

Samen werken aan een gezond en waardig leven

Werkgroep Zorg



Colofon

Wiardi Beckman Stichting

Den Haag, november 2012

Vormgeving: Jaap Swart

Inhoud

1 > Goede gezondheid, duurzame zorg	5
1.1 Inleiding	5
1.2 Voorbij de kostenbeheersing: culturele en morele vraagstukken	6
1.3 Vraagstelling in deze nota.....	10
1.4 Sociaal-democratische waarden voor de volksgezondheid en zorg.....	11
1.5 Samengevat: herijking van onze visie	14
2 > Wat moet er beter?	16
2.1 Inleiding	16
2.2 De historie van onze volksgezondheid en zorg.....	16
2.3 Botsende waarden	20
2.4 Onze opgaven in de volksgezondheid.....	22
2.5 Onze opgaven in de zorgverlening.....	24
2.6 Onze opgaven ten aanzien van de inrichting en cultuur van het zorgstelsel	27
2.7 Samenvatting.....	32
3 > Dit kan er beter!	34
3.1 Routekaart naar samen werken aan een gezond en waardig leven	34
3.2 Uitgangspunt: de mens staat centraal	34
3.3 Principe: bijdragen naar draagkracht	36
3.4 Werkwoord: samenwerken.....	39
3.5 Resultaat: gepast gebruik.....	41
3.6 Uitkomst: waardigheid.....	43
3.7 Conclusie: de politieke agenda	45
4 > Bijlagen	49
4.1 Feiten en cijfers over de zorguitgaven.....	49
4.2 Verantwoording door de schrijvers	51
5 > Noten	53



1 > Goede gezondheid, duurzame zorg

1.1 Inleiding

De gemiddelde levensverwachting van de Nederlander is toegenomen: voor mannen ligt die nu op 75 jaar en voor vrouwen op 82 jaar.¹ Gemiddeld leven we ook langer in goede gezondheid. Internationaal staan de kwaliteit, de algemene toegankelijkheid en de betaalbaarheid van onze zorgvoorzieningen hoog aangeschreven. Onze geneeskunde draagt stevig bij aan de vernieuwing van behandelmethoden, medicijnen en technologie.² Vele zorgprofessionals werken hier hard aan, met passie en zorgzaamheid. Zo bezien staan de gezondheid van Nederlanders en de Nederlandse gezondheidszorg er dus goed voor.

Toch werd de verkiezingscampagne van 2012 gedomineerd door zorgen over onze gezondheidszorg, vooral over de sterke kostenstijgingen die onder andere worden veroorzaakt door technologische vooruitgang, de vergrijzing en medicijngebruik.³ In 2013 geeft Nederland naar verwachting 76,6 miljard euro uit aan collectieve zorg, dat is ruim 12% van het Bruto Binnenlands Product.⁴ De zorg is de grootste post op de Rijksbegroting en behelst bijna 30% van de totale collectieve uitgaven. Naast de collectief gefinancierde zorg is er ook nog een grote particuliere zorgconsumptie. In 2011 spendeerden Nederlanders in totaal ruim 90 miljard euro, dat is 14,9% van het BBP, aan collectieve en particuliere zorg.⁵ Alhoewel er verschillende scenario's en verschillende getallen de ronde doen is de trend duidelijk: de uitgaven blijven groeien. Bij ongewijzigd overheidsbeleid gaat in 2040 een modaal inkomen voor bijna de helft op aan collectieve zorgkosten en stijgt in die periode de collectieve lastendruk naar 35% van het bruto inkomen.⁶

Er speelt echter een fundamentele vraag dan puur het geldvraagstuk, namelijk een vraagstuk van meer culturele en morele aard. Een groter gedeelte van het inkomen uitgeven aan zorg kan in principe bijdragen aan een hogere welvaart. Veel Nederlanders geven prioriteit aan een goede gezondheid en goede zorg en zijn bereid daarvoor meer premie te betalen, mits de lasten rechtvaardig worden verdeeld.⁷ Zorgen voor jezelf en elkaar is onderdeel van beschaafd samenleven, zo is de consensus. Zorgzaamheid zit in de samenleving, niet enkel in de organisatie vanuit de staat of de markt. De overheid draagt de grondwettelijke verantwoordelijkheid voor de toegang tot noodzakelijke en



.....

kwalitatief goede zorg, maar zorgprofessionals, burgers en hun sociale omgeving en werkomgeving zijn actief betrokken bij het voorkomen of tegengaan van hulpbehoevendheid, ongelukken of ziekte en leveren een bijdrage aan de samenleving en aan waardige zorgverlening. Dat vinden wij samen werken aan een gezond en waardig leven.

De toegenomen nadruk op de zorg als product waarvoor je kunt kiezen en dat je als verzekerde kunt 'claimen', evenals het eenzijdig uitoefenen van rechten en het oneindige beroep op overheidsmiddelen, lijken dat verantwoordelijkheidsbesef in de samenleving echter weg te drukken. Het dieper liggende culturele vraagstuk is dus wat de zorg ons waard is en welke verantwoordelijkheid we daarvoor individueel en collectief willen en kunnen dragen.

Een sociaal-democratische gezondheidspolitiek die antwoord biedt op dat vraagstuk moet onzes inziens gemeenschapsgericht zijn. Dat betekent: niet redeneren vanuit het dogma van de vrije markt die het wel oplost, maar ook niet hangen aan het dogma dat de overheid voor alles verantwoordelijk is. Er moet een perspectief geboden worden waarin wordt geredeneerd vanuit de hulp en zorg aan mensen die dat nodig hebben, de verantwoordelijkheid die zij en hun omgeving daarvoor kunnen dragen. Een richtinggevende visie op de volksgezondheid en zorg is nodig om dat op een duurzame wijze te realiseren. Dat is een visie die gestoeld is op waarden.

1.2 Voorbij de kostenbeheersing: culturele en morele vraagstukken

Wat ons opvalt is dat het debat over de toekomst van de zorg zich vooral toespitst op de kosten van zorgvoorzieningen. We stelden zojuist al dat deze fors stijgen en in de toekomst een onevenredig deel van de collectieve uitgaven gaan uitmaken. Dat zet de besteding van gelden in andere publieke sectoren onder druk. Moeten wij meegaan in dit debat? Ja, omdat door een ongebreidelde uitgavenstijging de solidariteit gevaar loopt. Zullen in dit scenario immers de hogere inkomens nog voor de lagere inkomens willen betalen en de gezonde burgers nog voor de zieken? Nee, omdat de stijging van kosten slechts een symptoom is en achter deze kostenstijging belangrijke culturele veranderingen en morele vraagstukken schuilgaan. Het debat over

.....

de zorg wordt te veel gedomineerd door de gedachte dat zorg iets is wat we van buitenaf krijgen aangereikt, dat het een te verkrijgen goed is. De laatste decennia zijn daarbij begrippen uit de markteconomie geïntroduceerd: zorg wordt dan opgevat als een transactie tussen vrager en aanbieder, tussen klant en zorgproducent. De zorgvragende burger wordt zo als ontvanger opgevat en de gezondheidszorg als producent en als brenger. De logica van de ontvangende burger die alleen maar hoeft te kiezen en zijn of haar rechten hoeft uit te oefenen en de logica van producerende zorgsector die de rechthebbende burger en/of de kiezende klant zo goed mogelijk moet bedienen, vinden steeds meer ingang in het denken en handelen van burgers en zorgverleners.

Daar komt bij dat de overheids- en instellingsbureaucratie steeds verder zijn uitgebreid om de kostenstijgingen in de hand te houden en om transparantie in kwaliteit en kosten af te dwingen. Talloze registraties en tijdschrijf-instrumenten zijn daardoor het werk van vakkundige zorgprofessionals gaan overheersen. Ze vervreemden zowel zorgprofessionals als patiënten en cliënten van het zorgsysteem. Ze zorgen voor verspilling en zetten burgers en professionals ertoe aan om de mazen van de wet op te zoeken om in die bureaucratie staande te blijven of hun recht te halen. Ze leiden tot een gezondheidszorg waarvan niemand zich eigenaar voelt.

Dit is het culturele en morele klimaat waarbinnen de vergrijzing, de technologische mogelijkheden tot zorgverlening en het toegenomen medicijngebruik op zichzelf al voor toenemende kostenstijgingen zorgen. Met de opmars van de logica van het krijgen, van het eenzijdig uitoefenen van rechten, van het kiezen en kopen dreigt er iets essentieels verloren te gaan. Namelijk het besef dat zorg voor de eigen gezondheid en voor elkaar iets is van alledag en van iedereen. Deze zorg is onderdeel van ieders leven. Ze is onderdeel van samenleven. Compassie met het lot van anderen, onderling hulpbetoon en de zorg voor eigen gezondheid zijn pijlers van een beschaafde samenleving. In onze ogen kan die zorgzaamheid niet geheel worden weggeorganiseerd richting staat of markt, maar draagt eenieder hiervoor verantwoordelijkheid. Niet alleen de vraag hoe het beste uit jezelf te halen om tot maximale zelfontplooiing te komen zou aan de orde moeten zijn. De vraag hoe je iets voor een ander kunt betekenen is even zo belangrijk.

.....

.....

Bij sociaal-democraten is er naast het belang van de zorgzaamheid van alledag een andere leidende gedachte: een waardig bestaan voor iedereen. Voor zowel degene die zorg nodig heeft als voor degene die de zorg verleent. Voor iedereen moet zo'n bestaan binnen bereik zijn, dus onafhankelijk van inkomen, vermogen of afkomst. Wij zien dit als een verantwoordelijkheid van de gemeenschap én de overheid die hierop in laatste instantie aanspreekbaar is. Wederzijdse afhankelijkheid is kenmerkend voor samenleven, dus als de mogelijkheden van het individu om welke reden dan ook tekortschieten, dient er ondersteuning te zijn vanuit de samenleving en vanuit de zorgsector om samen met de burger en de gemeenschap waarin hij leeft zorg te dragen voor de kwaliteit van leven. Samenwerken is dus niet ieder voor zich en een beetje samen. Samen werken we aan een waardig bestaan. Burgers, gemeenschappen en professionals zijn daarbij actief betrokken, leveren allen een bijdrage naar vermogen. Wij kiezen voor een gemeenschapspectief waarin samenwerken aan zorg centraal staat. De logica van het samenwerken is een andere dan de logica van het verkrijgen.

Pleiten we daarom voor het terugleggen van de verantwoordelijkheid bij de burgers en het reduceren van de collectieve verantwoordelijkheid? In het debat over dit onderwerp schemert vaak door dat collectieve verantwoordelijkheid en collectieve arrangementen tot het hoogst noodzakelijke moeten worden beperkt. Enerzijds omdat in financieel opzicht er geen andere weg te bewandelen zou zijn, anderzijds omdat het in moreel opzicht verwerpelijk zou zijn als burgers zich wentelen in afhankelijkheid van de staat. In ons denken bestaat er echter geen kloof tussen individuele en collectieve verantwoordelijkheid. Kenmerkend voor ons denken is dat zij in het verlengde van elkaar liggen, elkaar versterken. Ons te bereiken doel is een zorgzame samenleving en een waardig bestaan voor iedereen. Daarvoor is het nodig dat eigen initiatief van burgers wordt aangevuld en ondersteund door collectieve arrangementen, daar waar draagkracht en/of deskundigheid tekortschieten. Immers zonder eigen verantwoordelijkheid, zonder eigen inzet van iedere burger, zonder het onderling hulpbetoon vanuit de gemeenschap, kan er geen solidair systeem van gezamenlijke verantwoordelijkheid in stand worden gehouden. En andersom: zonder collectieve verantwoordelijkheid dreigt voor velen een onwaardig bestaan.

.....

.....

Een waardig bestaan en een zorgzame samenleving vragen dus om eigen initiatief maar tegelijkertijd ook om collectieve actie. Zij zijn een zaak van onderlinge lotsverbondenheid, waar ieder zijn of haar rol heeft te spelen. Zij vragen om nadenken over onze levensloop, om het combineren van werk, onderwijs, ontplooiing, plezier en zorg. Ook hier weer is de inzet van ieder van ons vereist, echter tegelijkertijd zijn er ook collectieve arrangementen noodzakelijk omdat niet ieder individu, alleen, een goed evenwicht tussen deze levensdomeinen kan bereiken. Bovendien is er ook complexe (veelal duurder) zorg nodig.

Een waardig bestaan en een zorgzame samenleving vragen om nadenken over de rol van de gemeenschap in ons leven. Is het ons sociaal-democratische streven om burgers als vrij bewegende elementen, onafhankelijk van elkaar, hun leven te laten leiden? Of erkennen we dat binding aan een gemeenschap de onderlinge afhankelijkheid en lotsverbondenheid van mensen belichaamt? En hoe zorgen we er dan voor dat deze gemeenschappen optimaal kunnen functioneren? Een waardig bestaan en een zorgzame samenleving vragen ook om bezinning op de bijdrage van professionele hulpverleners. Wat draagt wezenlijk hieraan bij, wat te doen en wat te laten?

Het gaat dus niet alleen om de vraag hoe hoog de kosten mogen zijn van de zorg of hoe de zorg dan wel niet georganiseerd moet worden. Het begint allemaal bij de vraag hoe we willen leven, wat een goed leven is en hoe we voor elkaar willen zorgen. Dat gaat over het voorkomen of tegengaan van ongezondheid, hulpbehoevendheid, ziekte of ongelukken. Het gaat dus ook over het bevorderen van meedoen en van kwaliteit van leven. Wat verwachten we daarbij van elkaar, van collectieve arrangementen en van professionals? In deze nota stellen wij deze morele vragen voorafgaand aan de organisatorische en financiële kwesties. Zonder morele ankerpunten, zonder antwoord op de vraag wat een goed leven is, zonder helder inzicht in wat van waarde is, strandt het debat over de zorg en de geneeskunde in een eenzijdig vertoog over geld en organisatie. En zo'n vertoog brengt ons ideaal van een zorgzame samenleving en een waardig bestaan voor iedereen geen stap naderbij.

.....

1.3 Vraagstelling in deze nota

Wat zijn de vragen waarop wij antwoord moeten bieden? Deze worden hieronder kort toegelicht. In hoofdstuk 2 volgt een nadere uitwerking.

1. Allereerst zijn er vragen die vallen onder het thema van de volksgezondheid. Met ‘volksgezondheid’ doelen wij zowel op de gemiddelde gezondheid van de Nederlandse bevolking als de individuele gezondheid van iedere Nederlander. Wat verstaan wij onder gezondheid? Wat is het niveau van gezondheid waarnaar wij streven? Welke verdeling van kansen op een goede gezondheid staan wij voor? Hoe willen wij ongezondheid voorkomen, achterstanden en sociaaleconomische gezondheidsverschillen bestrijden?

2. In de tweede plaats stellen we vragen die passen bij het thema zorgverlening. Zorgverlening is de wijze waarop de zorg door zowel de beroepsgroepen in de gezondheidszorg (de ‘zorgprofessionals’) als door vrijwilligers en mantelzorgers wordt verleend. Welke waarde hechten wij aan het ‘zorgen’ voor elkaar en aan zorg in onze samenleving? Welke rol zouden professionele zorgverleners moeten en kunnen spelen in relatie tot hun patiënten? Hoe zorgen wij voor kwalitatief goede arbeid en hoe creëren wij evenwicht tussen de belangen van zorgverleners en de belangen van patiënten?

3. Achter het thema van de inrichting en cultuur van het zorgstelsel gaat – ten derde – een brede variëteit aan vraagstukken schuil. Variërend van abstract filosofische tot institutionele of zeer financieel-technische. In dit rapport behandelen wij de meest essentiële. Denk aan: het achterliggende mensbeeld en het eigenaarschap van de zorg (consument, patiënt of gewoon burger?). Denk ook aan de consequenties van marktwerking en de rol van de overheid, de houdbaarheid van en solidariteit in de zorg. Dat gaat over de organisatie, het bestuur en de financiering van de zorg. Deze zijn gebaseerd op wetten, regels en instituties, maar ook op de moraal die in de zorgsector heerst. Centrale vraag: welk systeem van de zorg draagt bij aan een eerlijke kans op gezondheid voor iedereen en een gelijke kans op goede zorg als dat nodig is?

.....

Deze nota beantwoordt deze vraagstukken met een op waarden gebaseerde visie op gezond en waardig leven. Daarom definiëren we nu eerst onze sociaal-democratische waarden met betrekking tot de volksgezondheid en zorg.

1.4 Sociaal-democratische waarden voor de volksgezondheid en zorg

Een gezond en waardig leven is een belangrijke drager van sociaal-democratische doelstellingen als bestaanszekerheid, individuele ontplooiing en meedoen in de samenleving. Het onvervreembare recht op zorg is in (inter)nationale wetten en verdragen verankerd. Om dat recht waar te kunnen maken is het belangrijk nader te expliciteren wat we vandaag de dag onder onze waarden in de volksgezondheid en zorg verstaan.

Hieronder staan de zes waarden die de grondslag vormen voor ons perspectief op de volksgezondheid en zorg⁸.

Waarde 1. Iedereen een eerlijke kans op een gezond en waardig leven

Een goede gezondheid begint bij een gezond leven. Niemand heeft de individuele gezondheid geheel in de hand. Er zijn verschillen in gezondheid die een genetische achtergrond hebben. Ook kan men domweg door onbekende oorzaak getroffen worden door een ziekte. Dat maakt het onmogelijk om te pleiten voor gelijke gezondheid voor iedereen.

Gezondheidsverschillen vanwege inkomen, informatieachterstand en maatschappelijke positie zijn echter onaanvaardbaar. Uitsluiting van groepen mensen – als zij leven in een isolement en het gevoel hebben er niet toe te doen – leiden tot een achteruitgang van de volksgezondheid. De geneeskunde en de gezondheidszorg moeten dienstbaar zijn aan de reële behoeften van patiënten. Dit leidt niet altijd tot meer zorg. Het leidt wel tot het voorkomen van ongezondheid en het bevorderen van werken en meedoen.

Waarde 2. Goede zorg: zowel ieders inzet als gezamenlijke verantwoordelijkheid is vereist

Iedere burger heeft de verantwoordelijkheid om naar vermogen voor zichzelf te zorgen en om zorg te verlenen aan anderen. Deze verantwoordelijkheid

.....

.....

heeft een sociale en morele dimensie, bijvoorbeeld in het elkaar aanspreken op een gezonde leefstijl en het verlenen van mantelzorg. Zij heeft ook een financiële kant in termen van het kostenbewust omgaan met zorguitgaven. De verhouding tussen individuele en collectieve verantwoordelijkheden kan men vanuit de volgende gezichtspunten bekijken:

- > De sociale dimensie van verantwoordelijkheid vraagt van burgers en patiënten dat zij voor zichzelf en elkaar zorgen. Zorgzaamheid voor familie, vrienden en buurtgenoten. Van de andere kant moeten burgers en patiënten zich gesteund weten door de mogelijkheden die het zorgstelsel, als collectief arrangement, biedt.
- > De levensstijl dimensie van verantwoordelijkheid, vervolgens, vraagt burgers en patiënten om op hun eigen gedrag te letten. Een gezonde levensstijl met gematigd gebruik van alcohol, niet te veel vet en zonder gebruik van tabak, maar mét voldoende beweging.
- > De financiële dimensie van verantwoordelijkheid richt zich via premiebetaling en eigen betalingen op wat mensen zelf kunnen bijdragen en op een gepast gebruik van zorg. De principes van draagkracht zijn daarbij voor ons leidend. Collectief zorgen we voor mensen die individueel onvoldoende financiële middelen hebben om noodzakelijke zorg te betalen.

Waarde 3. Solidaire zorg vraagt om een rechtvaardige verdeling

Zorg is een schaars goed, zeker in financieel-economisch moeilijke tijden en bij sterk stijgende zorguitgaven. Dat brengt risico's met zich mee voor de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. Wij gaan daarom uit van een rechtvaardige verdeling van die schaarste. Het komt nog te vaak (en steeds vaker) voor dat te zware lasten bij de minst draagkrachtigen terechtkomen. Juist zij staan er in termen van gezondheid meestal niet al te best voor. Voor ons is algemene toegankelijkheid voor iedereen de niet-onderhandelbare norm. Toegang tot zorg dient bepaald te worden op grond van ieders behoefte.

Het mag niet zo zijn dat een gebrek aan assertiviteit of communicatieve vaardigheden, een minder adequaat netwerk, te weinig kennis van de zorg en geneeskunde en/of beperkte eigen financiële mogelijkheden ertoe leiden dat noodzakelijke zorg niet beschikbaar of toegankelijk is. De toegang tot de zorg moet bepaald worden op grond van ieders behoefte. Een voorwaarde hiervoor

.....

.....

is een rechtvaardige verdeling van de lasten op basis van het draagkrachtprincipe. Dit leidt immers tot een duurzame solidariteit tussen inkomensgroepen en tussen zieken en gezonden.

Waarde 4. Goede kwaliteit vraagt om het tegengaan van verspilling en onkunde

Iedereen moet de beste reële zorg kunnen krijgen. Dat is zorg van goede kwaliteit, maar ook doelmatige zorg. De gezondheidszorg is geen arrangement tegen ongemakken of producent van gemaksdiensten. Sober omgaan met middelen is de norm. Verspilling van geld en menskracht moeten daarom krachtig worden bestreden.

Doelmatigheid is dus onmisbaar voor duurzame solidariteit. Dat betekent ook dat er scherpe keuzes nodig zijn ten aanzien van de vraag wat collectief wordt gefinancierd en wat tot de eigen verantwoordelijkheid van burgers behoort. Kostenbeheersing is voor ons ook geen doel op zich. De zorg is voor ons allemaal van grote waarde en dat mag wat kosten. Uiteindelijk gaat het om politieke en culturele keuzen: welke waarde kennen we toe aan onze gezondheidszorg en welke waarde aan private consumptie? De zorg is sociaal-democraten iets waard, omdat het een onlosmakelijk onderdeel is van de kwaliteit van het bestaan. De zekerheid dat er doelmatig met middelen wordt omgegaan, is dan cruciaal.

Waarde 5. Eigenaarschap: de zorg is van de burger

De zorg is van de burger. Dit uitgangspunt is het richtinggevende perspectief van deze notitie. Dit uitgangspunt is betekenisvoller dan op het eerste gezicht misschien lijkt. Het leidt uiteindelijk tot een ingrijpende wijziging van de onderlinge verhoudingen in de zorg. De primaire invloed van de burger als met de voeten stemmende consument is veel te beperkt. Niet in de laatste plaats omdat keuzemogelijkheden oneerlijk zijn verdeeld en niet iedereen over voldoende adequate informatie beschikt. Het zorgsysteem is er voor de patiënt. Als het gaat om de collectief gefinancierde zorgverlening moet zowel burger als patiënt democratische inspraak (voice) en keuzemogelijkheid (exit) hebben. De individuele keuzemogelijkheid is geen doel op zichzelf maar een instrument om tot een goede zorgrelatie te komen of een slechte te kunnen beëindigen. Zorg

.....

.....

is geen ‘(koop)waar’ maar een relatie die van ‘waarde’ is en waar de patiënt invloed op moet kunnen uitoefenen en zeggenschap over heeft.

Waarde 6. Zorgverlening is waardevolle arbeid gericht op menswaardigheid
Zorg is relationeel. Open communicatie, inlevingsvermogen en respect voor elkaar zijn onmisbaar voor een menswaardige zorgverlening. Zorg is veel meer dan het verrichten van een handeling. Zorg is waardevolle arbeid gericht op de menswaardigheid van de patiënt en van de zorgverlener. Goede zorgverlening is het resultaat van een proces van wikken en wegen, van goed samenspel van beide partijen, waarin een gezamenlijk besluit over een volgende stap wordt genomen. Het verlenen van zorg is een dienst waarin die kwaliteit telkens opnieuw moet worden gerealiseerd.

Kwaliteit van zorg die wordt uitgedrukt in standaard maten en getallen, die per aandoening voor iedereen gelijk zijn, doet de dagelijkse werkelijkheid in de zorg geweld aan. In die zin is zorg persoonlijk. Financiën, regels en richtlijnen mogen daarom niet eenzijdig gericht zijn op uniforme, meetbare en afgrensbare zorgresultaten. Het bieden van ruimte aan de persoonlijke en relationele kanten van het hulpverleningsproces noemen wij zorgzaamheid. Zorgzaamheid is een voorwaarde voor het realiseren van menswaardigheid. Het verlenen van zorg is daarmee een activiteit die van de zorgverlener veel eist in termen van kennis, technische en communicatieve vaardigheden, inlevingsvermogen, compassie en inzet. Zorg is waardevolle arbeid, die ons respect verdient en de daarbij passende arbeidsvoorwaarden.

1.5 **Samengevat: herijking van onze visie**

In dit eerste hoofdstuk hebben wij geschetst welke urgente opgaven en dilemma's voor de gezondheidszorg op ons afkomen en vanuit welke kernwaarden wij deze opgaven willen beantwoorden. De essentie is dat deze opgaven niet enkel, zoals te vaak wordt gesuggereerd, van financiële aard zijn, maar dat deze ook een culturele en morele dimensie hebben.

De opgaven die zich voor ons ontvouwen hebben wij daarom gecategoriseerd onder drie centrale vraagstukken die de kapstok voor deze nota vormen:

.....

-
- 1) het vraagstuk van de volksgezondheid met subvragen als sociaaleconomische gezondheidsverschillen en de definitie van het begrip gezondheid;
 - 2) het vraagstuk van de zorgverlening, over de maatschappelijke waarde van zorgverlening en de kwaliteit van de arbeid;
 - 3) het vraagstuk van de cultuur en inrichting van de zorg: over het mensbeeld, de institutionele vormgeving en de financiering.

De zes sociaal-democratische kernwaarden die volgens ons richtinggevend zijn voor het debat over en de vormgeving van de gezondheidszorg beslaan het tweede deel van dit hoofdstuk. Deze waarden zijn:

- 1) Iedereen een eerlijke kans op een gezond en waardig leven.
- 2) Goede zorg vraagt ieders inzet en verantwoordelijkheid.
- 3) Solidariteit en een rechtvaardige verdeling.
- 4) Kwalitatief goede zorg door het tegengaan van verspilling en onkunde.
- 5) De burger als eigenaar van de zorg.
- 6) Zorgverlening is waardevolle arbeid gericht op menswaardigheid.

Er is een sociaal-democratische visie op gezond en waardig samenleven nodig die is gebaseerd op de hierboven geformuleerde waarden. De Werkgroep Zorg van de Wiardi Beckman Stichting stelt zich de vraag waar deze waarden onder druk staan en wat ons in dat licht te doen staat. Daarover gaan hoofdstuk 2 en 3.

2 > Wat moet er beter?

2.1 Inleiding

In het eerste hoofdstuk van dit rapport zijn de zes kernwaarden omschreven die wij beschouwen als maatstaven voor gezond en waardig samenleven. Oftewel: ‘de sociaal-democratische meetlat’. Deze kernwaarden zijn nog lang niet gerealiseerd en dat stelt de sociaal-democratie voor wezenlijke opgaven. Daarbij constateerden wij al dat er sprake is van een cultureel en normatief vraagstuk in de zorg: wat is de zorg ons waard en hoe kijken we naar zorg in de samenleving?

Dit tweede hoofdstuk borduurt daarop voort. Doel is nu te komen tot een scherpe probleemanalyse en een concreet beeld van wat er anders moet en kan. Om dat te kunnen doen gaan we eerst een stapje terug de geschiedenis in. Wie vooruit wil komen moet weten waar hij vandaan komt.

2.2 De historie van onze volksgezondheid en zorg

De zorg voor een goede gezondheid en zorg kennen een lange geschiedenis. In Nederland diende de noodzaak van het nemen van publieke verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid zich in de 19^e eeuw steeds nadrukkelijker aan. Het betrof het bestrijden van epidemieën, het verbeteren van publieke voorzieningen zoals riolering en het tegengaan van ondervoeding. De rol van de overheid heeft zich lange tijd tot deze basale zorg voor de volksgezondheid beperkt. Toch was er een forse stijging van de levensverwachting en werd er veel gezondheidswinst geboekt.⁹

Oorsprong ligt in particulier initiatief

In het verzuilde Nederland van de 20^{ste} eeuw werden echter steeds meer voorzieningen opgericht op het terrein van de gezondheidszorg, in en via stichtingen en verenigingen vanuit een levensbeschouwelijke identiteit en maatschappijvisie. We kennen vandaag de dag nog steeds de protestants-christelijke en katholieke verpleeg- en verzorgingshuizen of ziekenhuizen. Dit maatschappelijke initiatief, voortgekomen uit de zuilen, is van grote betekenis gebleken bij de verbetering van de volksgezondheid. Na de Tweede Wereldoorlog werd de zorg steeds meer collectief georganiseerd. Er kwam wetgeving die de overheid een publieke verantwoordelijkheid toekende voor goede kwaliteit,



.....

betaalbaarheid en de doelmatige besteding van middelen.¹⁰ De Nederlandse samenleving is zich toch blijven kenmerken door het particulier opzetten en verlenen van zorg. Dit is anno 2012 zichtbaar in initiatieven zoals de Thomashuizen, Buurtzorg en particuliere initiatieven in de ouderenzorg.

Overheidsbemoeienis vanwege het recht op gezondheid

In vele internationale mensenrechtenverklaringen wordt het recht op gezondheid vermeld. Iedereen heeft een gelijk en onvervreemdbaar recht op toegang tot noodzakelijke gezondheidszorg. Het kernbegrip is menselijke waardigheid. Het recht op gezondheid schept, net als de overige sociale grondrechten, specifieke verplichtingen voor de overheid. De waarde van sociale grondrechten mag niet te gemakkelijk worden gerelativeerd of onderschat. Sociale grondrechten zijn onmisbaar voor het waarmaken van onze idealen. De verantwoordelijkheid van de overheid voor de publieke belangen van goede kwaliteit, betaalbaarheid en een doelmatige besteding van middelen is in Nederland vastgelegd in de grondwet.¹¹ Een deel van deze verantwoordelijkheid is gedecentraliseerd naar lagere overheden of private partijen.

In de afgelopen eeuw hebben meerdere kabinetten geprobeerd een antwoord te vinden op de stijgende zorgvraag enerzijds en behoud van toegankelijke, goede en doelmatige zorg voor iedereen anderzijds. In de jaren zeventig trachtte de regering dit te bereiken door een uitbreiding van de overheidsplanning op basis van de Structuurnota van Hendriks.¹² Dit systeem stuitte echter op problemen bij de implementatie. De zorgregio's zijn nooit echt van de grond gekomen. In de daarop volgende periode werd gezocht naar mogelijkheden voor flexibilisering en meer ruimte voor het inspelen op de hulpvraag van patiënten, onder andere naar aanleiding van rapporten van Dekker, Simons en Borst.¹³ Maar pogingen in de jaren tachtig en negentig om tot meer marktwerking te komen strandden. De angst voor een verlies aan solidariteit, voor stijgende prijzen en een oneerlijke toegang tot zorg weerhield de politiek daarvan. In 2006 realiseerde minister Hoogervorst uiteindelijk een hervorming van het curatieve zorgstelsel met de invoering van de Zorgverzekeringswet, waarmee alsnog gereguleerde marktwerking werd ingevoerd. Dit behelsde een hervorming waarbij stapsgewijs vrije prijsvorming tussen met elkaar concurrerende zorgaanbieders en zorgverzekeraars werd geïntro-

.....

.....

duceerd, maar waarbij verzekeraars een acceptatieplicht ten aanzien van alle verzekerden hebben.¹⁴

Drie wettelijke regimes van publieke en private betrokkenheid en verantwoordelijkheid

Ons hedendaagse zorgstelsel wordt gekenmerkt door drie verschillende regimes. Sinds 1967 kennen we de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), waar momenteel 27,3 miljard euro in omgaat. Sinds 2006 bestaat de Zorgverzekeringswet (Zvw), waar 41,0 miljard euro in omgaat en sinds 2007 is er de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), met 1,5 miljard euro. Deze regimes regelen respectievelijk: de zogenoemde onverzekerbare risico's of ziekten (zoals de vroege en meervoudige handicaps en dementie), het basispakket en de aanvullende zorg, en ten slotte de lokale zorg, hulpverlening en participatie (het meedoen). In principe worden de Zvw en de AWBZ gefinancierd uit premies en de gemeentelijke Wmo uit belastinggeld via het Gemeentefonds. Echter, aangezien de premieheffing onvoldoende is om de twee landelijke stelsels volledig te bekostigen wordt ongeveer 20% van de uitgaven uit de algemene middelen gefinancierd.¹⁵ Verderop in deze nota bespreken we de stijging van het aantal eigen betalingen en het eigen risico. Een andere omvangrijke zorgpost op de Rijksbegroting is de uitbetaling van de zorgtoeslag (in elk geval tot 2014) aan lagere inkomens, van ongeveer 4 miljard euro.¹⁶ Deze moet ervoor zorgen dat het draagkrachtprincipe blijft gelden, zodat de zorg voor iedereen toegankelijk blijft. Het bestaan van drie systemen zorgt voor de nodige afstemmingsproblemen. In dit hoofdstuk belichten we die problemen, naast het vraagstuk van de duurzame solidariteit en betaalbaarheid.

Zorgverzekeringswet

De Zvw heeft globaal gezien twee doelstellingen: ten eerste het voorzien in de juiste financiële prikkels voor gepast gebruik voor en door alle betrokkenen en ten tweede een betere prijs/kwaliteitverhouding door een systeem van gereguleerde concurrentie.

Hoewel de PvdA-fractie op onderdelen principiële bezwaren tegen de Zvw had en heeft, kende de wet ook voor sociaal-democraten enkele belangrijke

.....

.....

verbeteringen. De belangrijkste was een gelijkwaardige basisverzekering voor iedereen, waardoor nu alle Nederlanders verzekerd zijn van noodzakelijke zorg, ongeacht inkomen, macht of kennis. Dat was een overwinning: geen onderscheid meer tussen Ziekenfondsen en particuliere verzekeringen. Hoe groot die overwinning was begrijpt iedereen die zich herinnert hoe de zorg voor Ziekenfondsverzekerden soms als 2e klasse zorg werd beschouwd.

Tijdens het wetgevingsproces pleitte de PvdA tevergeefs voor een systeem waarin zorgaanbieders de competitie met elkaar aangaan op kwaliteit, waarbij de patiënt de beste zorg krijgt.¹⁷ Dat impliceerde een systeem met publieke randvoorwaarden, zoals de acceptatieplicht voor zorgverzekeraars, een verbod op premiedifferentiatie voor de basisverzekering en een zorgplicht voor zorginstellingen, verzekeraars en gemeenten. Met een publiekrechtelijke regeling wilden wij een verschraling van zorg voorkomen.¹⁸ Het toenmalige kabinet koos in 2006 voor een privaatrechtelijk systeem met verdere prikkels richting marktwerking dat ‘gereguleerde marktwerking’ is gaan heten.¹⁹

Wet maatschappelijke ondersteuning

In de care en in het welzijn legde oud PvdA-staatssecretaris Margot Vliegert in de jaren negentig van de vorige eeuw al de basis voor wat we nu de Wet maatschappelijke ondersteuning noemen. De Wmo werd uiteindelijk ingevoerd toen in 2007 de uitvoering van de huishoudelijke hulp van de landelijke AWBZ naar de gemeenten werd overgeheveld. De Wmo redeneert vanuit de eigen verantwoordelijkheid van burgers voor meedoen in de samenleving. Als dat met een gebrek of ziekte moet gebeuren zal in eerste aanleg een beroep op de sociale omgeving gedaan moeten worden en in laatste instantie op professionele hulp die wordt aangeboden door het zogenoemde Wmo-loket van de gemeente. Deze beweging van de ‘verzorgingsstaat naar de verzorgingsstad’ is door sociaal-democraten altijd omarmd. Zorg nabij, in de buurt en in de wijk met veel aandacht voor preventie en een integrale aanpak van gezondheidsverschillen.

In de Wmo kreeg de gemeente daarvoor een zorgplicht, die in de plaats van het recht op zorg van burgers is gekomen. Volgens het zogenaamde compensatiebeginsel zijn gemeenten verplicht om hun burgers voor beperkingen in het meedoen aan de samenleving te compenseren, waar zij dat zelf niet kun-

.....

.....

nen oplossen. Dat schept dus verplichtingen voor de gemeente. Meedoen in de samenleving bevordert je door (passend) onderwijs, zorg, kansen op de arbeidsmarkt, en door afstemming van welzijn en wonen op de daadwerkelijke behoeften van burgers. Het leidt niet automatisch tot een recht op een aantal uren thuiszorg of een scootmobiel.

Om te voorkomen dat er via het instrument van aanbesteding te veel op lage prijzen en arbeid geconcurrereerd zou worden, hetgeen wel gebeurt en gebeurde en voor veel onrust zorgde bij werknemers en burgers, introduceerde PvdA-staatssecretaris Jet Bussemaker het sociaal verantwoord aanbesteden. Dat zet in op de behoeften van burgers in de wijk, thuis of op het werk. De dienstverlening moet passend en van kwaliteit zijn. Dat vraagt van aanbieders veel meer samenwerking. Inmiddels is er ook wetgeving aangenomen die stelt dat gemeenten daarbij basistarieven moeten hanteren. Gemeenten worstelen ermee dat ze deze kanteling moeten maken terwijl ze slechts over beperkte middelen beschikken en moeten bezuinigen. Dat stelt ons ook de komende tijd, zeker met nieuwe overhevelingen vanuit de AWBZ naar de Wmo, voor belangrijke vragen.

2.3 Botsende waarden

Verankering van waarden in ons zorgstelsel

De basisverzekering, als onderdeel van de Zvw, bracht de in hoofdstuk 1 geformuleerde waarden, zoals een eerlijke kans op gezondheid en solidaire zorg waaraan naar draagkracht wordt bijgedragen, in potentie een stap dichterbij. Het wegvallen van het onderscheid tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden leidde namelijk tot een meer rechtvaardige, goede en toegankelijke zorg voor iedereen. Zonder onderscheid. Met de introductie van de Wet maatschappelijke ondersteuning in 2007 werden bovendien de zorg en het welzijn in de wijk een lokale verantwoordelijkheid. De burger en zijn hulpvraag staan meer centraal, maar burgers worden ook aangesproken op hun verantwoordelijkheden bij het zorgen voor elkaar. Dit zou moeten leiden tot meer binding en gemeenschapszin, evenals tot preventie van dure zorg en van een ongezonde leefstijl. Stuk voor stuk belangrijk voor het realiseren van de door ons geformuleerde waarden in hoofdstuk 1.

.....

.....

Realisatie van waarden onder druk door stijgende vraag en zorgkosten

De realiteit sinds die jaren is er echter een van sterk stijgende zorgkosten, die onder meer worden veroorzaakt door relatief autonome ontwikkelingen zoals demografische factoren, technologische ontwikkelingen en het stijgende inkomen. Het CPB stelt dat sinds 2001, toen de strakke budgettering werd losgelaten en het boter-bij-de-vis beleid zijn intrede deed, de zorguitgaven jaarlijks veel sneller groeiden dan in de decennia daarvoor. In de periode 2001-2010 stegen de zorguitgaven met 6,7% per jaar, tegenover 5,0% in de twee decennia daarvoor, terwijl onze jaarlijkse economische groei lager wordt. Vreemd is dat de stijgende prijzen, betere kwaliteit van zorg, demografische ontwikkelingen en de groeiende inkomens, slechts driekwart van de groei verklaren. De rekenmeesters van het CPB kunnen 25% van de jaarlijkse groei van de zorguitgaven niet verklaren.²⁰ Dit alles leidt tot een voortdurende druk op de kosten en een breed gevoelde noodzaak tot kostenbeheersing. Deze sterke groei van de zorguitgaven kan immers de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg sterk onder druk zetten.

Achterliggend probleem is van culturele aard

De groeiende sociaaleconomische gezondheidsverschillen, een gebrek aan integrale hulpverlening en de steeds meer dominante moraal van het eigenbelang versterken de stijgende zorgkosten, ofwel zijn er mede de oorzaak van. Juist omdat belangrijke oorzaken voor de kostenstijgingen stelselresistent zijn, zoals de vergrijzing en de toegenomen technologische mogelijkheden, komt de vraag steeds prangender naar voren wat de zorg ons waard is en welke plaats 'zorgen' in ons maatschappijbeeld behoort te hebben. Wij zien de noodzaak van een antwoord op het kostenvraagstuk, maar dat is niet te formuleren zonder een antwoord op de meer fundamentele vraag of we passend omgaan met onze volksgezondheid, of we werken aan waardige zorgverlening en of we in ons zorgstelsel de juiste moraal centraal stellen.

We kiezen voor het vervolg van dit hoofdstuk daarom de indeling in opgaven die we ook in hoofdstuk 1 al hanteerden: de volksgezondheid, de zorgverlening en de cultuur en inrichting van ons zorgstelsel.

.....

2.4 Onze opgaven in de volksgezondheid

Sociaaleconomische gezondheidsverschillen groeien

De Nederlandse volksgezondheid staat er relatief goed voor, maar staat ook onder druk van een aantal maatschappelijke, sociale en economische trends. De gemiddelde levensverwachting neemt weliswaar toe, maar dat geldt ook voor de verschillen in levensverwachting tussen mensen met hogere en lagere inkomens. Mensen met een hoger inkomen leven tot tien jaar langer. Ze hebben veelal een hogere opleiding, een betere arbeidsmarktpositie en een gezondere levensstijl.²¹ Als het gaat om het leven in ongezondheid en het beroep dat op de zorg gedaan moet worden dan lopen de verschillen tussen hogere en lagere inkomensgroepen zelfs op tot zo'n 20 jaar in gezonde levensverwachting. Deze ongelijkheid wordt onvoldoende aangepakt met maatregelen die ingrijpen in de oorzaken van de gezondheidsverschillen: verschillen in arbeidsomstandigheden, opleidingsniveau en woonomstandigheden. Voor mensen die al bij geboorte in een achterstandspositie zitten, bijvoorbeeld door een gebrek of lager IQ, wordt de achterstand tijdens het leven daardoor alleen maar groter. De kwaliteit van het bestaan zou centraal moeten staan. Het zo lang mogelijk goed meedoen in de samenleving, gegeven ieders mogelijkheden, kunnen we niet propageren als hoogste prioriteit als onze inspanningen daar onvoldoende op gericht zijn.

Een groot probleem zit in de bekostiging van de zorg. Deze is te veel gericht op het verlenen van zorg, terwijl het moet gaan om de resultaten ervan: betere kwaliteit van leven, zelfredzaamheid, arbeidsdeelname en maatschappelijke participatie. Dat begint bij het erkennen van de positie van mensen in een kwetsbare positie en met een gezondheidsachterstand, evenals de politieke wil om daar iets aan te doen. Een belangrijke verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij lokale partijen.

De gemeente heeft een wettelijke plicht tot het compenseren voor achterstanden of gebreken via de Wmo. Dit veronderstelt een lokale politieke visie op zorg, die ook mag verschillen van andere gemeenten omdat de bevolkings-samenstelling van gemeente tot gemeente anders is. De relatief nieuwe Wmo spreekt mensen eerst aan op hun eigen verantwoordelijkheid voor hun leef-

.....

stijl, het organiseren van ondersteuning en mantelzorg. Onderzoek naar de uitvoering van de Wmo wijst echter uit dat gemeenten weliswaar hun nieuwe taken hebben opgepakt, maar dat de nieuwe manier van kijken naar wat burgers aan zorg of ondersteuning nodig hebben nog niet overal tussen de oren zit en de wijze waarop we voorzieningen bekostigen sterk verkokerd is. De voorzieningen sluiten daardoor niet altijd aan op wat mensen nodig hebben.²²

Mede door krappe budgetten, ongemak met aanbestedingsprocedures en de onzekerheid over de stijgende vraag die bediend moet worden, blijkt het niet eenvoudig om lokaal die brede aanpak van gezondheidsverschillen en beperkingen van mensen te realiseren. Dat is zeker nodig voor ouderen die vaak meerdere aandoeningen of beperkingen tegelijk hebben en die zonder te vereenzamen langer thuis willen blijven wonen of in zo goed mogelijke gezondheid willen blijven werken. De gedachte was dat gemeenten de nieuwe werkwijze het best en snelst kunnen realiseren, omdat zij dicht bij burgers en hun problemen staan. Gemeenten hebben de plicht om burgers voor hun beperkingen te compenseren, maar zien zich met de Wmo ook geconfronteerd met een openeinderegeling. Dat is dus alleen houdbaar als voorzieningen echt aansluiten op wat mensen nodig hebben en als daartoe op een effectieve wijze wordt samengewerkt met onder meer werkgevers, woningcorporaties, scholen en sportorganisaties. Dat schiet nog tekort.

Het gaat te weinig om kwaliteit van leven en te veel over zorg en medicalisering

Het bestaande zorgsysteem is primair gericht op ‘mensen beter maken en verzorgen’. De vraag wat dat ‘beter’ nu eigenlijk precies behelst – of het daadwerkelijk bijdraagt aan een betere kwaliteit van leven in de zin van welzijn en maatschappelijke participatie – wordt te weinig gesteld. Voor preventie en algemeen welzijn is maar beperkt ruimte. Zorgverleners krijgen, in overdrachtelijke zin, betaald om te snijden en niet om te praten. In financiële zin zien we dat maar een fractie van het gezondheidszorgbudget naar het voorkomen en beheersen van ziekten gaat.²³ De bekostiging van de zorg kent te weinig beloning voor het investeren in preventie en te veel voor medische productie.²⁴ Het systeem van prestatiebekostiging is gebaseerd op de prestatie zelf en niet op het effect op de gezondheid en gerealiseerde gezondheidswinst. Dit is een van de oorzaken van de stijgende zorgkosten.

.....

.....

Bij de waarde die al deze medische productie heeft voor de kwaliteit van leven wordt te weinig stilgestaan. Pas recent is een discussie gestart over het te lang doorbehandelen van patiënten in de laatste levensfase. Het eenzijdige perspectief op ziekte en behandeling klemt des te meer door het toenemend aantal chronisch zieken. Dit gaat vooral over ziektes zoals dementie, kanker, obesitas en diabetes, evenals chronische psychische klachten. Ouderen hebben vaak meerdere van deze aandoeningen tegelijkertijd. Medicalisering van de zorg leidt daarbij niet altijd tot meer kwaliteit van leven. Een eendimensionale benadering overschaduwde het zicht op het moeten (leren) leven met een chronische ziekte en op het belang van mee (blijven) doen als het met de gezondheid wat minder gaat. Is bijvoorbeeld door die nieuwe heup de pijn ook afgenomen? En is de mobiliteit toegenomen?

Kwaliteit van leven kan erbij gebaat zijn om niet te medicaliseren maar om bijvoorbeeld maatregelen te treffen zodat mensen langer zelfstandig of zelfredzaam kunnen zijn. De ouder wordende bevolking heeft op dit moment nog weinig mogelijkheden om zelfstandig thuis te blijven wonen, te blijven werken en voor zichzelf en elkaar te zorgen. Daar waar dat niet meer gaat, is verzorging, al of niet in een instelling, noodzakelijk, maar daar waar zelfstandigheid wel kan en gewenst wordt, slagen we er nog lang niet vaak genoeg in deze behoefte te honoreren. Hierdoor lopen we leefkwaliteit, arbeidsproductiviteit en kostenbesparing mis.

2.5 Onze opgaven in de zorgverlening

Bij het formuleren van de opgaven die samenhangen met de zorgverlening in hoofdstuk 1 is de prioriteit gelegd bij de consequenties van het productdenken en de kwaliteit van arbeid in de zorgsector. Op beide prioriteiten komen wij hieronder terug.

Toegenomen productdenken vervreemdt mensen van de zorg

Zorgverlening moet samenhang vertonen en uitgaan van de hele mens. Iemand die ziek is of een gebrek heeft is geen auto die je aan de lopende band repareert. Ons uitgangspunt is dat zorg in een relatie tot stand komt en dat betekent dat er wederzijds vertrouwen moet zijn. Wij nemen afstand van de

.....

.....

gedachte dat zorg tot in de meest kleine details te verantwoorden valt via registraties, monitors en cijferlijstjes. Zorg is geen product waarvan je de kosten kunt beheersen alleen door nog meer transparantie over prijs en kwaliteit. Dat kan alleen door de zorgketen als geheel als uitgangspunt te nemen en anders na te denken over het zorgvolume. Het productdenken in de zorg vormt een probleem daarbij.²⁵ Meer meten is niet meer weten. Preventie van zorggebruik en van kosten moeten juist het uitgangspunt zijn, maar die is niet altijd tot achter de komma vooraf te berekenen. Zolang er wordt uitgegaan van de kosten van arbeid en van meetbare prijs- en kwaliteitsgegevens blijft de waarde van preventie onbenut, net als de dialoog en het vertrouwen tussen hulpverlener en patiënten, terwijl dat volgens ons de kern van goede zorgverlening is en ongezondheid kan voorkomen.²⁶ Juist in die relatie kan gesproken worden over de ingreep, de gevolgen en de te verwachten gezondheidswinst. Als de bekostiging daar meer op is gericht dan is er een extra prikkel om dat gesprek te voeren en om onnodige zorg te voorkomen. Zorgverleners moeten dus samenwerken om patiënten te helpen en zo tot een verschuiving in het zorgvolume te komen. Dat gebeurt nu te beperkt.

Het is te gemakkelijk om het productdenken en de registratiedrift die op professionals en patiënten afkomen geheel aan de marktwerking toe te schrijven. Het is de overheid zelf die is gaan sturen met steeds verfijndere regels rond budgettering, bekostiging en toezicht die niet uitgaan van wat mensen nodig hebben, maar van verrichtingen en aanbod.²⁷ Te weinig wordt gekeken naar wat bijvoorbeeld preventie op langere termijn aan gezondheidswinst en kostenbesparingen met zich brengt. Innovaties worden niet of lastig bekostigd en samenwerking wordt te snel budgettair afgestraft als fraude of als oneerlijke mededinging.²⁸ Het effect is dat zorgaanbieders zich op het eigen domein terugtrekken, waardoor per saldo het volume stijgt en (winstgevende) overproductie wordt beloond. Marktprikkels versterken dat. Zo ontstaat er gespecialiseerde zorg, die soms tot betere en doelmatige zorg leidt, maar soms ook tot onnodige zorg. Als productdenken en omzetmaximalisatie centraal staan dan komt er van preventie en kostenbeheersing weinig terecht. Het moet gaan om de behoeften van een (regionale) zorgpopulatie.

.....

.....

Verminderd vertrouwen in goede zorg en goede werkomstandigheden

Het productdenken en de nadruk op kostenbeheersing hebben ertoe geleid dat de zorg steeds vaker uiteen wordt gerafeld en beoordeeld in afgrensbare en uitrekenbare eenheden. Het positieve is dat er meer inzicht is gekomen in de kwaliteit en kosten van de zorg. Patiënten hebben ook meer keuzemogelijkheid. Tegelijkertijd moet zorg voor patiënt en hulpverlener geen onbegrijpelijk minutenwerk, een zorgzwaarte pakket (ZZP), een DBC (Diagnose Behandel Combinatie) of een DOT worden. Als mensen bovendien niet kunnen kiezen, omdat de kennis en/of kunde ontberen, wat is de mogelijkheid dan waard?

Het effect is dat patiënten en zorgprofessionals steeds meer vervreemden van de zorgverlening en van het zorgsysteem, dat zorgaanbieders zich op het eigen domein terugtrekken, dat het volume van verleende zorg stijgt en dat (voor zorgaanbieders winstgevende) overproductie toeneemt.²⁹ Die vervreemding wordt dus in de hand gewerkt door het bekostigingssysteem. Een zorgzwaarte pakket wordt gezien als een recht en als zodanig geclaimd. Dit is op zichzelf begrijpelijk omdat de indicatiestelling de doorslag kan geven tussen thuis blijven wonen of opname in een verpleeghuis.

Dit alles zet de relatie tussen de zorgprofessional en zijn patiënt onder druk. Het kan leiden tot demotivatie bij personeel en een afnemende betrokkenheid bij patiënten en cliënten. De opschaling van zorgvoorzieningen die heeft plaatsgevonden (en nog steeds gaande is) helpt daar niet bij. De kostenbeheersing en het versterken van de marktpositie zijn belangrijke drijvende krachten achter die schaalvergroting. Grootschaligheid wil overigens niet zeggen dat je niet kleinschalig kunt organiseren, aantrekkelijke werkomstandigheden kunt realiseren en de patiënt en zijn zorgbehoeften integraal kunt benaderen. Het vertrouwen in laatstgenoemde aanpak staat echter onder grote druk. Patiënten krijgen het gevoel dat zij niet op een menswaardige manier worden behandeld. Zorgprofessionals hebben op hun beurt steeds minder het gevoel dat de zorg het resultaat is van wikken en wegen samen met de patiënt.

Om het tekort aan arbeidskrachten in de zorg tegen te gaan moet deze vervreemding worden gekeerd. Dat vraagt van mensen om zelf verantwoorde-

.....

.....

lijkheid voor hun eigen gezondheid te nemen waar dat kan, maar ook om ondersteuning waar dat nodig is. Bijvoorbeeld door mantelzorg, professionele en kleinschalige hulpverlening, nieuwe arbeid of omscholing. De opleidingen en het arbeidsmarktbeleid zijn te weinig gericht op de aansluiting daartussen.

2.6 Onze opgaven ten aanzien van de inrichting en cultuur van het zorgstelsel

In hoofdstuk 1 gaven wij al aan dat het hier om een breed aantal vraagstukken gaat dat op elkaar ingrijpt. We gaan daarom achtereenvolgens in op: problemen in het sturingssysteem, het toezicht in en op de zorg, de toegankelijkheid van de zorg, de culturele consequenties en de financiële dilemma's.

Groeiend wantrouwen in goede informatie, goede (be)sturing en goed toezicht
Onderzoek laat keer op keer zien dat mensen groot vertrouwen hebben in hun huisarts, in hun directe hulpverleners, maar weinig in het zorgsysteem als geheel. Hoe komt dat?

Verminderd vertrouwen heeft enerzijds te maken met de overheidsbureaucratie en de grote hoeveelheid regels die soms snel en adequaat handelen belemmeren. Het heeft anderzijds te maken met het risico dat andere dan medische motieven het handelen van hulpverleners en verzekeraars gaan sturen, zoals het maken van winst op een markt. Zo is het in de gezondheidszorg gangbaar geworden om de zorgverzekering, de zorginkoop en de zorgverlening te typeren als drie 'markten'. Taal is echter niet onschuldig, taal stuurt het denken en handelen van mensen. Zorg zien wij als een relatie en niet als product of markt. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten of verzekerden zijn wisselend betrokken binnen zorg-, inkoop- en verzekeringsrelaties. De overheid is ervoor verantwoordelijk om deze relaties goed te laten verlopen. Te veel bureaucratie draagt daar echter niet aan bij en leidt tot demotivatie en verminderde identificatie bij burgers en individuele zorgverleners.

Het vertrouwen in de werking van het systeem vermindert ook als er geen invloed ervaren wordt op prijzen, kwaliteit en keus in en van de zorg. Sinds 2006 moeten zorginstellingen steeds meer met elkaar in concurrentie om

.....

.....

contracten gegund te krijgen bij de zorgverzekeraar die via de Zorgverzekeringswet scherper inkoop op prijs en kwaliteit. Er treden ook meer private en commerciële toetreders toe.³⁰ Deze gang van zaken vergroot enerzijds de keus voor patiënt en zorgverzekeraar, maar anderzijds creëert deze ook een risico voor de toegankelijkheid van de zorg. Een commissie, onderleiding van Henk Don, constateerde in een evaluatie van de risicoverevening onder de Zorgverzekeringswet dat het systeem risicoselectie door zorgverzekeraars aan de kant van de zorgverzekeringen in de hand dreigt te werken.³¹ Bovendien wordt er sterker op prijs en arbeidsvoorwaarden van personeel geconcurrereerd en blijft het risico dat er krenten uit de pap gehaald worden door commerciële toetreders. Overproductie ligt dan op de loer en de geografische bereikbaarheid van basisvoorzieningen kan onder druk komen te staan. Als publiek geld bovendien weglekt naar private organisaties of aandeelhouders dan is het nog onduidelijker wie aanspreekbaar is op de wijze waarop prijs en kwaliteit worden gewogen.³²

Dat brengt ons bij nog een belangrijke oorzaak voor verminderd vertrouwen: de beschikbare informatie over de zorg. Er is meer aandacht gekomen voor patiëntgerichtheid en klantvriendelijkheid. Patiënten raken steeds beter geïnformeerd en stappen met eisen en wensen op de zorgverlening af. De vraag is of de beschikbare informatie voldoende toegankelijk en voldoende betrouwbaar is. De hoeveelheid 'lijstjes' van goede zorg neemt toe, maar leidt ook tot de vraag wie door die bomen nog het bos kan zien.

Wat zeggen deze lijstjes bovendien als in toenemende mate medische missers en incidenten zichtbaar worden in instellingen die op zich goed 'scoren' in de rankings, zoals bij de cardiologie van het St. Radboud Ziekenhuis Nijmegen, het Medisch Spectrum Twente waar een verslaafde neuroloog verkeerde diagnoses stelde en verkeerde medicijnen voorschreef, de situatie van de vastgebonden Brandon en de missers rond de maagverkleiningsoperaties in Emmen.³³ Het zijn incidenten, want gelukkig gaat er ook heel erg veel goed en zijn de meeste patiënten erg tevreden over de hulp en ondersteuning die ze in instellingen krijgen.³⁴ Tegelijk leidt het tot zorgen over de kwaliteit van de zorg en de informatie daarover.

.....

.....

De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de zorg, maar kan tegelijkertijd nooit alles controleren. Het toezicht staat echter wel onder druk door de reeksen incidenten. Het raakt steeds meer gericht op lik op stuk-beleid en sanctionering, terwijl er vertrouwen nodig is dat hulpverleners het goede doen. Aanhoudende incidentenpolitiek en de roep van de politiek om meer en scherper toezicht leiden volgens ons niet tot structurele verbeteringen en meer vertrouwen. Er is een ander toezicht nodig, vooral gericht op verbetering waar kwaliteit en veiligheid tekortschieten in plaats van het enkel sanctioneren waar het fout gaat.

Ondoorzichtige besluitvorming over verdeling van schaarste en dominantie van eigenbelang

Ondertussen speelt het klassieke vraagstuk van een ongelijke spreiding van kennis en macht het wantrouwen ook in de kaart. Het is steeds minder duidelijk hoe het zorgsysteem zorgt voor een eerlijke verdeling van middelen in en toegang tot de zorg.³⁵ Als je veel kennis en handigheid hebt en als je op een door de wet gecreëerde machtspositie zit, heb je de meeste kans op succes. Dat leidt echter niet automatisch tot een rechtvaardige verdeling van middelen en tot toegankelijkheid voor iedereen. De besluitvorming is niet transparant over wie welke zorg krijgt en waarom, aan welke kwaliteitsnormen moet worden voldaan en hoe deze worden getoetst. De overheid moet kunnen garanderen dat de zorg die patiënten krijgen ook echt de beste is, en dat deze niet beïnvloed is door financiële of andere criteria. Als zorg tot stand komt in een wederkerige relatie moeten verzekeren en patiënten bovendien invloed hebben op hun zorgproces. Als verzekeren, patiënten en professionals te weinig inspraak en betrokkenheid ervaren bij de zorg dan vergroot dat het wantrouwen in beslissingen over de verdeling van schaarse middelen.³⁶

Het zijn niet alleen regels en wetten die wantrouwen wekken. Het ‘what’s in it for me’ denken, dat steeds meer ingang vindt, staat onderling vertrouwen in de weg en is daarmee een bedreiging voor het collectieve karakter van onze gezondheidszorg. Door de zorg als een markt voor te spiegelen waar iedere deelnemer voor zichzelf het maximale uit moet kunnen halen, raakt het zicht op de gezamenlijke verantwoordelijkheid verloren. Kostenbeheersing is zo’n gezamenlijke verantwoordelijkheid. Als burgers menen directe individuele

.....

.....

rechten te hebben op elke voorziening omdat ze premies betalen, als hulpverleners en instellingen vooral gericht zijn op de groei en bloei van hun eigen praktijk of bedrijf, als bestuurders zich spiegelen aan de CEO's uit het bedrijfsleven en als overheid en politiek efficiënte zorgproductie tot hoogste goed verklaren, dan staan gepast en beheerst gebruik van zorg en van geneeskunde onder druk. En daarmee de onderlinge solidariteit. Waarom nog meebetalen aan de calculaties van de ander, waarom zelf nog terughoudendheid betrachten als men om zich heen het tegenovergestelde meent waar te nemen? De dominantie van het eigen belang zal een halt moeten worden toegeroepen.

De kwaliteit van het bestaan wordt weggedrukt in het debat over de zorgkosten

Zoals in hoofdstuk 1 al is geschetst veroorzaken de kostenstijgingen en volumegroei in het huidige politieke klimaat een enorm verdelingsvraagstuk. Wie draagt de kosten? Hoe ligt de verdeling tussen ziek en gezond, tussen rijk en arm, tussen jong en oud? Volgens één scenario zou, als het huidige overheidsbeleid ongewijzigd wordt voortgezet, in 2040 een modaal inkomen voor bijna de helft opgaan aan de collectieve kosten van de zorg. Dat zet grote druk op de inkomenssolidariteit. Dit stelt het Centraal Planbureau in november 2011 bij de publicatie van de Trendanalyse Zorg.³⁷ Bij ongewijzigd beleid stijgt de collectieve lastendruk in het meest gunstige scenario volgens het CPB naar 35% van het bruto inkomen. Op dit moment is dat 25% en betaalt iemand met een modaal inkomen van 32.500 euro al een bedrag van ruim 7500 euro voor de collectieve zorglasten. Het probleem is enerzijds dat de rechtvaardige verdeling van deze kosten onder druk staat, omdat de premieheffing slechts gedeeltelijk inkomensafhankelijk is, het eigen risico stijgt en omdat het aantal nominale eigen bijdragen groeit. De toegang tot zorg mag door ziekte of laag inkomen niet in gevaar komen. Wij doen in deze nota voorstellen om dat garanderen.

Anderzijds wordt het debat over het verdelen van zorgkosten veel te eenzijdig gevoerd. Het antwoord op de vraag hoe we tegen de zorg aankijken en wat deze ons waard is, begint niet bij een eenzijdige gerichtheid op de kosten en op blind bezuinigen. Zorg levert een essentiële bijdrage aan de samenleving, maar sluit vaak onvoldoende aan bij de behoeften van patiënten. We schetsten al dat in het huidige stelsel vooral de behandeling van ziekte wordt gefinancierd en niet het behoud van gezondheid of een aanvaardbare kwaliteit van

.....

.....

leven. Een menswaardig bestaan gaat er echter over dat je met kanker toch de kans hebt te kunnen werken, dat je met zware diabetes toch goed leeft en vrijwilligerswerk kunt doen of een andere zinvolle dagbesteding kunt hebben. Een systeem dat stuurt op productie en omzet heeft te maken met ongewenste volumegroei en is niet gericht op de kwaliteit van het bestaan. Uit onderzoek van de Nza blijkt dat het aantal heup- en knie vervangingen, staaroperaties en spataderbehandelingen explosief is toegenomen de afgelopen jaren. Dat leidt ook tot onnodige zorg. Maar gebrekkige samenwerking tussen zorgaanbieders leidt niet tot meer kwaliteit van leven en meer gezondheidswinst.

Doordat er geen integrale benadering van kwaliteit van leven en van gezondheid wordt gehanteerd in de bekostiging, is er sprake van onnodige zorg en van een opdrijvende werking voor de zorgkosten. De gerichte inzet van huisartsenzorg en thuiszorg kan het aantal ziekenhuisbezoeken doen verminderen, het aantal opnames voorkomen en bekorten. Het is belangrijk ervoor te zorgen dat mensen sneller herstellen in de thuisomgeving en volwaardig deel kunnen nemen aan de samenleving. Ontwikkelingen op het terrein van de e-health en domotica dragen daaraan bij, maar hebben niet een plek in de bekostigingssystemen. Het centraal stellen van de kwaliteit van het bestaan is dus cruciaal om het debat over de kostenbeheersing eerlijk te voeren. Het risico is anders dat kwetsbare groepen steeds meer aan de zijlijn staan omdat zij de weg naar goede zorg en meer kwaliteit van leven niet vanzelf kunnen vinden.

Als het gaat om de kwaliteit van het bestaan dan liggen er vooral in de laatste levensfase van mensen belangrijke vraagstukken. Is langer doorbehandelen en medicaliseren nog van toegevoegde waarde voor een waardig bestaan? Wanneer kunnen we onnodig lijden voorkomen? Gerichtheid op doorbehandelen en medicaliseren doet ook de zorgkosten enorm toenemen.³⁸ Er is veel meer dialoog nodig over wat een waardig bestaan is en wat uitzichtloos lijden kan voorkomen. Het leidt tot vragen die lastig te beantwoorden zijn in de politieke discussie, maar in de spreekkamer zijn ze reëel. Ze raken een politieke en maatschappelijke discussie over wat we gepaste en noodzakelijke zorg vinden en hoe we omgaan met uitzichtloos lijden. Het is niet acceptabel om dit vraagstuk nog langer te omzeilen, vooral omdat het gaat over de kwaliteit van leven en omdat het ook grote financiële consequenties heeft. Het voorkomen

.....

.....

van onnodig lijden is voor ons een belangrijk uitgangspunt voor die dialoog in de spreekkamer.

Kortom, het vraagstuk van de kostenbeheersing wordt te eenzijdig gevoerd en te weinig benaderd vanuit wat wij een goede kwaliteit van leven vinden. Zorgkosten moeten onzes inziens altijd eerlijk verdeeld worden, waarbij de combinatie van inkomenssolidariteit en risicosolidariteit de regel moet zijn. Wij streven niet zozeer inkomensnivellering via de zorg na, maar willen borgen dat mensen die ziek zijn of een gebrek hebben en in de lagere inkomensgroepen zitten hun toegang tot zorg behouden. Dat vraagt om inkomensafhankelijkheid in de zorgpremies en in het bijzonder in het eigen risico. Behoud van solidariteit is voor ons cruciaal waarbij wij ons ervan bewust moeten zijn dat dit leidt tot ongemakkelijke debatten over de grenzen van de collectieve verantwoordelijkheid. Voorts is een belangrijk uitgangspunt dat juist om redenen van kwaliteit van leven niet elke zorg tot medisch handelen moet leiden. Meer gepast gebruik van de zorg en minder gerichtheid op het leveren van zorg zijn noodzakelijke onderdelen van een andere cultuur die dringend nodig is. Daar moeten we ook professionals in de zorg op aanspreken via hun indicatiediscipline. Dat is nodig om onnodige zorg te voorkomen en de kosten te beheersen, maar vooral ook om de kwaliteit van leven meer centraal te stellen.

2.7 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn de opgaven in de volksgezondheid, in de zorgverlening en met betrekking tot de cultuur en inrichting van het zorgstelsel vanuit sociaal-democratisch perspectief geanalyseerd en toegelicht. De opgaven hangen onderling sterk samen, laten zich niet gemakkelijk scheiden en ze vormen een risico voor wat wij als een gezond en waardig leven voor alle burgers zien. Wij hebben de indeling bewust gehanteerd, om zo een systematische analyse mogelijk te maken. Onder de drie centrale opgaven gaat een diversiteit aan thema's en dilemma's schuil. Deze zetten wij nog even kort onder elkaar:

Volksgezondheid

- > De toename van sociaaleconomische gezondheidsverschillen.
- > De eenzijdige gerichtheid van de zorg op ‘behandelen’ in plaats van op kwaliteit van leven in bredere zin.
- > De toename van chronische en leefstijlgerelateerde ziekten.

Zorgverlening

- > De institutionalisering (of industrialisering) van de zorg waardoor de waarde van onderling hulpbetoon op de achtergrond is geraakt.
- > Het toegenomen productdenken; waardoor ‘de mens’ wordt gereduceerd tot één of meer afzonderlijke kwalen die afzonderlijk behandeld moeten worden.
- > De kwaliteit van de arbeid van zorgprofessionals staat onder druk door toenemende vervreemding van het zorgsysteem.

Cultuur en inrichting van het zorgstelsel

- > De toenemende bureaucratie (stopwatchzorg) met een fixatie op kostenbeheersing.
- > Het gebrek aan transparantie en democratische legitimiteit.
- > Verkeerde bekostigingssystemen die gericht zijn op verrichtingen en productie.
- > Onnodige zorg is een risico voor toegankelijkheid, solidariteit en kostenbeheersing.
- > Een cultuur van eigen belang en gedrag dat primair is gericht op eigen gewin.
- > Gebrekkige discussie over kwaliteit van leven, ook in de laatste levensfase.

Een belangrijk deel van de geschetste thema's en dilemma's heeft een cultureel-normatief karakter. Dat vraagt om een nieuwe, brede visie op de zorg waarin we onze waarden centraal stellen. We hebben een visie nodig die zorgen en ontzorgen als integraal onderdeel van samenleven beschouwt. Een voorstel hiervoor presenteren wij in hoofdstuk 3.

3 > Dit kan er beter

3.1 Routekaart naar samen werken aan een gezond en waardig leven

Om de behoeften van mensen meer centraal te stellen, ziekte en ongezondheid te voorkomen en achterstanden te bestrijden moeten samenwerking, zorgzaamheid en aandacht tussen hulpverleners en patiënten dus meer het uitgangspunt zijn. Alleen dan kan een reëel beroep naar draagkracht worden gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van mensen. Een andere moraal is nodig om kostenstijgingen op te vangen en gepaste zorg te bevorderen.

Zes kernwaarden van sociaal-democratische gezondheidspolitiek

- > Iedereen krijgt een eerlijke kans op een gezond en waardig leven.
- > Goede zorg: zowel ieders inzet als gezamenlijke verantwoordelijkheid is vereist.
- > Solidaire zorg vraagt om een rechtvaardige verdeling.
- > Gestreefd wordt naar een goede kwaliteit van zorg en naar het tegengaan van verspilling en onkunde.
- > Eigenaarschap van zorgvragers en zorgverleners.
- > Zorgverlening is waardevolle arbeid gericht op menswaardigheid.

We schetsen in dit hoofdstuk een benadering met een samenhangend pakket voorstellen om deze waarden duurzaam te realiseren. Dat is hard nodig gegeven de in hoofdstuk 2 gesignaleerde problemen. Om een waardig en gezond leven voor iedereen na te streven en kostenstijgingen te beteugelen zijn andere uitgangspunten, principes en werkwijzen nodig. We hebben een visie nodig die zorg niet als product maar als een relatie in gemeenschappen ziet. In die relatie moet waardigheid centraal staan en moeten ziekte en ongezondheid zoveel mogelijk voorkomen worden. Daaraan hoort een ieder naar draagkracht bij te dragen.

3.2 Uitgangspunt: de mens en zijn of haar kwaliteit van leven staan centraal

Het verkleinen van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen is onderdeel van een veel breder politiek project om een waardig bestaan voor iedereen te realiseren, onafhankelijk van geld of afkomst. Een integrale aanpak van achterstanden is noodzakelijk om ongezondheid en ziekte te voorkomen en sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verkleinen.



.....

Goede gezondheid en een waardig bestaan kunnen alleen gerealiseerd worden als goed onderwijs, goede huisvesting, goed en zinvol werk met een fatsoenlijke beloning binnen ieders bereik liggen. Het verkleinen van gezondheidsverschillen is dus geen exclusieve opdracht aan het domein van de zorg en al diegenen die daarbinnen werkzaam zijn, het is een vraagstuk dat onze hele samenleving aangaat en nauw samenhangt met de inrichting daarvan.

Meer preventie via intersectorale samenwerking

Meer preventieve maatregelen zijn nodig, maar moeten niet als aparte activiteit, onderhandeling of afspraak worden beschouwd. Deze behoren onderdeel te zijn van arbeidsmarkt-, vervoers-, woon-, zorginkoop- en onderwijsbeleid.³⁹ De gemeente voert hierbij de regie over maatregelen die de leefbaarheid en zorg in buurten verbeteren, evenals over de openbare gezondheidszorg, de inzet van GGD-en en de Jeugdgezondheidszorg. Ze moet (via de Wmo) actief bijdragen aan preventie door in samenspraak met scholen, sportorganisaties en werkgevers meer doelgroepgerichte gezondheidsvoorlichting tot stand te brengen, bijvoorbeeld gericht op kinderen met obesitas of de preventie van diabetes. Gemeenten moeten in staat worden gesteld om middelen die niet aan zorg besteed worden vanwege preventieve activiteiten te herinvesteren. Meer preventie vraagt daarnaast van de landelijke overheid om in te zetten op verplichte sport op scholen door gymleraren, gerichte afspraken (in EU-verband) met de levensmiddelenindustrie over zoet-, vet- en zoutgebruik en de beperking van vleesproductie. Werkgevers en werknemers moeten op hun beurt in CAO's verplicht meer aandacht besteden aan de omgang met ziektes op de werkvloer, zoals diabetes. Ze verhogen daarmee tegelijk de arbeidsproductiviteit.⁴⁰

Sterke eerste lijn dicht bij de burgers

Meer zorg is niet altijd beter voor de kwaliteit van leven of voor gezondheidswinst. Bij ouderdomsziekten is het vaak belangrijker te zoeken naar oplossingen buiten de zorg dan te medicaliseren. Volksziekten als Alzheimer, dementie, chronische psychiatrische aandoeningen en kanker vragen om investeringen in nieuwe medicijnen, maar ook in apparatuur zoals tilliften en domotica. Deze zorgen ervoor dat ouderen langer thuis kunnen blijven

.....

.....

wonen. Op het sociale vlak dragen mantelzorg en vrijwilligerswerk hier ook aan bij. Een krachtige rol voor de eerste lijn helpt de problemen hierbij te signaleren en in samenspraak met burgers te bepalen wat zij zelf kunnen of moeten doen en waar professionele ondersteuning en zorg nodig zijn. Vroegtijdige onderkenning van een ongezonde leefstijl, ook door GGD en de jeugdgezondheidszorg, is het best geregeld via gezondheidscentra in de eerste lijn, met een signalerende rol voor de wijkverpleegkundige en de huisarts als poortwachter. Zo kan multidisciplinair worden samengewerkt om zorg en ongezondheid te voorkomen.

3.3 Principe: bijdragen naar draagkracht

Versterking van de combinatie van inkomenssolidariteit en risicosolidariteit

Er is een publieke verantwoordelijkheid om mensen te ondersteunen als de zorg voor de eigen gezondheid of de zorg voor hun naasten hun draagkracht te boven gaat. De verplichte basisverzekering voor iedereen, los van inkomen, ziekte of kwetsbaarheid, is daarvoor bedoeld. De hoogte van het inkomen mag geen belemmering zijn voor toegang tot medisch noodzakelijke zorg en meedoen aan de samenleving. Deze inkomenssolidariteit kan verder worden versterkt door meer inkomensafhankelijkheid van premies (dus een betere balans tussen nominale en procentuele premies), inkomensafhankelijke eigen betalingen en vooral een inkomensafhankelijk eigen risico zodat de toegang tot noodzakelijke zorg geborgd blijft als je ziek en/of minder bedeeld bent.⁴¹ Draagkracht blijft het principe, maar tegelijkertijd wordt daarmee ook een beroep op eigen verantwoordelijkheid gedaan. Daarbij voorzien wij de komende tijd dat er meer eigen betalingen zullen moeten worden gevraagd van mensen. Inkomen, sociale uitsluiting of achterstand (soms al bij geboorte) mogen echter geen belemmering zijn voor medisch noodzakelijke zorg en meedoen aan de samenleving. Risicosolidariteit vraagt van gezonde mensen om mee te zorgen voor mensen met een ziekte of achterstand. Inkomenssolidariteit vraagt dat van mensen met hogere inkomens richting mensen met lagere inkomens. Draagkracht is dus het principe dat wij uitwerken in een combinatie van inkomenssolidariteit en risicosolidariteit. Zo stellen wij grenzen aan de eigen en aan de collectieve verantwoordelijkheid voor gezondheid en zorg.

.....

Behoud van AWBZ voor onverzekerbare ziekten

De AWBZ moet de verplichte volksverzekering voor onverzekerbare ziekten blijven. De meest kwetsbaren, zoals meervoudig gehandicapten en dementerende ouderen, moeten op publieke zorg kunnen rekenen. Dat deel van de zorgverzekering is verplicht. De politiek neemt er besluiten over en neemt het VN Verdrag voor mensen met beperkingen als uitgangspunt.⁴² De zorgverzekeraar voert deze verzekering uit en moet de integrale zorgbehoefte van deze groep centraal stellen door afstemming van de medische zorg met aanvullende zorg of hulpverlening. Om dit te laten werken is de regionale oriëntatie van zorgverzekeraars cruciaal (zie hiertoe verderop ons voorstel voor de aanscherping van de wettelijke opdracht van zorgverzekeraars). De niet verzekerbare zorg leidt tot de noodzaak voor een adequaat risicovereveningssysteem tussen zorgverzekeraars, zodat zij niet onevenredig zwaar belast worden wanneer deze groep verzekerden een groot deel van het verzekerdenbestand uitmaakt.

Alle zorg, verpleging en behandeling naar de Zvw met ‘Dunning-proof’ basispakket

Alles wat verder binnen de AWBZ valt en met behandeling, verpleging en verzorging van ouderen te maken heeft, valt te verzekeren via de Zorgverzekeringswet.⁴³ Dat is van belang voor een goede afstemming met AWBZ-zorg. Een breed basispakket met een laag eigen risico borgt daarbij het beste de toegang tot medisch noodzakelijke zorg. De inkomensplafonds die thans gelden bij de berekening van de zorgverzekeringspremie en het vaststellen van de eigen bijdrage moeten worden verhoogd om dat te realiseren, net als een saldering van eigen bijdragen. Een verbod op de stapeling van eigen bijdragen in de basiszorg voorkomt dat de zorg onbereikbaar wordt voor kwetsbare groepen en middeninkomens. Draagkracht betekent ook dat voor chronisch zieken en gehandicapten geen of een lager eigen risico zou moeten gelden. Een ‘Trechter van Dunning’, waarmee op basis van QALY’s (Quality Adjusted Life Years) en patiëntenervaringen wordt bepaald wat in het basispakket zit, is nodig voor goed onderbouwde en betrouwbare besluiten over wie welke zorg krijgt.⁴⁴ Dat geldt ook voor de vergoeding van dure medicijnen. Buiten het pakket geldt de eigen verantwoordelijkheid die vorm krijgt via eigen betalingen of aanvullende verzekeringen.

.....

.....

Welzijn, meedoen en begeleiding dicht bij burgers via de Wmo

Welzijn, begeleiding, wonen en meedoen moeten dicht bij mensen en hun omgeving worden georganiseerd. Gemeenten werken daar, in het kader van de Wmo, samen met burgers aan. Om dat duurzaam te financieren en om kostenbewustzijn en eigen verantwoordelijkheid te verankeren kunnen naast een reële bijdrage uit het Gemeentefonds ook inkomensafhankelijke eigen bijdragen van belang zijn. Het advies van de SER leert ons dat een toename van het aantal eigen betalingen in de ouderenzorg overwogen moet worden, maar ook dat hier op een rechtvaardige wijze mee om moet worden gegaan. Dat betekent een inkomensafhankelijke regeling van eigen betalingen. Een systeem van zorgsparen, of het creëren van een belastingvoordeel bij het vrijwillig benutten van een erfenis of onderpand voor zorg, kan daarnaast soelaas bieden om voorzieningen te financieren die niet tot de medisch noodzakelijke zorg behoren maar wel bijdragen aan de kwaliteit van leven. Immers, alles wat onder aanvullende verzekeringen, eigen betalingen en het eigen risico valt wordt niet door de verzekeringspremie vergoed, maar moet wel worden opgebracht. Daar kunnen aanvullende verzekeringen of spaarregelingen uitkomst bieden.

Spaarregeling voor de oude dag op basis van draagkracht

Zorgsparen kan hier enkel uitkomst bieden als het rechtvaardig, inkomensafhankelijk, wordt vormgegeven (bijvoorbeeld door koppeling aan pensioenpremies) en als diegenen die niet kunnen sparen op een publiek vangnet kunnen rekenen. Het moet er bovendien toe leiden dat de premiedruk op de AWBZ daalt. Zorgsparen kent haken en ogen wat betreft de gevolgen voor de onderlinge solidariteit. We willen het debat hierover echter nadrukkelijk agenderen. Uitgaande van de integrale hulpbehoefte van burgers, die gaat over een combinatie van zorg, wonen, werk en welzijn, is het zinvol deze meteen te doordenken voor een spaarregeling die is gericht op al die domeinen en bijvoorbeeld is gekoppeld aan pensioenen.

Overheveling opbrengsten accijnzen op ongezond gedrag naar zorgbudget

De risicosolidariteit kan daarnaast worden versterkt door een deel van de accijnzen op alcohol en tabak over te hevelen naar het zorgbudget. Een extra bijdrage aan de zorgkosten van mensen die bewust hun gezondheid op het spel zetten door het nuttigen van alcohol en sigaretten zou een logische optie

.....

.....

kunnen zijn. Nu worden de accijnzen wel geheven om dit ‘slechte gedrag’ te ontmoedigen, maar worden de opbrengsten niet ingezet op de plek waar de kosten van de levensstijl worden gemaakt.

3.4 **Werkwoord: samenwerken**

Niet concurreren om de markt, maar samenwerken om de patiënt

Hoe moet dat uitwerken in de praktijk? In elk geval niet concurreren om de markt, maar samenwerken om de patiënt. Gezondheidswinst en kwaliteit van leven worden geboekt via samenwerking in de eerste lijn tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen, woningcorporaties, welzijnsorganisaties, gemeenten en GGD'en. De huisarts is als poortwachter naar de tweedelijnszorg onmisbaar, maar nieuwe samenwerking met ziekenhuizen in anderhalvelijnscentra vergroot ook de mogelijkheid tot zorg en preventie dicht bij burgers. Specialistische behandelingen kunnen dan worden geconcentreerd, zodat er betere kwaliteit en meer doelmatigheid ontstaat. Met herstellzorg in de wijk komt ook dat dichterbij. Er is een omslag nodig in de bekostiging van zorg op basis van verrichtingen naar de bekostiging van gezondheidswinst en kwaliteit van leven. Dat prikkelt gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders om samenwerking in de zorgketen af te stemmen op de behoeften van mensen, zowel bij de aanbesteding van de Wmo als bij de zorginkoop in het kader van de Zorgverzekeringswet.⁴⁵ Om de keten van zorg en dienstverlening in de regio sluitend te laten zijn, moeten gemeenten en zorgverzekeraars ook samen convenanten sluiten. Dat vraagt om een beweging naar centrumgemeenten die dat voor de Wmo doen.

Verankering regionale aanpak en preventie

De zorginkoop krijgt zo een sterkere lokale en regionale oriëntatie: een sterke eerste lijn met een huisarts en wijkverpleegkundige die zorg voorkomen waar dat kan en verwijzen naar ziekenhuiszorg waar dat moet. Dat kan het best vanuit multidisciplinair werkende gezondheidscentra die in goede verbinding met verderop gelegen ziekenhuizen staan. Hoe die aanpak er precies uit ziet kan goed lokaal bepaald worden om te voorkomen dat natuurlijke samenwerkingsverbanden tussen zorgverleners verdwijnen met een opgelegde regio-indeling.

.....

.....

Om de regionale aanpak te realiseren moeten zorgverzekeraars hiertoe de wettelijke opdracht krijgen in de Zorgverzekeringswet. Aanknopingspunt kan de mogelijkheid zijn die de Zorgverzekeringswet al biedt voor het aanbieden van provinciepolissen. Dit artikel zou gewijzigd kunnen worden naar de regionale aanpak die bijvoorbeeld in regioplannen zichtbaar gemaakt moet worden. Zorgverzekeraars zijn dan gehouden aan het maken van afspraken met zorgaanbieders en gemeenten over samenwerking in de zorgverlening en uitkomsten in termen van kwaliteit van leven en gezondheid.⁴⁶ Dat gaat ook over de ambulante zorg vanuit de thuisomgeving die noodzakelijk is om ouderen en chronisch zieken langer in de eigen thuisomgeving te laten leven en regie over het eigen leven te laten houden. Zorgverzekeraars dragen daarnaast verantwoordelijkheid voor landelijke functies en specialistische topzorg. Een lokale of regionale aanpak is daarbij ondoelmatig, maar de gezondheidscentra moeten er goede verbindingen mee hebben. Kortom, het gaat om samenwerking in integrale zorg en concentratie van specialistische zorg. Dat voorkomt concurrentie, overproductie en overspecialisatie.

Zorgverzekeraars gaan zich in onze visie dus meer richten op de regionale aanpak van gezondheidsverschillen, preventie van ongezondheid en ziekte en op samenwerking in de zorgketen. Daarbij gaat het onzes inziens dus niet langer om zorg inkopen bij zorgaanbieders die met elkaar concurreren op prijs of arbeidsvoorwaarden. Het gaat om competitie op kwaliteit en om de beste manier van samenwerken om (duurdere of) onnodige zorg te voorkomen en gezondheidswinst te bereiken. Wij zijn daarom ook voor het verplicht opnemen van preventieve activiteiten in de regionale aanpak en in de polissen van verzekerden.

Toezicht moet meer vanuit de hulpvraag van mensen redeneren

De landelijke overheid draagt de verantwoordelijkheid om dit systeem goed te faciliteren. Naast de strikte handhaving van de acceptatieplicht en het verbod op risicoselectie door zorgverzekeraars moeten de financiering en bekostiging dus niet op productie maar op kwaliteit en preventie gericht worden. Dat lukt alleen als samenwerking centraal staat. Die moet dus niet langer uiteengerafeld worden door de NMa, vanwege oneerlijke marktverhoudingen. Voor die logica is geen plaats in de zorg. In het toezicht moet het belang van

.....

.....

samenwerking rond de hulpvraag van patiënten centraal staan. Daarbij moeten uiteraard onwenselijke tariefontwikkelingen en fraude worden tegengegaan. Het Kwaliteitsinstituut (dat het Nederlands Zorginstituut gaat heten) moet de breed gedragen normen voor kwaliteit en transparantie gaan stellen, zodat iedereen weet waaraan moet worden voldaan. Dat maakt ook een einde aan de vele lijstjes en scores die individuele verzekeraars of anderen nu zelf opstellen. Dit schept duidelijkheid voor iedereen. De indicatoren voor goede zorg, gezondheidswinst en kwaliteit van leven moeten verder worden ontwikkeld. Een eerste stap om de gedragingen in de praktijk daarop te richten kan zijn om één tarief te ontwikkelen voor de eerste en tweede lijn, zodat de zorgbehoefte meer centraal staat en kosten beheerst kunnen worden.⁴⁷

3.5 Resultaat: gepast gebruik

Gepast gebruik van zorg en indicatiediscipline zijn de normen die gehandhaafd worden

Meer geld voor zorg leidt niet altijd tot betere zorg of meer gezondheid. Sommige mensen krijgen te weinig zorg en anderen te veel omdat ze het claimen. Er is een andere moraal nodig. Van patiënten verwachten we matiging van zorggebruik en therapietrouw waar dat kan. Als verdere behandeling (bijvoorbeeld een derde scan) volgens de professionele richtlijn onnodig is dan kunnen overvraging en verspilling worden afgeremd door betere voorlichting en tijd voor dialoog met de hulpverlener. Als dat niet helpt is een extra betaling (als boeteclausule) gerechtvaardigd, evenals een goed functionerende publieke rechtsgang als patiënten hiertegen bezwaren maken. Van hulpverleners mag namelijk verwacht worden dat ze zich meer aan de indicatiediscipline houden, want het aanbod is nu regelmatig meer bepalend voor de te verlenen zorg dan de vraag. Het Kwaliteitsinstituut moet daarom geen aanbodgestuurde protocollenfabriek worden, maar ervaringskennis van patiënten en bewezen nieuwe behandelmethoden meewegen. Kortom, betere kwaliteit (van zorg en leven) bespaart op die manier ook meer kosten.

Eigenaarschap van zorg(instellingen) bevordert binding en gepast gebruik

Om gepast gebruik van de zorg te bevorderen moeten we ons dus realiseren dat de zorg van ons allemaal is. Dit besef wordt versterkt door patiënten meer

.....

.....

invloed op hun eigen zorg te geven via inspraak, patiëntenorganisaties en een verantwoord gebruik van persoonvolgende financiering. Sommige patiënten, cliënten en/of familie willen ook meer invloed op het beleid van zorginstellingen. De mogelijkheid om zelf zorgvoorzieningen op te zetten kan via de coöperatieve rechtsvorm een kans krijgen. Dat geldt ook voor het vergroten van de zeggenschap van hulpverleners. De langlopende discussie over de positie van medisch-specialisten kan bovendien worden opgelost door de mogelijkheid te creëren om zowel te kunnen kiezen voor een loondienstverband als voor het mede-eigenaarschap van de zorginstelling. Dat laatste kan bijvoorbeeld ook via de coöperatieve rechtsvorm. Het is de moeite waard te verkennen of ook zorgverzekeraars die mogelijkheid gegeven kan worden, om zo het belang bij de afstemming van zorg en bij het voorkomen van ongezondheid en ziekte te vergroten. Eigenaarschap vergroot binding.

Visitaties op kwaliteit en patiëntveiligheid ter vervanging van de vele monitors en registraties

Verbondenheid met de zorgverlening is cruciaal om tot gepast gebruik te kunnen komen. De ruimte om je werk goed te doen en om naar het welbevinden van de patiënt of cliënt te handelen heeft dan ook te maken met goede arbeidsomstandigheden en invloed op het eigen werk. Kwaliteit van zorg en de waardigheid van de zorgverlening worden gegarandeerd door onder meer de professionele normen van beroepsgroepen en van wetenschappelijke verenigingen. Ervaringen van patiënten en cliënten horen daar echter ook bij. Het Kwaliteitsinstituut en de IGZ moeten deze zwaar laten meewegen. Regelmatige visitatie van zorginstellingen op kwaliteit, patiëntveiligheid en doelmatigheid is bovendien effectiever dan de overmaat aan benchmarks, registraties en monitors. Vertegenwoordigers van patiënten(organisaties) maken deel uit van de visitatiecommissie. Zo kan op basis van professionele inzichten en ervaringsdeskundigheid een beoordeling worden gemaakt of er van gepaste zorg sprake is. De visitatie zou twee- of vierjaarlijks kunnen plaatsvinden.

Meer eenvoud, minder bureaucratie

Met het terugdringen van het aantal benchmarks en registratiesystemen in zorginstellingen brengen we ook de eenvoud terug in het systeem en laten we hulpverleners meer in hun waarde. Dat bespaart kosten. Eenvoudige indica-

.....

.....

ties zijn de verantwoordelijkheid van zorgprofessionals, waardoor het CIZ (Centraal Indicatieorgaan Zorg) kan worden afgebouwd. Indicaties die samenhangen met arbeid of sociale zekerheid kunnen door het UWV worden verricht. De minutenregistratie in de AWBZ moet worden stopgezet. Met dit alles verminderen we de bureaucratie aanzienlijk.

Deze maatregelen maken het voor patiënten en hulpverleners niet alleen een stuk eenvoudiger, zij bevorderen ook een gepast gebruik van de zorg. Er komt zo namelijk meer ruimte om de integrale hulpvraag van de patiënt duurzaam centraal te stellen in plaats van de concurrentie om de winst of een claim of recht op een deel van de zorg. Die moraal doorkruist de moraal van het zorgen voor elkaar en leidt niet tot doelmatig omgaan met de beschikbare middelen.

Verbod op winstuitkering en op overmatig belonen

Een verbod op winstuitkering voorkomt bovendien een dominantie van het eigen belang, zowel bij zorgverleners als bij zorgverzekeraars en instellingen. Gelden moeten niet weglekken naar aandeelhouders met andere dan zorgmotieven. Dezelfde moraal geldt ten aanzien van de salarissen en opdrachten voor bestuurders, toezichthouders en beroepsbeoefenaren. Gepaste zorg vraagt om samenwerken rond de patiënt, maar ook om soberheid. Bestuurders en toezichthouders moeten om maatschappelijke en zorginhoudelijke motieven hun taken vervullen, niet om commerciële motieven. Accreditatie van bestuurders helpt bij het opbouwen van een register van goede zorgbestuurders die hun maatschappelijke opdracht vooropstellen.

3.6 Uitkomst: waardigheid

Afschaffen minutenregistratie en herwaarderen van de dialoog

De waardigheid van de patiënt en waardigheid in de zorgverlening stonden in het gepresenteerde perspectief centraal. Wanneer is dat bereikt? Als de aandacht voor mensen niet wordt verdrongen door overproductie, bureaucratiesering van het werk en concurrentie op prijs en arbeidsvoorwaarden. Goed werkgeverschap in de zorg richt zich zo ook op waardigheid van de werknemers. Daarbij passen aandacht en dialoog,

.....

.....

zowel met zorgprofessionals als patiënten. Dat geeft ruimte aan zelfzorg en zelfmanagement boven dure instellingsgebonden zorg die mensen niet meer regie over het eigen leven geeft. Het biedt ook ruimte voor nieuwe beroepen in de zorg en een andere afstemming met wat vrijwilligers en mantelzorgers doen. Veelal bespaart dat ook kosten. Een ICT-infrastructuur voor elektronische zorginformatie-uitwisseling kan hierbij helpen, mits de patiënt eigenaar is van zijn/haar eigen medisch dossier. Alleen door de patiënt geautoriseerde zorgverleners kunnen het dossier inzien. Betrokken zorgverleners zijn aansprakelijk bij misbruik van het dossier.⁴⁸

Tegengaan van onnodige verlenging van lijden

Bij dit alles telt niet in de eerste plaats het kostenvraagstuk, maar vooral de waardigheid in de zorgverlening en de regie over het eigen leven. Dat geldt ook bij ingewikkelde vraagstukken zoals de zorg in de laatste fase van het leven. Heeft een patiënt van 95 jaar 'recht' op een nieuwe heup? Heeft een patiënt recht op een behandeling die zijn leven met enkele maanden verlengt? Deze vragen zijn lastig. Product- en consumentdenken versterken de logica van het verkrijgen en claimen van zorg. Redenerend vanuit de waardigheid en kwaliteit van het leven gaat het om de gezamenlijke verantwoordelijkheid om het stopzetten van uitzichtloos behandelen en onnodige verlenging van het lijden meer bespreekbaar te maken. Die dialoog tussen hulpverlener en patiënt hoort ook bij gepaste en waardige zorgverlening.

Innovatie is van waarde en moet bij de zorginkoop een grotere rol spelen

Om de personele druk het hoofd te bieden, en de waardigheid van het werken in de zorg hoog in het vaandel te houden, zouden zorgverzekeraars verplicht moeten bijdragen in een fonds waaruit projecten ter bevordering van de arbeidsproductiviteit worden gefinancierd. De financiële effecten van innovaties laten zich veelal op langere termijn vertalen, dus hier is een gezamenlijke inspanning noodzakelijk. Zorgverzekeraars en gemeenten moeten daarmee rekening houden in hun zorginkoop en het CPB in zijn doorrekeningen van beleid. Dat gebeurt nu onvoldoende, waardoor de winst van innovaties onzichtbaar blijft en wordt ondergewaardeerd. Bovendien vertraagt het belangrijke veranderingen in de beroepsuitoefening.

.....

.....

Betere arbeidspositie ZZP-ers en ondersteuning mantelzorgers

Waardigheid in de zorgverlening heeft daarnaast ook te maken met de waardering in termen van contract en arbeidsvoorwaarden. De positie van ZZP-ers dient breed versterkt te worden. Waardigheid van de werker en de waardering voor het vaak moeilijke werk in de zorg moeten vooropstaan. Een arbeidscontract moet daaraan dienstbaar zijn. Veel zorgmedewerkers behoren inmiddels tot de groep ZZP-ers waarvan de arbeidscontracten verslechterden de afgelopen jaren. Wij pleiten voor een fatsoenlijke pensioenopbouwregeling en voor meer mogelijkheden tot scholing voor alfa-hulpverleners die ZZP-er zijn, zoals de SER aanbeveelt.⁴⁹ Functiedifferentiatie biedt bovendien meer mogelijkheden om taken te verschuiven. Daarbij is ook de afstemming met de informele zorg van belang. Lokale en regionale mobiliteitspools voor mantelzorgers kunnen gemeenten helpen bij hun ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers en kunnen de druk verlichten op professionals. Passende verlofregelingen, flexibele arbeid en koppeling tussen uitkeringen en begeleiding naar stages en opleiding zijn daarbij van belang.

3.7 Conclusie: de politieke agenda

Een sociaal-democratische gezondheidspolitiek streeft naar een eerlijke kans op een gezond en waardig leven voor iedereen, door de behoeften van mensen centraal te stellen en ziekte, ongezondheid en achterstanden via samenwerking en zorgzaamheid te bestrijden. Daarbij draagt iedereen naar draagkracht een eigen financiële en sociale verantwoordelijkheid. Zo wordt zorg weer beschouwd als een relatie, in plaats van als product dat je claimt, neemt en weer weg doet. Binnen de zorgrelatie dragen we individueel en collectief verantwoordelijkheden. Dat is de route waarlangs wij het vraagstuk van de kostenbeheersing willen beantwoorden.

Collectieve arrangementen, zoals de inkomensafhankelijke financiering van een breed basispakket, een sterke eerste lijn in de zorg en het afdwingen van gepast gebruik van zorg, zijn daarbij onmisbaar. Het sociale karakter van ons zorgverzekeringsstelsel moet daartoe worden aangescherpt, onder meer door de wettelijke verankering van de publieke verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars voor regionaal samenhangende zorg en het verbod op

.....

.....

winstuitkering. Hun oriëntatie moet gericht zijn op het inkopen van de beste kwaliteit van zorg, preventie en op het bereiken van gezondheidswinst.

Evenzo belangrijk is de versterking van de publieke verantwoordelijkheid van de overheid voor de meest kwetsbaren in de langdurende zorg. Naast het toezicht op de goede kwaliteit van zorg moet de overheid er daarom scherper op toezien dat onnodige medische zorg, onoorbare tariefontwikkelingen, minutenregistraties, verspilling en overproductie worden voorkomen. Samenwerking en integrale zorg zijn de norm, dus de NMa heeft geen rol daarbij. De verschillende medische, zorginhoudelijke en financieel-economische argumenten moeten evenwichtig gewogen worden. De NZa lijkt daartoe beter in staat dan een algemeen markttoezicht van de NMa.

Om voor de toekomst ook nieuwe wegen naar houdbare solidariteit te verkennen moeten we daarnaast ook een (zorg)spaarregeling willen doordenken op onze sociaal-democratische kernwaarden. Dit kan een rechtvaardig antwoord bieden op de toename van (inkomensafhankelijke) eigen bijdragen in de ouderenzorg.

De geschetste voorstellen voor een sociaal-democratische gezondheidspolitiek nemen de morele en culturele vraagstukken in de zorg ter hand. Zonder deze invalshoek is er geen sterk en sociaal antwoord te vinden op het vraagstuk van de kostenstijgingen. Immers, zonder een kanteling van het denken over het bekostigen van zorg naar het voorkomen van ongezondheid en ziekte, zonder samenwerken voor meer kwaliteit van leven en zonder elkaar aan te spreken op een gepast gebruik van de zorg en op de waardigheid van de zorgverlening leidt kostenbeheersing niet tot een duurzaam antwoord op de vraag wat de zorg ons waard is.

Overzicht oplossingsrichtingen

Uitgangspunt: de mens met een integrale hulpvraag

- > Meer intersectoraal beleid in samenwerking met gemeenten, corporaties, werkgevers en de zorg.
- > Verplichte sport door gymleraren op scholen.
- > Bindende afspraken met voedselindustrie over zoet-, vet- en zoutgebruik.
- > Beperking van de vleesproductie (in EU-verband).

-
- > Doelgroepgerichte gezondheidsvoorlichting door gemeenten (o.a. rond obesitas, diabetes).
 - > Minder medicalisering, meer gerichtheid op preventie.
 - > Investeren in langer zelfstandig en zelfredzaam zijn (kostenbesparende innovaties).

Principe: bijdragen naar draagkracht

- > Meer inkomensafhankelijke zorgpremies, een inkomensafhankelijk eigen risico en eigen betalingen op basis van verbinding tussen inkomenssolidariteit en risicosolidariteit.
- > Integrale spaarregeling voor zorg, welzijn, wonen en pensioen (ook inkomensafhankelijk).
- > Een breed basispakket; een nieuwe ‘trechter van Dunning’ is leidend bij toelating tot pakket.
- > Een laag eigen risico. Geen of beperkt eigen risico voor chronisch zieken en gehandicapten.
- > AWBZ als ononderhandelbaar recht op zorg voor de meest kwetsbaren.
- > Alles wat met ziekte te maken heeft valt onder de Zorgverzekeringswet.
- > Alles wat met welzijn en begeleiding te maken heeft valt onder de Wmo.
- > Overheveling van een deel van de accijnzen op roken en alcohol naar het zorgbudget.

Werkwoord: samenwerken om de patiënt

- > Niet concurreren om de markt, maar samenwerken om de patiënt.
 - > Integrale zorg start bij sterke eerste lijn met huisarts en wijkverpleegkundige.
 - > Samenwerking vanuit multidisciplinaire gezondheidscentra in de eerste lijn.
 - > Integrale tarieven en bekostiging gericht op afstemming, samenwerking en kostenbeheersing.
 - > Wettelijke taak zorgverzekeraars tot inkoop regionaal samenhangende zorg (via regioplannen) met verplichte preventie in verzekeringspolissen.
 - > Zorgverzekeraars volgen de afspraken die de grootste verzekeraar in een gebied maakt.
 - > Verplichte afstemming (regio)gemeenten en zorgverzekeraars in regionale convenanten.
-

-
- > De overheid stelt randvoorwaarden voor regio-overstijgende zorgfuncties, kwaliteit en toezicht.
 - > Zorgspecifiek toezicht dat stuurt op samenwerking (dus geen rol voor de huidige NMa).

Resultaat: gepast gebruik

- > Verdere ontwikkeling van indicatoren voor gezondheidswinst en kwaliteit van leven.
- > Aanscherping van de indicatiediscipline van zorgprofessionals.
- > Boeteclausule op onnodig claimedrag.
- > Meer eigenaarschap van patiënten, zorgprofessionals en zorgverzekeraars.
- > Verbod op winstuitkering.
- > Salariscodes bestuur, toezicht en medisch-specialisten.
- > Accreditatie van goede bestuurders.
- > Verplichte bijdrage van zorgverzekeraars aan een fonds voor arbeidsbesparende innovaties.
- > Het CPB aansporen om de langetermijneffecten van innovaties (onder meer op kosteneffectiviteit en arbeidsproductiviteit) zwaarder mee te laten wegen in hun doorrekeningen.

Uitkomst: waardigheid

- > Versterking vertrouwensrelatie arts-patiënt door versimpeling van de indicatiestelling.
 - > Afschaffing minutenregistratie in de AWBZ.
 - > Versteving positie ZZP-ers (o.a. pensioenopbouw) en betere ondersteuning van mantelzorgers.
 - > De patiënt als eigenaar van het medisch dossier.
 - > Een betere dialoog over het levenseinde: tegengaan van onnodige verlenging van lijden.
-

4 > Bijlagen

4.1 Feiten en cijfers over de zorguitgaven

In 2013 geeft Nederlandse overheid naar verwachting 76,6 miljard euro uit aan collectieve zorg, dat is ruim 12% van het BBP. De zorg is de grootste post op de Rijksbegroting en behelst bijna 30% van de totale collectieve uitgaven. Naast de collectief gefinancierde zorg is er ook nog een grote particuliere zorgconsumptie, zowel in de aanvullende verzekeringsfeer als particuliere uitgaven aan niet verzekerde behandelingen, medicijnen en hulpmiddelen. In 2011 spendeerden Nederlanders in ruim 90 miljard euro, 14,9% van het BBP, uit aan collectieve en particuliere zorg. De uitgaven blijven groeien. Bij ongewijzigd beleid gaat volgens het CPB in 2040 een modaal inkomen voor bijna de helft op aan collectieve zorgkosten en stijgt de collectieve lastendruk naar 35% van het bruto inkomen.

	Nominaal	% BBP
Budgettair Kader Zorg 2013 (bruto)	70,5 mld	11,33%
wv Zorgverzekeringswet (Zvw)	41,0 mld	6,59%
wv Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)	27,3 mld	4,39%
wv Wet Maatschappelijk Ondersteuning (WMO)	1,5 mld	0,24%
wv Overige (Wtcg, opleidingen, Caribisch Nederland)	0,6 mld	0,10%
Eigen bijdragen (eigen risico, AWBZ bijdragen, GGZ)	- 4,7 mld	0,76%
Budgettair Kader Zorg 2013 (netto)	65,8 mld	10,58%

Het Budgettair Kader Zorg (BKZ) is het bedrag dat Nederlanders aan collectief verzekerde zorg uitgeven en samen financieren. Deze uitgaven betreffen 70,5 miljard euro, ruim 11% van het BBP. Het grootste gedeelte wordt besteed aan de curatieve zorg (Zvw), en niet aan de langdurige en ouderenzorg (AWBZ en WMO) zoals door de vergrijzingdiscussies vaak wordt gedacht. De gemiddelde Nederlander is 5.000 euro aan collectieve zorg kwijt, zo blijkt uit de VWS-begroting 2013.

De bulk van de collectieve zorguitgaven wordt gefinancierd via Zvw- en AWBZ-premies. De Zvw wordt voor het overgrote deel betaald door nominale premies (gemiddeld 1.273 euro per verzekerde) en de inkomensafhankelijke bijdragen (IAB Zvw), die 7,75% (of 5,65% voor ondernemers en 65-plussers) over maximaal 50.064 euro inkomen bedraagt. Voor de Zvw zijn de inkomsten



.....

uit de inkomensafhankelijke bijdrage de afgelopen jaren veel sterker gestegen dan de inkomsten uit de nominale premies, mede doordat de inkomensgrens waarover werd geheven verder naar boven is opgetrokken. De minister van VWS heeft met haar premiestelling sinds 2006 de financiering van de Zvw steeds inkomensafhankelijker vormgegeven. De uitgaven en financiering van de aanvullende verzekeringen tellen niet mee voor het BKZ-kader.

De AWBZ wordt grotendeels gefinancierd door een premie van 12,65% over de eerste en tweede belastingschijf van Box 1 in de inkomstenbelasting, dus tot de inkomensgrens van 33.364 euro. Daarnaast zijn er allerlei aanvullingen via de belastingmiddelen. Wil men het volledige beeld als het om collectieve zorguitgaven gaat, dan zou men een deel van de VWS-begroting en de zorgtoeslaguitgaven van de SZW-begroting (ruim 6 miljard euro) bij het BKZ moeten optellen. De Miljoenennota 2013 komt zo uit op 76,6 miljard euro.

	Nominaal	% BBP
Zvw inkomensafhankelijke bijdrage premies	22,7 mld	3,65%
Zvw nominale premies	16,9 mld	2,72%
Rijksbijdrage kinderen	2,6 mld	0,42%
Eigen betalingen Zvw (eigen risico, eigen bijdrage ggz)	2,9 mld	0,47%
<hr/>		
AWBZ premies	17,3 mld	2,78%
Rijksbijdragen voor kosten heffingskortingen (BIKK)	3,7 mld	0,60%
Belastingen (voor tekort AWBZ fonds)	4,7 mld	0,76%
Eigen betalingen AWBZ (eigen bijdrage, vermogensbijtelling)	1,8 mld	0,29%
<hr/>		
Gemeentefonds (Wmo)	1,5 mld	0,24%
Begroting VWS (opleidingen, Wtcg, Caribisch gebied)	0,7 mld	0,11%

Tussen de financieringsbehoefte van de Zvw en de AWBZ blijkt uit het overzicht wel een groot verschil. De Zvw-premies zijn dekkend voor de Zvw-uitgaven, sterker nog er wordt voor enkele miljarden meer premie geheven dan er aan Zvw-uitgaven wordt gedaan. Hoe anders is het echter met de AWBZ. Vanuit de

.....

.....

algemene middelen (belastingheffing) betaalt de Staat 4,7 mld euro bij om het tekort tussen AWBZ-premies en -uitgaven te dekken, naast een bijdrage van 3,7 mld euro voor de premiedervingen door de heffingskortingen. Op termijn worden door de vergrijzing in de AWBZ veel grotere tekorten voorzien. Het volledig fiscaliseren van de AWBZ wordt daarom vaak als optie genoemd. Interessant is te zien dat de Wmo-uitgaven van 1,5 mld euro door de gemeenten ‘peanuts’ zijn in vergelijking met de landelijke Zvw- en AWBZ-regelingen. In de media krijgt de Wmo veel aandacht in verhouding tot het budgettair beslag ervan.

4.2 Verantwoording door de schrijvers

Vanaf 2010 zijn de initiatiefnemers en schrijvers van deze nota, afkomstig uit de Werkgroep Zorg van de Wiardi Beckman Stichting, in debat geweest binnen en buiten de partij om een sociaal-democratisch perspectief op de volksgezondheid en zorg te schetsen. Het schrijven van dit stuk was een organisch proces. De nota is veelvuldig bediscussieerd binnen en buiten de eerder genoemde Werkgroep Zorg. Tijdens vele bijeenkomsten zijn deelthema’s bediscussieerd. Wij zijn schatplichtig aan de leden van de werkgroep die vaak intensief hebben meegelezen, deskundig commentaar hebben geleverd of de inhoud van kritische kanttekeningen hebben voorzien. Zij hebben de nota aanzienlijk verrijkt en versterkt. Er werd vaak heftig maar zeer fundamenteel gedebatteerd. De kernwaarden waren vaak het probleem niet; de praktische vertaling des te meer. Normen en waarden worden gekleurd door individuele ervaringen en abstracties als culturele opvattingen, levensbeschouwing en ethische afwegingen. In retrospectief precies het type debat dat zorg haar bijzondere karakter geeft en waarvan wij vinden dat het veel vaker gevoerd zou moeten worden. In die zin is één missie alvast geslaagd. Wij mogen de nota dan hebben afgerond; de debatten zien wij geenszins als ‘af’. Integendeel. Als deze notitie een aanzet mag geven tot een debat binnen en buiten de partij over wat van waarde is in de zorg, zijn wij trots en dankbaar.

Kim Putters, voorzitter van de WBS Werkgroep Zorg
Dirk Achterbergh, lid van de WBS Werkgroep Zorg
Wimar Bolhuis, secretaris van de WBS Werkgroep Zorg
Faïrouz Ben Salah, medewerker WBS

.....

.....

De deelnemers aan de WBS Werkgroep Zorg zijn in de afgelopen periode de volgende mensen geweest: Ahmed Ali, Auke Bijlsma († 26 maart 2012), Martin Buijsen, Jet Bussemaker, Miek van de Boogaard, Marius Dijke, Trees Flapper, Erik Gerritsen, Louise Gunning-Schepers, Jan Hamel, Joop Hendriks, Thomas Hendrikx, Godelieve van Heteren, Gerard Hoogvliet, Ed Huijg, Attje Kuiken, Marijke Linthorst, Pauline Meurs, Myra Nods, Jopie Nooren, Lobke van Overbeek, Martin van Rijn, Maartje Schrama, Monika Sie, Anja Timmer, Eeke van der Veen, Romke van der Veen, Rene Verschoor en Agnes Wolbert.

Daarnaast hebben verschillende mensen bijdragen aan de discussies geleverd, in schrift of in presentaties, waaronder Margo Trappenburg, Anne Mei The en Frans Becker.

5 > Noten

- 1 Zie onder meer De Sociale Staat van Nederland van het Sociaal en Cultureel Planbureau (2011) en cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek uit 2011 en 2012.
- 2 Dit blijkt herhaaldelijk uit vergelijkend onderzoek van de OESO en de WHO. In De Winst van Zorgvernieuwing van E. den Breejen, K. Putters en P.H.A. Frissen, 2009, en Operatie Zorg van J. Cornelissen (2011) wordt daarnaast uitvoerig ingegaan op de innovatiekracht van de Nederlandse gezondheidszorg.
- 3 Zie onder meer publicaties van het Centraal Planbureau (CPB) zoals Trends in Gezondheid en Zorg (2011).
- 4 Dit blijkt uit de Miljoenennota 2013, aangeboden aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal op 18 september 2012.
- 5 Dit blijkt uit voorlopige cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (2012) in CBS Statline.
- 6 Dit blijkt uit berekeningen van het Centraal Planbureau in de Trendanalyse Zorg (2011). Zie ook Zorgvisie van 25 november 2011. Opgemerkt moet wel worden dat daarbij volgens sommigen, zoals Marcel van Dam in zijn columns in de Volkskrant, van te sombere scenario's wordt uitgegaan.
- 7 Dit komt naar voren in onderzoek van Synnovate, De Waarde van de Zorg (2009), in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Soortgelijke conclusies zijn te trekken naar aanleiding van onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau (2011; 2012) en de ambtelijke werkgroepen Heroverweging (AWBZ).
- 8 Belangrijke bronnen hierbij zijn geweest het rapport van de Commissie De Waal, Zorg voor een gezond leven uit 2006, de publicaties rond de zogenaamde Brandende Kwesties, het beginselprogramma van de PvdA en de publicaties in Socialisme en Democratie over bestaanszekerheid.
- 9 A. De Swaan, Zorg en de Staat, 1987; J. Van Mierlo, Het particulier initiatief in de gezondheidszorg, 1990; Boot en Knapen, De Nederlandse gezondheidszorg, 1983.
- 10 Zie rapporten van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg uit 1998, 2009 en 2011 over de ontwikkeling in en van het zorgstelsel. Daarnaast: T.E.D. van der Grinten, Bringing the market back in? A comparative analysis of the politics and policies of market-oriented reforms in Dutch housing and healthcare, 2007.
- 11 Artikel 22 van de Grondwet stelt dat de overheid maatregelen treft ter bevordering van de volksgezondheid.
- 12 De Structuurnota van de toenmalige staatssecretaris Hendriks (1974).
- 13 Rapport van Philips Topman Wisse Dekker, Bereidheid tot verandering, 1991, gevolgd door de nota Vraag aan bod van toenmalig Minister Els Borst, 1999. Verscheidene rapporten van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, zoals Medisch-specialistische zorg in 20/20 (2011) hebben onderdelen van de problemen in het zorgstelsel belicht en uitgewerkt, net als rapporten van de Sociaal Economische Raad zoals Naar een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg: een tussentijds advies op hoofdlijnen (2012), Countries compared on public performance: a study of public sector performance in 28 countries van het Sociaal en Cultureel Planbureau (2012) en Trends in gezondheid en zorg van het Centraal Planbureau (2011).
- 14 De Zorgverzekeringswet van 16 juni 2005, door de Kamer geloodst door de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Hans Hoogervorst, trad op 1 januari 2006 in werking.
- 15 Zie ook bijlage 2 met een overzicht van de financieringsstromen in de Nederlandse zorg.
- 16 Zie de Zorgbalans versie 3.3 (2012) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- 17 Zie onder meer gezondheidswetenschappen als Erik Schut

- die over de publieke randvoorwaarden van de markt in de zorg schrijft, en Martin Buijsen die de democratische legitimatie van keuzes in de zorg benoemt.
- 18 Zie ook het rapport van de PvdA Commissie De Waal, *Zorg voor een gezond leven*, 2005. PvdA verkiezingsprogramma's voor de verkiezingen van de Tweede Kamer uit 2006, 2010 en 2012.
- 19 F.T. Schut, *De zorg is toch geen markt: laveren tussen marktfalen en overheidsheidsfalen in de gezondheidszorg* (Oratie Erasmus Universiteit Rotterdam, 2003). Tevens van F.T. Schut: *Wordt de zorg een markt: terugblik en vooruitblik na een jaar Zorgverzekeringswet*, Tijdschrift voor Management en Organisatie (61), 2007.
- 20 Centraal Planbureau (2011), *Trends in Gezondheid en Zorg*, pagina 6.
- 21 J.P. Mackenbach, *Volksgezondheid en gezondheidszorg, 2008*; *Sociaal-economische gezondheidsverschillen en de verzorgingsstaat*, 2007.
- 22 M. de Klerk, R. Gilsing en J. Timmermans, *Op weg met de Wmo. Evaluatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2007-2009*, Sociaal en Cultureel Planbureau, 2010; M. van Eerten, *Vele gezichten van de WMO; maatschappelijke ondersteuning tussen wet en werkelijkheid*, 2007.
- 23 Zie rapport: *Face-to-Facebook: over innovaties in de e-mental health*, van K. Putters en M. Janssen, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2012.
- 24 Onderzoek van onder meer Jan Kremer, Bas Bloem en Annemijn Aarts bij MijnZorgNet in Nijmegen naar ehealth en zelfredzaamheid wijst uit dat op lange termijn veel besparingen te behalen zijn uit de inzet van ehealth innovaties zoals online communities voor patiënten en cliënten.
- 25 KPMG, *Naar beter betaalbare zorg*, 2012; *Bestuur en toezicht lopen grote risico's*, 2011. Daarnaast het CPB rapport *Omgevingsscenario's voor gezondheid en zorg*, 2011 en de Brancheanalyse gezondheidszorg van PWC uit 2011.
- 26 Er is meerdere keren onderzoek gedaan naar de wensen van patiënt met betrekking tot de opstelling van behandelend artsen. Zeer kort samengevat en waarschijnlijk gechargeerd: een huisarts moet vooral begrijpend en sociaal zijn en een snijdend medisch specialist (bijvoorbeeld een neurochirurg) technisch goed; daar geldt de dialoog als het er écht op aankomt minder. Dat is ook vertrouwen.
- 27 Zie het rapport *Bewijzen van goede dienstverlening van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid* uit 2004.
- 28 APE/ Universiteit Maastricht, *Ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg; door slimmer werken meer kwaliteit met minder mensen*, 2008.
- 29 Dit blijkt onder meer uit het proefschrift van Lars Tummers naar de betekenis van het DBC systeem voor de beleving van het medisch-specialistische werk getiteld *Policy Alienation* (2011). Daarnaast is de Erasmus Universiteit Rotterdam, in samenwerking met IZZ Zorgverzekeringen, een onderzoek gestart naar de zorgconsumptie van zorgmedewerkers om te achterhalen wat de oorzaken van hun ziekteverzuim zijn.
- 30 L. Winter, *Zorgondernemerschap als therapie: van medisch paternalisme, naar consumentisme van patiënt naar klant*, 2011 (Oratie Universiteit Nijmegen).
- 31 Commissie Evaluatie Risicoverevening Zorgverzekeringswet, *Evaluatie Risicoverevening Zorgverzekeringswet*, 2012.
- 32 K. Putters, *Besturen met Duivelselastiek*, 2009 (Oratie Erasmus Universiteit Rotterdam). Zie ook de afscheidsrede van T.E.D. van der Grinten, *Zorgen om beleid; Over blijvende afhankelijkheden en veranderende bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg*, 2007.
- 33 Zie de onderzoeksrapporten van de Onderzoeksraad voor Veiligheid over het Radboud Ziekenhuis, van de Commissies Lemstra en Hoekstra over de misstanden in het Medisch Spectrum Twente en

- de rapporten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg hierover.
- 34 Zie onderzoek van het SCP naar de beleving van burgers ten aanzien van publieke voorzieningen. In het najaar van 2012 verscheen onder meer het rapport Meebetalen aan zorg: Nederlanders over solidariteit en betaalbaarheid van de zorg (SCP, 2012).
- 35 M. Buijsen, Theorie en definitie van het gezondheidsrecht, 2009 (Oratie Erasmus Universiteit Rotterdam).
- 36 Zie onder meer de monitors van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorgverzekeringsmarkt (2006 en verder) en publicaties van de NPCF, waaronder ook de Zorgkaart met oordelen over en ervaringen van patiënten met zorginstellingen.
- 37 Centraal Planbureau, Trendanalyse Zorg, 2011; Zorgvisie, 25 november 2011.
- 38 Zie het rapport Sturen op gezondheidsdoelen van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2011) en het rapport van het Sociaal en Cultureel Planbureau Countries compared on public performance: a study of public sector performance in 28 countries (2012). Hier moet ook rekening gehouden worden met het zogenaamde effect van Baumol.
- 39 De studie van W. Waterlander (2012) van de Vrije Universiteit in Amsterdam bewijst de effecten hiervan. Hierop werd ook gewezen in eerdere rapporten van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, zoals Gezond zonder Zorg (2000).
- 40 Onderzoek van het NIVEL (2011) wijst uit dat gerichte afspraken over de aanpassing van werktijden voor werknemers met diabetes tot meer kwaliteit van leven en arbeid en tot meer arbeidsproductiviteit leiden.
- 41 Dat vermindert bovendien de bureaucratie van de zorgtoeslagen. Die kan worden afgeschaft bij de meer inkomensafhankelijke inning van premies en betalingen via de Belastingdienst. Dit raakt ook de recente discussie naar aanleiding van het Regeerakkoord van VVD en PvdA in het najaar van 2012. In deze nota kiezen we voor een inkomensafhankelijk eigen risico, een betere balans tussen nominale en procentuele premies en inkomensafhankelijke eigen bijdragen. Ten aanzien van lokale eigen bijdragen kan de inning hiervan via het CAK met weinig bureaucratie voor gemeenten geregeld worden.
- 42 Deze verplichte AWBZ verzekering zou ook onderdeel van de Zorgverzekeringswet kunnen zijn zodat er slechts 2 wettelijke regimes overblijven. De zorg voor de meest kwetsbaren mag in elk geval geen onderhandeling met bijvoorbeeld werkgevers worden inzake de premiestelling. Daar gaat de politiek over bij deze groep kwetsbare mensen.
- 43 Dat maakt integraal afgestemde zorg door ouderen beter mogelijk. Ook de Sociaal Economische Raad adviseerde dit recentelijk (najaar 2012) in het rapport Naar een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg. De 'Agenda voor de zorg' van de gezamenlijke zorgpartijen sluit hier ook bij aan (tevens verschenen in het najaar van 2012).
- 44 Dit beoogt een solide beoordelingsinstrument te zijn voor het toelaten van voorzieningen tot het basispakket. Het CVZ (College voor zorgverzekeringen) adviseert sinds 2006 over de samenstelling van het verzekerde pakket in de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. Het CVZ hanteert hiervoor een breed onderbouwde en uitgeteste procedure, waarin de noodzakelijkheid, de (kosten)effectiviteit en de uitvoerbaarheid de beoordelingscriteria zijn. Tevens vinden uitgebreide consultaties van de belanghebbende partijen plaats en een maatschappelijke discussie over de gevolgen. De minister neemt de uiteindelijke beslissing over de opname in het pakket, maar wijkt zelden af van het CVZ-advies.

-
- 45 Aanbesteding is niet verplicht, maar tegelijk er zijn veel varianten mogelijk, van sociaal tot gebiedsgericht aanbesteden. Tot op buurt- en straatniveau kunnen prioriteiten voor zorg en dienstverlening worden aangegeven door gemeenten. Er is daarnaast een Europese richtlijn in ontwikkeling die voor medische voorzieningen een apart (licht) aanbestedingsregime voorstelt. Datzelfde beoogde de motie Hamer die bij de behandeling van de Aanbestedingswet werd aangenomen in de Tweede Kamer.
- 46 Hierbij past een nader uit te werken model waarbij de afspraken die de grootste verzekeraar maakt moeten worden gevolgd door de overige verzekeraars, zodat de verzekerden kunnen rekenen op integrale zorg en preventieve maatregelen die ongezondheid en ziekte moeten voorkomen. We schetsen hier het uitgangspunt, de techniek zal nader moeten worden uitgedacht.
- 47 Denkbaar is dat in de overgang naar dit systeem tijdelijke vormen van (regionale) budgettering behulpzaam zijn, maar dat moet dan leiden tot nieuwe tarieven voor integrale zorg die zowel betere afstemming als kostenbesparingen tot gevolg hebben.
- 48 Zie R. Haux, E. Ammenwerth, W. Herzog, P. Knaup, Health care in the information society. A prognosis for the year 2013. International Journal of Medical Informatics, 3-21, 2002. Tevens: M.E. Porter en E. O. Teisberg, Establish standards and rules that enable information technology and information sharing. In M. E. Porter en E. O. Teisberg, Redefining health care (pp. 362-364), Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press, 2006.
- 49 Zoals bedoeld in het advies van de Sociaal Economische Raad, getiteld ZZP-ers in beeld: een integrale visie op zelfstandigen zonder personeel, 2010. Dit advies gaat over de versterking van de positie van ZZP-ers in brede zin.
-