

Complexiteitsreductie als oplossing voor duurzame zorg in Nederland



Het Nederlandse systeem voor gezondheidszorg is één van de beste ter wereld, maar over het geheel genomen ook een van de duurste van Europa (OECD 2017 en EHCI 2018). Het systeem zal vastlopen als we nu geen fundamentele, duurzame keuzes maken. Het bestaande zorgstelsel biedt hiervoor de nodige ruimte. Toch zullen stelselaanpassingen nodig zijn om de toegankelijkheid en betaalbaarheid te garanderen en om maatschappelijk relevante vraagstukken als gezondheidsverschillen en armoede te beperken of op te lossen. Een analyse en oplossingsrichtingen.

Inhoud

Inleiding	2	7 Diagnostiek	15
1 Oplopende kosten en beperkte beheersinstrumenten	3	8 Complexiteit	16
2 Effecten decentralisaties duren voort	6	9 Positionering en perceptie care en ouderenzorg	18
3 Arbeidsmarkt	8	10 Solidariteit onder druk	19
4 Wachtlijsten	10	11 Aanbevelingen	20
5 Ambulantisering GGZ	11	12 Tot slot	23
6 Farmacie	13		

Inleiding

Verskillende ontwikkelingen ondermijnen de houdbaarheid van ons zorgsysteem. Allereerst de toename van het aantal chronisch zieken in combinatie met de vergrijzende samenleving en mensen die veelal nog uitgaan van het paradigma verzorgingsstaat. Hierdoor nemen zij te weinig verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid, om te beginnen door gezond gedrag. Mede als gevolg hiervan wordt veel aandacht besteed aan de medische oplossing van problemen en veel minder aan het voorkomen van ziekte. Ook het gezondheidssysteem gaat nog te veel uit van zorgprofessionals en -organisaties in plaats van verantwoordelijke burgers en patiënten.

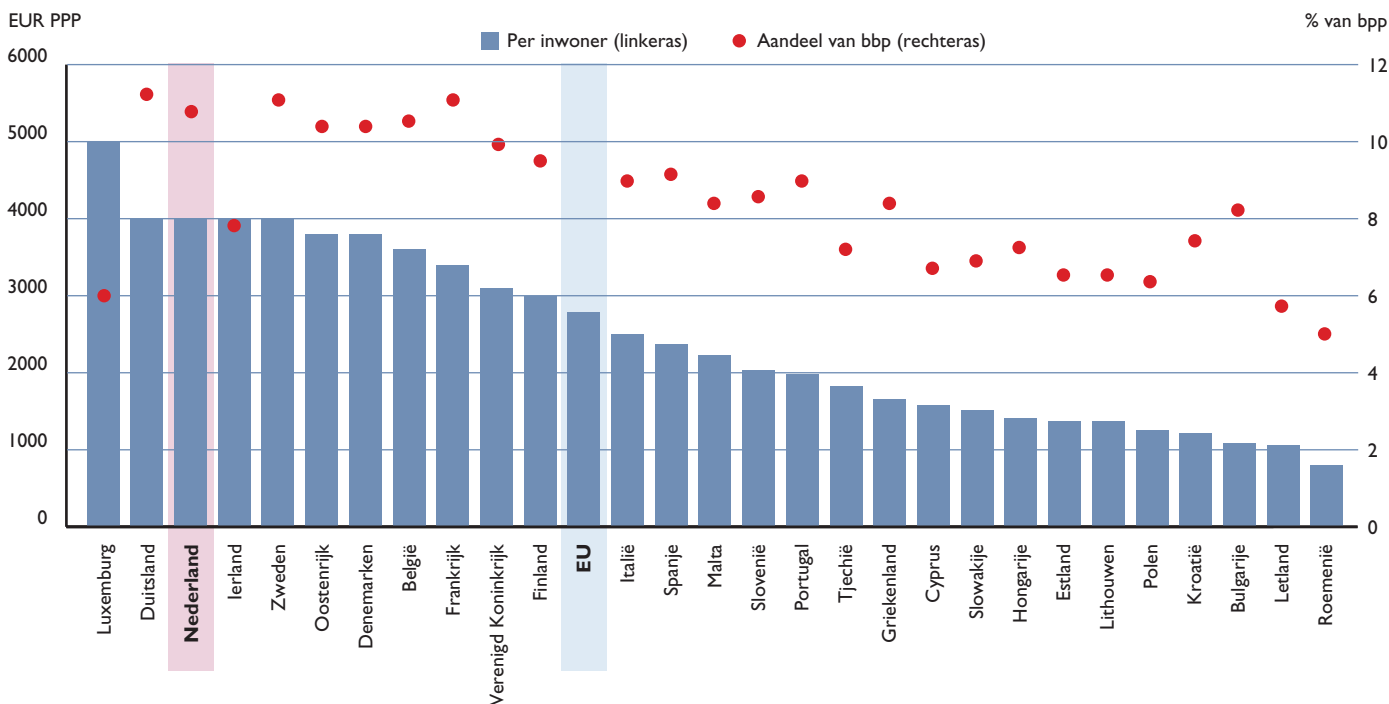
Maar bovenal is de wijze waarop de zorg is georganiseerd te complex geworden. Hierdoor is het voor deskundigen al nauwelijks te overzien, laat staan voor burgers, patiënten, mantelzorgers en zorgaanbieders. Dit ondermijnt het vertrouwen en de solidariteit. Als hier niets aan verandert, is het wachten op een zogenaamde *perfect storm*: het moment waarop alle mogelijke negatieve factoren bij elkaar komen. Door te erkennen dat er problemen zijn en een start te maken met oplossingen, kan een deel van de risico's worden beperkt, voorkomen of geaccepteerd als een verantwoorde maatschappelijke keuze.

Deze discussion paper geeft een overzicht van de belangrijkste (structurele) vraagstukken en aanbevelingen die tot een duurzame invulling van het Nederlandse zorgstelsel kunnen leiden.



1 Oplopende kosten en beperkte beheersinstrumenten

Nederlandse zorguitgaven per inwoner behoren tot de hoogste in Europa



Nederland heeft in internationaal perspectief een dure, goed toegankelijke en veilige gezondheidszorg (OESO 2017).

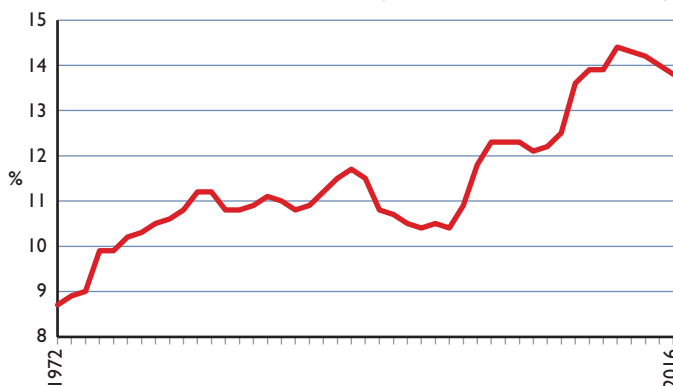
De kosten lopen steeds verder op als gevolg van het toenemend aantal ouderen. Dit is onontkoombaar gezien de demografische opbouw van de bevolking. Traditionele maatregelen om kosten te beheersen raken echter uitgeput en de bereidheid om voor een solidaire gezondheidszorg te betalen, neemt af. Daarnaast hebben andere beleidsgebieden relevante wensen en eisen die maatschappelijke belangen dienen. Denk aan het klimaat, onderwijs, veiligheid, mobiliteit en integratie. Gezondheidszorg is een koekoeksjong, zei Flip de Kam, honorair hoogleraar Economie van de publieke sector aan de Rijksuniversiteit Groningen al in 2012. En regeren is vooruitzien, maar lange termijn planning is niet de sterkste kant van de politiek. Zo waren de afnemende aardgasbaten twaalf jaar geleden ook al voorspelbaar¹. Nu moeten we de gaswinning door de aardbevingen versneld afbouwen en dat heeft direct effect op de staatshuishouding², waar ook de gezondheidszorg mee te maken heeft. Hoewel het anno 2018 economisch goed lijkt te gaan, schetst de Algemene Rekenkamer (2016) een zorgwekkend beeld over de zorguitgaven. Het CBS geeft nu aan dat deze 94 miljoen euro³, ofwel 5.575 euro per inwoner van Nederland bedragen. Dit is inclusief het verplicht eigen risico en exclusief eigen betalingen.

Dit kostenbeeld wordt bevestigd door het Centraal Planbureau (CPB). Wanneer het kabinet geen nieuwe beheersmaatregelen neemt, verwacht het CPB tussen 2018 en 2021

een reële groei van de netto-zorguitgaven met 3,4% per jaar. Daarmee is de toename van de zorguitgaven groter dan de verwachte economische groei. Ten opzichte van 2017 gaat het om een stijging van ongeveer 10 miljard. Doorgerekend komen de netto-zorguitgaven in 2021 uit op ongeveer 79 miljard. De extra investering van 2,1 miljard in de intramurale verpleeghuiszorg is hierin nog niet opgenomen. En ook de 11 miljard euro die binnen het sociaal domein wordt uitgegeven is buiten beschouwing gelaten.

Het grootste deel van de stijging wordt verwacht in de uitgaven op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De noodzaak van uitgavenbeheersing in de curatieve zorg blijft dan ook onverminderd hoog. Te denken valt aan de standaardmogelijkheden: eigen risico of eigen betalingen verhogen, hoofdlijnenakkoorden, loonmatiging en beperkingen in het basispakket.

Zorg % van BBP, Nederland 1972-2016 (presentatie Bram Wouterse, CPB)



Maar kabinet-Rutte III heeft een van de kostenbeheersinstrumenten – het eigen risico – voor vier jaar bevroren. Ook de term ‘eigen risico’ blijft voor discussie zorgen. Tegenstanders van een (hoge) eigen bijdrage hebben het over ‘straf op ziek zijn’. Toch geeft Nederland in internationaal perspectief relatief weinig uit aan eigen betalingen⁴. Kabinet-Rutte III zet wederom in op hoofdlijnenakkoorden. De Algemene Rekenkamer heeft aangegeven dat de hoofdlijnenakkoorden succesvol zijn geweest voor kostenbeheersing, maar maakt daarbij de kanttekening dat deze slechts 36% van alle bruto-zorguitgaven omvatten. En toonaangevende hoogleraren constateren dat het succes van hoofdlijnenakkoorden niet is gegarandeerd. Ook het ultimatum remedium; het inzetten van het Macro Beheers instrument (MBi) is geen overtuigende stok achter de deur⁵. Daarnaast staan de ambities uit het regeerakkoord ter discussie; de al ingeboekte doelmatigheids-winst is niet volledig haalbaar. Tot slot is het de vraag of de veldpartijen wederom bereid zijn om hoofdlijnenakkoorden te sluiten⁶. Naar verwachting komt door al deze factoren de komende jaren een einde aan de afbuigende zorgkosten-trend.

Daar draagt ook het herstel van de economie en de daling van de werkloosheid aan bij, want als gevolg daarvan zullen de lonen in de zorg de komende jaren stijgen. Gebeurt dat niet, dan stijgen de arbeidsmarkttekortingen in de zorg nog harder en komt de continuïteit van zorg en ondersteuning in het geding. En dat is maatschappelijk onacceptabel. De loonstijging zal in de arbeidsintensieve gezondheidszorg tot hogere kosten en daarmee stijgende tarieven leiden. Loonmatiging is dus niet te verwachten. Ingrijpen in het basispakket is eveneens lastig. Sterker nog: door de afkalvende aanvullende verzekering en toename van technische innovaties wordt de druk op het basispakket alleen maar groter. En als medicatie tegen osteoporose op advies van het Zorginstituut Nederland uit het basispakket wordt gehaald, dan scheelt dat wel circa 13 miljoen aan overheidsuitgaven, maar komt dit ten laste van de eigen betalingen⁷.

Daar komt bij dat de overheid slechts beperkt invloed heeft op waar in de zorg precies de uitgaven plaatsvinden. Voormalig VWS-minister Schippers heeft zich hier vanuit liberale overwegingen terughoudend in opgesteld. Des te vreemder is het, dat zij wel 110 miljoen investeerde in ziekenhuis-ICT met het VIPP en dat zij de bouw van vier kostenverslindende protonencentra goedkeurde. Centra waarvan de exploitatie vanaf 2017 geleidelijk in de kosten opgenomen zal worden, wat uiteindelijk tot een premiestijging van vijf euro per verzekerde per jaar zal leiden (bij 2.200 patiënten per jaar). En dan hebben we het nog niet eens over het risico van (niet wetenschappelijk onderbouwde) diagnoseverruiming met mogelijk nog hoger oplopende macrokosten tot gevolg. Kwalijk hierbij is de onomkeerbaarheid van een dergelijke grote technologische investering, omdat de gezondheidswinst (nog) niet is aangetoond en op een andere manier wellicht meer kosteneffectieve gezondheidswinst zou hebben opgeleverd⁸. Daar waar oud-minister Schippers wel zorginhoudelijke keu-

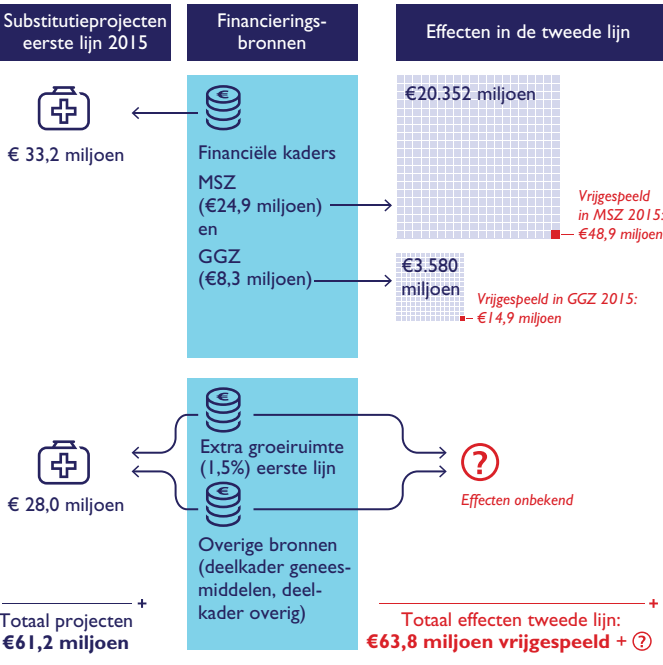
zes heeft gemaakt, kunnen grote vraagtekens worden gezet bij de consistentie ten opzichte van het beleid tot versterking van de eerstelijnszorg. Het blijft vooral bij woorden, concrete daden ontbreken. En waar veldpartijen geen verantwoordelijkheid nemen, neemt VWS geen regie.

Van macrokaders naar inkoopbeleid

Het landelijke macrobudget wordt door zorgverzekeraars vertaald in hun inkoopbeleid. Die kaders hoeven niet parallel te lopen en zorgverzekeraars zijn niet verplicht het beschikbare budget op te maken. Tenzij hiertoe in hoofdlijnenakkoorden afspraken over zijn gemaakt, al worden deze grotendeels niet nagekomen. In de wijkverpleging en huisartsenzorg is in 2015, 2016 en 2017 sprake van een onderbesteding van het macrobudget. De jaarlijkse uitgaven zijn per huisarts gemiddeld circa €200 per persoon per jaar (7,6% van uitgaven Zvw) en voor de wijkverpleging gemiddeld €220 per persoon per jaar (8% van uitgaven Zvw). In de Zorgverzekeringswet wordt in totaal circa €2.600 per persoon uitgegeven. Zorgverzekeraars zijn er in tien jaar niet in geslaagd om de succesvolle zorgsubstitutie van vooral chronisch zieken uit ziekenhuizen naar eerstelijnszorg om te zetten in substitutie van geld⁹. Recent merkte Peter Groenewegen, senior onderzoeker zorgstelsel en sturing bij NIVEL, hierover in Zorgvisie op: ‘Substitutie van zorg van het ziekenhuis naar de eerstelijnszorg werkt alleen als zorgverzekeraars budget bij ziekenhuizen weghalen’. Eenzelfde geluid komt van Marco Varkevisser, bijzonder hoogleraar marktordening in de gezondheidszorg bij de Erasmus Universiteit: ‘Het kabinet moet in de nieuwe hoofdlijnenakkoorden met ziekenhuizen dwingende afspraken maken over substitutie. Als de doelstellingen niet worden gebaald, moeten er consequenties aan vastzitten’¹⁰.

Ook van het extra substitutiebudget van 75 miljoen dat voor 2018 beschikbaar was, is slechts een schamele 6,7 miljoen

Op ‘macroniveau’ lijken de substitutieafspraken in 2015 in financiële zin weinig te hebben opgeleverd



Joris Fiselier infographics

omgezet in concrete projecten. De voorwaarde hierbij was dat ziekenhuizen akkoord zouden gaan met het verminderen van hun budget. Dat gebeurt dus nauwelijks. Dat substitutie van geld niet wordt gerealiseerd, wordt bevestigd door de Algemene Rekenkamer (2016).

Dat komt doordat de macht van de ziekenhuizen groter is dan die van zorgverzekeraars, constateerden onderzoekers van de Erasmus Universiteit in 2016¹¹. De productie daalt weliswaar, maar de gemiddelde kosten per patiënt zijn tussen 2012 en 2015 gestegen, zo blijkt uit de trendanalyse Nederlandse ziekenhuiszorg. De kosten voor ziekenhuis en medisch-specialistische zorg bedragen circa €2.000 per persoon per jaar (77% van kosten Zvw). Onderzoeksbureau Gupta heeft in 2017 aangegeven dat 46% van alle huidige ziekenhuiszorg in de toekomst thuis zou kunnen plaatsvinden, mits er vier barrières worden geslecht¹²:

- patiënten en zorgaanbieders moeten ander gedrag aanleren;
- er moet gestructureerde data-analyse mogelijk zijn om te bepalen welke patiënten wel en welke niet thuis behandeld kunnen worden;
- verkeerde financiële prikkels moeten uit het systeem;
- logistiek en infrastructuur moeten geoptimaliseerd worden.

Aanbevelingen

Voortzetting van het huidige beleid ten aanzien van de totale curatieve zorg zal ertoe leiden dat kostenbeheersing een onzeker scenario is. Dan is de kans op ouderwetse bezuinigingen volgens de ‘kaasschaafmethode’ groot, met als gevolg dat het adagium geld volgt zorg niet zal opgaan. Bij afnemende economische groei is er meteen een groot financieel probleem, anders ontwikkelen de kostenproblemen zich meer sluipenderwijs.



In een pleidooi voor minder spoedeisende eerste hulp (SEH) in grote steden, wees gezondheidseconoom Guus Schrijvers op de kostenverslindende infrastructuur in relatie tot de bezoekfrequentie van gemiddeld zes personen per nacht. Door marktwerking en een terechtwijzing van de ACM in 2013 kunnen zorgverzekeraars niet gezamenlijk optreden om de SEH in verstedelijkte gebieden te sluiten. Nu is het wachten op het Kwaliteitskader Spoedeisende zorg, dat voorlopig echter niet voor de noodzakelijke doorzettingsmacht zal zorgen.

Geschatte zorgkosten 2017 (incl eigen risico)	
gemiddelde zorgkosten per Nederlander	€ 5.575
basispakket Zvw	€ 2.600
eigen betalingen	€ 700
ziekenhuizen	€ 2.000
curatieve GGZ	€ 500
wijkverpleging	€ 220
huisarts	€ 200
openbare farmacie	€ 175
diagnostiek	€ 30

Effecten decentralisaties duren voort

Het overheidsbeleid om ouderen langer thuis te laten wonen is succesvol. De afbouw van 60.000 verzorgingshuisplaatsen bij de overgang van de AWBZ naar de Wmo en Wlz in 2015 is geslaagd. Een verzorgingshuisplaats kostte ca €50.000 per jaar. Deze besparing van ruim 3 miljard is ingeboekt als bezuiniging. De Wmo-kosten per inwoner bedragen gemiddeld krap €500 per jaar. Elke huisarts heeft gemiddeld twaalf extra ouderen in de praktijk. Volgens het CBS woont nu slechts 1:13 80-jarigen intramuraal. De ligduur van oudere patiënten in het verpleeghuis is in enkele jaren gedaald van 36 tot gemiddelde 10 maanden. Dat betekent dat er steeds meer ouderen met aandoeningen thuis blijven wonen en ook dat zij steeds complexere, multidisciplinaire zorg thuis nodig hebben. Dit vergt veel afstemming tussen zorgaanbieders, instanties, mantelzorg en het sociale domein. Tegelijkertijd is op het gemeentebudget bij de decentralisaties 15% bezuinigd, en de krapte in de Wmo levert problemen op met onder andere dagopvang voor ouderen. Ook de schaarste aan acute- en tijdelijke opvang en wijkverpleging voor ouderen levert steeds grotere problemen op. Het eerstelijnsverblijf (ELV) staat nog in de kinderschoenen. De tarieven voor bepaalde ELV zijn te laag en het gesegmenteerde macrobudget, dat is samengevoegd met de geriatrische revalidatie, lijkt te krap. Er zijn veel losse signalen van huisartsen die uren bezig zijn met het vinden van een noodplaats. Dit heeft soms een onnodige ziekenhuisopname tot gevolg. Er is geen landelijk wachtlijst-systeem. Er is te weinig kortdurende opvang. Dit is een van de redenen dat het systeem als het gaat om zorg voor ouderen vast dreigt te lopen.

6 februari 2018:

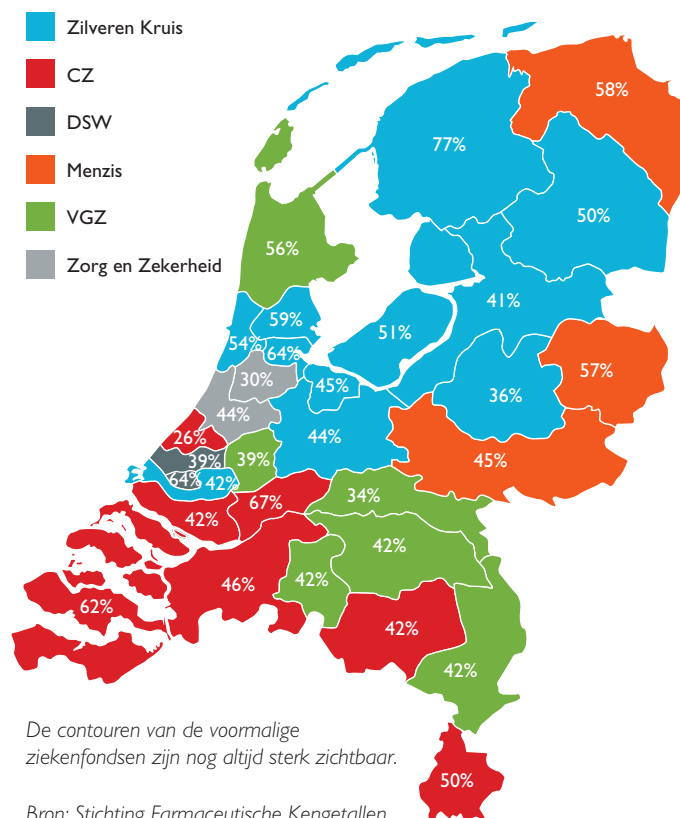
ActiZ heeft onderzoek gedaan naar het aantal ouderen (65-plussers) dat de spoedeisende-hulpafdeling (SEH) van ziekenhuizen bezoekt. Sinds het sluiten van de verzorgingshuizen blijken jaarlijks 800.000 ouderen de SEH te bezoeken. Hier van worden 543.000 ouderen opgenomen in het ziekenhuis. Bij slechts 40% van deze SEH-opnames blijkt het om noodzakelijke medisch-specialistische zorg te gaan. Jaarlijks belanden er dus 322.000 ouderen zonder medisch-specialistische noodzaak in een ziekenhuisbed, wat omgerekend op jaarbasis neerkomt op een onnodige bezetting van 4.100 dure ziekenhuisbedden.

In de GGZ is men, sinds in 2015 de jeugdzorg naar de gemeenten is overgeheveld, 20 tot 25% van het budget kwijt aan contracteren en registreren. Gelukkig wordt nu gestreefd naar een gestandaardiseerd inkoop- en verantwoordingsproces¹³. VWS-minister De Jonge wil dat gemeenten en in-

stellingen gebruik gaan maken van uniforme standaarden voor het verwerken van facturen en het afsluiten van contracten. Het doel is dat aanbieders van jeugdhulp en maatschappelijke ondersteuning hierdoor minder administratieve druk ervaren¹⁴. Dat sluit goed aan bij de aanbeveling van de LVVP (Landelijke Vereniging Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten) om dit te standaardiseren.

Zorgverzekeraars en gemeenten moeten sinds de decentralisaties (2015) steeds meer met elkaar samenwerken¹⁵. Zij doen dit vooral in hun kernwerkgebieden, in grote gemeenten (>100.000 inwoners) en rondom de thema's ouderen, GGZ, jeugd, preventie en samenwerking in de wijk¹⁶.

Verzekeraarsconcerns met hoogste aantal verzekerden per regio in 2017



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Een paar zaken vallen op:

- Ontwikkelprojecten zijn niet 1 : 1 over te nemen zonder conceptualiseringsslag. Dat houdt in dat wel de ervaringen uit andere regio's meegenomen kunnen worden, maar dat de projecten aan de eigen specifieke omstandigheden in de regio moeten worden aangepast.
- Er is geen (boven)regionale borging van samenwerkingsprojecten in de wijk.
- De wettelijke afstemming in S1 – de bekostiging wijkverpleging – is per 2017 vervallen.
- Het landelijk beleid van zorgverzekeraars is gericht op

eigen verzekerden en landelijke standaardisatie bij zorgverzekeraars (mede ook in verband met het streven naar verlaging van de eigen beheerskosten) en staat haaks op de regionale benadering gericht op alle burgers van gemeenten. In gebieden waar meerdere preferente zorgverzekeraars zijn en in kleine gemeenten ontbreekt het aan initiatieven.

Een bemoedigende ontwikkeling is dat in enkele regio's¹⁷ experimenteel de zorgverzekeraar, het zorgkantoor en de gemeente de handen ineenslaan rond ouderen met meerdere zorgvraagstukken. Zij hebben met elkaar afgesproken dat deze ouderen de zorg en ondersteuning krijgen die nodig is en pas daarna wordt nagegaan in welk financieringsdomein de kosten vallen. Zij hebben elkaar het vertrouwen gegeven dat in een later stadium een nette onderlinge verevening wordt gehanteerd. Deze domeinoverstijgende samenwerking zorgt dat huisartsen en wijkverpleegkundigen samen met de oudere en zijn of haar omgeving de benodigde zorg en ondersteuning naadloos en met weinig bureaucratie kunnen arrangeren. Maar helaas zijn de verschillen tussen gemeenten groot. Het ontbreken van kaders¹⁸, competentie, ervaring en informatie leidt tot een wildgroei in beleid. Hoewel dit nadrukkelijk de bedoeling is geweest, is de maatschappelijke acceptatie daarvan in het sociaal domein niet vanzelfsprekend. Burgers hebben geen of minder problemen met verschillen in sport, groen of infrastructuur, maar hebben wel

moeite met verschillen als het gaat om het sociaal domein en welzijn.

Eerste evaluatie Jeugdwet, januari 2018:

De gevolgen van de invoering van de Jeugdwet zijn ingrijpend. Allereerst betekenen de financieringsverschuiving naar en het leggen van de verantwoordelijkheid bij de gemeenten dat de gemeenten zich gesteld zien voor een nieuwe en complexe taak. Elke gemeente moet een beleid ontwikkelen op deze taak en hier vervolgens invulling aan geven. Dit kan een gemeente alleen doen in interactie met het zorgveld; zorgaanbieders, zorgprofessionals en cliënten. Daarnaast nopen de transformatiedoelen tot een heroriëntatie binnen het zorgveld. Immers, de transformatiedoelen vragen van partijen in het zorgveld dat zij op een andere manier hulp en ondersteuning gaan bieden: minder specialistisch, meer gericht op samenwerking en minder medicaliserend. Eerdere ervaring met de invoering van de Wmo heeft geleerd dat dit proces tijd kost. Drie jaar na de invoering van de Wmo, in 2007, bleek dat de ontwikkeling van het Wmo-beleid nog in volle gang was. Het is reëel om te verwachten dat dergelijke termijnen ook aan de orde zijn bij de Jeugdwet, zeker gezien de breedte van het domein. De ontwikkeling en implementatie van het beleid naar aanleiding van de invoering van de Jeugdwet zijn tijdens deze evaluatie nog in volle gang.

Aanbevelingen

De effecten van de decentralisaties in 2015 zullen de komende jaren nog merkbaar zijn. Het zal de nodige aandacht vragen om de kwaliteit, toegankelijkheid en continuïteit van zorg en ondersteuning te borgen. De beleidsvrijheid van gemeenten versus de gedetailleerde aanspraken in de Zvw en Wlz zorgen voor afstemmingsproblemen die kwetsbare groepen (kunnen) treffen. De eerste stappen naar standaardisatie zijn gezet.



3 Arbeidsmarkt

De arbeidsmarkt is een ander issue. De kritiek is dat beleidsmakers te laat hebben geanticipeerd. Arbeidseconoom Vermeulen zei hierover in de Volkskrant: *‘De afgelopen jaren is er niet geïnvesteerd in technologie, kortzichtig van beleidsmakers’*. Hij pleit voor een vrij radicale discussie over de inzet van technologie in de zorg. Er werken nu al 1,6 miljoen mensen in de zorg (circa 14% van de beroepsbevolking). Het ministerie van VWS merkt in een kamerbrief van november 2016 op: *‘De arbeidsmarkt toont echter tekenen van herstel. De werkgelegenheid lijkt te stabiliseren en voor de komende jaren wordt groei voorspeld: naar verwachting werken er in 2020 tussen de 35 duizend en 126 duizend personen meer in de zorg dan in 2015’*.

We beperken ons hier noodzakelijkerwijs tot de eerstelijnszorg, maar de samenhang met de overige (zorg)sectoren is voorstelbaar. De grootste problemen ontstaan in de wijkverpleging¹⁹. Er zijn circa 9.000 wijkverpleegkundigen werkzaam, terwijl er circa 10.000 nodig zijn. Ook in verpleeghuizen is er sprake van een oplopend tekort. Daarnaast is de werkdruk ongezond hoog. Driekwart van de verpleegkundigen vindt dat het personeelstekort invloed heeft op hun gezondheid of privéleven, zo blijkt uit een recente peiling van V&VN (2017). Ook de 2,1 miljard kwaliteitsimpuls voor verpleeghuizen van het afgelopen jaar²⁰ zal leiden tot een grotere vraag naar verzorgenden en verpleegkundigen. Er is geld beschikbaar, maar de benodigde menskracht ontbreekt. Er zijn te weinig opleidings- en stageplaatsen en er is concurrentie van ziekenhuizen en vanaf 2020 ook van huisartsen. Recent is namelijk besloten om praktijkondersteuners te vervangen door praktijkverpleegkundigen²¹. Kortom de druk op de zorgarbeidsmarkt is groot en de concurrentie tussen sectoren is merkbaar. Joris Aartsen, voorzitter RvB UMCG, sprak zelfs over het *‘leegroven van ziekenhuizen door verpleeghuizen’*²².

Jeroen van den Oever, Raad van Bestuur Fundis (2018):

“Daarentegen is er in de afgelopen jaren juist veel personeel uit de sector verdwenen: zo’n tien jaar geleden waren het vooral wijkverpleegkundigen die hun vak hebben opgegeven en meer recent hebben veel hulpen huishoudelijke zorg de sector verlaten. De omstandigheden in de thuiszorg waren hieraan debet: financiers verhoogden de druk op zorgaanbieders om efficiënter te gaan werken, moedigden nieuwe toetreders aan en dwongen relatief steeds lagere tarieven af. Het vak van wijkverpleegkundige werd minder populair en veel goed opgeleide medewerkers verdwenen naar bijvoorbeeld ziekenhuizen of gingen de zorg uit.”

Bij de 11.500 geregistreerde huisartsen zijn vergrijzing, werkdruk, (geografische) mismatch tussen vraag en aanbod en druk op het huisartsondernemerschap de grootste problemen. Daarnaast pleit de LHV voor kleinere normpraktijken (-14%) om de steeds complexere patiënten op te kunnen vangen. Daarvoor zijn meer huisartsen nodig. Daarbij daalt het netto besteedbaar jaarinkomen van de huisartsen al jaren; van €137.670 in 2011 tot €118.182 in 2015. En de tarieven staan steeds verder onder druk. Dat vertaalt zich in minder ondersteunend personeel, investeringen of innovaties. Waarnemen als huisarts wordt hierdoor aantrekkelijker dan praktijkhouderschap²³. In de huisartsenzorg is de interesse voor praktijkhouder op een dieptepunt²³. Dit zal de huidige huisartseninfrastructuur onder druk zetten. De organisatiekracht van de eerstelijnszorg is gefragmenteerd en daardoor beperkt. Franchise-achtige constructies worden door zelfstandige zorgprofessionals nog nauwelijks omarmd. Dat is jammer, want het biedt aan de ene kant organisatiekracht en aan de andere kant een oplossing voor de wensen van met name parttime werkende vrouwelijke huisartsen, die gefaciliteerd willen worden en zich dan meer kunnen focussen op het vak dan op ondernemerschap. En bij een bepaalde schaal zijn er voldoende mogelijkheden om zaken anders te organiseren, zoals taakdifferentiatie en digitalisering van routinematige processen. Omdat de eerstelijnszorg, en met name huisartsen, hierin niet proactief genoeg zijn, krijgen ziekenhuizen en medisch specialisten de ruimte om meer werkzaamheden extramuraal te verrichten. Dat is vanuit het perspectief van hun bedrijfsvoering begrijpelijk²⁴, want intramurale ziekenhuiszorg is een krimpmarkt. Maar daar waar juist het concept Positieve Gezondheid van Machteld Huber om demedicalisering roept, is een uitgebreidere rol van het ziekenhuis en de medisch-specialistische cultuur maatschappelijk onwenselijk omdat dit tot hogere kosten en tweedeling in de zorg zal leiden.





Aanbevelingen

De arbeidsmarkt zal de komende jaren krapper worden. Met name wijkverpleegkundigen, huisartsen en ondersteunend personeel zullen schaars worden. De hoge werkdruk is een extra risico op verzuim en burn-out. De organisatiekracht van de eerstelijnszorg schiet tekort om tot proportionele maatregelen te komen. Er is nog te weinig geïnvesteerd in technologische oplossingen of andere organisatorische concepten.

4 Wachtlijsten

De wachtlijsten nemen weer toe. In 2017 is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gestart met monitoring van de wachtlijsten in diverse sectoren. Zij constateert in een recente update dat er aanzienlijke problemen zijn, vooral in de GGZ en jeugdzorg. Er zijn maatregelen genomen om via een maandelijkse uitvraag gegevens te verzamelen. Ook zal er scherper worden gekeken naar aanmeldwachtijd en behandelwachtijd. In de ziekenhuizen zijn de wachttijden eveneens te lang, constateert de NZa. In deze discussion paper ligt de focus op de eerstelijnszorg. Door de systematiek van Inschrijving Op Naam (ION), dagelijkse spreekuren en de mogelijkheid om tijdens avond, nacht en weekend gebruik te maken van de huisartsenpost, kent de huisartsenzorg geen wachtlijsten. Maar wellicht gaan die er wel komen door quota voor bepaalde chronische zorgsoorten. De zorgverzekeraar wil daarmee de instroom van gediagnosticeerde patiënten beperken. Hier is moreel en juridisch veel op af te dingen²⁵.

Huisartsen worden geconfronteerd met capaciteitsproblemen bij de zorg voor kwetsbare ouderen. Dit heeft te maken met een tekort aan wijkverpleegkundigen. Er is bovendien geen

zicht op de wachtlijsten voor bijvoorbeeld eerstelijnsverblijf (ELV) of geriatrische revalidatie, want er is geen centrale registratie. De ziekenhuizen optimaliseren vanuit bedrijfskundig perspectief het ontslagmanagement, maar als er dan geen wijkverpleegkundigen, VVT of ELV-bedden zijn, ontstaan er steeds meer knelpunten. Sommige ziekenhuizen nemen patiënten alleen nog op als er een terugkeergarantie is afgesproken. Dit veroorzaakt niet alleen problemen voor professionals, maar ook voor mantelzorgers. De respijtzorg vanuit de gemeente lijkt nog niet echt op gang te komen. In 2018 zal duidelijk worden of de arbeidsmarktproblemen in combinatie met piekbelasting van de vraag tot verdere problemen zal leiden. Met meer actueel inzicht kan hierop geanticipeerd worden. Op de middellange termijn is de samenhang met de arbeidsmarktproblematiek voorspelbaar. Hoewel de problemen nu nog te overzien zijn, waarschuwt de OESO voor de toegankelijkheid van de Nederlandse zorg, waarmee we juist zo goed scoren in internationaal perspectief.

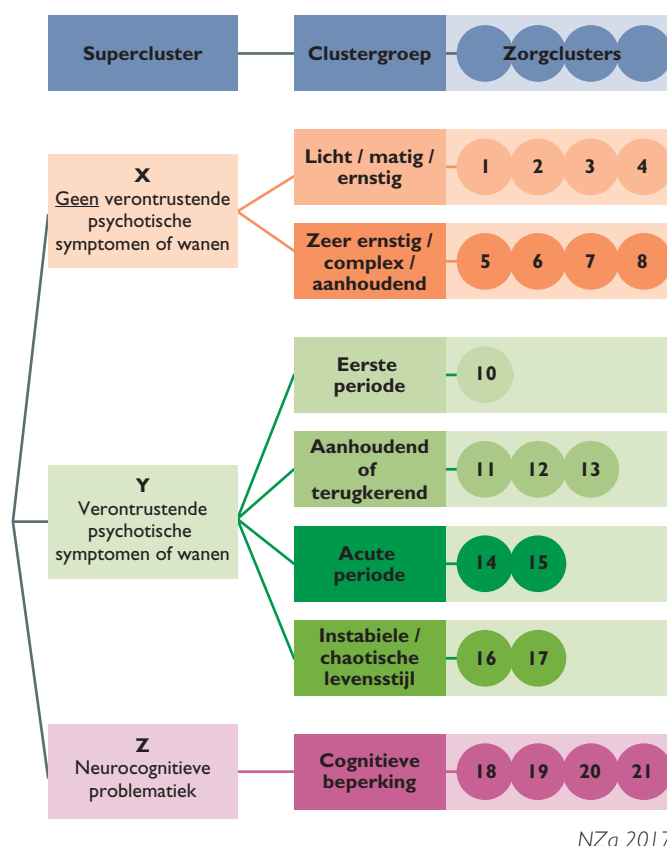
Aanbevelingen

De wachtlijsten van ziekenhuizen, GGZ, VVT en jeugdzorg leiden tot verstoringen in de eerstelijnszorg en overbelasting van de mantelzorg. Bij piekbelasting en op termijn kan dit voor continuïteitsproblemen zorgen. Monitor de wachtlijsten in de ouderenzorg op regionaal niveau.



5 Ambulantisering GGZ

De afbouw van de intramurale GGZ is een van de ‘succesvolle’ onderdelen van het hoofdlijnenakkoord GGZ, met miljarden aan bezuinigingen. Het uitgangspunt dat mensen met GGZ-problematiek geïncorporeerd blijven in de samenleving, er wonen en een zinvolle dagbesteding hebben, is een positieve ontwikkeling. Steeds meer mensen worden ambulant behandeld. Vooral voor mensen met ernstige psychiatrische problemen vraagt dit de nodige omschakeling van alle formele en informele betrokkenen. In 2016 is het aanjaagteam personen met verward gedrag gestart met onderzoek en advisering over de aanpak en begeleiding van verwarde personen²⁶, maar ook nu nog bestaan er afstemmings- en coördinatieproblemen en spelen er afbakeningsvraagstukken. Korpschef Akerboom pleitte eind vorig jaar voor meer GGZ-zorg in wijken en buurten vanwege het hoge aantal psychische problemen waarvoor de politie wordt ingeschakeld. Recent onderzoek toont dit ook aan: het lukt 86% van de meer dan 1.000 onderzochte personen met een psychotische aandoening niet om maatschappelijk te herstellen. Zij houden problemen op het gebied van wonen, zelfzorg, werken, opleiding of zinvolle dagbesteding en sociale contacten. Naar schatting telde Nederland in 2013 zo’n 281.000 mensen met ernstige psychische aandoeningen. De grote meerderheid heeft een psychotische stoornis (ongeveer 60%), 10% heeft primair een verslavingsprobleem en 30% heeft diverse diagnoses als ernstige depressie, angststoornis, persoonlijkheidsstoornis of autisme²⁷. Ook patiënten met lichtere klachten hebben te maken met de systeemveranderingen in de GGZ²⁸. Circa 25% van de burgers krijgt jaarlijks te maken met een probleem dat als GGZ gedefinieerd wordt. Hiervoor is circa €500 per persoon aan budget beschikbaar. Maar de zorg is versnipperd en gefragmenteerd. De basis- en specialistische-GGZ hebben bovendien te maken met problemen door quota in de vorm van omzetplafonds, wachtlijsten en toegangsdrempels voor patiënten²⁹. Er is wel een visie op ‘Nieuwe GGZ’, maar de transitie van het oude naar het nieuwe systeem is niet eenvoudig³⁰. Vanaf 2020 wordt naar verwachting een nieuw bekostigings-systeem geïntroduceerd: het zorgclustermodel, waarmee zorgzwaartebekostiging de DBC-bekostiging voor basis- en generalistische GGZ gaat vervangen. Dit biedt de mogelijkheid om op basis van reviews op/afschalen in te bouwen in het individueel zorgplan. En het vervangt feitelijk de onlogische driedeling in de GGZ met huisartsenzorg, basis-GGZ (b-GGZ) en specialistische-GGZ (s-GGZ)³¹.



Het is nog te vroeg om te beoordelen welke consequenties deze nieuwe bekostiging heeft voor de GGZ en aanpalende sectoren.

De jeugd-GGZ is een verhaal apart en vraagt ook de nodige aandacht. Gemeenten hebben moeite om de juiste zorg op de juiste plaats en binnen het budget te bekostigen. De LVVP constateerde in november 2017: *‘Het belangrijkste knelpunt is de beleidsvrijheid van gemeenten, waardoor er te veel verschillen zijn: verschillen in zorg die patiënten krijgen, in zorginkoopprocedures, berichtenverkeer en facturatie’*. Maar daar wordt gelukkig aan gewerkt door het ministerie. De POH-GGZ jeugd heeft veel zorg weggenomen in de b-GGZ en s-GGZ. En de inzet van de POH-GGZ jeugd bij de huisarts zorgt voor verbinding, maar is nog in ontwikkeling. In de huisartsenpraktijken is met de komst van de POH-GGZ de laagdrempelige zorg beter toegankelijk. Hiermee wordt veel zorg weggenomen in de b-GGZ en s-GGZ. Toch kon niet voorkomen worden dat juist daar – door te grote bezuinigingen – flinke wachtlijsten zijn ontstaan. Daardoor wordt de POH-GGZ in de huisartsenzorg overvraagd en stagneert de doorstroming van patiënten. In 2016 komen er vier keer

zoveel patiënten bij de POH-GGZ dan in 2012 (VEKTIS). Bovendien is het de vraag of het macrobudget huisartsen- en multidisciplinaire zorg voldoende is uitgebreid om alle huisartsen van voldoende POH's-GGZ te voorzien³².

Aanbevelingen

Vastgesteld kan worden dat de substitutie van specialistische-GGZ naar basis-GGZ en huisartsenzorg is geslaagd. Hierdoor is een aanzienlijke macrobezuiniging gerealiseerd, maar de laagdrempelige huisartsenpraktijk wordt overbelast en samenwerking en afstemming zijn nog steeds complex. Samenwerking en afstemming tussen verschillende GGZ-stakeholders blijft ingewikkeld. Nieuwe bekostiging is in voorbereiding.



6 Farmacie

In de farmacie wordt onderscheid gemaakt tussen openbare (ook wel extramurale) en intramurale farmacie. De totale farmaciekosten bedragen circa 5 miljard. De openbare en intramurale farmacie zijn echter grotendeels gescheiden circuits. Vooral zorginhoudelijk: de openbare farmacie levert 95% van alle veelal generieke medicatie aan thuiswonende mensen voor 60% van het budget en de intramurale farmacie levert 5% van de medicatie voor de overige 40%. Daar speelt de problematiek van bestaande en nieuwe dure medicijnen, die maandelijks het nieuws haalt. Een voorbeeld is Spinraza, een middel tegen de zeldzame spierziekte SMA dat in het eerste jaar €500.000 kost en waarvoor het Zorginstituut een negatief advies heeft uitgebracht aan de minister van VWS³³. Dure medicatie is een megaprobleem aan het worden. Er zitten nog zeker dertig nieuwe medicijnen in de pijplijn, die tussen de €80.000 en €1.800.000 per patiënt per jaar gaan kosten en de komende jaren op de markt komen. Of de huidige systematiek met geheime onderhandelingen werkzaam blijft, is de vraag. Dure geneesmiddelen dreigen het koekoeksjong van de ziekenhuizen te worden.

In de openbare farmacie worden de kosten gegenereerd door de medicatie zelf en de terhandstelling vindt plaats via een fijnmazig netwerk van circa 1.900 apotheken. Op basis van het aantal Nederlanders bedragen de kosten van openbare farmacie gemiddeld €175 per persoon per jaar.

Uit de brief van de verkenners extramurale farmaceutische zorg:

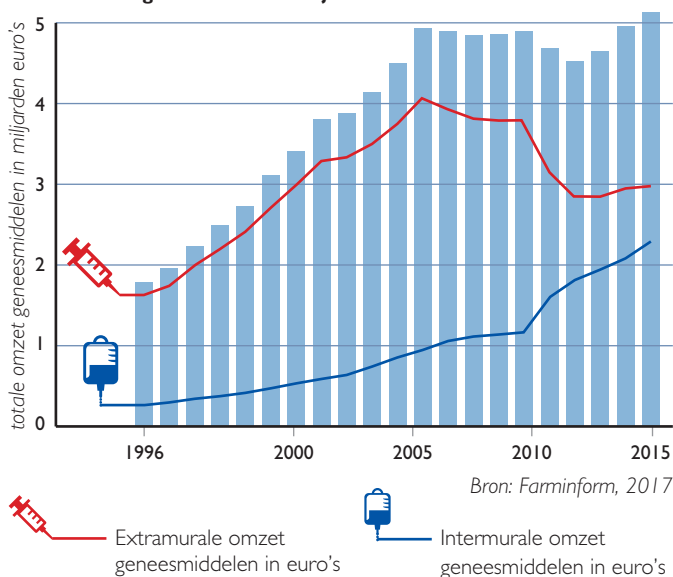
‘Van groot belang voor de toekomst is de doorgaande extramuralisatie van de zorg. Steeds meer zorgafhankelijke ouderen blijven zelfstandig wonen, ook al nemen hun gezondheidsproblemen en medicijngebruik toe. De zorg van de toekomst zal zoveel mogelijk zorg zijn in de buurt van de patiënt. Een sterke, geïntegreerde eerstelijnszorg vormt de spil van een toekomstbestendige gezondheidszorg. Alle partijen zijn het erover eens dat bestaande schotten moeten verdwijnen en dat tussen de verschillende beroepsgroepen veel moet worden samengewerkt. Nauwe samenwerking tussen apotheker en huisarts kan leiden tot een veel betere patiëntenzorg tegen minder kosten.’

In 2013 zijn verkenners farmacie aangesteld met de vraag of zij wilden adviseren over de toekomst van de (openbare) farmacie³⁴. Anno 2018 kan vastgesteld worden dat er na deze brief weinig is veranderd in het beleid. Hoewel inmiddels het aantal thuiswonende ouderen substantieel is gestegen en daarmee de zorgvraag en consumptie van extramurale medicatie blijft toenemen; tussen 2007 (Zvw) en 2016 was er sprake van een toename van verstrekkingen van 65% door polyfarmacie en vergrijzing. Dit wordt opgevangen door dezelfde fijnmazige infrastructuur van openbare apotheken. Door verregaande automatisering en meer verwerkingen per assistente is deze toename van verstrekkingen met nog steeds gemiddeld 7,1 FTE per apotheek uitgevoerd. Dit heeft tot een aanzienlijke verhoging van de werkdruk geleid. Daarbij worden apotheken soms geconfronteerd met een geneesmiddelentekort. Dit treft patiënten direct en is een gevolg van het doorgesloten preferentiebeleid. Als het preferente middel niet beschikbaar is, mag de apotheker geen ander middel meegeven, tenzij de zorgverzekeraar hier toestemming voor geeft.

Per maand zijn 580.000 voorschriften voor preferente middelen niet leverbaar. Dat zijn er gemiddeld 290 per apotheek, ofwel bijna zestig per dag. Apothekersassistenten moeten oplossingen vinden voor verontruste en verontwaardigde patiënten én het beïnvloedt de therapietrouw³⁵.

Door wetgeving en het inkoopbeleid van zorgverzekeraars is het nauwelijks meer mogelijk om een solo-apotheek te exploiteren. Hierdoor is er een structurele toename van franchiseketens en consolidatie van eigendomsketens. Dit proces is vanuit mededingingsoverwegingen eindig. Een verdere efficiencywinst kan alleen behaald worden door domeinoverstijgende kwaliteit- en efficiencyprocessen. Daarnaast kan veel winst worden behaald als zorgverzekeraars tot een meer

Totale omzet geneesmiddelen blijft constant



eenduidig beleid zouden komen en bereid zijn om de preferente zorgverzekeraar te volgen. Elke zorgverzekeraar, zelfs die met een miniem marktaandeel, heeft zijn eigen beleid en voorwaarden. Dit levert in de praktijk enorme bureaucratie en hoge administratieve lasten op. De complexiteit bemmert innovaties en vergt talloze dure ICT-aanpassingen. Denk aan vier merken voorkeursmedicatie in plaats van één merk. Deze fragmentatie speelt onder andere ook bij de richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, waarover betrokken partijen het ook maar niet eens kunnen worden.

Silostructuur

Alle respondenten in het onderzoek van de verkenners extramurale farmaceutische zorg ondersteunden de trend naar ontschotting van multidisciplinaire samenwerking. Maar in de praktijk blijkt dat alle silo's nog bestaan. Het begint met de positionering binnen het ministerie van VWS. Farmaceutische zorg is ingedeeld bij de directie Geneesmiddelen en medische technologie. Hierdoor is integraal beleid binnen VWS al lastig.

Ook alle zorgverzekeraars hebben de inkoop van de openbare farmacie nog als silo georganiseerd: afstemming met zorginkopers huisartsenzorg, eerstelijnszorg, diagnostiek of ziekenhuiszorg vindt onvoldoende plaats. Er is te weinig aandacht voor domeinoverstijgende vraagstukken, zoals het overdragen van nierfunctiewaarden tussen de huisarts en apotheek. Slechts 25% van de nierfunctiewaarden wordt gedeeld, terwijl dit voor de apotheek kritische informatie is om de medicatie en de juiste dosering te kunnen beoordelen. Verbetering of handhaving, bijvoorbeeld door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), vindt onvoldoende plaats.

Het preferentiebeleid (2008) is nagenoeg uitgewerkt. Het lijkt erop dat zorgverzekeraars hun focus gaan leggen op de kosten van de terhandstelling³⁶. Zo wordt gekeken naar de mogelijkheid om in één keer grote hoeveelheden geneesmiddelen mee te geven uit oogpunt van kostenbesparing. Ook bij innovaties van farmaceutische zorg moet meestal vooraf een sluitende business case worden overlegd, die binnen het extramurale farmaciebudget moet worden berekend. Maar dat is bij innovaties eenvoudigweg niet altijd mogelijk. De besparing is niet altijd uit te drukken in lagere geneesmiddelenkosten, maar bijvoorbeeld wel in minder ziekenhuisopnames of minder huisartsenbezoeken. Voor de verzekeraar is dit vaak niet voldoende, waardoor de innovatie niet doorgaat. En ook aansluiting bij de huisartsen op landelijk- en regionaal niveau blijkt vaak een brug te ver. In de module Organi-

satie & infrastructuur is wellicht bij multidisciplinaire samenwerking in de wijk enige ruimte voor de apotheek, maar op regionaal niveau en landelijk (koepel)niveau vindt de openbare farmacie tot op heden geen of nauwelijks aansluiting.

Prestatiebekostiging

De prestatiebekostiging is in 2012 ingevoerd, maar wordt in de praktijk beperkt gebruikt. Vooral de prestaties 1, 2 en 3 worden ingekocht. Zelfs prestatie 4: de multidisciplinaire prestatie medicatiebeoordeling (met een multidisciplinaire richtlijn) wordt niet of nauwelijks ingekocht in samenwerking met huisartsenzorg, maar als enkelvoudige prestatie. Apothekers en huisartsen hebben daarmee geen gelijke doelen in het contract van dezelfde verzekeraar voor dezelfde multidisciplinaire prestatie. Opvallend is dat de prestaties 5 en 6 volgens de zorgverzekeraars vooral bij ziekenhuizen worden ingekocht, terwijl de openbare apotheek als actor bij de overdracht ook een belangrijke rol heeft. Zorgverzekeraars gaan er meestal vanuit dat de openbare apotheek al haar werkzaamheden nog steeds vanuit 1 of 2 prestaties levert. De NZa heeft na de invoering van de prestatiebekostiging in 2012 niet onderzocht of deze aansluit bij de wens om geïntegreerde zorg te ondersteunen. VWS heeft hiertoe ook geen opdracht gegeven. Er vindt dus geen zichtbare of toetsbare evaluatie plaats van het door henzelf ingezette beleid.

BASISVERZEKERDE PRESTATIES	
1	Terhandstelling van een UR-geneesmiddel (standaard terhandstelling UR-geneesmiddel/Weekterhandstelling
2	Eerste terhandstellingsgeprek
3	Instructie UR-geneesmiddel gerelateerd hulpmiddel
4	Medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelgebruik
5	Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname of polikliniek bezoek
6	Farmaceutische begeleiding i.v.m. ontslag uit het ziekenhuis
BASISVERZEKERDE DEELPRESTATIES	
1	ANZ-dienstverlening
2	Bijzondere magistrale bereiding
3	Reguliere magistrale bereiding
4	Dienstverlening thuis
NIET-BASISVERZEKERDE PRESTATIES	
7	Voorlichting farmaceutische zelfmanagement
8	Advies farmaceutische zelfzorg
9	Advies gebruik UR-geneesmiddelen tijdens reis
10	Advies ziekterisico bij reizen
OVERIGE PRESTATIES	
11	Onderlinge dienstverlening
12	Facultatieve prestatie

Aanbevelingen

Dure geneesmiddelen zijn het echte vraagstuk in het zorgstelsel. De openbare farmacie functioneert redelijk goed tegen beperkte kosten in internationaal perspectief. Het preferentiebeleid is uitgewerkt. De adviezen van de verkenners openbare farmacie zijn nauwelijks uitgevoerd. Het is de vraag of bekostiging, structuur en positionering van de openbare farmacie duurzaam genoeg zijn.

7 Diagnostiek

De (eerstelijns)diagnostiek transformeert door de financiering en de trend onder zorgverzekeraars tot een commodity (bulkgoed), in plaats van een integraal onderdeel c.q. de start van een zorgproces. Deze trend is ook zichtbaar bij Europese aanbestedingen van diagnostiek in de B2B, bijvoorbeeld bij justitiële diagnostiek. Daar is de diagnostiek gecontracteerd zonder dat deze is ingebed in een zorgproces. Het effect hiervan is dat diagnostiek steeds meer als een kostenpost wordt gezien, waarop te bezuinigen valt. De huidige kosten bedragen circa €30 per persoon per jaar. Terwijl goede, geïntegreerde diagnostiek juist een bijdrage kan leveren aan doelmatige keuzes in zorgprocessen, *shared decisionmaking* kan stimuleren en voor deskundigheidsbevordering van aanvragers kan zorgen. Bijvoorbeeld door adviesgesprekken in de taal van deze aanvragers. Bij huisartsenposten en SEH's kan door het verbeteren van de diagnostiek de keuze van de behandellocatie worden beïnvloed³⁷. Dat zelfdiagnostiek succesvol kan zijn, bewijst het platform thuisarts.nl op basis van onderzoek uit 2016 van dr. Niels Chavannes, hoogleraar huisartsengeneeskunde aan het LUMC. Door raadpleging van

deze, door het NHG opgezette en beheerde, website is het aantal korte consulten en telefoontjes met 12% afgenomen³⁸. Het aantal diagnostische mogelijkheden neemt astronomisch toe; eerstelijns diagnostische centra kunnen een belangrijke sturende rol spelen bij de keuze daaruit, grootschalige implementatie, dataverwerking en evaluaties. Ofwel een rol vervullen als vertrouwde innovatiecoördinator voor de eerstelijnszorg.

De overgang van medische diagnostiek naar zelfdiagnostiek van (chronische) patiënten zal nog een flinke uitdaging worden, omdat het een cultuuromslag vergt bij zorgaanbieders, patiënten en zorgorganisaties. Toch is dit een interessant ontwikkeling, omdat die bijdraagt aan het ultieme doel om de patiënt beter en zelfstandiger te positioneren. Een goed voorbeeld is de zelfdiagnostiek van trombosepatiënten, die hierdoor veel zelfstandiger en zelfredzaam zijn. Voor de positionering van eerstelijnsdiagnostiek lijkt een keuze aan de orde tussen een brede, landelijke leverancier van medische diagnostiek of een diagnostisch centrum in een regionaal, geïntegreerd eerstelijnsnetwerk.

Aanbevelingen

Diagnostiek is veelal los komen te staan van zorg en dreigt steeds verder een bulkproduct te worden. Maar eerstelijns diagnostische centra hebben de potentie om een belangrijke rol te spelen bij innovaties. Van belang daarbij is de betrouwbaarheid van de aanbieders en de vertrouwdeheid bij aanvragers en patiënten.



8 Complexiteit

De complexiteit van de (eerstelijns)gezondheidszorg is groot, evenals de afstemming met het sociaal domein op gebied van bekostiging en organisatie. Dit leidt tot verspilling en ondoelmatigheid. Maar ook voor onduidelijkheid en onbegrip bij ‘normale’ burgers, die door de bomen het bos niet meer zien. Laat staan bij de bijna 5 miljoen burgers met beperkte gezondheidsvaardigheden³⁹. Het gaat daarbij over de toegang tot zorg, wet- en regelgeving, bekostiging en organisatie.

Een aantal systemen werkt elkaar tegen en coördinatiemechanismen maken de complexiteit structureel. Zo zijn er tien landelijk werkende concurrerende zorgverzekeraars met honderdduizenden verzekerden tegenover een veelheid aan veelal regionaal of lokaal georiënteerde geïntegreerde, kleinschalige organisaties en professionals in de eerstelijnszorg en het sociaal domein. De zorgverzekeraars houden er verschillende strategieën op na, met verschillen in het zorginkoopbeleid, de duur van de overeenkomsten, eigen speerpunten en administratieve voorwaarden. De focus van zorgverzekeraars ligt in de eerstelijnszorg op (contracten van) één tot twee jaar. Ze werken met gedetailleerde aanspraken en zijn met name verantwoordelijk voor hun eigen verzekerden in een privaatrechtelijk systeem. Daarnaast zijn er nog 380 gemeenten die zich inzetten voor alle burgers op basis van een eigen, nauwelijks uitgewerkt beleid in een publiekrechtelijk systeem. En iedere gemeente in een ‘zorgregio’ voert in de regel een eigen beleid, waardoor zorgorganisaties met een veelheid aan systemen, werkwijzen en contactpersonen te maken hebben. Als zorgverzekeraars en gemeenten al samenwerken, dan is dat vooral in het oude kernwerkgebied van de zorgverzekeraar. Bij gemeenten is de focus vaak gericht op de middellange termijn en wordt het beleid minimaal in coalitieakkoorden van vier jaar vastgelegd. De verschillende perspectieven van zorgverzekeraars, gemeenten

en zorgorganisaties en -professionals werken elkaar tegen. Eerstelijnszorgaanbieders en organisaties met beperkte en gefragmenteerde overhead moeten zich in allerlei bochten wringen om te innoveren, bijvoorbeeld op het gebied van persoonsgerichte zorg, eHealth, digitalisering en multidisciplinaire samenwerking. Tegelijkertijd moeten zij efficiënter gaan werken, de doelmatigheid vergroten, minder verwijzen, minder of beter voorschrijven en de praktijkvariatie terugdringen. Tenslotte moeten ze nog aandacht besteden aan een gezonde praktijkvoering en verantwoordelijk zijn voor de continuïteit van zorg. Zorginhoudelijk zijn er verschillende soorten – steeds assertievere – patiënten, die allemaal een eigen aanpak vergen, aangesproken moeten worden op hun eigen verantwoordelijkheid, met of zonder gezondheidsvaardigheden en met of zonder ondersteunend sociaal systeem. En ook patiënten hebben de mogelijkheid om te kiezen, maar zij beschikken vaak niet over de informatie die nodig is voor het maken van een afgewogen keuze. Daardoor leidt keuzevrijheid tot keuzestress⁴⁰. De verschillende ordeningsystemen veroorzaken een tijd, geld en energieverwendende complexiteit die vooraf voorspelbaar was⁴¹. De decentralisaties in 2015 hebben dit probleem versterkt. Daarvoor was er immers een landelijke aanspraak in de AWBZ, jeugdzorg en de Zvw. Vanwege de complexiteit pleitten Jos de Blok, directeur Buurtzorg, en Marcel Cannoy, hoogleraar economie, ervoor om ‘de decentralisaties in praktijk nog kleiner te maken’ en de buurt als uitgangspunt te nemen. Ze breken een lans voor het experimenteren met volledige ontschotting van budgetten. De nadruk zou moeten liggen op wat mensen nodig hebben en niet op controle, beheersing en systemen. Een belangrijke bijvangst van anders organiseren is dat zorgaanbieders het werk waarschijnlijk weer leuker gaan vinden, waardoor de zorgarbeidsmarkt aantrekkelijker wordt.

ORDENING	ZORGVERZEKERAAR	ZORGKANTOOR	AV	GEMEENTE
persoon	verzekerde	inwoner regio	vrijwillig verzekerde	inwoner
juridisch	aanspraak Zvw	aanspraak Wlz	polis	recht of beleid
ondernemersvorm	private onderneming	uitvoeringsorganisatie	private onderneming	publiekrechtelijk orgaan
focus	landelijk (11 concerns)	regionaal (32 regio's)	landelijk (11 concerns)	gemeente (380 gemeenten)
scoop	zorg	zorg	zorg/lifestyle	welzijn
klachteninstantie	CVZ	CVZ	ombudsman, zorgverzekeringen	bezwaarcommissie of rechter
structuur	grote ondernemingen	afdeling van zorgverzekeraar	commercieel onderdeel ZV	grote verschillen
financiële transparantie	kosten eerstelijnszorg inzichtelijk p.p. 95%	kosten AWBZ inzichtelijk p.p. 60%	kosten AV inzichtelijk p.p. 100%	kosten inzichtelijk p.p. 60%
leden	collectiviteit	toevallige verzameling	anonieme groep	gemeenschap

Wat de complexiteit nog verder vergroot, is dat de eerstelijnszorg traditioneel gefragmenteerd georganiseerd en bekostigd wordt. En dat terwijl de zorg steeds vaker geïntegreerd en persoonsgericht moet worden geboden. InEen pleit in haar toekomstvisie voor sterke eerstelijnsorganisaties in de huisartsenzorg, maar zorgverzekeraars zijn terughoudend met de module Organisatie & infrastructuur (O&i) die budget-neutraal lijkt te worden ingezet en zorgaanbieders twijfelen soms nog aan de meerwaarde van een organisatie.

Praktijkvoorbeeld:

In een Rotterdamse achterstandswijk met >100 nationaliteiten, waar de tolktelefoon is afgeschaft vanwege het uitgangspunt 'men moet maar Nederlands leren', zijn 76 wijkverpleegkundige organisaties actief die met zes of zeven zorgverzekeraars moeten contracteren en de individuele patiëntenzorg met twintig huisartsen én het sociale domein moeten afstemmen.

Qua ICT kan er veel meer dan nu gebruikelijk is in de zorg en ook hier is sprake van een enorme fragmentatie die de complexiteit versterkt. De ICT is per deelsector opgezet en kent daarbinnen ook nog eens meerdere aanbieders met een eigen, niet te koppelen ICT-structuur. Die fragmentatie belemmert de doorontwikkeling. Daarnaast staan beperkte

financiële middelen en dito bereidheid van zorgorganisaties om te veranderen standaardisatie en integratie in de weg. Het Informatieberaad is vooral een overlegtafel⁴². Maar het ontbreekt aan doorzettingsmacht en in het landelijk ICT-beleid zijn geen grote doorbraken te verwachten.

Ook de bureaucratie en regeldrift verhogen de complexiteit in de zorg. Dat dit is doorgeslagen, wordt bevestigd door het initiatief Ontregel de zorg en de zogenaamde schrapsessies⁴³. De organisatie en bekostiging van collectieve preventietaken door gemeenten in de Wmo (2015) en selectieve preventie door zorgverzekeraars in de Zvw (2006) leidt tot grensconflicten en afschuifgedrag. Selectieve preventie in een systeem van concurrerende zorgverzekeraars en kortetermijncontractering werkt ook niet, omdat de opbrengsten (lange termijn) elders neerdalen. De Raad voor Volksgezondheid constateert in 2017 dat de zorginkoop van zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten faalt en pleit voor enkele aanpassingen binnen het systeem⁴⁴. De marktmeester NZa blijft opvallend genoeg het systeem en de marktwerkinsrol van de zorgverzekeraars verdedigen en er is nauwelijks plaats voor een kritische fundamentele beschouwing⁴⁵. Minister voor medische zorg Bruno Bruins heeft laten weten dat hij nu geen aanleiding ziet om het systeem aan te passen. Hij wil doorgaan met experimenten en binnen de bestaande structuur doorontwikkelen⁴⁶.

Aanbevelingen

De complexiteit van bekostiging, taal, domeinafbakening, transitieprocessen, ICT en het aantal betrokken partijen vormt wellicht het grootste probleem in ons huidige zorg- en sociale systeem. Het leidt tot verspilling en demotivatatie van zorgprofessionals en tot onduidelijkheid en frustratie bij zorggebruikers. Terwijl plezier in het werk juist de zorgsector aantrekkelijk kan maken. De complexiteit is zo groot dat er geen volledig beeld meer is op te stellen. Afgedwongen standaardisatie is de enige oplossing om tot meer eenduidigheid te komen.



9 Positionering en perceptie care en ouderenzorg

De curatieve sector heeft in de opbouw van onze welvaartsstaat een bijna onaantastbare positie ingenomen, terwijl de care ondergewaardeerd is. Het gaat over ziekte, symptomen, behandeling en kosten. Terwijl het vaker zou moeten gaan over behoeften en op de persoon gerichte zorg en ondersteuning. De focus op curatie heeft er mede toe geleid dat het maatschappelijk nauwelijks geaccepteerd wordt als er geen curatieve behandeling meer mogelijk is of als deze niet gefinancierd wordt uit collectieve middelen. Te vaak worden besluiten nog genomen over patiënten in plaats van met patiënten. De ouderenzorg wordt bekostigd uit drie segmenten: de Wmo, de Zvw en de Wlz. Dat resulteert in afschuifmechanismen en veroorzaakt soms een zorgval⁴⁷. Dat is onwenselijk, niet acceptabel en niet uit te leggen.

Ouderen worden maatschappelijk soms gezien als improductieve kostenveroorzakers. Onterecht, want veel ouderen zijn maatschappelijk actief en leveren als mantelzorger of vrijwilliger toegevoegde maatschappelijke waarde. Ouderen zelf kunnen zich meer bewust zijn van hun ontwikkelingsproces en hierop anticiperen. De campagne Beter Oud is een mooi voorbeeld van een actieve en positieve benadering van ouder worden.



Aanbevelingen

De groeiende welvaart, voortschrijdende kennis en techniek heeft ertoe geleid dat ziekte en ouderdom door delen van de bevolking als onwenselijk of zelfs onacceptabel worden gezien. Het is tijd voor een andere, positieve benadering van ouderdom. Het verdient aanbeveling om meer te investeren in vitaliteit, maar ook in ouderenzorg thuis of in een thuisvervangende omgeving ten laste van de curatieve zorg, om zo de balans te herstellen.

Profielen van ouderen

- 1 Vitaal:**
zelfstandig, voelen zich gezond
- 2 Moeite met ouder worden:**
zelfstandig, psychosociale klachten
- 3 Lichamelijke en mobiliteitsklachten:**
moeite met dagelijkse activiteiten
- 4 Multi domeinproblemen:**
diverse problemen, minder zelfredzaam
- 5 Extreem kwetsbaar:**
veel problemen, niet meer zelfredzaam

Bron: UMCG 2015

Ook Kim Putters, directeur van het Sociaal Cultureel Planbureau, pleit voor een andere benadering: *'We moeten radicaal anders gaan denken over ouderdom. De vergrijzing is geen kostenpost of probleem, maar een sociaal, economisch en maatschappelijk verdienmodel'*⁴⁸. Ouderen (profiel 1) zijn vaak lang vitaal en participeren in de maatschappij. Daarnaast dragen veel ouderen bij aan consumptieve uitgaven. Een regionale en lokale benadering biedt hierin meer perspectief dan een landelijke aanpak. De budgettaire verschuiving van de curatieve zorg naar de verpleeghuiszorg was weliswaar meer een onverwachte uitkomst van het Kwaliteitskader ouderenzorg van het Zorginstituut dan een weloverwogen politieke afweging, maar is wel een beweging in de goede richting. Bruno Bruins, minister voor Medische Zorg en Sport, houdt vast aan inzet van personeel, ondanks het feit dat er onvoldoende mensen zijn om de vacatures te vervullen. Volgens de Volkskrant komt dat doordat de definitieve norm in het Kwaliteitskader ouderenzorg nog moet worden vastgesteld. Die zal naar verwachting lager uitvallen en dan is er meteen een bezuiniging mogelijk. Die mogelijkheid is er niet als het geld is ingezet voor andere doeleinden, zoals investeringen in technologische oplossingen.

10 Solidariteit onder druk

Al met al staat de solidariteit en toegankelijkheid van het gezondheidssysteem onder druk. NIVEL heeft onderzocht dat tussen 2013 en 2015 de solidariteit uitgedrukt in de bereidheid om voor elkaar te betalen gedaald is van 73 naar 63%. De NOS meldde in het journaal van 22 december 2017 dat 1 miljoen mensen in Nederland onder de armoedegrens leeft. Uit onderzoeken van het Sociaal en Cultureel Planbureau komt naar voren dat mensen in toenemende mate ongerust zijn over de gezondheidszorg en de hoge zorgkosten⁴⁹. De meeste huishoudens hebben een besteedbaar inkomen tussen de €15.000 en €40.000 euro per jaar en de zorgkosten nemen steeds verder toe.

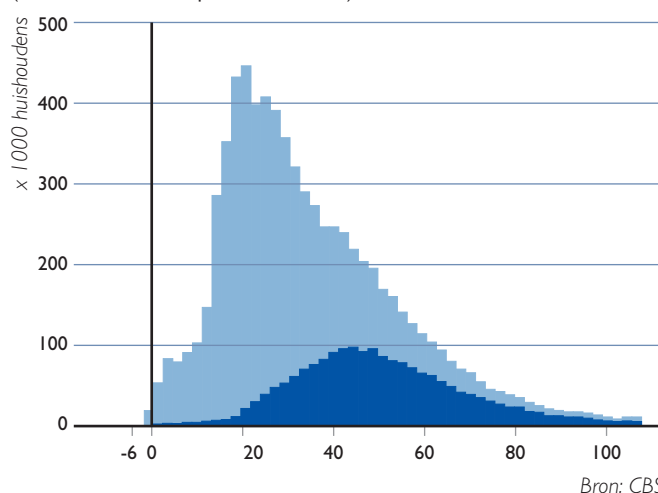
De Rabobank stelt het nog sterker: 'Bestedbaar inkomen van huishoudens staat al bijna veertig jaar vrijwel stil'⁵⁰. De Patiëntenfederatie bericht dat 50% van de mensen de zorgpremie te hoog vindt. Gezondheidsverschillen in de bevolking op sociaal-economische kenmerken nemen toe in plaats van af. De tweedeling tussen bevolkingsgroepen kan door gezondheidszorg versterkt worden. De sociaal-maatschappe-



Aanbevelingen

De solidariteit staat onder druk. Hoewel een goede gezondheid en kwaliteit van leven de wens is van vrijwel alle mensen, neemt de bereidheid om voor elkaar te zorgen af. Als de gezondheidszorg geen of onvoldoende antwoord geeft op de veranderende zorgvraag dan ontstaat er maatschappelijke onrust en een verdere tweedeling tussen rijk en arm, gezondheidsvaardigen en niet gezondheidsvaardigen. Voortzetting van een paradigmashift van zorg naar gezondheid is nodig, maar zal zeker een generatie gaan duren.

Inkomensverdeling huishoudens 2014
(bestedbaar inkomen paar met kinderen)



Inkomen van meer dan 0 euro:

■ Alle huishoudens: 99,5% ■ Paar met kinderen: 99,6%

lijke problemen op termijn zijn niet meer goed beheersbaar en dat maakt dat er (rigoureuze) maatregelen nodig zijn. De verschillen in besteedbaar inkomen nemen toe in Nederland. De Nederlandsche Bank (DNB) gaf recent een overzicht van de economische groei vanaf 2002⁵¹. De consumptieve groei en het besteedbaar inkomen blijven duidelijk achter bij andere economische parameters en dat heeft effect op het welbevinden van mensen. Daarbij zijn er eveneens aanzienlijke verschillen tussen verschillende groepen in de samenleving en dat heeft weer invloed op de solidariteit. Hoewel er wel gestart is met een Nationaal Preventieprogramma blijft de kern van ons gezondheidszorgbeleid gericht op reparatie. Een fundamentele omkering is nodig, maar zal lastig te realiseren zijn.

11 Aanbevelingen

Hoe kunnen we de problemen die in deze discussion paper zijn geschetst het hoofd bieden? In dit hoofdstuk een aantal aanbevelingen, die zowel afzonderlijk als achtereenvolgens kunnen worden uitgevoerd. Een totale systeemverandering is niet nodig, complexiteitsreductie wel. Hierop zijn de aanbevelingen gericht. Daarnaast hebben alle aanbevelingen in meer of mindere mate een positief effect op de arbeidsmarkt. Dat maakt een aparte aanbeveling op dit punt overbodig.

I *Bouw het historisch gegroeide macrobudget ziekenhuizen en GGZ actief geleidelijk – maar wel progressief taakstellend – af om financiële ruimte te maken voor toekomstgerichte en op preventie gerichte zorg, die aansluit bij de reeds ingezette beweging langer thuis.*

Dit door substitutiedoelstellingen op te nemen die zijn afgestemd met en haalbaar zijn voor de eerstelijnszorg. Te denken valt aan -1 tot -2% per jaar gedurende vier jaar. Door concentratie van specifieke zorg kunnen kwaliteit en resultaten steeds verder worden verbeterd. Maar ook experimenten met medisch specialisten in loondienst zijn veelbelovend, omdat daarmee ‘perverse’ financiële prikkels worden weggenomen. Door medisch specialisten onder een vorm van de Wet Normering Topinkomens (WNT) te laten vallen, zal de stap naar loondienst eenvoudiger worden.

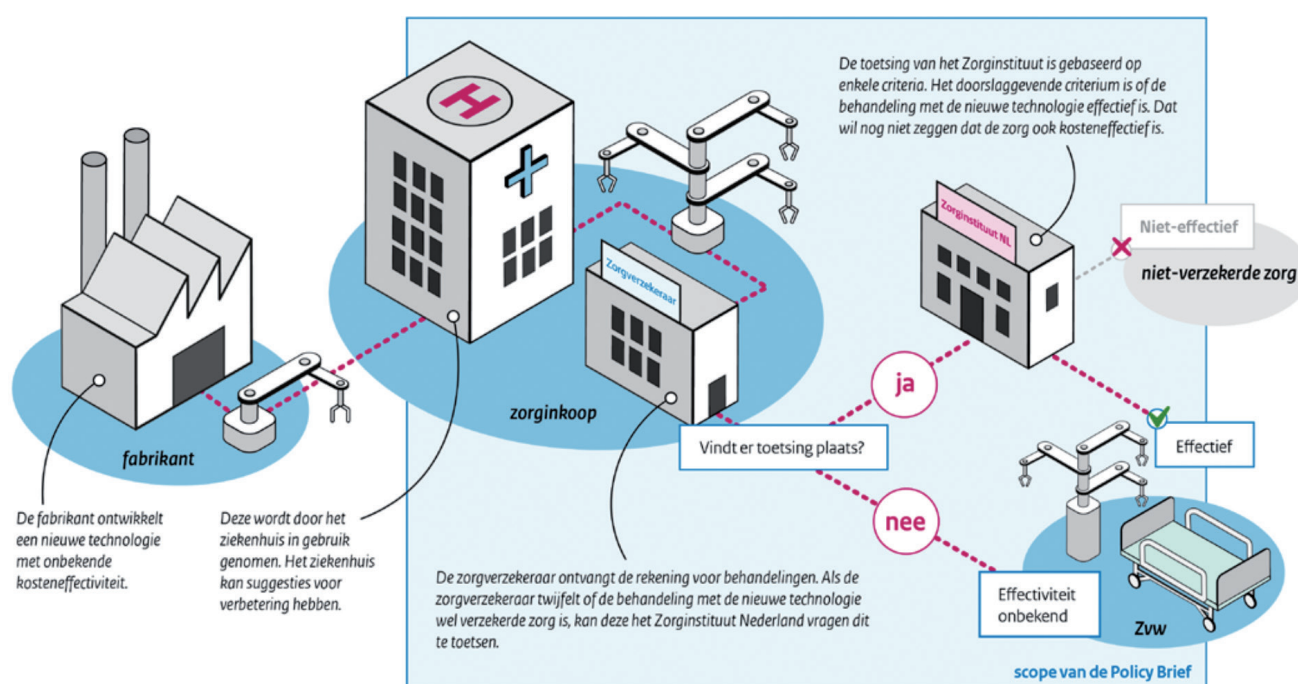
Behouden van een afzonderlijk (lager) budgettair kader voor medisch-specialistische zorg is aan te bevelen, omdat hiermee een duidelijke stap wordt gezet in de door de overheid en zorgverzekeraars gewenste substitutie van ziekenhuizen en GGZ naar de eerstelijnszorg en naar de patiënt zelf. Bij

ziekenhuizen en GGZ blijven zorgverzekeraars op kwaliteit en kosten concurreren, want het zijn veelal op zichzelfstaande interventies met een grote financiële impact; het gaat immers om >50% van de kosten in de Zvw.

2 *Dring verspilling terug door te stoppen met zorg waarvan het effect niet bewezen is⁵².*

In 2014 hebben medisch specialisten een beter-niet-doen-lijst opgesteld. Daar staan 1.300 behandelingen op, waarvan de toegevoegde waarde niet wetenschappelijk bewezen is. Het ministerie van VWS zou dit eigen initiatief veel actiever kunnen volgen en in samenspraak met zorgverzekeraars kunnen afdwingen dat deze zorg niet meer wordt uitgevoerd. Deels kan dat door het Kwaliteitsinstituut het pakket te laten inperken, deels door middel van zorginkoop (zie aanbeveling 1). Wanneer zorgverzekeraars vanwege de Autoriteit Consument & Markt (ACM) niet mogen afstemmen, moet de overheid de regie nemen.

Daarnaast is het aan te bevelen om de (noodzakelijke) introductie van nieuwe medische technologie wel te toetsen op basis van het systeem van open pakketbeheer, waarvoor het CPB in 2017 pleitte. Vooral als het gaat om technologie die effectief is voor een beperkt aantal patiënten of technologie met een kleine of onzekere effectiviteit⁵³. Anders bestaat het risico dat ongebreidelde inzet van nieuwe technologie door diagnoseverruiming juist tot nieuwe verspilling leidt. Of, en dat is juist van belang bij technologie, dat (snel) verouderde technieken ten onrechte in het pakket blijven zitten.



3 *Maak het eenvoudiger waar het kan: buig het eigen risico om naar een eigen bijdrage (in de zorgkosten).*

Dit biedt geen oplossing voor de discussie of het wenselijk is om mensen zelf te laten betalen voor een deel van de zorgkosten, maar voorkomt wel een discussie of mensen met een ziekte hier iets aan kunnen doen of voor kiezen. Een eigen bijdrage draagt bij aan de solidariteit bij het verdelen van kosten en is een van de stuurwielen van kostenbeheersing. Het is daarom niet verstandig om de eigen bijdrage geheel af te bouwen. Daarnaast zullen de prijzen in de zorg een meer realistische weergave moeten zijn van de werkelijke kosten, want dat levert onduidelijkheid en ergernis op: maak haast met inzichtelijk maken van de werkelijke zorgkosten.

4 *Breng ouderenzorg waar dat kan onder in de Zvw, houd alleen de langdurige ouderenzorg (> 3 jaar) in de Wlz en zet vol in op de wijkverpleegkundige.*

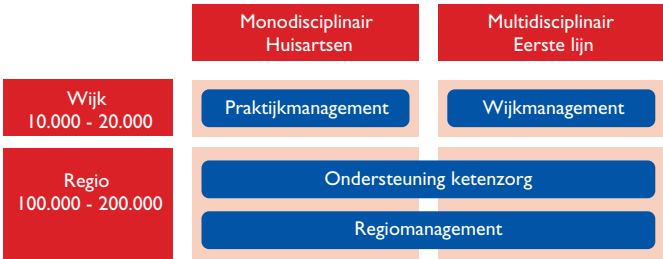
De Wlz-aanbeveling is in lijn met het recente advies van de Raad van State. Door samen te voegen blijven slechts twee bekostigingssegmenten over: Zvw en Wmo. Hierdoor kan de zorg rondom een patiënt lokaal en regionaal beter op elkaar worden afgestemd. Door wettelijke aanpassingen wordt de complexiteit gereduceerd; van drie bekostigingssystemen naar twee. Ook de discussie over de zorgval is hiermee opgelost. Om de zorginhoudelijke kwaliteit te verbeteren wordt de wijkverpleegkundige, die een centrale positie heeft in de eerstelijnszorg, gefaciliteerd om zich door te ontwikkelen op basis van toegepast wetenschappelijk onderzoek. Daarmee wordt de wijkverpleegkundige nog meer een volwaardige evenknie van de huisarts. Dat versterkt een volwaardige, nabije generalistische cure/care-as.

5 *Een regionale benadering van samenhangende gezondheidsvraagstukken.*

Gezondheidszorg, met uitzondering van electieve ingrepen, is voor 90% van de mensen een regionaal of zelfs wijkgebonden aangelegenheid. Door de regio's vanuit dit patiëntenperspectief te benaderen en de regio's te herdefiniëren, kan een samenhangend 24/7 zorg- en sociaal systeem worden opgezet; inclusief tijdelijke opvang en herstellzorg⁵⁴. Deze organisaties kennen een noodzakelijke overhead. Hiertoe worden in eerste instantie bestaande huisartsenorganisaties samengevoegd en de multidisciplinaire netwerkzorg versterkt (zie verder aanbeveling 7).

Hoewel er ook bij een regionale benadering meerdere zorgverzekeraars actief zijn, wordt er één preferente zorgverzekeraar aangewezen die namens alle andere zorgverzekeraars optreedt (vertegenwoordigingsmodel). Het gaat immers om <10% van de kosten in de Zvw en de Wmo is al via de gemeente bekostigd. Hierdoor ontstaat er een feitelijke situatie van non-concurrentie in de eerstelijnszorg. Binnen de gespecificeerde richtlijnen van de ACM (2016) kan hierdoor meer worden ingezet op doelmatige samenwerking. Waar nodig kan het toezicht worden aangepast om ongewenste neveneffecten tegen te gaan. Voor concurrentie is een licht overschot nodig in het zorgaanbod, maar gezien de arbeidsmarktvragestukken kan beter worden samengewerkt. Door te kiezen

voor een regionale benadering en één preferente zorgverzekeraar wordt de complexiteit verkleind: er zijn minder partijen, dus minder transacties. De module O&i kan hiertoe een eerste aanzet geven, maar de uitwerking zal meerdere jaren gaan duren.



6 *Maak in regio's waar meer gemeenten zijn bindende afspraken over gezamenlijk optreden.*

Indien vanwege de benodigde competenties en populatierisico's de gemeenteraad niet meer actief kan beslissen over beleid, wordt het budget gecentraliseerd bij de centrumgemeente. Er wordt vanuit de rijksoverheid doorzettingsmacht georganiseerd⁵⁵. Vooral in de jeugdzorg lijkt hiermee op korte termijn voordeel te kunnen worden behaald. Maar ook voor andere doelgroepen beperkt regionale eenduidigheid de veelheid van allerlei losse transactie-effecten en daarmee de complexiteit.

7 *Handhaaf de keuzevrijheid van individuele patiënten voor electieve curatieve zorg.*

Voor samenhangende zorg wordt per regio een multidisciplinaire netwerk conglomeraat van eerstelijnszorgaanbieders gevormd, dat de zorg gedurende een periode van vijf jaar zal uitvoeren. Dat netwerk wordt gecontracteerd door de preferente zorgverzekeraar, mede namens alle andere verzekeraars. Door het afspreken van regiospecifieke populatiedoelstellingen wordt maatwerk geleverd. En in benchmarks met andere regio's worden prestatie-indicatoren vastgesteld en resultaten beoordeeld⁵⁶. Per regio is er een actieve, betrokken patiëntenvertegenwoordiging, die vanuit de overheid wordt bekostigd. Door de zorg beter op elkaar af te stemmen wordt de individuele keuzevrijheid enigszins beperkt (er blijven echter meerdere zorgprofessionals per team), met als resultaat collectieve doelmatigheid.

8 *Verbeter de kwaliteit en continuïteit van de openbare farmacie met een beleidsrijke benadering.*

Overheid en zorginkoopbeleid zouden zich moeten richten op domeinoverstijgende kwaliteits- en efficiencyverbeteringen: medicatieveiligheid, medicatieoverdracht bij opname en ontslag (ziekenhuis, VVT of ELV), medicatiebeoordeling, het uitwisselen van laboratoriumgegevens en indicatie op recept. Daarbij verdient het aanbeveling om het farmaciebeleid binnen VWS te herstructureren of op zijn minst beter af te stemmen met dat voor curatieve zorg. Een bekostigingssysteem op basis van een abonnementsvergoeding is het overwegen waard. De openbare farmacie zou beter ingericht kunnen worden als de openbare apotheker een deel bekostigd krijgt vanuit een vaste vergoeding per patiënt. Dit geldt onder

andere voor medicatiebewaking, overdracht van gegevens, begeleiding en uitleg. Farmaceutische zorg los van de terhandstelling, zoals een medicatiebeoordeling, kan in een variabel deel van de bekostiging worden ingekocht. Als dit op basis van een eenduidig zorginkoopbeleid en voorwaarden vorm krijgt, dan kan er meer tijd en energie in patiëntenzorg en multidisciplinaire afstemming worden gestopt. Dit sluit prima aan bij de geografische marktstructuur van AHOEDEN, gezondheidscentra en lokale samenwerkingsverbanden en daarmee bij segment 2 van de module O&I.

9 Maak eHealth een vast onderdeel van preventie en geïntegreerde, gepersonaliseerde zorg.

Om dit te stimuleren is samenhang met aanbeveling 11 van belang. Door eHealth preventief in te zetten, raken burgers en patiënten eraan gewend dat eHealth onderdeel van hun leven is en wordt (op termijn) de onafhankelijkheid versterkt. eHealth zorgt voor empowerment en eigen verantwoordelijkheid van (een deel van) de patiënten en zal een substituuat zijn voor arbeid.

10 Versterk de eerstelijns GGZ op wijk en regionaal niveau door deze te integreren met andere disciplines en instanties op buurt-niveau (aanbeveling 5).

Laat de basis- en specialistische GGZ consultatie of – indien nodig – kortdurende behandeling leveren, in principe zonder de patiënt over te nemen in een zwaarder circuit. Sluit voor de uitwerking van eerstelijns GGZ aan bij de uitgangspunten van De Nieuwe GGZ (2016). Hierbij is onder meer sprake van wijkgerichte interventieteams. Door verbeterde samenhang in de regio kan beter worden ingespeeld op de problematiek van mensen met verward gedrag.

11 Richt per regio een onafhankelijke stichting op voor het realiseren van een non-concurrentiële ICT-infrastructuur, die alle informatie-uitwisseling in zorg en welzijn ondersteunt.

In het toezicht nemen gekwalificeerde patiënten, vertegenwoordigers van zorgaanbieders en provincie deel. Dit regio-

nale ICT-platform is gebaseerd op open standaarden, zodat nieuwe toepassingen die aan vastgestelde kwaliteitseisen voldoen zonder problemen gekoppeld kunnen worden. Voor regio-overstijgende activiteiten, bijvoorbeeld specialistische jeugdzorg of electieve curatieve zorg, worden koppelingen gerealiseerd. De ICT-infrastructuur wordt door gemeenten en zorgverzekeraars gezamenlijk bekostigd op basis van een afdracht per burger/verzekerde. Door de ICT-budgetten regionaal samen te voegen, kan betere kwaliteit worden gegarandeerd tegen lagere (implementatie)kosten.

12 Laat gemeenten en zorgverzekeraars collectieve preventie regionaal organiseren op basis van een vaste afdracht per burger of verzekerde.

Binnen de huidige bekostiging is preventie nauwelijks haalbaar, omdat de gezondheidswinst vaak in een ander segment behaald wordt. Per regio wordt in afstemming met burgervertegenwoordigers een preventieplan opgesteld en gecontracteerd voor een periode van vijf jaar (parallel aan de contractering van samenhangende zorg per regio). De GGD wordt geherstructureerd en betrokken bij de analyse, maar zij wordt ontheven van alle uitvoerende taken.

13 Werk aan een paradigmashift ten aanzien van ouder en ziek worden in de maatschappij: ouder worden hoort erbij en gaat gepaard met gebreken!

Ouder worden is onderdeel van het leven. Net als ziek zijn. De kunst is er zo goed mogelijk mee om te gaan en ‘beter oud’ te worden en een kwalitatief goed leven te hebben ondanks je ziekte. Door het inzetten van facetbeleid kan hier op alle ministeries aandacht voor worden gevraagd. Binnen het ministerie van VWS kan het beleid worden aangescherpt in samenspraak met het veld en adviesorganen. Hiermee bereidt de samenleving zich ook beter voor op de top van de vergrijzing die rond 2040 wordt verwacht. Landelijk kan een aanpak worden uitgezet, de inkleuring en uitvoering vindt plaats in de regio. Een pragmatische aanpak in samenhang met aanbeveling 4.



12 Tot slot

De analyse en de aanbevelingen in deze discussion paper zijn, net als de zorg die het betreft, complex. Daar waar gesuggereerd wordt dat hiermee alle problemen zijn opgelost, past terughoudendheid. Maar doorgaan op de huidige weg is geen optie. Dat is wachten tot het fout gaat, met als belangrijkste oorzaak de complexiteit. Door enkele regio's voorop te laten gaan in sociale, technische en financiële innovatie, kan geleerd worden en op basis van ervaringen op- en afgeschaald worden. Wanneer hiervoor wet- of regelgeving moet worden aangepast of tijdelijk buiten spel gezet, is het aan de politiek en VWS om hierin regie te nemen.

Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns

Met inbreng en suggesties van:

- Bram Wouterse
- René van het Erve
- Adrienne van Strien
- Anoeska Mosterdijk
- Rien Meijerink
- Margriet van Lingen
- Esther Talboom
- André Louwen
- Mindert Mulder

Voetnoten

- 1 Meer accent op de eerstelijnszorg, Maes en de Wildt, Medisch Contact, september 2006
- 2 Regeerakkoord vertrouwen in de toekomst, oktober 2017
- 3 CBS statline, brede definitie zorguitgaven, december 2017
- 4 OSEO, 2017
- 5 Schut, Varkevisser en van der Geest, Erasmus universiteit, november 2017
- 6 Is er een toekomst voor hoofdlijnenakkoorden? De Eerstelijns, november 2017 – NVZ van Rooy, september 2017
- 7 ZIN-advies inzake coelcalciferol (2017): 1,7 miljoen gebruikers €76 p.p. per jaar
- 8 De introductie van dure technologie in de zorg, CPB policy brief 2017 – Chandra en Skinner beschouwen protonenbehandeling als niet bewezen (zie verder voetnoot 39)
- 9 Van substitutie- naar afspraken monitor; De Eerstelijns, maart 2016
- 10 Dwingende afspraken nodig in hoofdlijnenakkoorden, Zorgvisie, februari 2018
- 11 iBMG Loozen, Varkevisser en Schut, maart 2016
- 12 No place like home revised edition, Gupta, 2017
- 13 Helderheid en eenduidigheid gewenst bij contracteren, Marnix de Romph, De Eerstelijns, februari 2016
- 14 Wetsvoorstel ministerie VWS, 22 december 2017
- 15 Bekostiging van gemeenten, De Eerstelijns, mei 2017
- 16 Samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars, in opdracht van ZN en VNG AEF, juni 2017
- 17 Experiment domeinoverstijgende samenwerking in de gemeente Ede en de gemeente Dongen
- 18 Op weg naar een landelijke welzijnsstandaard, D. Beneken genaamd Kolmer; De Eerstelijns, november 2015
- 19 'Vraag en aanbod van wijkverpleegkundigen 2015-2019', uitgevoerd door Kiwa Carity en CAOP in opdracht van VWS
- 20 Kwaliteitskader verpleeghuiszorg, Zorginstituut Nederland, januari 2017
- 21 Ondersteunend team in de huisartsenpraktijk, LHV – NHG, 2017
- 22 Ziekenhuizen vrezen roof van verpleegkundigen door verpleeghuizen, Trouw, 18 januari 2018
- 23 Spagaat tussen zorg en centen, Maes, Guldmond, de Wildt, De Eerstelijns, februari 2018
- 24 Visiedocument medisch specialist 2025, FMS 2017
- 25 Zorgplicht versus zorgplafond; rechten en plichten van zorgaanbieders, Kien, De Eerstelijns, maart 2018
- 26 Commissie Verwarde personen, VWS, 2016
- 27 GGZ ernstig psychiatrische aandoeningen, Casteleijn, december 2017
- 28 GGZ piept en kraakt onder veranderingen, Grolleman & de Wildt, De Eerstelijns, juni 2016
- 29 Wachtijd intake GGZ bij 45% van de instellingen boven de norm, Mediquest, mei 2017
- 30 De Nieuwe GGZ, Delespaul en Van Os, 2016
- 31 Chaos bij veranderingen in de GGZ, oktober 2013
- 32 Financiering POH-GGZ: koekoeksjong of zangvogel? Anton Maes, zorgstelsel.nl, 2017
- 33 Middel Spinraza te duur voor basispakket, Nieuwsuur, januari 2018
- 34 Brief verkeners extramurale farmaceutische zorg, Robert Reibestein en Alexander Rinnooy Kan, februari 2013
- 35 <https://www.knmp.nl/patientenzorg/geneesmiddelen/geneesmiddelenkortingen>
- 36 Farmaceutisch Zorginkoopbeleid, Zilveren Kruis Achmea, 2018
- 37 Aanvullende diagnostiek op de huisartsenpost, Schols e.a., NTVG, 2015
- 38 British Medical Journal, Chavannes e.a., 2016
- 39 Gezondheidsvaardigheden, niet voor iedereen vanzelfsprekend, NIVEL, Rademaker, september 2014
- 40 De paradox van keuzes, Schwartz, 2004
- 41 Dreigende chaos vanwege verschillende ordeningssystemen, De Eerstelijns, februari 2014
- 42 Het Informatieberaad is een bestuurlijke samenwerking tussen deelnemers uit het zorgveld en VWS.
- 43 Het Regeerakkoord kabinet-Rutte III: vertrouwen in de toekomst, 2017
- 44 Zorgrelatie centraal Raad voor Volksgezondheid en Samenleving oktober 2017
- 45 Ruimte voor onderscheid tussen zorgverzekeraars, NZa, juni 2017
- 46 Kamerbrief met reactie op RVS-advies, 18 januari 2018
- 47 Zorgval is het verschijnsel dat de zorgzwaarte stijgt, maar het aanbod verschaalt en eigen betalingen toenemen door de overgang van de Zvw naar de Wlz.
- 48 Vergrijzing is geen kostenpost, maar juist een reden om de vlag uit te steken, Kim Putters SCP, Financieel Dagblad, 30 januari 2018
- 49 Sociaal en Cultureel Planbureau: 'Zorgen over de zorg: bevindingen in recent onderzoek naar de publieke opinie over de Gezondheidszorg', 2016 en 'Burgerperspectieven 2017/3', 2017
- 50 <https://economie.rabobank.com/publicaties/2018/februari/besteedbaar-inkomen-huishoudens-nederland-staat-vrijwel-stil/>
- 51 Nederland middenmoter qua economische groei, koploper bij uitvoer en hekkensluiter bij consumptie, DNB, januari 2018
- 52 Celsius academie voor betaalbare zorg, april 2018
- 53 Technology Growth and Expenditure Growth in Health Care Journal of economic literature, Chandra en Skinner, 2012
- 54 Wat is een regio? De Eerstelijns, januari 2017
- 55 Lokaal bestuur versterken, De Eerstelijns, november 2014
- 56 Op weg naar een landelijke welzijnsstandaard, Deidre Beneken genaamd Kolmer, De Eerstelijns, november 2015