Commissie Sociale Zekerheid en
Gezondheidszorg

23 september 2012

ONTWERPADVIES

Naar een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg: een tussenadvies op hoofdlijnen

Dit is een ontwerpadvies. De opvattingen in dit advies zijn die van de commissie van voorbereiding. Dit ontwerp ligt voor ter bespreking in de achterbannen van de organisaties die in de commissie zijn vertegenwoordigd. Na dit achterbanberaad zal een ontwerpadvies gereed worden gemaakt ter behandeling in een openbare raadsvergadering.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de SER gevraagd uiterlijk begin 2013 te adviseren over de toekomstbestendigheid van de gezondheidszorg[1]. Nu in het najaar 2012 een nieuw kabinet met een nieuw regeerakkoord wordt gevormd maakt de raad de in het kader van de voorbereiding van zijn advies verworven inzichten in de vorm van een tussentijds advies op hoofdlijnen kenbaar[2]. Hij realiseert zich dat dit interimadvies per definitie een generiek karakter heeft dat voorbijgaat aan de specifieke knelpunten in en oplossingen voor de verschillende zorgsectoren (bijvoorbeeld de (curatieve) GGZ of de huisartsen). Elke deelsector kent zijn eigen problemen waarvoor specifieke aandacht nodig is. In een vervolgadvies zal de raad de aanbevelingen uit dit hoofdlijnenadvies, met onder andere de ordeningsvraagstukken nader uitwerken. Daarbij gaat hij waar mogelijk en gepast ook in op de problemen en oplossingen voor de specifieke deelsectoren.

Opzet
Na een schets van uitgangspunten (paragraaf 1), gaat de raad nader in op de kwaliteit en inhoud van de zorg, de groei van de zorguitgaven en dreigende tekorten op de arbeidsmarkt (paragraaf 2). Daarna benoemt de raad een aantal knelpunten in de institutionele inrichting van de langdurige en curatieve zorg (paragraaf 3) en formuleert hij enkele beleidsrichtingen (paragraaf 4). Tot slot benoemt de raad een aantal punten voor zijn vervolgadvies (paragraaf 5).

1. Uitgangspunten

Betaalbare, toegankelijke en kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg
In de visie van de raad is een betaalbare, toegankelijke en kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg cruciaal voor de Nederlandse samenleving. In het (gezondheidszorg)beleid dient de borging van deze publieke belangen daarom centraal te staan[3]. Een belangrijke voorwaarde voor het borgen van deze belangen is het bevorderen van gepaste zorg.

De publieke belangen staan onder druk door allerlei maatschappelijke en economische ontwikkelingen. De minister vraagt in haar adviesaanvraag aandacht voor twee problemen, te weten de groei van de zorguitgaven en de dreigende tekorten op de arbeidsmarkt. In dit advies beoordeelt de raad de gevolgen daarvan voor de genoemde publieke belangen. De sterk groeiende zorguitgaven brengen de – collectieve en individuele – betaalbaarheid in het gedrang en daarmee ook de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg. Ook een tekort aan personeel in de zorg heeft negatieve gevolgen voor de kwaliteit, de toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Bredere benadering dan focus op stijgende uitgaven
De raad roept op om de discussie over de toekomstbestendigheid van het zorgstelsel niet alleen te voeren vanwege de groeiende noodzaak de zorguitgaven te beheersen, maar ook omdat de zorgbehoefte en de zorgvraag veranderen. Dat stelt andere eisen aan de inhoud van de zorg: aan welke zorg hebben we behoefte en wat verstaan we onder goede zorg? Internationale vergelijkingen laten zien dat de Nederlandse zorg van

---

1 De adviesaanvraag van 13 juli 2011 is bijgevoegd in bijlage 1.

2 Het interimadvies is voorbereid door de Commissie Sociale zekerheid en Gezondheidszorg, waarvan de samenstelling is opgenomen in bijlage 2.
Bij de voorbereiding van zijn advies maakt de raad dankbaar gebruik van de input die met de internetconsultatie en tijdens hoorzittingen/expertbijeenkomsten is opgedaan. Een overzicht van deze bijeenkomsten en de deelnemers daaraan, is opgenomen in bijlage 3.
De inbreng via de internetconsultatie is te vinden op de SER website: http://www.ser.nl/

3 Met deze formulering sluit de raad aan bij zijn advies (2010) *Overheid én markt*. Daarin omschrijft hij publieke belangen als belangen waarvan de behartiging voor de samenleving als geheel wenselijk is en die de politiek zich om deze reden aantrekt. In het kader van de gezondheidszorg verwijst betaalbaarheid naar individuele en collectieve betaalbaarheid. Toegankelijkheid heeft betrekking op beschikbaarheid en bereikbaarheid. Bij kwaliteit gaat het om effectiviteit, veiligheid, tijdigheid en vraaggerichtheid.

hoge kwaliteit is[4]. Met het oog op bovengenoemde veranderingen en eisen is er volgens de raad echter ruimte voor verbetering. De kostengroei, de knelpunten op de zorgarbeidsmarkt en de inhoud van de zorg kunnen niet los van elkaar worden gezien. Kostenbeheersing, voldoende zorgpersoneel en kwalitatief goede zorg vormen gezamenlijk de essentie van het streven naar een betaalbare en toegankelijke zorg.

De raad wil tevens benadrukken dat de zorg niet alleen veel kost, maar ook veel oplevert. Zowel individuen als de maatschappij ontlenen baten aan gezondheidszorg. Individuen profiteren van gezondheidszorg doordat zij daardoor langer leven en hun leven ook in betere gezondheid, dus met minder beperkingen doorbrengen. Daarnaast nemen hun maatschappelijke participatie en verdiencapaciteit toe en kunnen mensen langer en met een hogere productiviteit aan het arbeidsproces blijven deelnemen. Dit leidt ook tot maatschappelijke baten zoals een hogere economische groei, meer belastingopbrengsten en een lager aantal uitkeringen. Het is echter moeilijk aan te geven tot welk moment de extra baten nog opwegen tegen de extra kosten.

Voortbouwen op eerdere SER advisering
Bij het formuleren van richtingen voor toekomstig beleid borduurt de raad voort op de hoofdlijnen van zijn adviezen over de curatieve zorg (2000) en de langdurige zorg (2008)[5]. Beide adviezen zijn nog steeds richtinggevend en dienen als basis voor in de toekomst te voeren beleid, mits afdoende rekening wordt gehouden met de daarin geformuleerde tussenstappen en randvoorwaarden alsmede nieuwe inzichten en ontwikkelingen. De kern van het advies over de curatieve zorg ligt ten grondslag aan het in 2006 in werking getreden nieuwe zorgverzekeringsstelsel. De raad bepleit dat stelsel te handhaven, maar op onderdelen te verbeteren en verder te ontwikkelen. Daarnaast geeft de raad een eerste aanzet voor meer fundamentele keuzes met betrekking tot de inrichting van de AWBZ op langere termijn, zoals hij in zijn advies over de langdurige zorg noodzakelijk vond.

2. Kwaliteit, uitgavengroei en personeelstekorten

Noodzaak herijking kwaliteit en inhoud zorg[6]
De kwaliteit en inhoud van de zorg staan niet alleen onder druk door de sterk stijgende zorguitgaven, maar ook door de veranderingen die plaatsvinden in de zorgvraag en de zorgbehoefte van patiënten. Zo zal, volgens het RIVM[7], het aantal mensen met een of meer chronische aandoeningen in de toekomst verder toenemen en wordt de zorgbehoefte complexer doordat er steeds vaker multimorbiditeit optreedt. Bovendien leiden sociaal-culturele ontwikkelingen ertoe dat de patiënt/cliënt van de toekomst mondiger zal zijn, waarbij een steeds groter deel van deze patiënten, vooral in de ouderenzorg, zijn specifieke wensen en voorkeuren heeft. Ook wordt het belang van individuele leefstijl voor individuele gezondheidsuitkomsten groter.

Deze ontwikkelingen stellen andere eisen aan de inhoud van de zorg. De zorg voor chronisch zieken is bijvoorbeeld minder gericht op genezing, maar meer op behoud van functioneren en zelfredzaamheid. Multimorbiditeit vraagt vooral om een goede regie van de zorg en om continuïteit en afstemming. De kernvraag in deze discussie is wat we onder goede zorg verstaan: aan welke zorg hebben we behoefte en door wie en waar kan deze zorg het best worden verleend?

---

4 Zie bijvoorbeeld: The Commonwealth fund (2010) *Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally*, 2010 Update.

5 Zie SER (2000) *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekering* en SER (2008) *Langdurige zorg verzekerd: over de toekomst van de AWBZ*.

6 De beschrijving over de kwaliteit en inhoud van de zorg is gebaseerd op de door de voorbereidingscommissie gehouden hoorzittingen en expertmeetings.

7 RIVM (2010) *Van gezond naar beter. Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning* 2010.

Naar de mening van de raad is goede zorg allereerst - binnen het kader van een betaalbare, toegankelijke en kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg – gepaste zorg. Dit is zorg die bewezen werkzaam, doeltreffend en doelmatig is, aansluit bij de specifieke behoeften en omstandigheden van de individuele patiënt, en een redelijke verhouding weerspiegelt tussen kosten en effectiviteit en tussen ingezette middelen en gezondheidswinst.

Binnen de huidige gezondheidszorg is echter niet alle zorg gepaste zorg; niet iedereen krijgt de zorg die hij of zij nodig heeft. De praktijkvariatie is nog onnodig groot en patiënten krijgen vaak onnodig dure medicijnen. Volgens de raad is het nodig dit ongepaste gebruik te verminderen door enerzijds de kwaliteit van de zorg te verbeteren en anderzijds inefficiënties te verminderen. Om de verbeteringen te kunnen realiseren bepleit de raad een ander zorgperspectief en een verandering van de organisatie van de zorg.

In het door de raad voorgestane zorgperspectief ligt de nadruk niet op het leveren van zoveel mogelijk zorg, maar op de gevolgen van zorg voor de kwaliteit van leven, de sociale omgeving en maatschappelijke participatie. Het is nodig prikkels in de regelingen zo vorm te geven dat de focus in de zorgverlening verschuift van behandeling van ziekte naar behoud en bevordering van gezondheid en van kwaliteit van leven.

Deze accentverschuivingen betekenen dat in en buiten het stelsel van gezondheidszorg meer de nadruk moet komen te liggen op preventief beleid en vroegdiagnostiek en dat ook individuen zich meer bewust moeten worden van hun gezondheid en leefstijl. Sociale partners dienen goede en gezonde werkomstandigheden te bevorderen[8].

Een ander uitgangspunt is dat patiënten die daartoe in staat zijn zoveel mogelijk de regie nemen, waarbij meer zorg zelf in de eigen omgeving wordt geregeld. Het stimuleren en ondersteunen van zelfmanagement is daarbij van belang. Enerzijds hebben patiënten ondersteuning nodig bij het maken van keuzes. De raad vindt het in dit kader van belang te investeren in e-health. Daarnaast dienen patiëntenorganisaties bij het ondersteunen van de patiënten een belangrijkere rol te gaan spelen. Anderzijds vraagt zelfmanagement om een andere rol van zorgverleners. Zij moeten een meer coachende rol kunnen vervullen en het gepaste gebruik bevorderen. Een en ander neemt niet weg dat een deel van de patiënten niet (meer) in staat zal zijn de regie te behouden. Ook dan moet de zorg adequaat zijn.

In samenhang met het bovenstaande zorgperspectief pleit de raad voor een andere organisatie van de zorg: het is nodig de zorg dichtbij (in de buurt) te verlenen, de eerste lijn te versterken (en te experimenteren met de zogeheten anderhalflijn zorg) en integraal aan te bieden. Mede daardoor kunnen mensen zo lang mogelijk in hun eigen huis blijven wonen, voor zich zelf blijven zorgen en regie over hun eigen leven blijven voeren. Hoewel de eerste lijn van oudsher sterk ontwikkeld is in Nederland, is er volgens de raad nog steeds ruimte voor versterking ervan[9]. De eerste lijn behoort een doelmatig, toegankelijk en voor de patiënt aantrekkelijk alternatief te zijn voor de zorg in de ziekenhuizen. Huisartsen dienen de rol van poortwachter te vervullen en moeten in het algemeen de regie voeren. De wijkverpleegkundigen hebben een belangrijke functie als 'schakel' in de zorg: zij bereiken cliënten die nog geen hup krijgen, hebben een signalerende functie, activeren cliënten, leiden cliënten naar (hulp)instanties en zorgen voor afstemming tussen hulpverleners en instanties[10]. Het streven naar integrale zorg betekent dat generalisten een belangrijkere rol gaan vervullen en dat er een betere

---

8 Zie ook: SER (2009) *Een kwestie van gezond verstand: breed preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties*, Den Haag 2009.

9 Zie bijvoorbeeld ook KPMG/Plexus (2012) *Onderzoek naar de effectiviteit van poortwachters in het Nederlandse zorgstelsel 2000-2010*.

10 ZonMw (2011) *Tussenbalans 'Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt'*.

samenwerking en meer onderlinge afstemming en samenhang tussen cure en care, en tussen eerste en tweedelijn moet komen.

In dit advies werkt de raad de bovenstaande ideeën voor verbetering en aanpassing van de inhoud van de zorg nader uit in enkele beleidsrichtingen voor zowel de care als de cure (paragraaf 4).

Huidige uitgavengroei is hoger dan noodzakelijk voor borging kwaliteit
De raad is van mening dat investeringen in de gezondheidszorg renderen. Zoals opgemerkt in paragraaf 1 profiteert niet alleen het individu van een hogere levensverwachting en betere gezondheid, maar ontleent ook de maatschappij baten aan de zorg, onder andere in de vorm van een hogere arbeidsparticipatie en productiviteit, veiligheid en een beperking van de kosten in aanpalende domeinen

Tegelijkertijd onderschrijft de raad de bezorgdheid over de sterk groeiende zorguitgaven. In 2010 werd ongeveer 78 miljard euro uitgegeven aan zorg, ongeveer 51 miljard aan curatieve zorg en circa 24 miljard euro aan langdurige zorg[11]. De zorguitgaven – zowel de uitgaven aan curatieve zorg als aan de langdurige zorg – zullen volgens het CPB de komende decennia nog fors toenemen. Uitgaande van het trendmatige scenario[12] stijgen de totale zorguitgaven van ruim 13 procent van het bbp in 2010 naar 22 procent in 2040. De kosten voor de curatieve zorg stijgen van 8,7 procent naar 13 procent van het bbp en de kosten van langdurige zorg van 4,1 procent naar 9 procent van het bbp.

Huishoudens voelen de stijgende zorguitgaven direct in hun portemonnee: in het trendmatige scenario zal een gezin (tweeverdieners met kinderen en een gezamenlijk inkomen van 1,5 keer modaal) in 2040 meer dan 35 procent van het bruto gezinsinkomen aan belastingen en premies voor de *collectief* gefinancierde zorg kwijt zijn. In 2010 betaalde een modaal gezin hieraan 23,5 procent. De stijgende kosten in de cure zorgen ook voor werkgevers voor hogere lasten, wat negatieve gevolgen kan hebben op investeringen in de economie en werkgelegenheid. Ten slotte zullen door de toenemende collectieve zorguitgaven andere overheidsuitgaven, zoals aan onderwijs, sociale zekerheid en veiligheid, onder druk komen te staan.

Ook de internationale vergelijkingen laten zien dat in Nederland de zorguitgaven hoog zijn. Nederland geeft na de VS het meest uit aan zorg als percentage van het bbp[13]. Nederland blijkt in internationaal opzicht vooral relatief veel uit te geven aan langdurige zorg. Volgens de OESO is Nederland hier samen met Zweden koploper. Vergeleken met Duitsland en Zwitserland geeft Nederland bijna vier keer zoveel uit aan collectief gefinancierde langdurige zorg, vergeleken met Denemarken is dat ruim anderhalf keer zoveel. Een belangrijke verklaring hiervoor is dat het aandeel intramurale cliënten in Nederland hoog is. Ook scoort het Nederlandse systeem van langdurige zorg hoog op het gebied van toegankelijkheid en zorgaanspraken (pakketgrootte)[14].

---

11 De raad volgt hier de definitie die het CPB hanteert in zijn studie, zie CPB (2011) *Omgevingsscenario's voor gezondheid en zorg*, p. 19. Het gaat hier om de totale uitgaven, zowel de collectief als de privaat gefinancierde uitgaven. Tot de curatieve zorg worden verstrekkers van geestelijke gezondheidszorg (zonder onderscheid tussen kort- en langdurig) gerekend; tot de langdurige zorg worden verstrekkers van gehandicaptenzorg en verstrekkers van ouderenzorg gerekend.

12 Dit betreft een omgevingsscenario waarin de trends van de afgelopen dertig jaar zich ook de komende dertig jaar voortzetten. Ook in de komende jaren groeien de zorguitgaven mee met het inkomen (bbp), demografische ontwikkelingen en de prijs van zorg. In dit omgevingsscenario is geen plaats ingeruimd voor extra groei als gevolg van beleid.

13 OECD (2012) OECD Health data (Het gaat om cijfers van 2010).

14 OECD(2011) *Help wanted? Providing and paying for long term care*.

Volgens berekeningen van het Centre for European Studies (2010) zal ook de stijging van de kosten in de langdurige zorg (zonder Wmo) in de periode 2010 tot 2060 de hoogste zijn van de EU en vier keer zo hoog zijn als de gemiddelde stijging in de EU[15]. Ten aanzien van de curatieve zorg blijkt Nederland op dit moment minder uit te geven dan het EU-gemiddelde. De Europese Commissie voorspelt in haar prognose van 2009 dat ook de kostenstijging tot 2060 beneden het EU-gemiddelde zal liggen.

Het is volgens de raad van belang om bij de beoordeling van de groei van de zorguitgaven de oorzaken ervan te ontrafelen en te duiden, waardoor aan te geven is welk deel hiervan onwenselijk is. Het CPB verklaart de sterke kostengroei in het afgelopen decennium door een aantal determinanten, waarbij het onderscheid maakt tussen enerzijds volumegroei en anderzijds prijsontwikkeling.

Een deel van de volumegroei is te verklaren door de omvang en samenstelling van de bevolking (vergrijzing). De welvaartsgroei die ertoe leidt dat we betere behandelingsmethoden wenselijk vinden en vragen, verklaart een ander deel. Een voorbeeld hiervan is de toepassing van nieuwe technologieën. Een deel van de groei in de periode 2001-2010 kan echter niet worden verklaard door vergrijzing en toegenomen welvaart en kan vermoedelijk aan gevoerd beleid worden toegeschreven volgens het CPB[16]. Het is aannemelijk dat de groei vooral in het begin van de genoemde periode een inhaalslag is door het wegwerken van de wachtlijsten en een snellere stijging van de levensverwachting, maar de zorguitgaven bleven ook in de periode 2007-2011 sterk groeien. De uitgavengroei levert volgens de raad in dat opzicht geen bijdrage aan de borging van publieke belangen.

Voor de raming van de prijsontwikkelingen in de zorg is de veronderstelling met betrekking tot de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit van belang. Het CPB gaat in zijn ramingen ervan uit dat de productiviteitsgroei in de zorg achterblijft bij de rest van de economie terwijl de ontwikkeling van lonen in de zorg gelijke tred houdt. Dit heeft te maken met de aard van het werk: de zorg is een zeer arbeidsintensieve sector waar de mogelijkheden voor de inzet van arbeidsbesparende technologie kleiner zijn dan in veel andere sectoren. De zorgprijs stijgt daardoor sneller dan de inflatie, dat blijkt ook uit de historische analyse[17]. De raad gaat ervan uit dat dit zogenaamde Baumol-effect ook in de toekomst op de zorg van toepassing zal zijn. De raad wijst er echter ook op dat sinds 2004 de arbeidsproductiviteit in bepaalde delen van de zorg sneller is toegenomen[18]. De raad meent dat het ook mogelijk moet zijn in de overige segmenten de arbeidsproductiviteit te verhogen door een sterkere inzet op innovatie en arbeidsbesparende technologie en herontwerp van zorgprocessen zonder dat de kwaliteit van de geleverde zorg en het belang van de werknemers in het gedrang komen. Het gaat daarbij vooral om de verbetering van de doelmatigheid en het tegengaan van overbodige of onnodige (be)handelingen. Technologie kan de arbeidsomstandigheden van werknemers ook verbeteren. Een verhoging van de arbeidsproductiviteit leidt tot een lagere groei van de zorgprijzen waardoor de kostengroei lager uitpakt. Om innovatie en (arbeidsbesparende) technologieën die (zowel in de cure als ook in de care) leiden tot

---

15 Centre for European Studies; Van Asselt, E.J. et al. (2010) *Health Care Reforms in an Ageing European Society, with a Focus on the Netherlands*, Brussel. De vergelijking is gebaseerd op Europese Commissie (2009) *Sustainability Report, European Economy,* no.9, Brussel.

16 Ook in andere studies wordt hierop gewezen, zie RIVM (2010) *Determinanten van de volumegroei in de zorg*; KPMG (2012) *Excess growth* en Min. VWS (2012) *Naar beter betaalbare zorg. Rapport van de Taskforce Beheersing Zorguitgaven*. Volgens deze laatste studie valt een flink deel van de groei tussen 2001-2010 niet te verklaren vanuit demografie en welvaart; dit bedraagt ongeveer 8 miljard.

17 Volgens een analyse van Prismant zijn de prijzen per eenheid product in de zorg in de periode 1998 in 2010 harder gestegen dan in de economie als geheel; de ruilvoet voor ziekenhuizen, ouderenzorg en gehandicaptenzorg was positief. Een uitzondering vormt de revalidatiezorg. Prismant (2012) *Productiviteitswinst in de zorg: who gets what, when and how?*

18 Voor de langdurige zorg kan op basis van het beschikbare onderzoek geen definitieve uitspraak worden gedaan, zie Trienekens, Joost [et al.] (2012) Analyse stijging zorguitgaven, *ESB* 97(4643), pp. 534-535.

kostenbesparingen, te bevorderen, pleit de raad voor een taskforce, waarin verzekeraars, de technologische industrie en overheid participeren.

Op basis van de analyse van de oorzaken van de uitgavengroei concludeert de raad dat een zekere stijging van de zorguitgaven ook in de toekomst onvermijdelijk is gezien de demografische ontwikkeling. Daarnaast moet ruimte worden geboden voor kwaliteitsverbetering door opname van nieuwe technologie in het pakket. De kostenstijging op basis van technologische ontwikkelingen moet echter ook worden begrensd door pakketbeheer en gepast gebruik. Ook is het noodzakelijk om de arbeidsproductiviteitsgroei door innovatie te vergroten en deze groei om te zetten in lagere zorgprijzen. Tegelijkertijd zijn voor de beheersing van de uitgaven aan de langdurige zorg verdergaande stappen nodig, inclusief een verschuiving van verantwoordelijkheden.

Verbetering aansluiting onderwijs-arbeidsmarkt en aantrekkelijke werkomstandigheden[19]
De kwaliteit van de zorg staat of valt met voldoende en goed opgeleide arbeidkrachten. Voor het tegemoetkomen aan de behoefte aan zorg in de toekomst is het tegengaan van personeelstekorten in de zorgsector dan ook van cruciaal belang. Het tekort aan personeel zal naar verwachting toenemen als gevolg van een toenemende zorgvraag en ontwikkelingen in het arbeidsaanbod. Daarbij zullen er verschillen zijn tussen zorgsegmenten[20], kwalificatieniveaus en tussen regio's.

De arbeidsmarkt kent niet alleen een kwantitatief, maar ook een kwalitatief vraagstuk. Door de veranderende zorgvraag (als gevolg van epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen) zullen andere eisen worden gesteld aan de inhoud van het beroep. Zo zal er meer aandacht moeten komen voor vakinhoudelijke veranderingen (bijvoorbeeld professionalisering beroepsgroepen, opkomst specialisaties en nieuwe functies), technologische ontwikkelingen en beleidsontwikkelingen (zoals vormgeving eerstelijnszorg, kostenbeheersing en efficiency). Bovendien is er op onderdelen behoefte aan taakherschikking of aan functiedifferentiatie. Agogische, communicatieve en samenwerkingsvaardigheden worden belangrijker.

De raad constateert dat het van belang is dat de zorgopleidingen aansluiten op deze veranderende eisen. De raad roept onderwijsinstellingen op om in overleg met zorgwerkgevers/beroepsgroepen en de overheid te komen tot een adequaat opleidingsaanbod. Daarbij dient meer aandacht te worden besteed aan ontwikkelingen in de zorgvraag, diagnostiek en technologie, de organisatie van en toelating tot de opleiding en de inhoud van het werk (taakherschikking, vaardigheden, competenties en beroepsprofielen), ook in relatie tot de gewenste doelmatigheid en de noodzaak van een gezonde bedrijfsvoering. Ook dient er in het licht van alle ontwikkelingen, voldoende aandacht te zijn voor de blijvende en maximale inzetbaarheid van zittend personeel. Met het oog op een betere samenwerking tussen eerste en tweede lijn kan een meer gezamenlijke opleiding van (wijk)verpleegkundigen en (huis)artsen bovendien wenselijk zijn. Ook is het nodig de mogelijkheden voor taak- en functiedifferentiatie te onderzoeken en waar mogelijk te benutten. Overigens zijn er inmiddels de nodige stappen gezet. Er zijn opleidingen waarin zorg- en welzijnsaspecten worden gecombineerd. De benodigde vakkennis is in beeld gebracht en er wordt aan functiedifferentiatie gedaan. In de Stichting samenwerking bedrijfsleven beroepsonderwijs werken werkgevers met het MBO samen om de aansluiting onderwijs – arbeidsmarkt te verbeteren.

Het is voor het aantrekken en vooral het behouden van personeel in de zorgsector essentieel dat het werken in de zorg aantrekkelijk is. Dat gaat niet alleen over materiële

---

[19] De beschrijving over de zorgarbeidsmarkt is gebaseerd op de door de voorbereidingscommissie gehouden hoorzittingen en expertmeetings.

[20] Zo signaleert de ggz-sector dat er door beleidswijzigingen op de korte termijn ontslagen moeten vallen, terwijl op de langere termijn weer medewerkers moeten worden geworven.

zaken, hoewel het van groot belang is dat werken in de zorg economische zelfstandigheid mogelijk maakt. Het vereist aantrekkelijke werkomstandigheden en voldoende mogelijkheden voor ontplooiing en ontwikkeling. De arbeidsvreugde en effectiviteit van zorgpersoneel zijn gediend met professionele ruimte en zo weinig mogelijk bureaucratie. In eerste instantie ligt hier een verantwoordelijkheid voor sociale partners. Daarnaast betekent dit voor de overheid dat zij oog moet hebben voor de gevolgen van beleidsveranderingen, zoals bij de overheveling van onderdelen van de AWBZ naar andere beleidsdomeinen, voor de arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden van het in de zorg werkzame personeel. Hier is het zaak om na te gaan in hoeverre gedurende een overgangsperiode begeleidende maatregelen noodzakelijk zijn ten behoeve van de betrokken werknemers.

Zorginstellingen kunnen het werk bovendien aantrekkelijker maken door voldoende ruimte te geven aan de professionele beroepsbeoefenaren en waardering te tonen voor de professionele kwaliteiten van de werknemers in de sector. Dit komt niet alleen werknemers ten goede, maar ook de zorg. Zo is bijvoorbeeld de kans op een succesvolle implementatie van arbeidsbesparende innovaties in de zorg groter indien het personeel dat ermee moet werken bij de keuze en introductie betrokken is.

3. Knelpunten institutionele inrichting zorg

In paragraaf 2 heeft de raad zijn visie op de inhoud van de zorg geformuleerd en voorstellen voor verbetering van de kwaliteit aangedragen. Tegelijkertijd heeft hij aangegeven dat binnen het kader van een beheersbare groei van de zorguitgaven de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg dienen te worden gewaarborgd. Met het oog op de te formuleren beleidsrichtingen (paragraaf 4) benoemt de raad in deze paragraaf de voornaamste knelpunten in de institutionele inrichting van de langdurige en curatieve zorg.

Breed pakket care
De internationaal gezien uitzonderlijk hoge uitgaven voor langdurige zorg zijn vooral te wijten aan twee oorzaken[21]: ten eerste zijn het pakket en de doelgroep beduidend ruimer afgebakend dan in de meeste andere landen. Vooral het volume van de lichtere zorgvraag is sinds het begin van deze eeuw sterk gestegen[22]. Ten tweede bevat het huidige stelsel door de AWBZ-zorginkoop door regionale zorgkantoren te weinig prikkels voor een doelmatige uitvoering.

Conform de RVZ signaleert de raad enkele knelpunten in de ouderenzorg[23]. Ten eerste verliezen ouderen eerder dan nodig hun zelfredzaamheid, waardoor zij een grotere kans hebben vroegtijdig in een intramurale instelling opgenomen te worden. Ten tweede sluiten de intramurale instellingen nog onvoldoende aan bij de behoeften van ouderen, terwijl de extramurale voorzieningen nog niet aansluiten bij de wens van patiënten om langer thuis te blijven wonen en daar de (zwaardere) zorg (i.c. complexe problematiek) te ontvangen. Bij de extramurale voorzieningen wordt dit enerzijds veroorzaakt door de versnippering van het zorgaanbod, waardoor het aanbod onvoldoende aansluit op de vraag van de patiënt (met name bij ouderen die te kampen hebben met multimorbiditeit), en anderzijds door een sterke scheiding tussen informele zorg en (professionele) thuiszorg. Ten derde dreigt verschraling van de zorg voor met name ouderen die het meest afhankelijk zijn van deze overheidsvoorziening. Dit is een gevolg van de stijgende kosten en van mogelijke personeelstekorten. Gezien de demografische en economische uitdagingen is dan ook een structurele hervorming van de langdurige zorg voor ouderen vereist.

---

21 TK (vergaderjaar 2009-2010) 32 359 Brede heroverwegingen: *langdurige zorg*, bijlage 12 bij nr. 2.

22 Trienekens, Joost [et al.] (2012) Analyse stijging zorguitgaven, *ESB* 97(4643), pp. 534-537.

23 RVZ (2012) *Redzaam ouder*. Zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen. Onder niet-redzame ouderen verstaat de RVZ "ouderen die de essentiële aspecten van hun leven, namelijk zorg, wonen en welzijn, niet voor zichzelf kunnen regelen."(cit. p. 11).

Cure: onbeheersbare volume ontwikkeling en andere knelpunten
Hoewel het afgelopen decennium sprake is geweest van een aantal positieve ontwikkelingen in de curatieve zorg, is de vormgeving van het stelsel nog niet optimaal[24]. Volgens de raad is het zorgwekkend dat de kosten van de curatieve zorg sterk zijn toegenomen, onder meer door het voorkomen van ongepaste of niet-noodzakelijke zorg. Een van de oorzaken van de relatief hoge volumegroei zijn de productieprikkels in de huidige bekostigingsstructuur zonder voldoende rekening te houden met de gerealiseerde gezondheidswinst of verbetering van kwaliteit van leven. In combinatie met de informatievoorsprong van zorgaanbieders ten opzichte van patiënten en verzekeraars leidt dit tot het risico van meer behandeling, overbehandeling en praktijkvariatie[25]. Bovendien wordt niet-complexe zorg nog te weinig in de eerste- of anderhalvelijn verleend, onder meer als gevolg van verschillende schotten in het BKZ. Daar waar dat wel gebeurt, leidt dit niet tot een afbouw van capaciteit in de tweede lijn zodat daar veelal alsnog aanbodgeïnduceerde zorg wordt verleend. Ook hebben de inrichting en de uitvoering van het pakketbeheer tot nog toe te weinig tegengewicht geboden aan de tendens dat het pakket sluipend wordt uitgebreid met innovaties en dat nieuw opgenomen behandelingen niet worden beperkt tot die groep patiënten waarvoor ze effectief zijn.

Hier komt bij dat zorgverzekeraars onvoldoende selectief zorg inkopen. Selectieve zorginkoop was beoogd met de invoering van het huidige stelsel van curatieve zorg in 2006. De terughoudendheid van verzekeraars heeft te maken met het ontbreken van afdoende informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg dan wel de zorgaanbieders, en met de mogelijke negatieve gevolgen voor het imago indien bepaalde zorgaanbieders niet worden gecontracteerd. Verder is het wenselijk dat (collectiviteiten van) verzekerden en patiëntenorganisaties meer invloed uitoefenen op de zorginkoop(criteria) en verzekeraars prikkelen om goede en doelmatige zorg in te kopen aangezien dit nu nog onvoldoende van de grond komt; verzekerden en patiënten beschikken nog niet over de noodzakelijke informatie om kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders te kunnen beoordelen en hebben te weinig inzicht in de inkoopcriteria en -strategie van zorgverzekeraars. Ook is het mogelijk het inzicht van verzekerden in de kosten van zorg en het belang van gepaste zorg nog te verbeteren.

Het is nodig de beoogde selectieve zorginkoop te bezien in samenhang met het systeem van risicoverevening, een van de andere onderdelen van het in 2006 ingevoerde stelsel van curatieve zorg[26]. De raad verwijst in dit verband naar het rapport (juni 2012) van de commissie Evaluatie risicoverevening Zorgverzekeringswet (commissie Don); zij heeft onderzocht of verzekeraars van hun kennis van voorspelbare winst- en verliesgevende groepen gebruik maken door daadwerkelijk aan risicoselectie te doen. De commissie heeft geconcludeerd dat "de risicoverevening op dit moment in de praktijk niet tot grote

---

[24] Zo is sprake van een verbetering van de toegankelijkheid van zorg (onder meer door een afname van wachtlijsten), een daling van reële prijzen (in delen van de zorg), een groei van de productiviteit, een toename van het aantal innovaties en een meer inzichtelijke kwaliteit van zorg (via kwaliteitsindicatoren). Zie bijvoorbeeld Booz & Co; Visser, Sander et al. (2012) *Kwaliteit als medicijn*, pp. 5-6.

[25] Dit wordt versterkt door het gegeven dat de medische praktijk niet te maken heeft met eenduidige problemen waar uniforme methodes en behandelingen voor aanwezig zijn (weinig medical evidence), waardoor er interpretatieverschillen kunnen ontstaan tussen medische professionals. Zie bijvoorbeeld Booz & Co; Visser, Sander et al. (2012) *Kwaliteit als medicijn*, pp.10-12; De miljarden van Klink bestaan echt, *de Volkskrant*, 1-09-2012.

[26] Zoals voorgesteld door de raad in zijn advies *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen* (2000). Dat systeem is erop gericht zorgverzekeraars te compenseren voor verschillen in het gezondheidsprofiel van hun verzekerdenportefeuilles, omdat de Zvw hen een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie oplegt. Door verevening hoeft een verzekeraar geen concurrentienadeel te ondervinden van oververtegenwoordiging in zijn bestand van verzekerden met slechte risico's, maar heeft hij ook geen voordeel door oververtegenwoordiging van gunstige risico's. Structurele winsten of verliezen op groepen verzekerden als gevolg van het risicoprofiel van die groepen, zouden in principe dus na verevening niet mogen voorkomen.

problemen leidt"[27], "maar dat het systeem bij het blijven bestaan van voorspelbaar verlies- en winstgevende groepen kwetsbaar is voor toekomstige ontwikkelingen in de zorgverzekeringsmarkt". Zonder verbeteringen in het vereveningsysteem is er, volgens de commissie Don, een reële mogelijkheid dat verzekeraars overgaan op risicoselectie of dat verzekeraars in hun zorginkoop minder moeite zullen gaan doen voor verliesgevende verzekerden, zeker als ze niet helder hoeven te maken op grond van welke criteria ze bij de ene aanbieder wel en bij de andere geen zorg voor bepaalde aandoeningen inkopen.

De raad constateert tot slot dat het gekozen financieringssysteem problemen veroorzaakt. Een stelsel van nominale premies, een stijgend eigen risico, gecompenseerd door de zorgtoeslag en compensatiemaatregelen voor chronisch zieken is onhanteerbaar gebleken voor een deel van de bevolking en leidt tot een bureaucratisch en ingewikkeld geheel. Ongeveer 300.000 mensen vallen onder de formele wanbetalersregeling[28] (uitgevoerd door het CVZ) en een nog grotere groep mensen sluit jaarlijks een afbetalingsregeling met de zorgverzekeraar voor het aflossen van premieschulden of het betalen van het eigen risico. Naar de mening van de raad moet daarvoor een praktische oplossing worden gevonden (zie paragraaf 4.2) .

Marktwerkingsdebat vertroebelt zicht op knelpunten
In het maatschappelijke debat over de zorg worden de successen en feilen van het systeem vaak aan 'marktwerking' toegeschreven. Naar de mening van de raad leidt het begrip marktwerking echter tot misverstanden omdat – afhankelijk van de gehanteerde invalshoek – gewezen wordt op verschillende aspecten van het huidige stelsel. Enerzijds kan het betrekking hebben op de curatieve zorg zoals: het loslaten van budgettering en het belonen van zorgverleners op basis van geleverde zorg, selectieve inkoop door zorgverzekeraars hetgeen leidt tot meer concurrentie tussen aanbieders, het principe dat zorgverzekeraars om de gunst van de patiënt moeten concurreren of de toetreding van 'zorgondernemers'. Anderzijds kan marktwerking betrekking hebben op de langdurige zorg zoals: de mogelijkheid winst te maken in de thuiszorg en de rol van het persoonsgebonden budget (pgb) in de AWBZ. Bovendien wordt met het begrip marktwerking wel gewezen op een proces van schaalvergroting en een verandering van de mentaliteit, waarbij productiemaximalisatie wordt nagestreefd en de kwaliteit van zorg voor de hulpbehoevenden verschraalt.

Een debat over de wenselijkheid en de effecten van 'marktwerking' in den brede kan niet de noodzakelijke inhoudelijke scherpte hebben en is derhalve ook niet behulpzaam om tot adequate beleidsaanpassingen te komen. In dit verband dringt de raad aan op een genuanceerde benadering van deze thematiek, onder meer omdat het begrip 'marktwerking' maskeert dat er in de zorg een belangrijke rol voor de overheid én voor private partijen is weggelegd, hetgeen in het verleden niet anders was.

Dat neemt niet weg dat het 'productiegevoel' in de zorg breed wordt ervaren. Het gaat daarbij om de manier waarop met de regelgeving/systemen in de zorg (in het bijzonder het bekostigingssysteem) en met de toegenomen vrijheidsgraden is en wordt omgegaan en hoe dit wordt beleefd door belanghebbenden. Deze mentaliteit wordt vaak toegeschreven aan 'marktwerking': vanwege de budgettaire druk van ziekenhuizen wordt ondernemend gedrag gepromoot en – mede door de wijze van bekostigen – ligt de nadruk op maximalisatie van de productie. Daardoor worden professionals aangesproken op hun productie in plaats van op hun intrinsieke motivatie om zo goed mogelijke zorg te leveren voor elke (veeleisende) patiënt. Meer ondernemerschap in de

---

[27] De commissie Don heeft geconstateerd dat het systeem niet voorkomt dat groepen verzekerden, sommige van aanzienlijke omvang, te vinden zijn waarop verzekeraars voorspelbare winsten maken of verlies lijden. De commissie heeft "geen aanwijzingen gevonden dat verzekeraars op grote schaal groepen verzekerden waarop verlies wordt geleden, ontmoedigen zich bij hen te verzekeren". Zij heeft "wel twee uitzonderingen aangetroffen op de algemene constatering dat een marketingbeleid met doelgroepenpolissen op zichzelf niet schadelijk hoeft te zijn"; beide marketingpraktijken acht de commissie onwenselijk.

[28] NZA (2012) *Marktscan Zorgverzekeringsmarkt*, tabel 5.3, p.48.

zorg gericht op het leveren van kwaliteit en gepaste zorg is wenselijk. Het gaat erom de positieve kanten van concurrentie, zoals een grotere doelmatigheid en meer innovatie, te bevorderen en tegelijkertijd de negatieve aspecten (productieprikkel) om te buigen. De raad gaat ervan uit dat alle belanghebbenden (professionals (managers en werkenden in de zorg) én patiënten/cliënten) de verantwoordelijkheid op zich nemen voor een financieel beheersbare en inhoudelijk gepaste zorg. Het is van groot belang dat bestuurders zich bewust zijn van hun voorbeeldfunctie. Daarbij hoort dat zij zich houden aan de Beloningscode Bestuurders in de Zorg.

Verder stelt de raad vast dat de manier waarop gemeenten de aanbestedingsprocedures in het kader van de Wmo uitvoeren grote negatieve gevolgen hebben gehad voor de arbeidsvoorwaarden en werkzekerheid van het betrokken personeel. Uitvoering van zorgtaken door gemeenten heeft niet de voorkeur zolang gemeenten het belang van het zorgpersoneel in het beleid onvoldoende laten meewegen.

Met betrekking tot mededinging/marktwerking zij tot slot vermeld dat de Mededingingswet in de sector wordt ervaren als belemmering om te komen tot samenwerking of tot specialisatie van hoogcomplexe zorg. Dit is een probleem als daardoor samenwerking of specialisatie die positief zou zijn voor kwaliteit, innovatie en/of doelmatigheid van de zorg, niet tot stand komt[29]. De raad acht het wenselijk dat de relatie tussen samenwerking, concurrentie en de Mededingingswet in de verschillende segmenten van de zorg verduidelijkt wordt vanuit het oogpunt van publieke belangen. Gezien zijn eerder uitgesproken pleidooi om een stapeling van toezichthouders te voorkomen, zou tevens moeten worden bezien in hoeverre het in de toekomst nog wenselijk is dat het mededingingstoezicht op de ordening van de zorg verdeeld is over NZa en NMa[30], en pleit de raad voor vereenvoudiging van het toezicht op de zorg, bijvoorbeeld door vermindering van het aantal toezichthouders.

4. Beleidsrichtingen langdurige en curatieve zorg

Hierna formuleert de raad enkele beleidsrichtingen voor de langdurige en de curatieve zorg, gericht op het borgen van de publieke belangen individuele en collectieve betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit. Deze aanpassingen moeten voorkomen dat door de stijgende zorguitgaven de toegang en de kwaliteit van de zorg onder druk komen te staan.

4.1 Fundamentele herbezinning langdurige zorg

In zijn advies *Langdurige zorg verzekerd* (2008) heeft de raad voorstellen geformuleerd voor hervorming en aanpassing van de langdurige zorg op de korte en de middellange termijn. Hij acht deze voorstellen nog steeds actueel. Volgens de raad is echter op onderdelen een intensivering van reeds geleidelijk aan ingezet beleid nodig (bijvoorbeeld ten aanzien van de aanscherping van aanspraken en het scheiden van wonen en zorg). De raad is van mening dat het in aanvulling op genoemd advies noodzakelijk is om nieuwe, fundamentele keuzes te maken ten aanzien van de langdurige zorg.

Centraal daarbij staat de vraag welke langdurige zorg in de toekomst collectief gefinancierd dient te worden of, met andere woorden, voor welke langdurige zorg een collectieve verantwoordelijkheid moet gelden. Volgens de raad is het bij het

---

[29] In het Hoofdlijnenakkoord (van 4 juli 2011) tussen zorgaanbieders (ziekenhuiszorg), zorgverzekeraars en de minister van VWS merken de ondertekenaars op dat de ruimte die de mededingingswetgeving geeft voor samenwerking, "mogelijk wel verduidelijking behoeft". De genoemde samenwerking heeft betrekking op de rol van zorgaanbieders en zorgverzekeraars bij het herinrichten van het zorglandschap, onder meer gericht op het afbouwen van capaciteit en het specialiseren en spreiden van zorg (*Hoofdlijnenakkoord 2012-2015*, p. 5).

[30] In dit verband verwijst de raad naar zijn aanbevelingen om stapeling en dubbeling van toezicht te voorkomen in SER (2005) *Ondernemerschap voor de publieke zaak*, pp. 65-66; SER (2010) *Overheid en markt*, p. 19.

beantwoorden van deze vraag allereerst van belang een onderscheid te maken tussen zorg en niet-zorg. Daarbij gaat het in de huidige AWBZ met name om een financiële scheiding van zorg en wonen. Ten tweede is het van belang om per doelgroep waar de AWBZ zich op richt - (vroeg)gehandicapten, chronisch psychiatrische patiënten en ouderen met chronische ziektes of beperkingen – te bepalen in welke mate mensen verantwoordelijkheid kunnen dragen voor hun behoefte aan langdurige zorg. Tot slot dient te worden nagegaan op welke wijze de uitvoering van de zorg voor de verschillende doelgroepen moet plaatsvinden.

Hierna gaat de raad eerst in op het gescheiden financieren van wonen en zorg en vervolgens afzonderlijk op de doelgroepen.

Onderscheid financiering wonen en zorg
Naar de mening van de raad dient de collectief gefinancierde langdurige zorg, te worden teruggebracht tot zorg. In beginsel dragen mensen een individuele verantwoordelijkheid voor de niet-zorg elementen, zoals woon- en verblijfskosten. Anders dan zorgkosten treffen uitgaven voor woning, welzijn en voeding niet alleen AWBZ-geïndiceerden, maar iedereen. Daarnaast spelen de gewijzigde maatschappelijke preferenties met betrekking tot de diversiteit en kwaliteit van het woonaanbod en van welzijn een rol.

Naar het oordeel van de raad verdient het de voorkeur dat mensen hun woon- en verblijflasten zoveel mogelijk zelf dragen, ook indien zij in een instelling wonen. Een grotere eigen verantwoordelijkheid betekent immers ook dat men meer invloed kan uitoefenen op het aanbod en voor arrangementen kan kiezen die het beste bij de eigen voorkeuren passen. De woonfunctie komt centraler te staan, hetgeen ook tegemoet komt aan het feit dat deze voor veel mensen bepalend is voor de kwaliteit van leven. Daarnaast kan door het scheiden van wonen en zorg beter worden aangesloten bij de uiteenlopende wensen van zorgvragers, het zelfstandig wonen en de eigen regie worden gestimuleerd en innovaties op het raakvlak van wonen, zorg, welzijn en participatie worden bevorderd.

Ook in de toekomst zullen er echter groepen zijn met een zeer zware zorgvraag die nauw verweven is met de woonsituatie en het beroep op welzijnsvoorzieningen. Voor deze groepen draagt een scheiding van de financiële verantwoordelijkheden voor enerzijds zorg en anderzijds wonen en welzijn niet bij aan de kwaliteit van de dienstverlening en heeft dan ook geen feitelijke meerwaarde. De raad heeft in zijn AWBZ-advies van 2008 aangegeven dat dit in de praktijk betrekking zal hebben op intensieve verpleeghuiszorg, intensieve zorg in een instelling voor gehandicapten of psychiatrische patiënten, en zorg in een therapeutisch woonklimaat.

Volgens de raad moet er een oplossing komen voor groepen mensen die wel zelfstandig kunnen blijven wonen, eventueel na verhuizing, maar vanwege hun zware zorgvraag behoefte hebben aan extra bouwkundige voorzieningen. Deze voorzieningen passen niet altijd in het woningwaarderingssysteem[31] en kunnen vaak niet door de huurtoeslag worden gedekt. De raad onderschrijft daarom de suggestie van het CVZ om een deel van de normatieve huisvestingscomponent (NHC) beschikbaar te stellen voor de bekostiging van extra voorzieningen in private woonvormen. Deze NHC is op dit moment voorzien voor de extra bouwkundige voorzieningen van AWBZ-instellingen, maar zou dus ook voor een collectieve financiering van aanpassingen in particuliere woningen gebruikt kunnen worden.

Tot slot moet volgens de raad de voorgestane individuele financiering van de woonlasten ook gevolgen hebben voor de hoogte van de eigen bijdragen ingeval van intramurale

[31] Het woningwaarderingssysteem bepaalt de maximale huur die voor een woning mag worden gevraagd. Gemeenschappelijke ruimten en voorzieningen, die voor de zorgverlening noodzakelijk zijn, leveren hierbij geen punten op. Voor serviceflats is een opslag mogelijk. CVZ (2012) *Signalement zorg en wonen*, Diemen, april 2012, p. 11.

zorg. De huidige eigenbijdrageregeling is immers gebaseerd op het feit dat de cliënt de woonlasten niet draagt.

Hierna gaat de raad per doelgroep in op de wenselijke verdeling van verantwoordelijkheden voor de AWBZ-aanspraken die geen betrekking hebben op de functie verblijf/wonen.

Mensen met een beperking (Gehandicapten)
Een groot deel van de mensen met een beperking die gebruik maken van AWBZ-zorg heeft (bijna) een leven lang zorg nodig. Zij zijn levenslang aangewezen op zorg in een instelling. Hun zorgkosten zijn vaak zeer hoog. Hun handicap is niet van te voren te voorzien en zij kunnen zich niet op de zorgkosten voorbereiden. Deze mensen nemen zoveel mogelijk deel aan de samenleving en maken daarbij hun eigen keuzen. Maar er zijn mensen die zo'n zware zorgbehoefte hebben dat zij niet zelfstandig kunnen functioneren en niet of slechts in beperkte mate in staat om zelf de regie te voeren. De raad is dan ook (conform zijn advies van 2008) van mening dat voor de zorg voor deze mensen met een beperking en een zware zorgbehoefte een collectieve verzekering moet blijven bestaan. Deze doelgroep heeft levensbreed en levenslang zorg en ondersteuning nodig en moet daarvan verzekerd zijn.

Daarnaast zijn er ook mensen met een lichtere zorgvraag, die met langdurige (professionele) ondersteuning deel kunnen nemen aan de samenleving. Belangrijk is dat daarbij ingespeeld wordt op individuele behoeften en mogelijkheden van de mensen om wie het gaat. Dit kan voor deze groep door de benodigde ondersteuning dichter bij de burger te organiseren. Voor deze mensen geldt echter ook dat zij grotendeels niet in staat zijn zelf een inkomen te verwerven en zelf de financiële verantwoordelijkheid voor langdurige ondersteuning te dragen. Collectieve verantwoordelijkheid voor de ondersteuning van mensen met een lichtere zorgbehoefte blijft dan ook nodig.

De definitie van de grondslagen en de indicatiestelling, met andere woorden de afbakening van de groep gehandicapten is wel een aandachtspunt. De Taskforce beheersing zorguitgaven constateert dat het aantal verstandelijk gehandicapten met een lichte zorgvraag sterk stijgt waarbij bovendien ook een sterke regionale variatie te zien is[32]. Dat kan erop wijzen dat de brede grondslagen van de AWBZ zorgen voor een aanzuigende werking, waardoor een eventueel maatschappelijk probleem wordt gemedicaliseerd. Een aanscherping van grondslagen en indicatiestelling is volgens de raad wenselijk.

In zijn vervolgadvies zal de raad ingaan op mogelijke verbeteringen in de ordening van de gehandicaptenzorg. De huidige inkoop door zorgkantoren biedt te weinig prikkels voor het inkopen van kwalitatief goede en doelmatige zorg. Daarnaast is de samenhang met beleidsterreinen buiten de zorg relevant: de jeugdzorg, het passend onderwijs, uitkerings- en activeringsregelingen voor jongeren (i.c. de Wajong). Dit kan onder andere gevolgen hebben voor de vormgeving van de indicatiestelling[33]. Ten slotte is de geografische schaal van de zorginkoop relevant. Inkoop op lokale of zelfs regionale schaal is niet voor alle zorg doelmatig.

Mensen met chronische psychische stoornissen
Voor mensen met chronische psychische stoornissen geldt een vergelijkbare redenering als voor vroeggehandicapten. Deze groep heeft een groot deel van het leven zorg nodig en hun zorgkosten zijn vaak hoog. Hun zorgbehoefte is niet van te voren te voorzien. Een deel van de patiënten is niet of slechts in beperkte mate in staat om zelf de regie te voeren. De raad concludeert daarom dat ook voor mensen met chronische psychische stoornissen het principe van de collectieve verzekering moet worden gehandhaafd. De

---

32 Taskforce (2012) *Beheersing zorguitgaven*.

33 Zie: SER-advies (2009) *De winst van maatwerk. Voorbereiding op participatie van jongeren met ontwikkelings- of gedragsstoornissen*.

raad bouwt met betrekking tot de langdurige geestelijke gezondheidszorg (ggz) voort op zijn eerdere advies en neemt zich voor de positie van de GGZ in de AWBZ in zijn vervolgadvies uit te werken.

Het vervolgadvies zal tevens gericht zijn op de ordeningsvraagstukken in de GGZ. Hierbij moet onder andere rekening worden gehouden met de samenhang tussen de benodigde zorg. Een deel van de chronische GGZ-patiënten heeft langdurige zorg en ondersteuning nodig waarbij de samenhang met domeinen als Wajong, Wsw, speciaal onderwijs, dagbesteding, daklozenzorg of forensische psychiatrie dominant is. Een ander deel van de patiënten met een chronische psychiatrische aandoening maakt ook relatief veel gebruik van curatieve zorg (bijvoorbeeld de op genezing gerichte GGZ die onder de Zvw valt).

Ouderen
Beperkingen en aandoeningen als gevolg van ouderdom, kunnen in beginsel iedereen raken. Daarnaast komt de zorgafhankelijkheid pas na vele jaren waardoor men zich op de zorgbehoefte heeft kunnen voorbereiden. Bovendien heeft men altijd zelf de (financiële) verantwoordelijkheid voor zijn of haar leven gedragen. Ten slotte blijven de zelfredzaamheid en het vermogen om de regie over het eigen leven te voeren ook in de ouderdomsfase nog gedurende lange tijd aanwezig.

Op basis van deze argumenten pleit de raad voor een nieuwe verdeling van verantwoordelijkheden met betrekking tot de ouderenzorg. Hierbij dienen ouderen met een lichte zorgvraag te worden onderscheiden van ouderen met een zware zorgvraag. In het algemeen gaat een lichte zorgvraag gepaard met relatief lage kosten en behoud van eigen regie. Des te lager de kosten, des te groter de mogelijkheden deze zelf te financieren en des te groter ook de mogelijkheden voor eigen regie. Verpleging, behandeling en zwaardere vormen van persoonlijke verzorging en begeleiding (hierna ook aangeduid als ‘de zware ouderenzorg’) blijven collectief gefinancierd.

Volgens de raad behoort het tot de verantwoordelijkheid van de overheid om, na consultatie van het relevante veld, de grens tussen lichte en zware vormen van bijvoorbeeld persoonlijke verzorging en begeleiding van ouderen binnen deze functies te bepalen. Enerzijds pleit hij er voor die grens niet te laag te leggen om zo afwenteling op een collectief gefinancierde regeling te voorkomen en alternatieven voor professionele zorg te stimuleren. Anderzijds moet er rekening worden gehouden met de individuele betaalbaarheid: de ondersteuning van ouderen zonder financiële middelen dient te worden gewaarborgd via een financieel vangnet voor de lichte persoonlijke verzorging en begeleiding.

De raad wil benadrukken dat meer individuele verantwoordelijkheid ook voordelen heeft: ouderen hebben bijvoorbeeld meer mogelijkheden persoonlijke verzorging en begeleiding volgens hun eigen wensen en prioriteiten vorm te geven. Hierbij hoeft het niet altijd om een volledig professioneel zorgaanbod te gaan. Dat betekent tegelijkertijd dat er aandacht moet zijn voor het risico van overbelasting van mantelzorgers. Hierbij kan ook een betere afstemming met de professionele zorg een rol spelen. Zo ontstaan er op dit moment al allerlei initiatieven onder ouderen om zorg onderling te regelen, zoals zorgcoöperaties. Deze ontwikkeling moet volgens de raad worden gestimuleerd.

Daarnaast blijft volgens de raad een onafhankelijke objectieve indicatiestelling noodzakelijk. Op dit moment is er kritiek op de door de onafhankelijke indicatiestelling veroorzaakte vertraging en bureaucratie Dit zal op een praktische wijze opgelost moeten worden, zonder dat de objectiviteit en de onafhankelijkheid van de indicatiestelling in het geding komen.

Opties en randvoorwaarden uitvoering zware ouderenzorg
Een vervolgvraag is op welke manier de uitvoering van de zware ouderenzorg vorm moet worden gegeven. De uitvoering moet tot gevolg hebben dat er meer prikkels zijn

om kwalitatief goede en doelmatige ouderenzorg in te kopen. Daarbij spelen mogelijkheden en prikkels voor substitutie van aanbod tussen verschillende domeinen en mogelijkheden en prikkels voor het totstandkomen van zorgketens, waarbij de cliënt zoveel mogelijk met één aanspreekpunt te maken heeft, een belangrijke rol. Om deze reden is het volgens de raad bepalend of functies van de ouderenzorg al dan niet logisch samenhangen met andere zorgvormen of met andere beleidsniveaus en -terreinen.

Zo behoeft de functie begeleiding – waar het de zwaardere vormen van begeleiding betreft - nauwere afstemming met de (sociale) omgeving van mensen (netwerken die zelfredzaamheid kunnen ondersteunen) en derhalve met onderdelen van het lokale beleid (bijvoorbeeld op het terrein van welzijn). De functie extramurale begeleiding zou derhalve op lokaal niveau kunnen worden uitgevoerd. Volgens de raad is het echter geen optie om begeleiding naar de Wmo in zijn huidige vorm over te hevelen. De beleidsvrijheid van gemeenten is daarvoor te groot, waardoor het gevaar van verschraling van de voorziening kan optreden. Uitbreiding van de Wmo met aanspraken vanuit de AWBZ is daarom volgens de raad alleen dan mogelijk indien de voorwaarden waaronder de gemeenten de Wmo uitvoeren worden aangescherpt.

Andere delen van de ouderenzorg, zoals de functies persoonlijke verzorging, verpleging en behandeling hebben veeleer raakvlakken met de curatieve zorg. De functies verpleging en persoonlijke verzorging worden in het huidige stelsel soms op basis van de Zvw en soms op basis van de AWBZ vergoed, afhankelijk van de verantwoordelijke arts. Het is volgens de raad een optie om deze functies door dezelfde organisatie te laten inkopen. Inkoop door de zorgverzekeraar voor zijn eigen verzekerden biedt kans op een meer doelmatige uitvoering en op een meer geïntegreerd zorgaanbod met één aanspreekpunt. Zo kunnen tijdige interventies op curatief gebied belangrijke bijdragen leveren aan het voorkomen van langdurige zorgafhankelijkheid. Zolang een goed functionerend systeem van ex ante risicoverevening voor de zware ouderenzorg ontbreekt, bestaat het gevaar van een opwaartse druk op de indicatiestelling (zie CPB studies). Onderzocht moet worden in hoeverre de hiervoor bepleite onafhankelijke objectieve indicatiestelling deze opwaartse druk in bedwang houdt. Doel moet zijn dat de verandering meer passende zorg oplevert tegen lagere kosten in vergelijking met de huidige omvang van de kosten voor zwaardere ouderenzorg in de AWBZ.

Indien voor deze optie zou worden gekozen, dan moet volgens de raad wel aan een aantal strikte randvoorwaarden worden voldaan.
Een *eerste* randvoorwaarde heeft te maken met de financiering en de lastenverdeling. Bij uitvoering van de ouderenzorg door zorgverzekeraars dient de financiering van deze ouderenzorg te gebeuren uit de algemene middelen, volledig gescheiden te blijven van de via premies opgebrachte gelden ten behoeve van de curatieve zorg en daarmee op korte en lange termijn lastenneutraal plaats te vinden.
Een *tweede* randvoorwaarde is dat de zorgverzekeraars de juiste prikkels dienen te hebben voor een goede en doelmatige zorginkoop van ouderenzorg en een doelmatige afstemming met de curatieve zorg. Dit betekent onder andere dat er reëel uitzicht moet zijn dat zij op een verantwoorde manier risicodragend kunnen worden gemaakt voor de inkoop van de genoemde ouderenzorg. Bij een risicodragende uitvoering moet sprake zijn van een goed werkend systeem van risicoverevening op basis van (ex ante) voorspellingen van het zorggebruik en de daarmee verbonden kosten. Tevens moet er een evenwicht worden gevonden tussen de wenselijkheid van selectieve zorginkoop van langdurige ouderenzorg enerzijds en de wenselijkheid van persoonsvolgende financiering en vrije woningkeuze van cliënten anderzijds. De cliënt moet centraal blijven staan in termen van samenhang, betaalbaarheid en toegankelijkheid van het zorgaanbod.
Ten *derde* dient er – met het oog op de te verwachten kostenstijgingen van de ouderenzorg door de vergrijzing – een langetermijnvisie te worden ontwikkeld over de verhouding tussen de omvang van de collectieve financiering van de ouderenzorg en de rol van eigen bijdrages. Daarbij zal ook kunnen worden verkend wat de mogelijkheden zijn voor het inzetten van eigen vermogen voor zorgarrangementen.

Op deze vraagstukken omtrent de ordening van de ouderenzorg, inclusief de optie van overheveling naar de Zvw, zal de raad in zijn vervolgadvies nader ingaan.

4.2 Veranderingen en verbeteringen in de curatieve zorg

Kader voor verbeteringen
Het huidige stelsel van curatieve zorg is in 2006 ingevoerd mede op basis van het SER-advies *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen* (2000). Deze vrij fundamentele stelselwijziging heeft geleid tot de invoering van een voor alle inwonenden wettelijk verplichte basisverzekering, met een voor zorgverzekeraars geldende acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie. Basisgedachten van het huidige stelsel zijn onder meer dat risicodragende, concurrerende zorgverzekeraars zorg inkopen bij concurrerende zorgaanbieders, en dat vraagsturing en verantwoordelijkheid voor private actoren binnen het kader van wetgeving en regulering een grote rol hebben.

De raad realiseert zich dat de overgang naar het nieuwe stelsel met een bijzonder complexe herziening van aanbodbudgettering naar gereguleerde concurrentie (nog steeds) een cultuuromslag vraagt van alle betrokken partijen en dat er dan ook tijd nodig is om zo'n nieuw systeem goed te laten werken. Wel zijn veranderingen en verbeteringen in het stelsel noodzakelijk, mede in het licht van de ervaringen tot nu toe.

In dit verband zijn het Hoofdlijnenakkoord tussen zorgaanbieders (ziekenhuiszorg), zorgverzekeraars en de minister van VWS (Hoofdlijnenakkoord 2012-2015) en het Bestuurlijk akkoord toekomst ggz 2013-2014 van belang. Beide akkoorden bevatten stappen om de werking van het stelsel te verbeteren. De betrokken partijen hebben afspraken gemaakt over onder andere de vermindering van praktijkvariatie en over spreiding en specialisatie van ziekenhuisfuncties. Zorgverzekeraars gaan de selectieve inkoop van zorg sterk uitbreiden en zullen contracteren op basis van prijs, kwaliteit, doelmatigheid en gepast gebruik. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zullen spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties bewerkstelligen. Hierbij wordt zorg steeds zo dicht mogelijk bij de patiënt in de buurt geboden. Overbodig geworden (ziekenhuis)capaciteit wordt afgebouwd, zodat er daadwerkelijk kwaliteits- en doelmatigheidswinst wordt geboekt. Tot slot streven zorgverzekeraars ernaar om vanaf 2012 in hun contracteerbeleid een gemiddelde uitgavengroei van gemiddeld 2,5 procent exclusief loon- en prijsbijstelling te realiseren. Bovencontractuele groei wordt in beginsel niet meer vergoed, tenzij uit hoofde van de wettelijke zorgplicht aanvullende contractering noodzakelijk is gebleken. Ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg hebben partijen een akkoord gesloten waarbij uitgangspunt is dat passende zorg op de juiste plek wordt verleend. Er vindt een omslag plaats van klinisch naar ambulant, van tweede lijn naar eerste lijn, van eerste lijn naar huisarts en van huisarts naar meer zelfmanagement.

Het is volgens de raad in het belang van zowel patiënten als van premie- en belastingbetalers dat alleen gepaste zorg wordt verleend. Dit is van belang vanuit een kostenoogpunt, maar evenzo vanuit het oogpunt van kwaliteit en met het oog op handhaving van de maatschappelijke solidariteit. In aanvulling op het Hoofdlijnenakkoord formuleert de raad voorstellen gericht op beperking van de uitgavengroei en verbetering van de curatieve zorg, waarbij de rijksoverheid, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten op verschillende wijze betrokken zijn. Deze voorstellen hebben tot doel prikkels en instrumenten te introduceren die vooral de gezondheidswinst en de kwaliteit van leven bevorderen en de eigen regie en eigen verantwoordelijkheid voor de patiënt vergroten.

Afbakening omvang en aanscherping toepassing pakket
Naar de mening van de raad is een stringent pakketbeheer noodzakelijk.
De raad constateert dat innovaties in de zorg als gevolg van technologische vooruitgang leiden tot uitbreiding van het Zvw-pakket, met andere woorden van de verzekerde

behandelingen of verrichtingen. Die vernieuwingen dragen niet alleen bij tot een stijgende gezondheid van de bevolking maar ook in belangrijke mate tot de kostentoename in de zorg. Met het oog op het beheersen van de zorgkosten én het verstrekken van alleen gepaste zorg (zie paragraaf 2) is het noodzakelijk kritisch te kijken naar de omvang van het pakket, waarbij noodzakelijkheid, (bewezen)[34] effectiviteit en doelmatigheid[35] dé centrale criteria zijn. Het is nodig deze set van criteria in de praktijk en in de volle breedte van de zorg toe te passen, met behulp van het door het CVZ ontwikkelde instrumentarium om concreet te bepalen of behandelingen tot het verzekerde pakket moeten behoren. Deze aanpak impliceert dat het CVZ zowel de instroom als de uitstroom uit het verzekerde pakket op basis van de beginselen van gepaste zorg beoordeelt. Dat betekent ook dat het CVZ ongepaste zorg die nog tot het pakket behoort, actief opspoort en consequent nagaat of de toevoeging van nieuwe behandelingen tot het pakket kan leiden tot vervanging van reeds opgenomen behandelingen zodat er daadwerkelijk substitutie plaatsvindt[36].

Vervolgens is het bevorderen van de gepaste toepassing van de op grond van de Zvw verzekerde behandelingen van cruciaal belang. In beginsel behoren behandelingen alleen tot het pakket voor die patiënten/indicaties waarvoor zij effectief zijn. Dezelfde zorg kan voor de ene indicatie noodzakelijk zijn, maar voor de andere indicatie overbodig of zelfs onwenselijk zijn. De zorgvorm is daarom alleen verzekerd voor indicaties waarvoor de behandeling noodzakelijk is. De raad constateert echter dat bij het gebruik van de verzekerde behandelingen door zorgverleners vaak een verbreding van de doelgroep plaatsvindt, waardoor zij nieuwe behandelingen die voor een kleine groep effectiever zijn dan de reeds bestaande (en in het pakket opgenomen) behandeling, te breed inzetten. Het is daarom wenselijk dat het CVZ in de toekomst op basis van door de beroepsgroep opgestelde praktijkrichtlijnen[37] bepaalt voor welke indicaties een specifieke behandeling op grond van de ZVW verzekerd is (zogeheten indicatie-interventiecombinaties). Hierbij zal het nieuw binnen het CVZ op te richten Kwaliteitsinstituut een duidelijke rol moeten spelen.

Tot slot stelt de raad vast dat het politieke mandaat voor het CVZ als pakketbeheerder ontbreekt, terwijl dit voor een stringent pakketbeheer noodzakelijk is. Hij is dan ook van mening dat onderzocht moet worden op welke wijze dit kan worden vormgegeven en welke criteria daarbij relevant zijn. De pakketafbakening dient op van tevoren door de overheid vastgestelde inhoudelijke criteria gebaseerd te zijn. In zijn vervolgadvies zal de raad terugkomen op de uitwerking van die criteria.

In combinatie met de hierna voorgestelde aanpassing van de bekostigingsstructuur kunnen deze voorstellen in verband met de omvang en de toepassing van het verzekerde pakket helpen om de opwaartse druk op het zorgvolume te verminderen.

---

[34] In de praktijk bestaat vaak enige mate van onzekerheid over de effectiviteit van een interventie. Sinds 1 januari 2012 kan de minister van VWS besluiten om zorg die niet voldoet aan het wettelijke criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk' tijdelijk toe te laten tot het basispakket. Voorwaarde is dat, gedurende de duur van de toelating, gegevens worden verzameld over de effectiviteit van de zorg, op basis waarvan vastgesteld kan worden of de zorg definitief onderdeel kan zijn van het verzekerde pakket. Zie CVZ (2012) *Voorwaardelijke toelating/financiering van zorg*, Diemen, april 2012.

[35] Het vereiste van kosteneffectiviteit is niet in de Zvw verankerd, maar is wel één van de pakketprincipes. Vaak bestaat echter onzekerheid over de kosteneffectiviteit van behandelingen waarvan de therapeutische effectiviteit wel is aangetoond. In dat geval kan de minister voor voorwaardelijke financiering kiezen zodat de gewenste gegevens over kosteneffectiviteit beschikbaar komen. Zie CVZ (2012) *Voorwaardelijke toelating/financiering van zorg*, Diemen, april 2012.

[36] Daarbij is het relevant om voor die oude zorgvormen te bepalen of zij door de komst van innovaties in het geheel geen rationeel toepassingsgebied meer overhouden. Oude zorgvormen verliezen bij de komst van innovaties namelijk niet hun gehele doelgebied, maar slechts een deel daarvan.

[37] In die richtlijnen wordt ook de gepaste inzet van medische technologie vastgelegd op basis van noodzakelijkheid, effectiviteit en doelmatigheid. Zie bijvoorbeeld ook de ervaringen van het Engelse National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) op dit gebied.

Reduceren volumeprikkels bekostiging: een gedeelde verantwoordelijkheid
De raad pleit ervoor de huidige bekostigingsstructuur te vervangen door een bekostiging zoveel mogelijk op basis van de uitkomst van behandelingen, overigens zonder dat productiviteitsprikkels helemaal verdwijnen. Hij beseft dat de overgang van volumeprikkels in de bekostiging naar het belonen van kwaliteit en gezondheidswinst geen makkelijke opgave is. Reden is dat informatie over kwaliteit, medische standaarden en evidence based ingrepen of behandelingen niet altijd voorhanden is. Een cruciale stap is daarom dat betrokken partijen (zoals medische professionals, beroepsgroepen, verzekeraars en patiëntenorganisaties) verder gaan met het verbeteren en implementeren van richtlijnen/zorgstandaarden, het ontwikkelen en meten van kwaliteitscriteria en het transparant maken van kwaliteitsinformatie. Indien dit niet voldoende van de grond komt, dan moet de ontwikkeling van uitkomstcriteria worden opgepakt, hetgeen nu wordt beoogd door de oprichting van het Kwaliteitsinstituut. Het instituut moet het ontwikkelen van deze standaarden stimuleren en de kwaliteit van de geleverde zorg transparant maken. De raad acht het van cruciaal belang dat de implementatie van dergelijke richtlijnen en standaarden daadwerkelijk plaatsvindt.

Volgens hem dragen zorgverzekeraars en zorgaanbieders de hoofdverantwoordelijkheid voor het ontwikkelen van bekostigingsafspraken met een betere balans tussen enerzijds belonen op basis van kwaliteit en anderzijds belonen op basis van kwantiteit (en gericht op het voorkomen van overbodige behandelingen). Zorgverzekeraars dienen innovatieve contracten met zorgaanbieders af te sluiten, waarbij zij integrale afspraken maken over prijs, volume, kwaliteit en toegankelijkheid. De raad verwijst daarbij ook naar de suggesties van de Taskforce beheersing zorguitgaven en de Commissie Macrobeheersinstrument (Commissie Baarsma) om slimme vormen van omzetcontracten af te sluiten, om op die manier de kosten te beheersen. Naar zijn oordeel heeft de overheid de verantwoordelijkheid de randvoorwaarden te stellen en in de regulering aanwezige belemmeringen voor dergelijke bekostigingsafspraken weg te nemen[38]. Op dit moment is er onduidelijkheid over de mogelijkheden binnen het huidige reguleringskader. Dit moet nader worden geïnventariseerd.

Met betrekking tot de bekostiging is ook de relatie tussen de eerste en de tweede lijn relevant. In het verleden is gebleken dat de wenselijke verschuiving van zorg naar de eerste lijn in sommige gevallen weliswaar heeft geleid tot een lager beroep op medisch-specialistische zorg maar dat de hierdoor ontstane omzetdaling is gecompenseerd door het aantrekken van nieuwe zorgvraag. Hier dienen zorgverzekeraars hun regisseursrol beter op te pakken en meer werk te maken van gezamenlijke inkoop van eerste en tweedelijnszorg. Op die manier wordt voorkomen dat wordt betaald voor zowel de extra inzet in de eerste lijn alsook de vrijgevallen maar opnieuw ingevulde capaciteit in de tweede lijn. Hierbij kan ook een rol weggelegd zijn voor het contracteren van zorggroepen die eerstelijnszorg én tweedelijnszorg verlenen. Het bekostigingssysteem moet dit wel faciliteren. Zo is de in 2010 ingevoerde "integrale" bekostiging voor diabetes, COPD en VRM (Vasculair Risicomanagement) vooralsnog beperkt tot de eerstelijnszorg en dus niet echt integraal[39]. Daarnaast vergt dit ook veranderingen in de (organisatie en financiering van de) eerstelijns zorg en één financieel kader voor de eerste- en tweedelijns zorg. De raad neemt zich voor in het vervolgadvies hierop terug te komen.

Tot slot is de raad van mening dat kostenbesparingen ook daadwerkelijk tot lagere zorgkosten voor de premiebetaler moet leiden. Een deel van de besparingen kan worden gebruikt om zorgaanbieders te stimuleren om kwaliteitsverbeteringen door te voeren,

---

[38] Zo belemmeren de schotten tussen de financiële kaders voor de verschillende sectoren het maken van integrale afspraken over prijs, volume, kwaliteit en toegankelijkheid.

[39] Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging (2012) *Integrale bekostiging van zorg: Werk in uitvoering*.

maar financiële prikkels voor goede kwaliteit of verbetering van gezondheid mogen geen extra vergoeding zijn voor iets dat ook nu al wordt vergoed[40].

Verdere uitwerking rol zorgverzekeraars
Cruciaal onderdeel van het huidige stelsel van curatieve zorg is volgens de raad dat zorgverzekeraars hun verantwoordelijkheid (kunnen) nemen voor een beheerste ontwikkeling van de zorguitgaven. Zij dienen tegenover de zorgaanbieders de belangen van hun verzekerden te behartigen door kwalitatief goede, doelmatige en gepaste zorg in te kopen. Daarnaast vervullen zij een sturende rol tegenover hun verzekerden, omdat zij geacht worden over meer informatie te beschikken.

Het huidige stelsel biedt in de kern mogelijkheden de doelmatigheid te verbeteren, onder meer door het bevorderen van selectieve zorginkoop door zorgverzekeraars. Daarvoor zijn de randvoorwaarden gecreëerd door onder meer het vergroten van de risicodragendheid van verzekeraars, een vergroting van het vrije segment waardoor meer maatwerkafspraken mogelijk zijn via innovatieve zorginkoopcontracten en door het bieden van duidelijkheid over de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg.

Volgens de raad moeten zorgverzekeraars sterker dan tot nu toe inzetten op selectieve zorginkoop op basis van kwaliteit en kosten. Daartoe is de eerder genoemde informatie over kwaliteit, medische standaarden en evidence based ingrepen of behandelingen ook voor hen van cruciaal belang. Zolang objectieve en transparante kwaliteitsinformatie niet beschikbaar is of openbaar wordt gemaakt, kunnen zorgverzekeraars hun zorginkoop onvoldoende op kwaliteit baseren en ook hun inkoop richting patiënten niet verantwoorden. Als die informatie beschikbaar is moeten zorgverzekeraars op basis van goede informatie over hun zorginkoopbeleid en over gepaste zorg, patiënten/verzekerden ook prikkelen naar de gecontracteerde zorgverleners te gaan die het beste erin slagen om gepaste zorg te leveren. Hierbij kunnen zij onder andere gebruik maken van financiële prikkels door de kosten van gepaste zorg(programma's) door gecontracteerde zorgverleners (deels) buiten het eigen risico te laten vallen (positieve prikkels)[41] of door zorg van niet gecontracteerde zorgverleners slechts gedeeltelijk te vergoeden (negatieve prikkels).

Verder ondersteunt de raad het vergroten van de risicodragendheid van zorgverzekeraars voor zover de verzekeraars het risico kunnen beïnvloeden door een effectieve zorginkoop. Door het afschaffen van de macronacalculatie en gedeeltelijke afschaffing van de ex-post risicoverevening gaan zorgverzekeraars zowel op macroniveau als op het verzekerdenniveau grotere risico's lopen. Daarmee krijgen zij een bijna maximale financiële prikkel om hun rol als kritische zorginkoper waar te maken. De raad benadrukt dat dit in combinatie met een meer selectieve zorginkoop niet mag leiden tot risicoselectie, waardoor toegankelijkheid en solidariteit in het gedrang komen (zie paragraaf 3). Hij onderschrijft de aanbeveling van de commissie Don om ongewenste toekomstige effecten van de risicoverevening te vermijden of te beperken; dat kan door een voortdurende aanpassing van het ex ante vereveningsysteem om de ruimte voor winstgevende selectie klein te houden en de voorspelbaarheid van verliesgevende groepen te verminderen. Daarbij moet in het bijzonder worden ingespeeld op daadwerkelijk in de markt waargenomen selectiegedrag.

---

[40] Bij de invoering van de integrale bekostiging in Nederland is gebleken dat het risico bestaat dat handelingen dubbel worden vergoed (zie: Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging (2012) *Tweede rapportage van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging*, p. 25. In het eerste jaar van de invoering van de uitkomstbekostiging in het VK (Quality and outcomes Framework) hebben huisartsen standaard bijna maximaal aan de kwaliteitscriteria voldaan op basis waarvan een bonus werd uitgekeerd. Onduidelijk is in hoeverre huisartsen voor iets werden beloond wat zij daarvoor ook al deden, zie Cashin, Ch. (2011) *United Kingdom: Quality and Outcomes Framework (QOF)*, 29 maart 2011, p. 9.

[41] Zie voor de vormgeving hiervan ook: Van der Geest en Varkevisser (2010) Keuzebeïnvloeding via eigen risico werkt, maar kan beter, *TPEdigitaal* 4(4), pp. 34-48.

Zorgverzekeraars krijgen nu – uitgaande van de verdere ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsinformatie – zowel de mogelijkheden als de (maximale) financiële prikkel om kwalitatief goede en doelmatige en gepaste zorg in te kopen, en om op die manier de zorguitgaven te beheersen. De raad gaat ervan uit dat zorgverzekeraars hun rol invullen zoals bij de inwerkingtreding van het nieuwe zorgstelsel was beoogd, en dat daarmee een beheerste ontwikkeling van de curatieve zorguitgaven wordt gerealiseerd. Indien dat niet gebeurt dient de minister een mogelijkheid te hebben om in te grijpen (een 'stok achter de deur'), om zo de kostenbeheersing in de hand te houden. Zo heeft de minister van VWS in 2011 het zogeheten macrobeheersingsintrument geïntroduceerd om onverhoopte overschrijdingen van het uitgavenkader te kunnen beheersen door het terugvorderen van mogelijke overschrijdingen in de vorm van een achteraf opgelegde omzetheffing. In het Hoofdlijnenakkoord tussen zorgaanbieders (ziekenhuiszorg), zorgverzekeraars en de minster van VWS (Hoofdlijnenakkoord 2012-2015) is gesteld dat dit instrument "ontegenzeggelijk" ook nadelen kent en hebben de betrokken partijen afgesproken te bezien of een verfijndere toepassing mogelijk is. De raad constateert in dit verband dat de Commissie macrobeheersintrument (commissie Baarsma) een alternatief instrument als *ultimum remedium* of 'stok achter de deur' voorstelt om overschrijdingen van het macrobudget te voorkomen via budgettering van zorgaanbieders of via het maximeren van het bedrag aan zorg dat zorgverzekeraars mogen contracteren (de zogenaamde contracteerruimte). De raad onderschrijft het belang van een ultimum remedium instrumentarium dat wel toegepast moet gaan worden op de hele curatieve sector. Uiteindelijk is essentieel dat op deze wijze de totale collectieve Zvw uitgaven effectief worden beheerst. Hij zal hierop in zijn vervolgadvies nader ingaan.

Gepast zorggebruik patiënten
In de zienswijze van de raad dienen verzekerden/patiënten meer eigen verantwoordelijkheid te kunnen nemen en ook te voelen. Het is daarom van belang dat de patiënt een groter inzicht krijgt in de kwaliteit van zorgverlening, mogelijke verschillen op dit punt tussen zorgaanbieders en hoe zich dat vertaalt in de zorginkoop van zorgverzekeraars. Daarnaast is het van belang zicht te hebben op de kosten van zorgverlening en vooral de kosten van ongepast gebruik. Tot slot gaat het bij het nemen/voelen van meer eigen verantwoordelijkheid ook om de gevolgen van de leefstijl voor de eigen gezondheid. Door een versterking van het kwaliteits-, kosten- en leefstijlbewustzijn kan in elk geval een deel van de verzekerden en patiënten – er zal altijd een deel van de patiënten te kwetsbaar zijn – een rol als kritische zorggebruiker en kritische verzekerde vervullen.

In een zorgstelsel waarin de nadruk meer komt te liggen op gezondheidswinst en levenskwaliteit krijgen patiënten een grotere rol; zo zouden zij voorafgaand of tijdens een traject van medische verrichtingen samen met de arts een behandeldoel kunnen vaststellen. Ook bij de bepaling van de kwaliteit van zorg spelen patiënten(ervaringen) een belangrijke rol. Het is van belang patiënten (dan wel hun vertegenwoordigers) structureel te betrekken bij het tot stand komen van kwaliteitsgegevens en/of richtlijnen (zoals ook is voorzien bij de plannen voor het Kwaliteitsinstituut).

Om de kosten van zorg te beheersen en ongepast gebruik te voorkomen acht de raad het verhogen van het kostenbewustzijn en een effectieve vormgeving van eigen betalingen (eigen risico en eigen bijdragen) van belang. Het kostenbewustzijn kan worden vergroot door patiënten meer inzicht te geven in de kosten van zorggebruik, zoals door het opsturen van regelmatige overzichten. In combinatie met een effectievere vormgeving van eigen betalingen moet een onnodig beroep op zorg zoveel mogelijk voorkomen worden[42]. Belangrijk daarbij is dat rekening wordt gehouden met de

[42] Uit de literatuur komt een aantal opties naar voren (ook combinaties hiervan kunnen), zoals: 1) meer eigen betalingen (met een maximum), met mogelijk een vast eigen risico en een procentuele eigen bijdrage per behandeling; 2) een verschuivend eigen risico, bijvoorbeeld zodanig vormgegeven dat het eigen risico voor chronisch zieken niet aan de voet begint maar op een vooraf te bepalen hoogte van zorguitgaven per individu; 3) een koppeling van de eigen betalingen aan het gebruik van gepaste

draagkracht van patiënten. Dat impliceert dat bij de vormgeving van de eigen betalingen er voldoende rekening mee wordt gehouden dat het besteedbare inkomen van mensen mede bepalend is voor het effect van de eigen betaling(en) op het beroep op zorg. Bij voorkeur wordt voorkomen dat uniforme eigen betalingen ertoe leiden dat de ene persoon wel en de andere persoon geen beroep kan doen op gepaste, noodzakelijke zorg. Dit kan binnen de huidige lastenverdeling worden vormgegeven. Daarnaast geldt de voorwaarde van uitvoerbaarheid en transparantie: om effectief te zijn dient de patiënt zicht te hebben op de omvang van de eigen betalingen.

De raad vraagt aandacht voor de ontwikkeling dat er relatief veel mensen (in het bijzonder mensen met een lager inkomen én een hoog ziekterisico) zijn die in gebreke blijven bij het betalen van de nominale premie in combinatie met het dragen van een eigen risico. Een praktische oplossing - binnen de huidige lastenverdeling[43] - hiervoor ziet de raad in het bij voorbaat verrekenen van de nominale premie en de zorgtoeslag hetgeen de kans beperkt dat mensen in betalingsgebreke blijven. De raad zal in het vervolgadvies verkennen of er op het regelniveau aanpassingen nodig zijn in de samenhang tussen nominale premie, zorgtoeslag en eigen betalingen.

Tot slot merkt de raad op dat het niet alleen gaat om het zo doelmatig mogelijk verlenen en gebruiken van zorg (gepaste zorg en gepast gebruik), maar ook om het voorkomen van zorg waar mogelijk. Het voorkomen van zorguitgaven kan onder meer worden bereikt door meer aandacht voor preventief beleid en een groter beroep op zelfmanagement en medicijn- of therapietrouw. Hierbij kunnen ook de mogelijkheden van e-health worden benut. Bij de ontwikkeling en toepassing hiervan is de betrokkenheid van zowel zorgverleners als zorgontvangers van belang. De raad wijst in dat verband op het initiatief van zorgaanbieders, patiënten en zorgverzekeraars omtrent een Nationale Implementatieagenda E-health.

5. Punten voor vervolgadvies

De geformuleerde beleidsrichtingen in dit advies betreffen een schets van de hoofdlijnen/contouren waarlangs het beleid moet worden vormgegeven. De raad zal deze contouren nader uitwerken in een vervolgadvies dat in het voorjaar 2013 zal verschijnen. Daarin zal hij tevens uitgebreider ingaan op de analyse van de groei van de zorguitgaven, het dreigende personeelstekort in de zorg en knelpunten in de organisatie en de financiering van de gezondheidszorg. In paragraaf 4 van dit interimadvies heeft de raad een aantal ordeningsvraagstukken aangestipt die hij in het vervolgadvies nader zal uitwerken. Zo zal hij bijvoorbeeld nader ingaan op de overheveling van zorg naar andere regelingen en de bijbehorende ordeningsvraagstukken.

De raad besteedt in dit interimadvies relatief weinig aandacht aan de financiering van de gezondheidszorg en het vraagstuk van de lastenverdeling. Het geheel van financiële aspecten/onderdelen van het zorgstelsel (zoals de premiestelling en –verdeling Zvw en AWBZ, eigen betalingen, zorgtoeslag en andere fiscale compensaties) is veelomvattend en zeer complex. Veranderingen daarin kunnen vergaande gevolgen voor belanghebbenden hebben. Hierbij memoreert hij ook de in zijn advies over de AWBZ (2008) kenbaar gemaakte min of meer fundamentele, maar uiteenlopende bezwaren van sociale partners tegen onderdelen van de huidige financiering van de zorg[44]. De sociale partners hebben uiteenlopende opvattingen over de wettelijke werkgeverspremie ter financiering van cure-uitgaven. Werkgevers zijn van mening dat een wettelijk verplichte betrokkenheid van werkgevers bij de premiebetaling voor de ziektekostenverzekering ongewenst is. De huidige voortdurend stijgende wettelijke premie zet het arbeidsvoorwaardenoverleg in toenemende mate onder druk.

---

zorg (geen eigen betaling als kwalitatief goede/gepaste zorg wordt gebruikt); 4) bij gebruik van preferente aanbieders vervalt/vermindert de eigen bijdrage of valt de zorg niet onder het eigen risico.

[43] Daarbij gaat het om zowel de lastenverdeling tussen inkomensgroepen als de lastenverdeling op basis van de nominale en de inkomensafhankelijke premie.

[44] SER-advies *Langdurige zorg verzekerd*, p. 122.

Werknemers zijn van mening dat een wettelijke werkgeverspremie in de huidige vorm moet worden gehandhaafd en het arbeidsvoorwaardenoverleg ontlast. De geledingen zijn het eens over de noodzaak van gepaste zorg en strikte beheersing van de collectieve zorguitgaven. Tegen deze achtergrond neemt de raad de tijd om te komen tot een zorgvuldige verkenning van en afweging in verband met uiteenlopende beleidsopties tot verandering (zoals fiscalisering Awbz, vormen van zorgsparen, mogelijkheden voor burgers om pensioeninkomen en vermogen in te zetten voor zorgarrangementen[45], wijziging van verhouding tussen nominale en inkomensafhankelijke premie en werkgeversbijdrage, eigen betalingen) en zal hij daarover in zijn vervolgadvies een keuze maken.

Den Haag,

[45] Conform de specifieke vraagstelling in de adviesaanvraag van 13 juli 2011.