten. Dit leidt tot een hoge overhead en het laten uitvoeren van taken door verschillende thuiszorgmedewerkers bij dezelfde patiënt. Buurtzorg stelt de behoefte van de patiënt vast aan de hand van een profiel per patiënt. Dit profiel bestaat uit de zorgvraag en het formele zorgnetwerk (onder ander de huisarts) rondom de patiënt en het informele netwerk. Door deze „sociale kaart" in beeld te brengen kan de zorgverlening afgestemd worden op de behoeften van de patiënt. Dit heeft twee belangrijke voordelen: de patiënt houdt de regie, dit stimuleert zelfredzaamheid. Daarnaast verhoogt dit de kwaliteit van de dienstverlening (MBC, 2009).

meerdere aandoeningen tegelijkertijd, maar ook aan de combinatie van een chronische aandoening met meer algemene ouderdomsverschijnselen als geheugenstoornissen, mobiliteitsproblemen en het daarmee gepaard gaande verlies van zelfredzaamheid en welbevinden.<sup>36</sup> Aandachtspunten zijn het vroegtijdig signaleren van gezondheidsrisico's bij deze groep, duidelijke regie over en coördinatie van zorgtrajecten, specialistische advisering aan generalistische hulpverleners en kennisontwikkeling. In de voorbeelden die eerder in deze brief zijn gegeven is duidelijk geworden dat het hierbij naast te voorkomen leed ook om een groot doelmatigheidspotentieel gaat.

De noodzaak voor coördinerende, case-management taken maakt de inbreng van verpleegkundige expertise essentieel. Daarnaast zullen ook huisartsen een centrale rol spelen (er is recent een kaderopleiding ouderengeneeskunde gestart voor deze doelgroep). Ook de expertise van een specialist ouderengeneeskunde kan niet worden gemist.

Een integraal onderdeel van de zorg voor ouderen is de palliatieve zorg. Bij deze zorg, in de laatste fase van het leven, staat pijnbestrijding, het zo goed mogelijk aanpakken van lichamelijke en psychosociale problemen en het creëren van een door de patiënt zo veel mogelijk zelf vormgegeven stervensproces centraal.<sup>37</sup> Ondersteuning bij sterven is dichtbij, bekend en beschikbaar binnen de reguliere zorg. De behoefte aan zorg die nodig is bij het sterven wordt vroegtijdig gesignaleerd, waardoor geanticipeerd kan worden op mogelijke hulpvragen die ook van andere aard zijn en de patiënt tijdens het proces van sterven tot en met de nazorg voor de nabestaanden gevolgd kan worden. Palliatieve expertise wordt in de vorm van consultatie, scholing en instructie overgedragen, maar is in voorkomende gevallen ook begeleidend, coördinerend, coachend en zelfs uitvoerend.

Ook de palliatieve zorg is op dit moment sterk versnipperd en het is niet altijd mogelijk voor mensen om thuis te sterven indien zij dat wensen<sup>38</sup>. Mensen en hun naasten hebben zelfs in deze fase te maken met vele loketten, voor de verpleging en verzorging, voor eventuele hulpmiddelen en voor de eigen verzekeraar. Gestreefd moet worden naar een situatie waarin de inzet van palliatieve zorg en ondersteuning wordt bepaald door de behoefte aan zorg en niet door de beschikbaarheid van middelen. Zo laag mogelijke transactiekosten en zo hoog mogelijke kwaliteit van de geleverde zorg aan de patiënt staan hierbij centraal.

## **4. Bekostiging en Transparantie**

### **4.1. Uitgangspunten**

Mensen in Nederland moeten kunnen rekenen op zorg die hun maximaal in staat stelt gezond te zijn en te blijven en regie te voeren over hun eigen leven, in hun eigen omgeving. De in het vorige hoofdstuk omschreven zorgfuncties hebben gezamenlijk de potentie om de zorg in de eigen omgeving krachtig vorm te geven en daarmee ook de trend van steeds stijgende zorguitgaven bij te buigen.

De gezondheidseconomie weet al ruim een halve eeuw dat elke bekostigingsmethodiek haar eigen, specifieke gedrag oproept. Schotten in bekostiging en verkeerd gerichte financiële prikkels leiden tot gebrekkige samenwerking en een rem op innovatie, omdat de baten op het ene terrein vaak gepaard gaan met extra kosten voor een ander terrein (zie ook par. 2.2). Dit soort schotten leveren frustraties op bij professionals, net als bijvoorbeeld

budgetparameters die niets te maken hebben met de inhoud van de geleverde zorg of minutenregistraties. Een verrichtingen- of productsysteem stimuleert hoge productiviteit en doelmatigheid, doordat aanbieders 'loon naar werken' krijgen. Daardoor ontstaat tegelijkertijd het risico dat aanbieders de vraag extra stimuleren: 'supply-induced demand' is een bekend fenomeen in de zorg. Budget- of abonnementsystemen zijn daarentegen administratief veelal eenvoudig, maar kunnen leiden tot lagere productiviteit en onderbehandeling van cliënten of wachtlijsten. Een goede vorm van bekostiging stimuleert zowel kwaliteit, vraaggerichtheid en de focus op zelfredzaamheid en zelfmanagement. Daarnaast ondersteunt het op die manier de arbeidsvreugde en professionele trots van hen die in de zorg werkzaam zijn.<sup>39</sup>

Door de genoemde zorgfuncties zo integraal mogelijk te bekostigen wordt de huidige fragmentatie van bekostigingsmethodieken teruggedrongen. Door de bekostiging te laten aansluiten op de gewenste, inhoudelijke inrichting van de zorg in de eigen omgeving wordt aan een essentiële randvoorwaarde voor het realiseren van de in deze nota centraal gestelde ambities voldaan. Net als in Hoofdstuk 3 wordt ook hier vanuit het wenselijke toekomstbeeld geredeneerd, maar tegelijkertijd ook aangesloten bij de huidige bekostigingsvormen in het zorgveld: een toekomstvisie zonder basis in de realiteit van het heden is immers weinig zinvol.

Bij het bekostigen van zorg hoort ook het transparant zijn over wat die zorg oplevert: wat is het maatschappelijk rendement van de aanbieders die deze zorg leveren? Hoe ervaren patiënten dat? Vervullen de zorgfuncties inderdaad de integrale, gezondheidsbevorderende rol die ze zouden kunnen vervullen, inclusief een beperking van complicaties, vermijdbare opnames enzovoort? Alleen zo kunnen mensen immers inzicht krijgen in het functioneren van de zorg in de eigen omgeving en keuzes maken waar ze dat willen en kunnen. En alleen zo kunnen inkopers de geleverde kwaliteit van de zorg spiegelen aan de kosten ervan.

In de volgende paragrafen wordt kort aangegeven welk type bekostigingstelsel het best past bij welke zorgfunctie.

#### **4.2. Product- of cliëntvolgende bekostiging**

DBC's of Zorgzwaarte pakketten zijn een voorbeeld van product- of cliëntvolgende bekostiging. Hierbij krijgt de zorgaanbieder een vast of onderhandelbaar bedrag per patiënt, voor het leveren van een op een bepaalde zorgvraag/-behoefte gericht aanbod. De geleverde kwaliteit wordt op hetzelfde niveau inzichtelijk gemaakt. Een dergelijke bekostiging is wenselijk wanneer de indicatie en de gewenste uitkomsten voor de te leveren zorg goed omschrijfbaar en waar nodig controleerbaar zijn. Dan is het immers duidelijk wat er in welke omstandigheden voor zorg geleverd dient te worden, en geeft deze bekostigingmethodiek de optimale vrijheid aan de aanbieder om de zorg vorm te geven. Ongewenst overgebruik van zorg (een risico bij deze vorm van bekostiging) kan dan worden voorkomen. Tegelijkertijd maakt een dergelijke manier van bekostigen de zorg op de juiste manier transparant: op deze wijze wordt inzichtelijk wat de prijs/kwaliteitverhouding is van een heupfractuur operatie, van diabeteszorg, of van de intramurale zorg voor een ernstige demente negentig-jarige. Het levert 'loon naar prestatie' op voor aanbieders, optimaliseert de zorginkoop, en stimuleert tegelijkertijd tot kwaliteit én doelmatigheid in het leveren van de zorg.

De zorgfuncties meer aan de 'achterkant' van het zorgstelsel zijn bij uitstek geschikt voor dit type bekostiging; in ziekenhuizen, verpleeghuizen en de integrale chronische zorg wordt op dit moment al op deze wijze gewerkt. De uitzondering hier is het deel 'verpleging en verzorging thuis' in de integrale

chronische zorg, wat op dit moment nog separaat na indicatie op minuten-basis wordt bekostigd. Er is echter op voorhand geen reden waarom dit onderdeel van de zorg niet in integrale bekostiging te includeren is.

#### **4.3. Bekostiging op basis van de (verzekerde) populatie**

Het inschrijftarief van de huisarts, of de bekostiging van de praktijkondersteuner of programma's voor ouderenzorg in gezondheidscentra zijn een voorbeeld van bekostiging op basis van de (verzekerde) populatie. Hierbij krijgt de zorgaanbieder een vast of onderhandelbaar bedrag per patiënt of verzekerde in zijn populatie, voor een omschreven pakket te leveren zorg (de generalistische geneeskundige zorg bijvoorbeeld). Een dergelijke bekostiging is wenselijk wanneer het gaat om zorg met een duidelijk populatie-karakter, zoals preventieve en wijkgebonden activiteiten, en/of activiteiten met een belangrijke beschikbaarheidscomponent. Ook wanneer de precieze indicatie of de gewenste uitkomsten moeilijk te omschrijven zijn is populatie-bekostiging de aangewezen weg, omdat anders de kosten snel kunnen oplopen zonder dat de maatschappelijke meerwaarde hiervan inzichtelijk wordt. De zwaarte van de populatiekenmerken, zoals bijvoorbeeld achterstandsgebieden of leeftijdsopbouw, kunnen in het bedrag per verzekerde worden meegenomen. Ook kan het bedrag variëren naar gelang de geleverde kwaliteit en service.

De zorgfuncties meer aan de 'voorkant' van het zorgstelsel lenen zich bij uitstek voor deze vorm van bekostiging. De generalistische geneeskundige zorg, bijvoorbeeld, past in dit profiel en leent zich bij uitstek voor deze vorm van bekostiging. Ook de acute generalistische zorg wordt eveneens nu reeds voor een belangrijk deel als populatie-bekostiging gefinancierd. Beschikbaarheid staat hier immers centraal.

De ouderenzorg, tenslotte, betreft een groep patiënten die moeilijk in scherpe 'deelproducten' te omschrijven is. Er is weinig evidence over de optimale behandelmethoden, en het is ook hier essentieel om integraal af te stemmen met de aanpalende functies, zoals de generalistische huisartsgeneeskundige zorg en de ondersteunende voorzieningen. Dit maakt dat ook hier populatie-bekostiging aangewezen is. Dit betekent dat een tarief per verzekerde (bijvoorbeeld voor elke verzekerde boven de 75 jaar, en voor jongere patiënten waarbij ernstige multi-morbiditeit is geconstateerd, gecorrigeerd voor sociaal-economische status) kan worden afgesproken, waarvoor de zorg voor de patiënt wordt bekostigd.

Voor zowel de ouderenzorg als de generalistische geneeskundige zorg geldt dat de 'verpleging en verzorging thuis' integraal in deze bekostigingsystematiek kan worden geïncorporeerd. Hiervoor is dan ook geen separate 'indicatiestelling' meer nodig.

De risico's van populatie-bekostiging – lagere productiviteit, onderbehandeling, wachtlijsten – kunnen worden beheerst door bijvoorbeeld goede prestatie-indicatoren. Deze kunnen inzicht geven in de mate waarin de bedoelde taken ook daadwerkelijk worden verricht, in hoeverre wachtlijsten bestaan, enzovoort. Een hoge productie of hoge kwaliteit kan dan eventueel extra worden beloond, bijvoorbeeld.

#### **4.4. Bekostiging op basis van verrichtingen**

Voor sommige zorgvormen blijft bekostiging op basis van individuele verrichtingen (kleine chirurgie door de huisarts, of eerstelijnsdiagnostiek) een praktische financieringsvorm. Wanneer er weinig risico is op aanbodgeïnduceerde vraag<sup>40</sup>, en

wanneer de interventie een op zich afgerond zorgaanbod omvat, dan kan dit een erg eenvoudige en overzichtelijke betaalmethodiek zijn.

#### **4.5. Transparantie**

Onderdeel van het proces om samenhangende zorg over de schotten heen tot stand te brengen is adequate informatievoorziening over de gerealiseerde kwaliteit en kosten van de zorg. Hiervoor is informatie nodig op twee vlakken:<sup>41</sup>

- a. informatie voor de patiënt en de zorginkoop. Een patiënt heeft informatie nodig zodat hij kan kiezen voor een zorgaanbieder of zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars en gemeentes hebben op vergelijkbare wijze informatie nodig voor hun zorginkoop. Zorgaanbieders dienen duidelijk te kunnen maken wat de kwaliteit/prijsverhouding is van de zorg die zij leveren. (Maatschappelijke) verantwoording dient een integraal onderdeel van de bedrijfsvoering te zijn. Dit gebeurt door publiek te rapporteren over de gerealiseerde kwaliteit door de aanbieder van de individuele zorgfuncties. Op deze wijze verkrijgen ook de NZa en de IGZ essentiële informatie over de geleverde kwaliteit van zorg.
- b. informatie voor verantwoording en beleid. Naast publieke kwaliteitsinformatie is beleidsinformatie noodzakelijk voor partijen als het CBS, het RIVM, maar ook het bijvoorbeeld het CVZ en het Ministerie van VWS zelf. Op dit moment is dit type beleidsinformatie versnipperd, moeilijk toegankelijk en wisselend van kwaliteit. Door het bestaan van de schotten is het niet mogelijk om schotten-overstijgende conclusies te trekken of consequenties van het beleid te volgen.

Tegelijkertijd moeten administratieve lasten en bureaucratie worden voorkomen en dienen onnodige transactiekosten voorkomen te worden. Door de kwaliteit van veelal al bestaande registratie-systemen te verbeteren en door de aanvraag van aanvullende gegevens te beperken tot dat type gegevens dat noodzakelijk is voor goede bedrijfsinterne sturing op kwaliteit is een legitieme en overzichtelijke uitvraag mogelijk.

#### **4.6. Fundamentele aanpak: van wantrouwen en regelgeving naar vertrouwen en transparantie**

Bekostigingsmethoden hebben tot doelstelling om doelmatigheid en kwaliteit zo veel mogelijk in evenwicht tot stand te brengen. De technieken die daaromheen nu vaak worden ingezet in de zorg (indicatiestelling, inkoop op uren en minuten, controle, uitputtende verantwoording) zijn veelal vormgegeven vanuit het uitgangspunt: *low trust*, controle en administratieve regels. Zekerheid voor doelmatigheid en kwaliteit wordt gezocht in planning (indicaties, budgetten, tarieven) en verantwoording (declaraties, jaarverslagen). Systemen die hierop gebaseerd zijn vragen (veel) planning, registratie, controles, rapportages en controle/toezichtsinstanties.

Systemen kunnen ook worden ingericht met als uitgangspunt: *high trust, high penalty*. Dit betekent dat de verantwoordelijkheid voor kwaliteit en doelmatigheid in eerste instantie bij de professional en de instelling ligt. De consequentie hiervan voor de aanbieder is dat er volledige transparantie is over de prijs/kwaliteit verhouding van de geleverde zorg, waardoor duidelijk is wat er gebeurt. Meer vertrouwen *door* meer transparantie, dus. Hierdoor zijn minder personen die fysiek toezicht houden of regels maken nodig.

In wezen gaat het om een andere waarden/normen oriëntatie (en andere gedrag) zowel vanuit de overheid als vanuit toezichthouders en veldpartijen (zorgaanbieder, inkopers, enz.). In plaats van wantrouwen wordt uitgegaan van

vertrouwen; in plaats van het indiceren van elke cliënt vooraf worden alleen enkele verwijsbeslissingen achteraf gecheckt; in plaats van het inkopen van de zorg volgens protocol A of richtlijn B wordt ingekocht op te leveren *uitkomsten*. Uitgaande van de in Hoofdstuk 3 beschreven zorgfuncties is deze mogelijkheid al veel dichterbij dan veelal wordt gedacht.

Van de kant van het veld betekent dit een groot streven naar kwaliteit en doelmatigheid, gevoed door eigen motivatie. Indien de kwaliteit of doelmatigheid onder de maat is, vindt er correctie primair plaats door 'collega's'. Als sprake is van zelfregulering kan de overheid systemen gaan inrichten op basis van vertrouwen. Dat wil zeggen, loslaten en uitgaan van kwaliteit en doelmatigheid. Niet langer hoeft alles gecontroleerd of gerapporteerd te worden – als kern prestatie-indicatoren maar goed zijn, en kloppen.

Hierbij behoort dus volledige transparantie. Dit geldt voor zowel de zorgaanbieder als ook voor het zorgkantoor, de zorgverzekeraar, een gemeente of toezichthoudende instantie. Bij 'vertrouwen' hoort ook vertrouwen in wat anderen doen met de informatie over de zorguitkomsten die een zorgaanbieder realiseert, of een zorginkoper inkoopt. Hierbij hoort ook (high trust, high penalty) dat *als* het vertrouwen wordt beschaamd (omdat er bijvoorbeeld gesjoemeld wordt met de aangeleverde prestatie-indicatoren) de sanctie majeur en openbaar is.

## **5. Financieringssysteem**

### **5.1. Introductie**

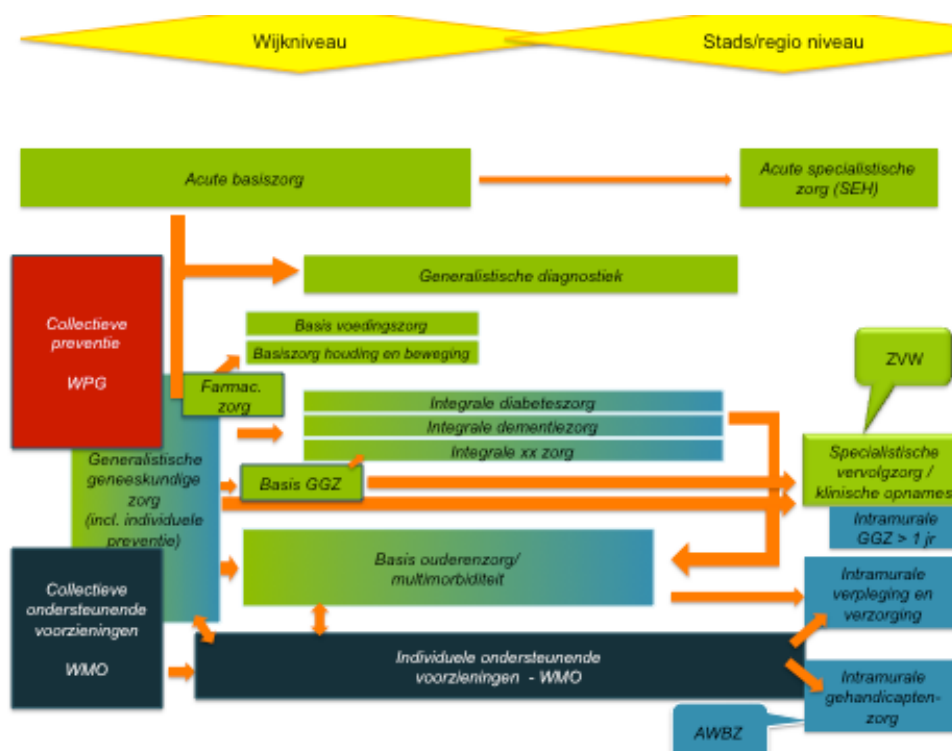
Mensen krijgen zorg of ondersteuning omdat ze zijn verzekerd bij een particuliere verzekering (Zvw), in aanmerking komen voor zorg vanuit de AWBZ en/of omdat ze voor een beperking worden gecompenseerd (Wmo). Elk systeem kent zijn eigen methodieken om te bepalen of er beroep gedaan kan worden op het zorgaanbod, eigen budgetten, eigen budgethouders, eigen contracteerregels, eigen declaratiemethoden, en eigen verantwoordingsregels. Zolang iemand gebruik maakt van zorg of ondersteuning vanuit één van deze domeinen, is in het algemeen duidelijk waar iemand recht op heeft en hoe dat betaald wordt. Zodra iemand zorg nodig heeft vanuit verschillende domeinen, dus behoefte heeft aan een integraal zorgaanbod, ontstaan er vrijwel per definitie problemen in het 'uitlijnen' van de benodigde zorg. Er ontstaan frictie- en transactie kosten, omdat aan verschillende administratieve systemen en tijdslijnen dient te worden voldaan. Samenwerking en coördinatie is per definitie ingewikkeld, omdat de verschillende budgethouders met wie dient te worden gesproken (verzekeraar, gemeente, zorgkantoor) steeds terecht bezorgd zullen zijn of de gelden waar zij verantwoordelijk voor zijn niet ten gunste komen van andere budgethouders. Bovendien is regie voeren over zorg erg ingewikkeld als de individuele aanbieders met wie je zorg levert allemaal aan anderen dienen te rapporteren, volgens andere criteria. Een 75 jarige dementerende patiënt kan veel baat hebben bij ergotherapie of andere vormen van activering<sup>42</sup>, maar dat betekent in praktijk dat de verzekeraar investeert en de financiële baten vervolgens (door een eventueel uitstel van verpleeghuisopname) in de AWBZ vallen. De voorbeelden van dit soort paradoxen zijn legio; de één-loket gedachte is in dergelijke settings vrijwel onmogelijk te realiseren.

De omvang van deze transactiekosten kan moeilijk worden overschat. Er is veel coördinatie en regelwerk mee gemoeid, en speciale functies bestaan in organisaties alleen om over de schotten heen de zorg te coördineren (zoals transferverpleegkundigen). Ook gaat het bijvoorbeeld om financiële verrekeningen tussen partijen. Een majeur punt is bovendien dat zorgaanbieders moeten voldoen



aan sets van regels uit meerdere systemen (regels met betrekking tot kwaliteit, indicatiestelling, registratie, verantwoording, declaratie). Veel klachten over administratieve lasten zijn hierop terug te voeren.

Als we de bestaande financiële systemen projecteren op de wenselijke inrichting van de zorg in de eigen omgeving zoals in Hoofdstuk 3 beschreven, dan zijn meteen de in de praktijk ervaren knelpunten duidelijk: daar waar de schotten tussen AWBZ en de Zvw dwars door een integrale zorgfunctie loopt (generalistische geneeskundige zorg, basis ouderenzorg, integrale chronische zorg en palliatieve zorg). Voor wat betreft de AWBZ gaat het hierbij steeds om de verpleegkundige en verzorgende zorg thuis.



Elk financieringsysteem kent in deze figuur zijn eigen kleur. Voor de compleetheit zijn in dit figuur ook de intramurale gehandicaptenzorg en de GGZ weergegeven.

Een tweede belangrijk probleem wat al eerder in deze nota is geconstateerd, en wat ook meteen zichtbaar wordt, is de uitdaging om helemaal vooraan de afstemming tussen de collectieve preventie, de collectieve ondersteunende voorzieningen en de generalistische geneeskundige zorg (incl. verpleging en verzorging thuis) goed op elkaar af te stemmen. Alle wettelijke kaders lopen in de wijk door elkaar; geen van de betrokken budgethouders is *a priori* geïnteresseerd in het investeren in trajecten waarbij de belangrijkste baten uit het eigen gezichtsveld wegvloeiën.<sup>43</sup> Het gevolg hiervan is dat er vele mogelijkheden blijven liggen om echt te voorkomen dat mensen ziek worden, en dat mensen van onnodig zwaardere zorg afhankelijk worden.

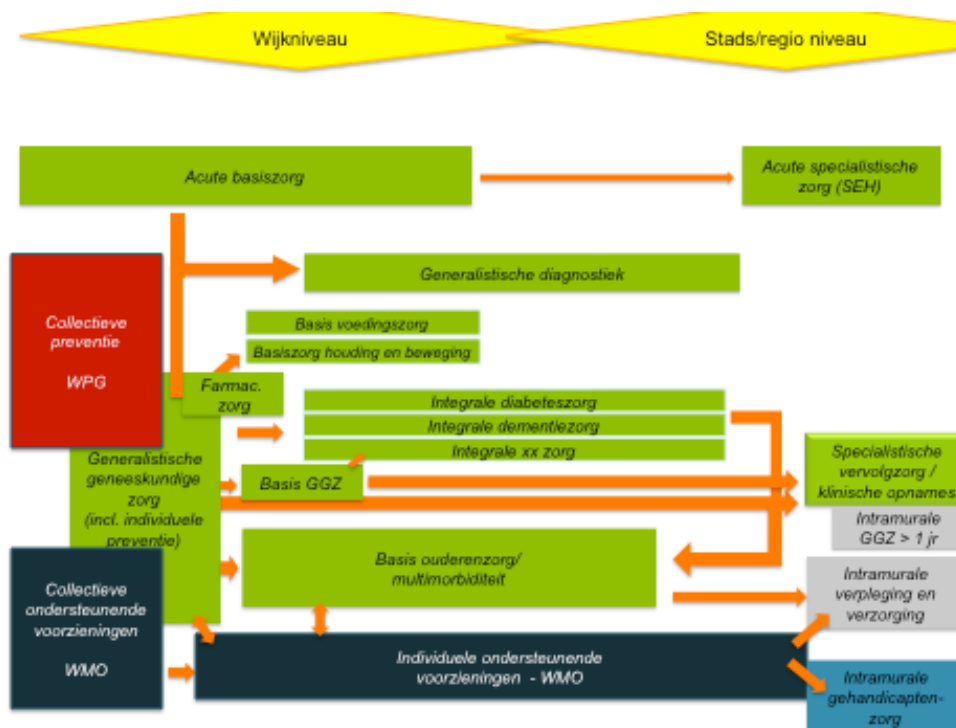
Discussies over de toekomst van de AWBZ, eventuele overheveling naar de Zvw of de Wmo, zijn sterk afhankelijk van politieke voorkeuren. De keuze voor de route om te komen tot een meer integraal zorgaanbod is erg afhankelijk van het geloof in bijvoorbeeld de markt of de overheid. In het onlangs gepubliceerde rapport over de heroverweging in de langdurige zorg werden daarom bijvoorbeeld vier varianten geschetst die afhankelijk van de "geloofsovertuiging" gekozen kunnen

worden om de houdbaarheid van de langdurige zorg te waarborgen. In dit hoofdstuk worden drie scenario's geschetst om de hier geschetste knelpunten op te lossen, en de meest fnuikende schotten te verwijderen. De in dit hoofdstuk beschreven varianten zijn te beschouwen als nadere invullingen van de varianten zoals in de heroverwegingen langdurige zorg geschetst.

In scenario 1 wordt meer eenheid in financiering gevonden door de verpleging en de daarbij behorende verzorging in de thuisomgeving uit de huidige AWBZ naar de Zorgverzekeringswet te brengen, en de overblijvende persoonlijke verzorging en begeleiding in de thuisituatie naar de Wmo. Hier wordt gekozen voor een integrale focus op 'zorg' vanuit de zorgverzekeringswet, geflankeerd door een heldere focus op 'maatschappelijke ondersteuning' vanuit de Wmo. Scenario 2 gaat daarentegen uit van een kleinere rol van zorgverzekeraars in de zorg in de eigen omgeving: hier wordt gekozen voor een krachtigere positionering van de gemeente ten einde de coördinatie op lokaal niveau beter te kunnen vormgeven. De extramurale AWBZ zorg als ook delen van de eerstelijns Zvw zorg kunnen in dit scenario naar de Wmo worden overgeheveld.

Scenario 3, tenslotte, gaat uit van de individuele verantwoordelijkheid van burgers, en beschouwt de invulling van een 'maatschappelijke ondersteuning' en een lokale 'preventie' functie niet als overheidstaak. In een dergelijk model zijn zorgverzekeraars verantwoordelijk voor het contracteren van integrale zorg, en dienen zij te worden geprikkeld om lokale preventie-activiteiten in te richten. Het recht op compensatie voor beperkingen verdwijnt, en daar tegenover komt een maatschappelijk vangnet functie die beperkter is ingevuld dan de huidige Wmo.

## 5.2. Scenario 1: Verdere uitbouw van de Zvw: meer ruimte voor de zorgverzekeraar



De intramurale gehandicaptenzorg en de GGZ zijn in dit figuur niet nader ingekleurd. Zie de tekst voor een nadere toelichting.

### **5.2.1. Ruimte voor innovatie**

Een van deze mogelijkheden om de schotten uit de weergegeven zorgfuncties weg te halen is het geven van meer ruimte aan zorgverzekeraars om het zorgaanbod aan te zetten zich te voegen naar de vraag. Het is mogelijk dit te realiseren, ook met behoud van de verworvenheden van de langdurige zorg in Nederland.

Historisch gezien is dit geen vreemde ontwikkeling. Voorheen bestond de langdurige zorg uit alleen de AWBZ gefinancierde zorg. De AWBZ is in het leven geroepen voor langdurige onverzekerbare zorgvragen; en in essentie voor de meest kwetsbare Nederlanders, zoals mensen met een verstandelijke beperking, dementerende ouderen en mensen met een zware GGZ-hulpvraag. Sinds het ontstaan van de AWBZ in 1968 is de breedte van de ten laste van betaalde zorg wet behoorlijk uitgebreid. Er wordt zorg van betaald die op genezing is gericht, of zorg die ter ondersteuning is van de curatieve zorg c.q. voortvloeit uit de medische zorg. Ook worden er nog steeds activiteiten uit betaald die eerder met welzijn of dienstverlening te maken hebben.

Het beleid van de laatste jaren is erop gericht de AWBZ weer terug te brengen tot haar 'kern': de volledig onverzekerbare risico's. Mede daarom is de Wmo in het leven geroepen. Waar de Wmo zich richt op de maatschappelijke ondersteuning, zou de verpleging en verzorging in de eigen omgeving naar de Zvw kunnen worden gebracht.

In de Zvw hebben de zorgverzekeraars de plicht om deze zorg te leveren, van goede kwaliteit en redelijke prijs. Het basispakket wordt vastgesteld door de overheid, de zorgverzekeraars hebben acceptatieplicht en alle Nederlanders hebben de plicht zich te verzekeren. De overheid ziet toe op kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid. Hiermee is een systeem tot stand gebracht waarin solidariteit en gelijke rechten en plichten hand in hand gaan. Voor de hand ligt om het bereik van de Zvw uit te bouwen door het taakgebied van de zorgverzekeraars uit te breiden met de AWBZ zorg die patiënten nodig hebben, en de aansluiting te maken met de gemeenten. Daardoor ontstaat een kansrijk perspectief om in Nederland de uitdagingen die hiervoor genoemd zijn, het hoofd te bieden.

Innovatie van het zorgaanbod is hierbij het uitgangspunt; zorgaanbieders en evt. nieuwe toetreders kunnen zich eenvoudiger dan nu specialiseren in het leveren van bepaalde zorgproducten en daarin best practice worden. Hierbij gaan kwaliteit en doelmatigheid hand in hand: concurrerende aanbieders en zorgverzekeraars drijven daar waar dat mogelijk is de kosten naar beneden.<sup>44</sup> Daadwerkelijke risicodragendheid uit zich in scherpere zorginkoop, en een scherpere prikkel voor aanbieders om de zorg ook daadwerkelijk patiëntgericht én efficiënt aan te bieden. Met maximale inzet van logistieke kennis, maximale focus op het voorkomen van ziekte en zorgafhankelijkheid, en concentratie op die zorg die men echt goed kan leveren.

Preventie wordt hierin een integraal en vanzelfsprekend onderdeel. Zorgaanbieders kunnen integraal zorg aanbieden, werken in een transparante omgeving, en kunnen én moeten meer dan ooit de patiënt serieus nemen. Zijn/haar keuze voor een zorgaanbieder, immers, staat centraal, en wordt ondersteund door de kritische blik van de zorginkoper. Omdat de Zvw gericht is op individuele aanspraken, blijft de daadwerkelijk collectieve preventie via de WPG georganiseerd.

Dit scenario sluit aan op de variant 'zorg verzekerd' uit het heroverwegingsrapport langdurige zorg, en sluit nauw aan bij de vele rapporten over de toekomst van de AWBZ.<sup>45</sup>

### **5.2.2. Welk deel van de AWBZ naar de Zvw?**

De patiënt heeft behoefte aan zorg in eigen omgeving om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven. De AWBZ betaalde elementen hiervan zijn in elk geval de revalidatiezorg, de extramurale verpleging, en de daarmee verbonden extramurale verzorging. Een verdergaande optie is ook de intramurale verpleging en verzorging in de Zvw op te nemen (door het kunnen realiseren van vloeiende lijn van thuis naar een intramurale plaats, zullen mensen minder snel uit voorzorg zich laten opnemen). Ten laste van de Wmo worden dan welzijnsdiensten en huishoudelijke hulp aangeboden; ook de nog in de AWBZ resterende extramurale begeleiding zou goed passen in het kader van de Wmo. Dit betekent dat de integrale generalistische geneeskundige zorg, de basiszorg voor ouderen en mensen met multimorbiditeit, en de programmatische chronische zorg integraal vanuit de Zvw worden gefinancierd.

In dit scenario blijft er een schot in de financiering lopen tussen 'ondersteuning' en 'zorg'. Deze grens is redelijk te trekken, hoezeer er altijd ook grijze gebieden zullen zijn. De maatschappelijke ondersteuning heeft sterke raakvlakken met andere gemeentelijke taken – veiligheidsbeleid, leefbare wijken, werkgelegenheid – wat het logisch maakt om de bestuurlijke verantwoordelijkheid ook op dat gemeentelijk niveau te leggen. Vanwege de nauwe samenhang en integraliteit binnen het gebied van de zorg (van geneeskundige basiszorg tot specialistisch vervolgzorg) ligt een eenduidige financiering vanuit zorgverzekeraars weer voor de hand. Dit betekent wel dat zorgverzekeraars en gemeenten tot nauwe samenwerking zullen moeten komen om de maatschappelijke uitdagingen goed het hoofd te bieden. Een adequate prikkelstructuur is hiervoor essentieel (zie ook de volgende paragraaf).

In bovenstaande figuur is de intramurale verpleging en de langdurige GGZ niet nader ingekleurd, omdat vanuit dit perspectief twee opties zijn: deze zorg ook toe voegen aan de Zvw gefinancierde zorg, of toch nog (een deel van) deze zorg binnen de AWBZ laten. Uitwerking van deze opties valt buiten de scope van deze notitie; voorzien van de juiste prikkelstructuur is hoogwaardige en doelmatige zorg in beide deelocties mogelijk.

### **5.2.3. De zorgverzekeraar en de gemeente**

Essentieel in dit scenario is het realiseren van voldoende risicodragendheid voor de zorgverzekeraar. Door de zorgverzekeraar risicodragend te laten zijn voor (het realiseren van) het gehele aanbod, ontstaat daar de prikkel om de zorg sterk 'naar voren' te organiseren. Het missen van preventie-kansen (zowel vroege preventie als secundaire preventie; op het medische als ook op het sociale vlak) betekent immers hogere, deels vermijdbare kosten verder op in het zorgsysteem. De zorgverzekeraar heeft er zo financieel baat bij om een (verergering van de) zorgvraag te voorkomen.

De transparantie van de zorgfuncties helpt de zorgverzekeraar bij de inkoop, en helpt het publiek en de overheid om de rol van de zorgverzekeraar op de voet te volgen. Er ontstaat zo een nadrukkelijke prikkel voor integrale inkoop van goede kwaliteit voor een goede prijs. Door deze integrale inkoop zal er bovendien druk ontstaan bij zorgaanbieders om hun organisatiestrategie daarop aan te passen,

dat wil zeggen: alle elementen waarop wordt ingekocht zelf 'in huis' hebben en/of daaromtrent strategische samenwerking met geschikte partijen vorm te geven.

Adequate risicodragendheid geeft ook de zorgverzekeraar ook de prikkel om intensiever samen te werken met de gemeente. Deze is immers verantwoordelijk voor de door de GGD uitgevoerde preventieactiviteiten, en de ten laste van de Wmo betaalde ondersteunende activiteiten. Deze twee groepen van activiteiten leiden tot een lagere zorgbehoefte. Preventieactiviteiten voorkomen de zorgvraag, terwijl welzijnsactiviteiten (lichte begeleiding, huishoudelijke hulp, eenzaamheidsbestrijding, enz) uitstel en vermindering van de ziektelast bevorderen. Hierdoor kunnen mensen in de eigen omgeving een passend zorgarrangement tot stand brengen, waarbij de zorgverzekeraar en de gemeente beiden aangesproken zullen worden.

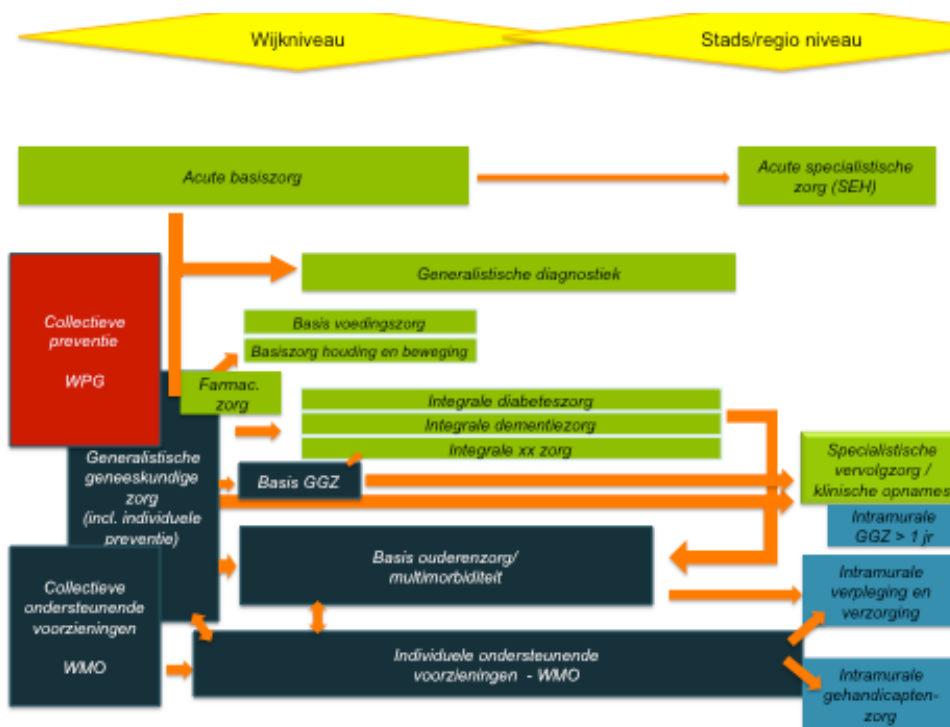
Het zal hierbij mogelijk gemaakt moeten worden dat zorgverzekeraars en gemeentes zakelijke afspraken maken over investering van bijvoorbeeld de laatste die ten goede komen aan de zorgverzekeraar (door lagere schadelast), en vice versa. Zorgverzekeraars zouden gemeentes financieel moeten kunnen steunen, bijvoorbeeld, in het neerzetten van *state of the art* lokaal preventie beleid.<sup>46</sup>

#### **5.2.4. Hoe kan de uitbouw van de Zvw gestalte krijgen?**

Het overhevelen van de AWBZ zorg naar een ander systeem is niet eenvoudig gebleken. De invoering van de Wmo heeft jaren gevergd en is met diverse kinderziekten gepaard gegaan. De overheveling van de reactiveringzorg onderstreept opnieuw deze complexiteit. In het dossier van de ziekenhuisverplaatste zorg is echter recentelijk een methodiek toegepast die de complexiteit reduceert. Hierbij worden aanspraken en bekostiging in de Zvw mogelijk gemaakt en gestopt in de AWBZ. De budgettaire dekking vindt vervolgens via nacalculatie plaats.<sup>47</sup> Het beleidsmatige voordeel hiervan is dat de overheveling van aanspraken/indicatie gaat over de overheveling van zorg, en het geld volgt dit. Er wordt uitgegaan van de behoefte aan zorg van mensen, niet vanuit systeemcorrectheid of vanuit wat beroepsbeoefenaren wenselijk vinden. Daarmee wordt in deze methode uitgegaan van wat mensen nodig hebben en de patiënt centraal gezet.

Tegelijkertijd gaat bij deze overheveling om een groot bedrag: tenminste 2 miljard Euro. Omdat de AWBZ anders gefinancierd wordt dan de Zvw betekent dat dat er aandacht zal dienen te zijn voor o.m. de koopkrachteffecten, arbeidsvoorwaarden (CAOs), enzovoort. Ook is er aandacht nodig voor de hier benodigde toenadering tussen 'traditionele' VV&T aanbieders en Zvw eerstelijnsaanbieders, vorm te geven met name in de zorgfuncties generalistische geneeskundige zorg en ouderenzorg. Voor de benodigde innovaties van het aanbod zal tijd en flankerend beleid nodig zijn.

### **5.3. Scenario 2: De gemeente aan zet**



### 5.3.1. Ruimte voor het maatschappelijk perspectief

Een geheel andere oplossing voor de schotten binnen de zorgfuncties is te vinden door het *maatschappelijke* karakter van de zorg in de eigen omgeving te benadrukken. Ook hierbij gaat het om het overhevelen van de extramurale verpleging en verzorging uit de AWBZ, maar nu naar de Wmo. Ook de meer 'collectief' georiënteerde zorgfuncties binnen de Zvw gaan in dit scenario naar de Wmo. De WPG blijft het kader voor de collectieve preventie.

De gemeente is de overheid die het dichtst bij de burgers staat. Op lokaal niveau bestaat het meeste inzicht in de behoefte van mensen aan zorg en ondersteuning. Gemeenten hebben op dit moment al de plicht om hun burgers te compenseren bij beperkingen. Om tot een meer integraal aanbod van zorg en ondersteuning voor chronisch zieken te komen, zo luidt de redenering hier, zouden zij een prominentere positie moeten krijgen om lokaal maatwerk aan te bieden.

Ook voor het goed organiseren van preventie en wijkgericht gezondheidsbeleid is de gemeente het best gepositioneerd. Gemeenten zijn goed op de hoogte van de behoeften van hun inwoners, maar ook van de daadwerkelijke zorgvraag en kunnen daardoor een actief en effectief preventief beleid voeren. Gemeenten zijn binnen de geformuleerde compensatieplicht vrij om vorm te geven aan de wijze waarop zij de voorzieningen willen inrichten.

Een meer prominente positie voor gemeenten om zo tot een integraler zorgaanbod te komen, betekent in praktijk dat gemeenten de verantwoordelijkheid zouden krijgen voor:

- Meer vormen van preventie (collectief, maar ook geïndiceerde preventie)
- de generalistische geneeskundige zorg (inclusief huisartsenzorg)
- collectieve ondersteunende voorzieningen
- individuele ondersteunende voorzieningen
- de basis geestelijke gezondheidszorg

- de basis ouderenzorg/multimorbiditeit

Gemeenten worden zowel organisatorisch als financieel verantwoordelijk voor alle hierboven genoemde preventie, zorg en ondersteuning. Hierdoor zijn gemeenten in staat om een keten van hulp en zorg over de levenscyclus van hun inwoners vorm te geven. Zij kunnen lokaal, in de wijk of in de buurt, maatwerk realiseren en kunnen het huisvestingsbeleid optimaal afstemmen op de steun- en zorgbehoefte. Op wijkniveau kunnen inloopcentra ontstaan waarin mensen met allerhande zorg- en ondersteuningsvragen terecht kunnen. Dergelijke centra kunnen natuurlijk ook in scenario 1 ontstaan, maar waar daar de samenwerking tussen zorgverzekeraar en gemeente via een goed doordachte prikkelstructuur dient te worden geborgd, is hier de integrale lokale zorg en maatschappelijke ondersteuning de verantwoordelijkheid van één bestuurlijk gremium: de gemeente.

Dit scenario sluit aan op de variant 'zorg dichtbij' uit het heroverwegingsrapport langdurige zorg.

### **5.3.2. Welk deel van de AWBZ en de Zvw naar de Wmo?**

In dit scenario gaat de gehele extramurale AWBZ over naar de Wmo, met uitzondering van wellicht de revalidatiezorg: de extramurale verpleging, verzorging en begeleiding. Om de integraliteit in de zorgfuncties mogelijk te maken, en om bestuurlijke slagkracht te realiseren om de zorgproblemen daadwerkelijk 'voorin' de zorg op te pakken, worden in dit scenario ook de huisarts, de basis GGZ als ook de extramurale ouderengeneeskunde naar de Wmo verplaatst.

In dit scenario verdwijnt hiermee voor een belangrijk deel van de zorg niet alleen het financieringsschot rondom de AWBZ, maar ook het financieringsschot tussen 'zorg' en 'ondersteuning'. De AWBZ blijft hier het kader voor de intramurale, langdurige zorg.

### **5.3.3. De gemeente en de zorgverzekeraar**

De gemeente krijgt de taak om te voorkomen dat mensen ziek worden, er voor te zorgen dat mensen die ziek zijn zo lang mogelijk thuis kunnen blijven en dat ze zo min mogelijk in de zwaardere zorg terecht komen. De gemeenten hebben een prikkel voor het tegengaan van onbedoeld gebruik. Zij krijgen een vast budget (op basis van bevolkingskenmerken) en kunnen bij onderbesteding het overblijvende geld voor andere doeleinden gebruiken. Er is ook goede reden om aan te nemen dat de gemeente het onbedoeld gebruik kan terugdringen. Doordat er sprake is van een voorziening in plaats van een individueel recht kan de gemeente het onbedoeld zorggebruik beperken door gebruik te maken van collectieve arrangementen, informele hulp en vrijwilligers. Ze kan daarnaast mantelzorgers helpen, mensen bij elkaar brengen etc. De gemeente kan bij de uitvoering uitgaan van een echte buurtwet. Mede door de uitvoering door gemeenten in combinatie met de compensatieplicht, kan een verschuiving van individuele naar collectieve arrangementen worden bereikt en kan worden bereikt dat meer informele en minder formele zorg wordt gebruikt. Voor cliënten betekent de grote rol van de gemeente dat geen sprake meer is van een individueel recht waar aanspraak op kan worden gemaakt, maar dat sprake is van veelal collectieve arrangementen die door de gemeente worden georganiseerd.

In dit scenario verschuift de grens tussen het 'gemeentelijk domein' en het domein van de zorgverzekeraar. Maar het realiseren van een goede prikkelstructuur voor deze grens blijft essentieel, omdat investeringen 'voorin' de zorginfrastructuur de kosten 'achterin' zullen beperken. Het verschuiven van

kosten (patiënten laten opnemen, complexe patiënten doorverwijzen) is een fenomeen dat in een dergelijk systeem zich wederom kan voordoen als hier niet scherp op wordt gestuurd. Om te voorkomen dat mensen te snel in zwaardere vormen van zorg terecht komen, moeten de gemeenten beloond worden voor goede inzet voor hun burgers of er financieel nadeel van ondervinden wanneer zij mensen te snel doorverwijzen naar zwaardere zorg. Hiervoor kan gekozen worden door bijvoorbeeld te werken met een maatstaf waarbij resultaten van de verschillende gemeenten worden vergeleken.

De taken van gemeenten worden aanzienlijk uitgebreider dan nu het geval is. In het verleden is gebleken dat gemeenten hier doorgaans goed op in spelen en bijvoorbeeld via intergemeentelijke samenwerking oplossingen te vinden om een taak goed uit te voeren, indien zij dit zelf niet kunnen. Voorwaarde hiervoor is dat er voldoende bestuurskracht bestaat, ook bij de kleinere gemeenten, om deze taak over de volle breedte en in alle opzichten goed op te pakken. Bij kleinere gemeenten kan het voorkomen dat het aantal gevallen te klein is om zelf goede voorzieningen aan te bieden. Het is daarom goed voorstelbaar dat de overheveling van deze taken naar gemeenten parallel verloopt met de beoogde opschaling van de gemeenten.

Omdat gemeenten naast zorg en ondersteuning ook verantwoordelijkheden hebben voor andere domeinen, zoals bijvoorbeeld huisvesting, de Wet werk en bijstand en schuldhulpverlening, zijn zij er bij gebaat om ook tussen al deze regelingen samenhang aan te brengen. De 1-loketgedachte gaat daarmee verder dan alleen de zorg en ondersteuning.

Er is geen omvangrijke AWBZ-premie meer zoals nu het geval is, doordat alleen de echt zware intramurale zorg nog via de AWBZ wordt aangeboden. Gemeenten krijgen daarentegen een aanzienlijk groter bedrag via het Gemeentefonds.

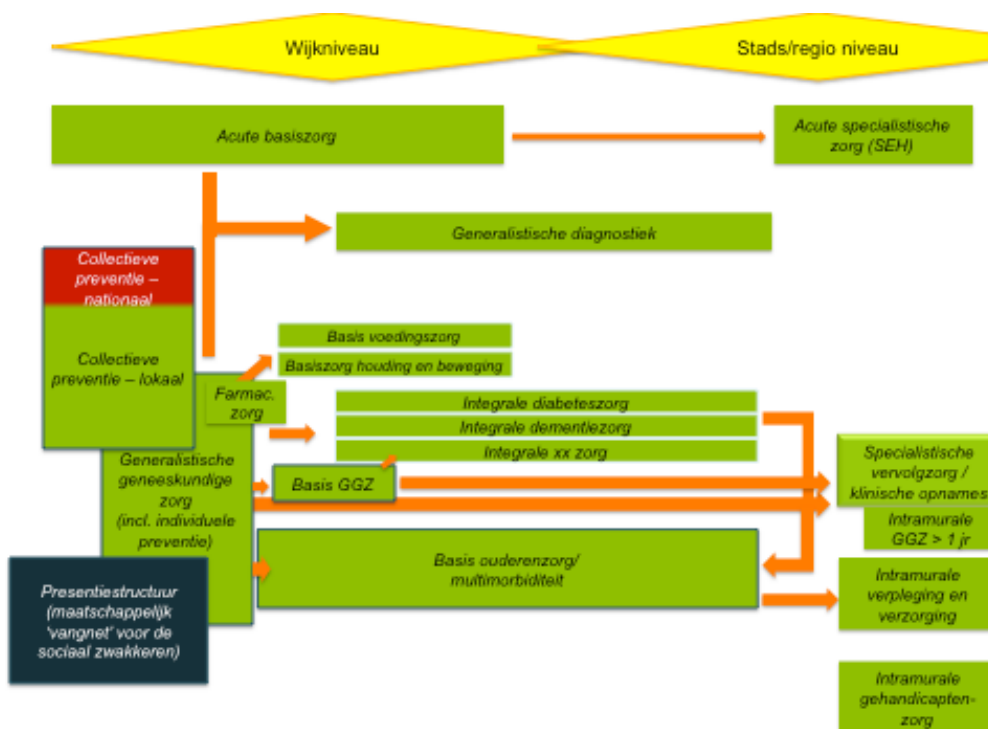
#### **5.3.4. Hoe kan de overheveling gestalte krijgen?**

De uitvoering van dit scenario is een stap complexer dan het eerste scenario, omdat het hier naast een verschuiving van AWBZ naar Wmo ook nog om een verschuiving van tenminste 2 miljard Euro aan Zvw zorg gaat. De geschiedenis van de overheveling van de AWBZ naar de Wmo bevat veel lessen waarvan geleerd kan worden voor de eventuele uitvoering van dit scenario, maar deze zijn nog minder uitgekristalliseerd dan voor scenario 1 het geval was. Bij de verschuiving van Zvw middelen naar de Wmo zal moeten worden gelet op het wettelijke verschil tussen 'aanspraken' op Zvw zorg, en het compensatie beginsel uit de Wmo. Het is voornamelijk niet eenduidig hoe een compensatiebeginsel gehanteerd zou kunnen worden als grondslag voor vergoeding voor medische zorg.

Ook hier zal rekening moeten worden gehouden met inkomenseffecten door de verschuiving van significante geldstromen tussen de financiële kaders (Zvw, AWBZ, Wmo). Ook de bestuurlijke slagkracht op gemeentelijk niveau die een dergelijke overheveling van verantwoordelijkheden en middelen met zich meebrengt, en de juridische positie van zorgverzekeraars met betrekking tot de aanbieders die in dit scenario naar een ander stelsel 'verhuizen' behoeft aandacht.

#### **5.4. Scenario 3: Terug naar de basis: alleen zorg verzekerd.**





De term 'presentiestructuur' is afkomstig uit het rapport 'Een nieuw dienstenmodel voor de langdurige zorg – voor keuze voor de cliënt'<sup>48</sup>.

#### 5.4.1. Ruimte voor eigen verantwoordelijkheid

Waarde voor iemand met een chronische aandoening heeft een andere betekenis dan voor iemand die 'kortdurend' of 'eenmalig' ziek is. Immers, waarde voor iemand met een chronische aandoening wordt niet bepaald door een eenmalige uitkomst of de invulling van een eenmalig proces. Waarde is erop gericht een dragelijk, zinvol en waardig leven te leiden. Het gaat hier om een veel breder begrip dan gezondheid alleen, het gaat om welbevinden in al haar facetten. Het gaat, naast de somatische en geestelijke gezondheid, bijvoorbeeld ook om psychosociale aspecten. Het gaat om de combinatie van medische zorg (behandeling en verpleging) en diensten. Voor mensen met een chronische ziekte is het belangrijk dat zorg die zoveel mogelijk aansluit bij wat de zorgcliënt zelf wil en wordt als zodanig bepaald door de individuele perceptie van de zorgcliënt zelf. De zorgcliënt kan zelf het beste bepalen wat hij nodig heeft, zeker als het gaat om diensten. Er is maar één absolute waarheid als het gaat om welbevinden, die waarheid bepaalt de mens zelf. Natuurlijk is een dialoog daarover altijd nuttig en van belang. Soms zal ook bescherming van de zorgcliënt nodig zijn. Principieel geldt echter de universele waarde dat de mens zelf bepaalt.

Dit uitgangspunt ligt ook aan het eerste scenario ten grondslag, terwijl scenario twee toch nadrukkelijker uitgaat van collectieve verantwoordelijkheden en arrangementen. In vergelijking met scenario één wordt in dit derde scenario nog nadrukkelijker gekozen voor de verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid van het individu. Dit krijgt vorm door de echte *zorg* via de zorgverzekeringswet uit te laten voeren, en vormen van 'ondersteuning', inclusief de grijze tussengebieden die er nu zijn, te beschouwen als door burgers zelf in te kopen diensten. Dit scenario sluit aan op de variant 'Eigen regie' uit het heroverwegingsrapport langdurige zorg.<sup>49</sup>

#### **5.4.2. Welk deel van Wmo, AWBZ en WPG naar de Zvw en wat vervalt?**

In dit scenario worden 'zorg' en 'diensten' van elkaar gescheiden. De AWBZ verdwijnt; zorg wordt vanuit de Zvw geleverd, en de diensten (verzorging en begeleiding, verblijf en vrijwel alle vormen van maatschappelijke ondersteuning) verdwijnen ook uit de Wmo. De Zvw is en blijft hier het kader voor medische zorg waarbij professionele beoordeling nodig is en gelijke toegang voor alle burgers als grondrecht wordt gerespecteerd. De huisarts of de medisch specialist is degene die de toegang tot deze zorg bepaalt; net als in scenario 1 is er dus geen sprake meer van indicatiestelling voor behandeling en verpleging door een apart orgaan. Ook de WPG middelen gaan in dit scenario deels via de Zvw lopen, met uitzondering van de in het kader van Europese regelgeving noodzakelijke, landelijke infrastructuur. De Wmo wordt ingeperkt tot een beperkte voorziening voor de echte kwetsbaren.

Om de integraliteit van deze invulling te benadrukken, wordt ook de collectieve preventie grotendeels tot taak van zorgverzekeraars gemaakt. Door het wegvallen van de *ex post* risicoverevening, immers, is er de prikkel bij zorgverzekeraars om de populatie verzekerden waar zij verantwoordelijk voor zijn zo gezond mogelijk te houden. Alleen daadwerkelijk landelijke taken die zijn vastgelegd in Europese regelgeving (zoals infectiebestrijding en dergelijke) blijven via de WPG separaat vergoed.

Burgers, inclusief ouderen en mensen met een chronische aandoening, hebben de eigen portemonnee in handen voor de invulling van de zorggerelateerde ondersteuning die zij nodig hebben. De zorgcliënt kiest daarbij zelf voor een prijs/kwaliteit verhouding. De diensten die nu in de AWBZ en ook Wmo (o.a. verzorging) zijn ondergebracht worden in dit scenario gezien als elke andere dienst, zoals hotel, catering, telefonie of bankieren, en kunnen worden vrijgegeven. De patiënt koopt deze diensten in op een vrije markt: geen prijsregulatie, geen volumeafspraken, geen afname-eisen. Hierbij accepteren we dat er sprake is van individuele verschillen tussen mensen. Verschillen in voorkeuren, culturen en financiële mogelijkheden zullen leiden tot zeer uiteenlopende vraag naar ondersteunende diensten. Hiermee doen we recht aan de verschillen in leefsituatie zoals die ook voor niet zorgbehoevende burgers gelden. De patiënt wordt in de kosten voor deze diensten waar nodig tegemoet gekomen door middel van koopkrachtsteun, bepaald op basis van indicatie. De patiënt kan dus nog steeds voor deze dienstverlening geïndiceerd worden. De regulering van het aanbod, zowel voor wat betreft hetgeen nu zorg is, als hetgeen nu maatschappelijke ondersteuning is, is losgelaten. De mate waarin de koopkrachtsteun inkomensafhankelijk is is een politieke keuze.

#### **5.4.3. De burger en de zorgverzekeraar**

In het huidige systeem gaat kostenbeheersing in de AWBZ gepaard met complexe vraagstukken als pakketbeslissingen en tariefvorming. In dit scenario hoeven er geen uitspraken meer gedaan te worden over het absolute minimum van het zorgpakket of grenzen aan de maximalisering van wensen van cliënten. Door de koopkrachtsteun wordt een mechanisme gecreëerd waarmee met één knop eenvoudig kan worden gedraaid aan de kosten voor deze zorggerelateerde diensten. Deze knop is tevens een prikkel voor kostenreductie aan de aanbodzijde. Immers als de koopkrachtsteun wordt verlaagd zullen klanten naar meer waarde voor hun te besteden Euro gaan zoeken, waardoor aanbieders worden uitgedaagd de kosten te verlagen en de kwaliteit te verhogen. Ook de eigen bijdrage, een maatregel met zijn eigen beperkingen en complexiteit, wordt overbodig. Door middel van het terugbrengen van de koopkrachtsteun wordt automatisch een drempel voor zorgconsumptie ingebouwd zonder dat er sprake hoeft te zijn van verantwoording over de bestede gelden en de daarbij horende bureaucratie. Wat de nieuwe knop extra interessant maakt is dat, anders dan bij

het reguleren van de pakketinhoud, het eenvoudiger mogelijk wordt om te differentiëren naar doelgroepen. Zo kan bijvoorbeeld bij het inzetten van kostenbeheersing gericht gekozen worden bepaalde groepen 'te sparen', zonder dat er complexe regels moeten worden geformuleerd over de voorwaarden.

Met het systeem zoals beschreven worden nieuwe prikkels ingebouwd voor de alternatieve invullingen van de zorggerelateerde diensten. Zo prikkelt het systeem tot inzet van mantelzorg en van niet professionele medewerkers daar waar dat mogelijk is. De cliënt kan immers zijn omgeving inschakelen om de kosten zo veel mogelijk te beperken. Hij heeft de financiële ruimte om dit te organiseren. Ook ontstaat er een markt die ruimte geeft aan ander typen medewerkers die nu nog niet deelnemen aan het arbeidsproces om deel te nemen, maar die door de nieuwe zorgcliënt zullen worden gezocht en gevonden.

Bovenal zullen de wensen van cliënten en de druk op de schaarste van personeel leiden tot innovatie in de zorggerelateerde diensten. Deze innovaties kunnen versneld tot stand komen omdat de discussie over al dan niet toelating tot het pakket kan worden overgeslagen. De zorgcliënt bepaalt zelf welke nieuwe diensten en alternatieven, bijvoorbeeld geboden door domotica, aanvaardbaar en wenselijk zijn.

Voor wat betreft de preventie gaat het om een relatief kleiner bedrag, maar ook hier is veel innovatie mogelijk. Zorgverzekeraars kunnen dan zelf preventieve activiteiten als screening en jeugdgezondheidszorg gaan vormgeven, en de nu vaak dubbele infrastructuur van bijvoorbeeld huisartsenzorg (Zvw) en consultatiebureaus (WPG) integreren. Overheveling van preventieve taken naar de Zvw kan gepaard te gaan met een sterkere focus op (en prikkels voor) gezond gedrag van individuen (zie bijvoorbeeld het RVZ rapport 'Naar Voren'), maar dat hoeft niet zo te zijn. Ook strikt collectief georganiseerde preventie kan – vanuit welbegrepen eigenbelang of geborgd via additionele regelgeving – door zorgverzekeraars worden ingekort.

In dit scenario blijft er een klein maatschappelijk vangnet over voor mensen die niet in staat zijn de eigen zorgbehoeften te formuleren. De in deze variant fors ingekrompen Wmo kan worden ingezet om deze mensen te vinden en te begeleiden in de invulling van hun zorg. Ook hier is de primaire inzet het creëren van zelfredzaamheid, zodat de eigen verantwoordelijkheid zelfs hier het centrale leidmotief blijft.

#### **5.4.4. Hoe kan dit gestalte krijgen?**

De uitvoering van dit scenario is als scenario één, maar dan aangevuld met een ingrijpende herijking van de Wmo. Het vormgeven van de koopkrachtsteun zal separate additionele aandacht vereisen, maar de complexiteit hiervan zal geringer zijn dan dat wat in scenario twee is voorzien.

De effecten op de koopkracht zijn in dit scenario dubbel groot, vanwege zowel het vervallen van de overheidsrol in de zorggerelateerde diensten, als ook vanwege de effecten die sowieso ontstaan bij het verschuiven van middelen vanuit de AWBZ naar de Zvw.

## **6. Slot**

De zorg in Nederland is zo'n vanzelfsprekendheid dat de burger er van uit gaat dat deze ook in de toekomst nog net zo makkelijk en breed toegankelijk is als vandaag. Om dit te kunnen blijven garanderen, echter, zijn ingrijpende wijzigingen nodig in de wijze waarop de zorg wordt georganiseerd, bekostigd, en

gefinancierd. In dit document is uiteengezet dat dit niet alleen kan en moet, maar dat hierdoor ook nog eens de huidige, positieve trends qua groei van levensverwachting en van toenemende zelfredzaamheid in de eigen omgeving kunnen worden versterkt. Zonder blauwdrukken voor precieze organisatie-inrichting te geven zijn wel een aantal zorgfuncties omschreven wiens integraliteit een *sine qua non* is om hier te komen. Hoe deze zorgfuncties idealiter te bekostigen is in hoofdlijnen bovendien ook nog redelijk eenvoudig te omschrijven. De keuze voor een herschikking van de financieringssystemen, tenslotte, is een politieke. Hiervoor zijn drie scenario's beschreven die allen – met steeds andere accenten – de zelfde doelstellingen kunnen realiseren.

Door het laten aansluiten van de zorg en dienstverlening op wat de patiënt nodig heeft, door het verminderen van onnodige bureaucratie, door het laten dalen van de kosten en door het ruim baan te geven aan de professional, wordt op deze wijze een belangrijke bijdrage geleverd aan de langjarige houdbaarheid van het zorgstelsel in z'n geheel en het draagvlak voor de zorg (de solidariteit) vergroot.

## Bijlage: Betrokken Zorgwetten Visiebrief

### AWBZ

Algemeen	Iedereen kan door ziekte of een handicap afhankelijk worden van langdurige zorg en ondersteuning. Voor die zorg, thuis of in een zorginstelling, hebben alle Nederlanders automatisch een verzekering: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).
Hoeveel gaat erin om?	In totaal gaat er in de AWBZ jaarlijks zo'n 24 miljard euro om; dit is ongeveer 40% van alle uitgaven voor gezondheidszorg in ons land. De AWBZ is een verplichte collectieve verzekering waaraan iedereen meebetaalt (gemiddeld 320 euro per maand). Wie AWBZ-zorg ontvangt, betaalt ook een eigen bijdrage die afhankelijk is van het inkomen.
Welke zorg wordt vergoed?	Uit de AWBZ wordt zorg betaald voor niet individueel verzekerbare ziektekostenrisico's. Daaronder valt de zorg voor chronische en langdurig zieken en ouderenzorg met of zonder verblijf en de zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen. Dit is opgesplitst in de vijf functies; persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, verblijf en behandeling.
Hoe komt de vergoeding tot stand?	De AWBZ is een volksverzekering, een verplichte collectieve verzekering. De aanspraak op AWBZ is een individueel recht. Om in aanmerking te komen voor zorg met of zonder verblijf, is een indicatie noodzakelijk. Deze wordt verleend door het Centrum Indicatiestelling (CIZ), op basis van vragen over de gezondheidsklachten. Bij de indicatiestelling wordt vastgesteld aan welke functie iemand behoefte heeft, en hoeveel daarvan nodig is. De verzekerde kan vervolgens kiezen tussen een persoonsgebonden budget (pgb) of zorg in natura.

### Wmo

Algemeen	De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) zorgt ervoor dat iedereen kan meedoen aan de maatschappij en zelfstandig kan blijven wonen. Het gaat bijvoorbeeld om mensen met beperkingen door ouderdom of handicap, een chronisch psychisch probleem, maar ook om vrijwilligers en mantelzorgers. De Wmo regelt dat mensen die hulp nodig hebben in het dagelijkse leven, ondersteuning krijgen van hun gemeente.
Hoeveel gaat erin om?	In totaal gaat er in de WMO jaarlijks zo'n 1,3 miljard euro om. Gemeenten krijgen geld van de Rijksoverheid op basis van objectieve verdeelsleutels. De gemeente betaalt de zorgaanbieder, of de cliënt wanneer deze een persoonsgebonden budget heeft. Daarnaast betaalt de cliënt een eigen bijdrage; de hoogte daarvan is afhankelijk van de gemeente, het inkomen, leeftijd en woonsituatie.

Welke zorg wordt vergoed?	Uit de Wmo wordt de huishoudelijke verzorging betaald en voorzieningen volgens de oude Wet Voorzieningen Gehandicapten (Wvg), zoals rolstoelen, vervoersvoorzieningen en woningaanpassingen. Daarnaast valt zorg voor vrijwilligers, mantelzorgers, alsmede verzorging van vrouwenopvang, bestrijding van huiselijk geweld en opvang van dak- en thuislozen onder de Wmo.
Hoe komt de vergoeding tot stand?	Een burger heeft onder de Wmo geen aanspraak op een bepaalde voorziening. De burger heeft wel een wettelijk vastgelegd recht op compensatie; deels collectief, deels individueel. In veel gevallen is een indicatiebesluit noodzakelijk. Deze wordt gesteld door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), door de gemeente zelf en soms ook door de zorgaanbieder. Dat verschilt per gemeente. Deze stelt ook vast of het ontvangen van de voorziening in natura, in de vorm van een financiële tegemoetkoming of een persoonsgebonden budget gebeurt.

## Zvw

Algemeen	Uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) wordt de geneeskundige zorg – de ‘cure’ – betaald zoals de ziekenhuiszorg, apotheek, huisarts, kraamzorg, tandarts en diëtist.
Hoeveel gaat erin om?	In 2010 wordt er aan de Zvw zo’n 35 miljard uitgegeven. Alle burgers betalen een premie voor hun zorgverzekering. De basisverzekering is verplicht, aanvullende verzekeringen niet. De werkgever betaalt voor een deel mee aan de premie en voor mensen met een laag inkomen is er compensatie in de vorm van zorgtoeslag.
Welke zorg wordt vergoed?	De overheid bepaalt de inhoud van de basisverzekering. In 2010 bestaat het basispakket uit; <ul style="list-style-type: none"> <li>• de huisarts, de medisch specialist en de verloskundige;</li> <li>• het ziekenhuis;</li> <li>• de behandeling van psychische problemen;</li> <li>• verblijf in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg (&lt;1 jaar);</li> <li>• de tandarts, onder 22 jaar; de kaakchirurg en het kunstgebit;</li> <li>• hulpmiddelen en medicijnen;</li> <li>• kraamzorg;</li> <li>• ziekenvervoer;</li> <li>• (beperkte) fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie, dieetadvies.</li> <li>• behandeling van ernstige dyslexie bij een kind dat op 1-1-2010 7, 8 of 9 jaar is.</li> </ul> Naast de basisverzekering kunnen mensen zich aanvullend verzekeren voor kosten die niet in het basispakket zitten. De overheid bemoeit zich niet met aanvullende verzekeringen.
Hoe komt de vergoeding	De aanspraak op Zvw is een individueel recht. De in de Zorgverzekeringswet vastgelegde wettelijke aanspraken kunnen in natura of

tot stand?	via een vergoeding van directe kosten worden uitgekeerd. Dit is vastgelegd in de overeenkomst tussen cliënt en zorgverzekeraar.
------------	---

## Wpg

Algemeen	De Wet Publieke Gezondheid (Wpg) is vooral gericht op het bevorderen van de algemene gezondheid en het voorkomen van ziekten bij risicogroepen. Het is de belangrijkste landelijke, wettelijke basis van de publieke gezondheid. Op basis van deze wet zijn gemeenten verantwoordelijk voor de volksgezondheid in hun gemeente. Per 1 december 2008 is de WPG in werking getreden. Deze wet integreert de Wet Collectieve Preventie, de Infectieziektewet en de Quarantainewet.
Hoeveel gaat erin om?	In preventie dragen rijk en gemeenten bij, tezamen voor volksgezondheid zo'n miljard euro.
Welke zorg wordt vergoed?	Er wordt onderscheid gemaakt tussen universele preventie, bedoeld voor iedereen; selectieve preventie, voor speciale bevolkingsgroepen (hierbij kan gedacht worden aan screening) en geïndiceerde preventie voor mensen die al (beginnende) klachten hebben. Naast preventie onderscheidt de wet, infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg.
Hoe komt de vergoeding tot stand?	De Wpg is een collectieve voorziening. De middelen voor de publieke gezondheidszorg en het lokale gezondheidsbeleid komen grotendeels uit het gemeentefonds en zijn niet geoormerkt. Individuele verzekerden kunnen geen wettelijke aanspraak maken op collectieve vormen van preventie.

## Noten

- 
- <sup>1</sup> De jeugdzorg blijft in deze notitie buiten beschouwing.
  - <sup>2</sup> Zie voor Preventie en Maatschappelijke Ondersteuning de Preventienota (in voorbereiding) en de TK brief Welzijn Nieuwe Stijl (in voorbereiding). Voor de Jeugdzorg zie ook voetnoot 21.
  - <sup>3</sup> van der Lucht, F. and J. J. Polder (2010). Van gezond naar beter. Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum.
  - <sup>4</sup> Steenbeek, R., W. Hooftman, et al. (2010). Objectiveren van gezondheidsgerelateerde non-participatie en de vermijdbare bijdrage van de gezondheidszorg hieraan. Projectrapportage SIG Arbeid en Gezondheid, TNO.
  - <sup>5</sup> Raad voor de Volksgezondheid (2002). Gezondheid en Gedrag. Zoetermeer.
  - <sup>6</sup> STG/HMF (2007). Medische ouderenzorg in de toekomst. Anticiperen op ziekte en welbevinden. Scenariostudie. Leiden.
  - <sup>7</sup> World Health Organisation (2008). Primary Health Care: Now More than Ever. World Health Report, Geneva; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2010). Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening. Den Haag.
  - <sup>8</sup> Buijs, P., F. v. d. Heuvel, et al. (2009). "Patiënten verwachten bij ziekteverzuim een prominente rol van de huisarts." Huisarts en Wetenschap **52**: 147-51.
  - <sup>9</sup> Lutgers, H. L., E. G. Gerrits, et al. (2009). "Life expectancy in a large cohort of type 2 diabetes patients treated in primary care (ZODIAC-10)." PLoS One **4**(8): e6817.
  - <sup>10</sup> RIVM kosten van ziekte, 2005.
  - <sup>11</sup> Bron: MBc Thuis met Dementie 2009, Transitieprogramma in de Langdurende Zorg
  - <sup>12</sup> In 65% van de tonsillen operaties is er geen sprake van *evidence based* indicatie voor de operatie. Staij, B. v., E. v. d. Akker, et al. (2005). "Adenotonsillectomie bij kinderen: arts en ouders op één lijn?" Huisarts en Wetenschap **48**: 571-6; Peul, W. C., W. B. van den Hout, et al. (2008). "Prolonged conservative care versus early surgery in patients with sciatica caused by lumbar disc herniation: two year results of a randomised controlled trial." BMJ **336** (7657): 1355-8.
  - <sup>13</sup> Plexus (2010). Budgettaire effecten van een betere naleving van richtlijnen. Rapportage voor het Ministerie van VWS.
  - <sup>14</sup> Vinks et al. (2009). "Pharmacist-based medication review reduces potential drug-related problems in the elderly: the SMOG controlled trial." Drugs Aging **26**(2): 123-33.
  - <sup>15</sup> van der Linden et al. (2006). "Represcription After Adverse Drug Reaction in the Elderly: A Descriptive Study." Arch Intern Med **166**(15): 1666-1667.
  - <sup>16</sup> Trimbos Instituut (2006). Eindrapportage Doorbraakproject Depressie. Utrecht; van Roosmalen, M. I., J. Braspenning, et al. (2004). Cardiovasculair risicomanagement: praktijkvoering en medisch handelen. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht. J. Braspenning, F. Schellevis and R. Grol. Utrecht/Nijmegen, NIVEL/WOK: 143-152.
  - <sup>17</sup> Externe Commissie Fundamentele Herbezinning Langdurige Zorg. Naar autonomie, verbondenheid en een gezond leven : een nieuwe ambitie voor de langdurige zorg. Actiz: 2010.
  - <sup>18</sup> Interdepartementaal beleidsonderzoek Curatieve GGZ (bijlage bij Rapport Heroverweging Curatieve Zorg), 2010. En zie ook Soeters, M. and G. Verhoeks (2010). Integraal willen we allemaal?! Naar effectieve, efficiënte en klantvriendelijke maatschappelijke hulp. Den Haag, Zorgmarkt Advies.
  - <sup>19</sup> De mondzorg is in deze analyse buiten beschouwing gelaten.
  - <sup>20</sup> In tegenstelling tot *individuele* preventie, gericht op individuen die een hoog risico hebben om een aandoening te krijgen, of die al een aandoening hebben en waarbij het dan vooral gaat om het voorkomen van complicaties.
  - <sup>21</sup> Verweij, A., F. van der Lucht, et al. (2008). Gezondheid in veertig krachtwijken, RIVM rapport 270951001.
  - <sup>22</sup> Grol, R. (2006). Quality Development in Health Care in the Netherlands. New York, The Commonwealth Fund.
  - <sup>23</sup> Acute zorg in beeld, RAV Amsterdam, 2006
  - <sup>24</sup> Zie bijvoorbeeld: Ross, J. S., S. L. Normand, et al. (2010). "Hospital volume and 30-day mortality for three common medical conditions." N Engl J Med **362**(12): 1110-8.
  - <sup>25</sup> Curatieve zorg 2.0. Rapport brede heroverwegingen, April 2010
  - <sup>26</sup> Baur, L. H. B., C. L. B. Lodewijks-vd Bolt, et al. (2007). "Diagnostische winst: Vrij toegankelijke echocardiografie is nuttige ondersteuning voor huisarts." Medisch Contact **42**: 1723 – 1726; Speets, A. M., A. W. Hoes, et al. (2006). "Upper abdominal ultrasound in general practice: indications, diagnostic yield and consequences for patient management." Fam Pract **23**(5): 507-11.



- 
- <sup>27</sup> Een meer uitgebreide uitwerking van de toekomst van de farmaceutische zorg in Nederland is beschreven in de Langetermijnvisie geneesmiddelenvoorziening, Tweede Kamer, 2007-2008, 29 477, nrs. 39, 62.
- <sup>28</sup> Zie o.a. Pisters, M. F., C. Veenhof, et al. (2010). "Long-term effectiveness of exercise therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee: A randomized controlled trial comparing two different physical therapy interventions." Osteoarthritis Cartilage; Munneke, M., M. J. Nijkrake, et al. (2010). "Efficacy of community-based physiotherapy networks for patients with Parkinson's disease: a cluster-randomised trial." Lancet Neurol 9(1): 46-54; Hulzebos, E. H., P. J. Helders, et al. (2006). "Preoperative intensive inspiratory muscle training to prevent postoperative pulmonary complications in high-risk patients undergoing CABG surgery: a randomized clinical trial." JAMA 296(15): 1851-7.
- <sup>29</sup> Tan SS, Koopmanschap M. (2008). De kosten van ziekte gerelateerde ondervoeding in Nederland, 2008. institute for Medical Technology Assessment, Rotterdam.
- <sup>30</sup> Cheryl Roumen (2009). "Making Lifestyle work Long-term effects in the prevention of type 2 diabetes". Maastricht University: PhD Thesis.
- <sup>31</sup> Smit, F. (2006). Prevention of Depression. Amsterdam, Vrije Universiteit (PhD Thesis).
- <sup>32</sup> Franx, G., J. A. Meeuwissen, et al. (2009). "Quality improvement in depression care in the Netherlands: the Depression Breakthrough Collaborative. A quality improvement report." Int J Integr Care 9: e84.
- <sup>33</sup> Smit, F. (2006). Prevention of Depression.
- <sup>34</sup> RIVM Nationaal kompas volksgezondheid 2009.
- <sup>35</sup> Gezondheidsraad (2008). Ouderdom komt met gebreken. Geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit. Den Haag.
- <sup>36</sup> Gezondheidsraad (2008). Ouderdom komt met gebreken.
- <sup>37</sup> Wij gaan hierbij uit van 'terminale palliatieve zorg', waarbij het daadwerkelijk overlijden dus aanstaand is.
- <sup>38</sup> Bijna 75% van de Nederlandse bevolking geeft initieel aan het liefst thuis te sterven Van den Akker e.a., waar wilt u dood gaan? Keuzen en overwegingen, Tilburg 2005.
- <sup>39</sup> Schrijvers, G., N. Oudendijk, et al. (2002). Moderne patiëntenzorg in Nederland; van kennis naar actie. Maarssen, Elsevier Gezondheidszorg; Cutler, D. M. (2004). Your Money or Your Life. Strong Medicine for America's Health Care System. New York, Oxford University Press. Committee on Quality of Health Care in America (2001). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, National Academy Press.
- <sup>40</sup> Of wanneer dit goed via zorginkoop gemanaged kan worden, zoals in het geval van laboratoriumdiagnostiek.
- <sup>41</sup> Het gaat hierbij niet om de informatieuitwisseling in het primaire proces van zorg zelf. Adequate gegevensuitwisseling tussen de patiënt en de professionals en tussen de professionals onderling over het zorgproces rondom die individuele patiënt is essentieel, maar hier niet verder onderwerp van discussie. Dit type gegevensuitwisseling is één-op-één gerelateerd aan de verdere ontwikkeling van het Elektronisch Patiënten Dossier.
- <sup>42</sup> Graff, M. J., E. M. Adang, et al. (2008). "Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study." BMJ 336(7636): 134-8.
- <sup>43</sup> Soeters, M. and G. Verhoeks (2010). Integraal willen we allemaal?!
- <sup>44</sup> In het onderzoek naar de effecten van het beleid dat onlangs door Plexus/BKB is uitgevoerd (werken aan de zorg, kosten en kwaliteit), komt naar voren dat wanneer de zorg meer transparant is, samenhangende bekostiging plaatsvindt en zorgverzekeraars en patiënten daadwerkelijk kunnen kiezen, de kwaliteit van de zorg verbetert en de kosten dalen of gelijk blijven. ([www.werkenaandezorg.nl](http://www.werkenaandezorg.nl))
- <sup>45</sup> Rapport Heroverweging Langdurige Zorg, 2010 ; Sociaal Economische Raad (2008). Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ. Den Haag, Publicatienummer 3, 18 april 2008; Interdepartementaal Beleidsonderzoek (2006). Toekomst AWBZ: Eindrapportage van de werkgroep Organisatie romp AWBZ. Den Haag, IBO, 2004-2005, nr. 4; College voor Zorgverzekeringen (2009). Verpleging in de eigen omgeving : Zvw en AWBZ. Diemen, Standpunt Zvw.
- <sup>46</sup> Zie Soeters, M. en G. Verhoeks (2010). Integraal willen we allemaal?!, RVZ rapport.
- <sup>47</sup> Eerst wordt de aanspraak op de zorg (bijvoorbeeld de extramurale verpleging) weggenomen uit de AWBZ en opgenomen in de Zvw. Vervolgens maakt de NZa de WMG prestaties conform de in Hoofdstuk 3 weergegeven zorgfuncties, waarin ook deze aanspraken hun plek vinden. Het tarief wordt vastgesteld of vrijgelaten. Tegelijkertijd wordt de indicatiestelling door het CIZ gestopt. De inkoop en declaratie vinden vanaf dat moment plaats in de Zvw. Door zowel de zorgaanbieders als de zorgverzekeraars wordt bijgehouden om hoeveel zorg en geld het gaat. Op basis daarvan wordt één en ander verwerkt in risicoverevening zorgverzekeraars en bekostiging zorgkantoren. Via nacalculatie vindt 'afrekening' plaats. De dekking wordt geregeld via de premiestelling in de AWBZ en de Zvw.

---

<sup>48</sup> Boer en Croon (2010).

<sup>49</sup> Zie noot 48.