

# Zorg voor je gezondheid!

Gedrag en gezondheid:  
de nieuwe ordening



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



# RVZ raad in gezondheidszorg

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg is een onafhankelijk adviesorgaan voor de regering en voor het parlement. Hij zet zich in voor de volksgezondheid en voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Daarover brengt hij strategische adviezen uit. Die schrijft hij vanuit het perspectief van de burger. Durf, visie en realiteitszin kenmerken zijn adviezen.

## Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

### Voorzitter

Prof. drs. M.H. (Rien) Meijerink

### Leden

Mw. A. van Blerck-Woerdman

Mr. H. Bosma

Mw. prof. dr. D.D.M. Braat

Mw. E.R. Carter, MBA

Prof. dr. W.N.J. Groot

Prof. dr. J.P. Mackenbach

Mw. drs. M. Sint

Prof. dr. D.L. Willems

### Algemeen secretaris

Drs. P. Vos

# Zorg voor je gezondheid!

**Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening**

Discussienota uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Den Haag, april 2010

## **Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**

Postbus 19404  
2500 CK Den Haag  
Tel 070 340 50 60  
Fax 070 340 75 75  
E-mail [mail@rvz.net](mailto:mail@rvz.net)  
URL [www.rvz.net](http://www.rvz.net)

### **Colofon**

Ontwerp: Koninklijke Broese en Peereboom B.V.  
Fotografie: Eveline Renaud  
Druk: Koninklijke Broese en Peereboom B.V.  
Uitgave: 2010  
ISBN: 978-90-5732-219-8

*U kunt deze publicatie bestellen via onze website ([www.rvz.net](http://www.rvz.net)) of telefonisch via de RVZ (070 340 50 60) onder vermelding van publicatienummer 10/05.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

# Kern van de discussienota

**In de zorgsector moeten en de vraag en het aanbod een andere weg inslaan. Niet meer, zoals tot nu toe, kiezen voor zorg en ziekte (zz), maar voor gedrag en gezondheid (gg). Van zz naar gg dus.**

## **Welk probleem lost deze discussienota op?**

De zz-aanpak past niet meer bij de zorgvrager van de komende tien jaar. Mensen kloppen niet in de eerste plaats aan om zorg bij ziekte. Zij willen gezond blijven. Zij willen meedoen in de samenleving. Dat betekent een ander aanbod.

## **Wat zijn de gevolgen voor de consument?**

Dit vraagt veel meer dan nu van de eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid. De burger is in deze aanpak niet meer, zoals nu, een passieve consument van zorg. Nee, hij is een actieve burger op zoek, soms samen met de zorgprofessional, naar gezondheid en naar kansen om mee te doen in de samenleving. Het betekent wel dat de burger meer zelf moet betalen voor zijn zorg. Maar ook dat hij meer beloond wordt voor gezond gedrag.

## **Wat zijn de gevolgen voor de zorgverlener?**

Die zijn enorm. Dit nieuwe denken vereist een volstrekt andere manier van werken. Sneller en actiever ingrijpen. Veel meer aandacht voor preventie. Naar voren denken! Een gerichtheid op de samenleving. En vooral ook: de patiënt coachen bij het zelfmanagement.

## **Wat kost het?**

In wezen kosten de voorstellen in deze discussienota geen geld. Men - zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheid - moet hun geld anders inzetten. Zij moeten investeren in gg, niet in zz. Na verloop van tijd, waarschijnlijk tussen nu en vijf jaar gaat dit geld opleveren.

## **Wat is nieuw?**

Heel veel in deze discussienota is nieuw. De gg-aanpak bijvoorbeeld. Maar ook het inloopcentrum, de 50 medisch-specialistische netwerken, de rol van de huisarts, de prestatiebeloning, de preventiebonus. En nog veel andere ideeën in deze nota.



## Inhoudsopgave

	<b>Samenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1</b>	<b>Waarom deze discussienota?</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>De Raad poneert zijn hoofdstelling: ‘van zz naar gg’.</b>	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>Uitdagingen en mogelijkheden 2010 – 2020</b>	<b>17</b>
3.1	Een substantieel groeiende, maar vooral veranderende zorgvraag	17
3.2	Meer medische mogelijkheden en meer kennis daarover bij het publiek	19
3.3	Een kritischer zorgconsument. Een burger op zoek naar gezondheid	20
3.4	Een dubbele rem op dit groeipotentieel: de arbeidsmarkt en het zorgbudget	22
3.5	Conclusies	22
<b>4</b>	<b>De oriëntatie op zorg en ziekte schiet tekort</b>	<b>25</b>
<b>5</b>	<b>Op zoek naar een oriëntatie op gedrag en gezondheid: ‘naar voren!’</b>	<b>31</b>
<b>6</b>	<b>De nieuwe ordening is dus ‘van zz naar gg’. Maar hoe nu verder?</b>	<b>35</b>
6.1	GG concreet	35
6.2	En wat doen zorgverzekeraars en overheid?	42
6.3	Wat besparen wij hiermee?	44
6.4	Explicitering van de aannames	44
<b>7</b>	<b>Stellingen voor de discussie in de zorgsector</b>	<b>47</b>
7.1	Inleiding	47
7.2	Stellingen	47
	<b>Bijlagen</b>	
1	Relevant deel van het RVZ-Werkprogramma voor 2009	53
2	Verantwoording van de procedure ter voorbereiding van dit document	55
3	Schema problemen en oplossingen	59
4	Lijst van afkortingen	61
5	Literatuurlijst	63
	<b>Overzicht publicaties RVZ</b>	<b>73</b>





## Samenvatting

*You don't need a weatherman to know which way the wind blows.  
Bob Dylan*

Tussen 2010 en 2020 neemt de vraag naar zorg aanmerkelijk toe, onder andere vanwege de vergrijzing. Zij verandert ook van karakter, doordat chronische aandoeningen het beeld van de gezondheidszorg gaan bepalen. In 2020 zal het aantal mensen met een chronische aandoening het aantal mensen met een tijdelijke aandoening ver overtreffen. Dat heeft grote gevolgen.

Meer mensen zijn levenslang ongezond, met problemen op meerdere terreinen en met beperkingen op het vlak van maatschappelijke participatie. Dat is niet goed voor Nederland en niet goed voor henzelf. Voor een kennismaatschappij die steeds hogere eisen stelt aan zijn mensen stelt, is een gezonde, goed opgeleide bevolking een *conditio sine qua non*. Mensen die chronisch ongezond zijn lopen een toenemende kans dat zij maatschappelijk op achterstand worden gesteld.

Het voorkomen van chronische aandoeningen wordt een belangrijke opgave voor de gezondheidszorg. Verder kan de gezondheidszorg door vroeg in te grijpen veel doen om erger te voorkomen als mensen toch een chronische aandoening krijgen. Er kan op dit gebied steeds meer en dankzij de toegenomen communicatiemogelijkheden zijn mensen daarover ook beter geïnformeerd. Dat is belangrijk, omdat het eigen gedrag en de eigen leefstijl een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van chronische aandoeningen, maar ook bij het beloop ervan. Goed leren omgaan met de eigen chronische aandoening of die van een huisgenoot heeft een grote impact op de uiteindelijke gevolgen.

Een extra reden om in te zetten op het voorkomen van chronische aandoeningen en het beperken van de gevolgen ervan is het vooruitzicht van beperkte personele en financiële middelen. De komende tien jaar kunnen 'handen aan het bed' de extra vraag naar zorg niet meer opvangen. De zorg zal beter en efficiënter moeten worden en mensen zullen voor verzorging en begeleiding een groter beroep moeten doen op hun eigen netwerk. De gezondheidszorg zal de komende tien jaar een grote veranderingsslag moeten maken: van ziekte en zorg (zz) naar gezondheid en gedrag (gg). En dat is dan ook de hoofdstelling van deze nota: van zz naar gg. Dit betekent: naar voren denken. Wat je doet, eerder, sneller en beter doen. Voor de ziekte uit denken. Deze verandering vatten we in vijf punten samen:

#### Contouren gg

- Oriëntatie van de zorg: gedrag en gezondheid
- Locatie en situering van de zorg: thuis, wijk, 2.0
- Reikwijdte en focus: van mono- naar multimorbiditeit
- Aan de voordeur van de zorg: expertise en actie
- De achterdeur van de zorg: continuïteit

De belangrijkste verandering is een culturele: het verleggen van de focus naar gezondheid en gedrag. En deze verandering - hier raken wij aan de kern van de zaak - geldt voor de zorgaanbieder, maar zeker ook voor de zorgvrager. Beiden moeten de weg naar gg inslaan. Voor beiden heeft het enorme gevolgen. Heel veel verandert daardoor: je beloning, je vergoeding, je rechten en je plichten. Zij zullen het samen moeten doen, als coproducten van gezondheid.

Deze verandering zal verankerd moeten worden in de organisatie van de zorg en in het gedrag van alle betrokkenen. Wat daarvoor nodig is, gaat de Raad verkennen in een debatronde in 2010. Later dat jaar brengt de Raad hierover advies uit, een advies dat zal focussen op dat wat de komende kabinetsperiode in gang moet worden gezet.

Als inzet voor de debatronde heeft de Raad in hoofdstuk 6 een aantal concrete suggesties voor veranderingen uitgewerkt. De belangrijkste:

#### Gezondheid en zorg

- Gezondheid 2.0 vervangt traditionele zorg, bevordert zelfmanagement.
- Inloopcentra (deels digitaal) vóór huisarts. Consultatiebureau gehele levensloop. Genees- en hulpmiddelenadvies.
- Poortzorg (deels digitaal): huisarts, verpleegkundige, specialist in flexibele teams. Meer kennis aan voordeur.
- 50 medisch-specialistische kennisnetwerken, aangesloten op voordeur.
- Achterdeur: regionale, transmurale verpleegdiensten voor nazorg.

Ook over sturing, financiering en bekostiging van de vraag en van het aanbod staan in deze nota suggesties. De belangrijkste:

**Sturing, financiering, bekostiging**

- Basispakket: kleiner.
- Differentiatie in de Zorgverzekeringswet.
- Beloon gemeenten, zorgverzekeraars, burgers voor gezond gedrag: preventiebonus.
- Nieuwe verzekeringsproducten (pensioen, zorg, hypotheek).
- Prestatiebekostiging (gezondheidswinst) zorgaanbieders.
- Alleen sturen op kwaliteit (met wettelijke normen).
- Zorginkoop/bekostiging vergaand dereguleren (uurtarief, ex post verevening's, dbc's, zzp's afschaffen).

Deze discussienota eindigt met een aantal uitdagende stellingen.

*Biology loves differences. Society hates it.*  
*Milton Diamond*



## 1 Waaron deze discussienota?

Ingrijpende veranderingen...	In en rond de zorgsector doen zich ingrijpende veranderingen voor.
... in de vraag naar zorg	In de sector verandert de vraag naar zorg. Niet alleen in omvang, ook van inhoud. Veranderingen in gang gezet door de demografie (vergrijzing), door de epidemiologie (meer chronisch zieken), maar ook door economische (toenemende welvaart) en culturele (opleidingsniveau, media) ontwikkelingen. Het zijn veranderingen die de zorgvraag een volstrekt ander aanzien geven. En in toenemende mate zullen geven. Wij staan pas aan het begin van deze verandering.
... maar ook in het aanbod	Dat is de zorgvraag. Maar ook aan de aanbodzijde zal in het nu komende decennium het een en ander gebeuren. Normaal gesproken zullen de medische mogelijkheden toenemen en op een aantal terreinen waarschijnlijk in een positieve stroomversnelling raken. Maar tegelijkertijd remmen twee factoren de groei af: te weinig mensen om het werk te doen en te weinig geld om de groei te bekostigen.
... en in de maatschappij	Dat speelt zich af in de zorgsector. Rond die sector zien wij even ingrijpende veranderingen. Het internet geeft informatie en zet aan tot kiezen: de burger, niet de producent of de overheid aan het stuur. Stijgende zorgpremies maken die burger, hoog opgeleid als hij is, en met de hulp van internet, tot een steeds kritischer consument. En hij moet steeds langer en ook steeds intensiever deelnemen aan productieve en sociale activiteiten. Hij moet bijvoorbeeld langer doorwerken. Deze omgevingsfactoren versterken elkaar en zij interacteren met de factoren die in de zorgsector werkzaam zijn.
De vier belangrijkste veranderingen op een rij	Dit is het beeld dat de komende tien jaren zal kleuren: 1. een substantieel groeiende, maar vooral ook veranderende zorgvraag, 2. meer medische mogelijkheden en meer kennis daarover bij het publiek, 3. een kritischer zorgconsument en burgers op jacht naar gezondheid, 4. tegelijkertijd een dubbele rem op het uitgroeiopotentieel: de arbeidsmarkt en het zorgbudget.
Verzet de zorgsector zich ...	De interactie van deze ontwikkelingen heeft, normaal gesproken, een groot effect op de inrichting van het zorglandschap. Op de ordening in de zorgsector. Op de manier waarop het aanbod zich richt op de vraag. Maar of dit zal gebeuren en of dit geluidloos en probleemloos op een natuurlijke wijze zal gebeuren weten wij niet. Er zijn twijfels. De bestaande ordeningen en de daaraan verbonden belangen, de manier waarop de zorgsector wordt gestuurd en bestuurd staan een noodzakelijke aanpassing in de weg. Zij veroorzaken ruis tussen vraag en aanbod. En dat kan er toe leiden dat, als er niets verandert, op zichzelf 'normale' en vooral autonome krachten werkzaam in en rond de zorgsector eerder negatieve spanning dan positieve groei oproepen.

... of verandert ze mee?	Dat moeten wij, om allerlei redenen, zien te voorkomen en daarin ligt de missie van deze discussienota. Met de nota wil de RVZ bijdragen aan een soepele aanpassing van de zorgsector aan de uitdagingen en mogelijkheden van 2020. Hij hoopt met het advies discussie los te maken in de zorgsector en binnen de overheid. Discussie over vragen als ‘wat komt er op ons af?’, ‘wat gaan wij daaraan doen’ en ‘wat is daarvoor nodig?’ Deze discussie organiseert de RVZ zelf in de loop van 2010. De resultaten ervan krijgen een plaats in een advies met als titel ‘De strategische zorgagenda 2010 - 2020’. Het beschrijft de keuzes voor de komende twee kabinetsperiodes.
De Raad wil dat de zorgsector mee verandert	In dit stuk staat dus de richting centraal. De route beschrijft de Raad in zijn advies later dit jaar.
Dit rapport gaat over de richting	Deze discussienota heeft als onderwerp ‘nieuwe ordeningen in de zorg’. Onder ordening verstaat de RVZ: <ul style="list-style-type: none"> <li>- de organisatie en de inrichting van het zorgaanbod (de voorzieningen);</li> <li>- de vormgeving van het zorgstelsel (financiering, bekostiging, kwaliteitsbeleid);</li> <li>- het functioneren van de vraagzijde (patiënt en patiëntenvereniging).</li> </ul> Over het derde aspect brengt de Raad gelijktijdig een afzonderlijk advies uit.
De nota opent met een statement, eindigt met stellingen	Het nu volgende moet dus discussie oproepen. Met dat doel voor ogen, heeft de Raad voor deze opbouw gekozen. De nota opent met een statement (hoofdstuk 2). Dat doet dienst als de hoofdstelling, die de basis is voor een aantal meer concrete substellingen voor de discussie. De hoofdstelling krijgt onderbouwing in de hoofdstukken 3 tot en met 6. De substellingen staan in het slothoofdstuk.
Achtergrondstudies	Deze nota is gebaseerd op een aantal achtergrondstudies: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Een nieuwe ordening door het naar voren schuiven van de zorg (Significant).</li> <li>- Van eerste lijn naar primaire gezondheidsondersteuning (RVZ).</li> <li>- Resultaten internetenquêtes Flycatcher en Nivel.</li> <li>- Moderne patiëntenzorg in Nederland: 8 jaar later (RVZ).</li> <li>- RIVM-gegevens.</li> <li>- Leefstijl en de zorgverzekering (RVZ).</li> </ul>

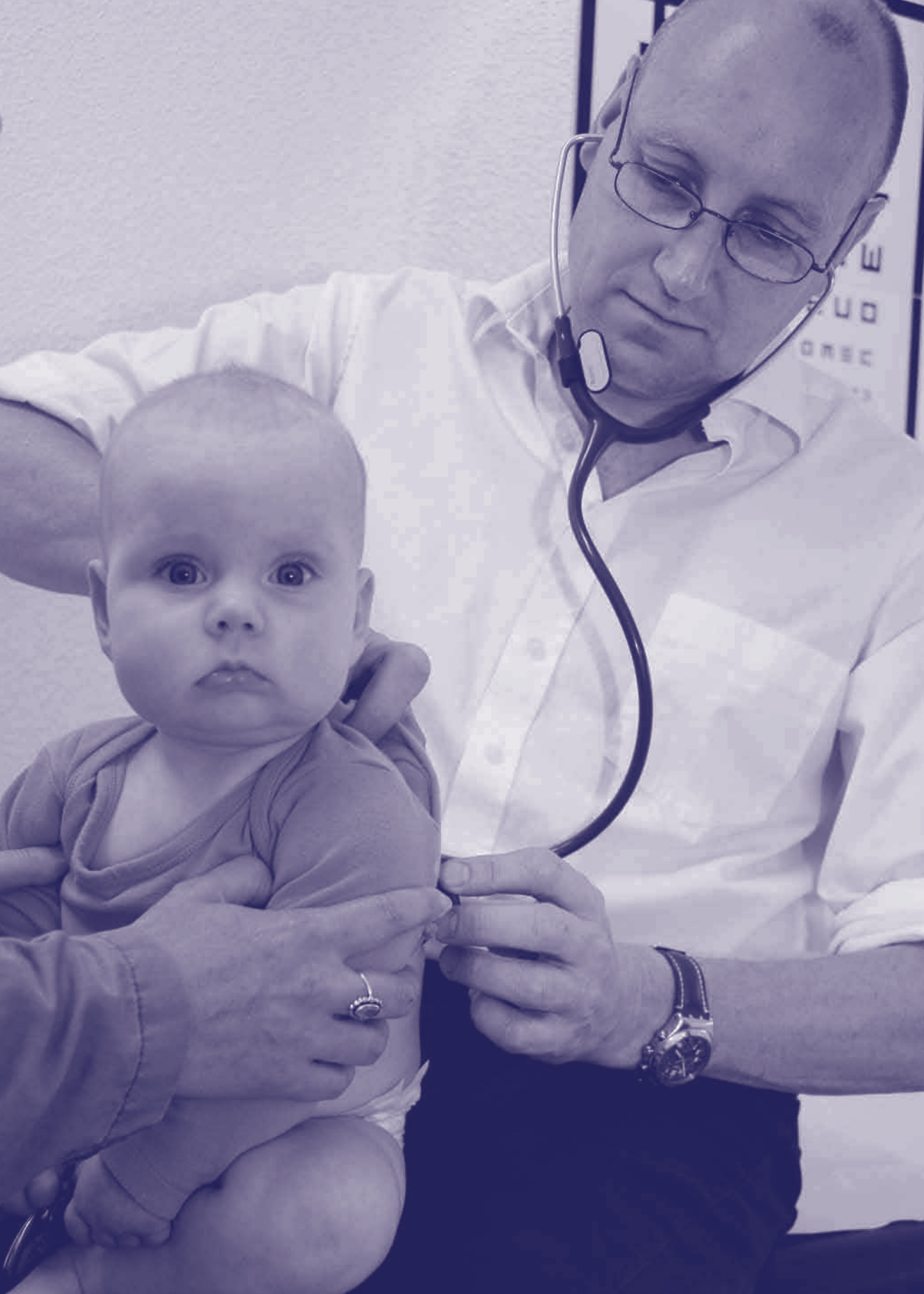






## 2 De Raad poneert zijn hoofdstelling: 'van zz naar gg'.

De richting	De RVZ heeft, om deze nota te kunnen schrijven, een grote hoeveelheid research gedaan. Hij heeft met veel mensen in de zorgsector gesproken. Dit heeft conclusies opgeleverd die in een hoofdstelling zijn te vangen.
Van zorg en ziekte naar gezondheid en gedrag	Aanbod en vraag in de zorgsector, in het bijzonder burgers, patiënten en zorgprofessionals, moeten, door interne en externe ontwikkelingen met een autonoom en dwingend karakter, veranderen en wel van een oriëntatie op zorg en ziekte (zz) naar een oriëntatie op gezondheid en gedrag (gg). Van 'zz' naar 'gg' (vrij naar Overgoor, 2003 en BIG!MOVE).
Waarom deze richting?	De weg naar deze hoofdstelling markeert de Raad in de volgende hoofdstukken. Verkort, ziet deze weg er zo uit.
Dat leggen we in de volgende vier hoofdstukken uit	<ul style="list-style-type: none"><li>- Cumulatie en interactie van processen in politiek en samenleving, aan de vraagzijde en op wetenschappelijk en technologisch terrein veroorzaken uitdagingen en mogelijkheden voor de zorgsector. Daarop zal zij een antwoord moeten vinden. De uitdagingen en mogelijkheden zijn namelijk van autonome en dwingende aard.</li><li>- De zorgsector probeert op dit moment het antwoord te vinden in de organisatie en de ordening (de cultuur en de structuur) van het op zorg en ziekte (zz) gerichte aanbod. Dit aanbod zal, in steeds sterkere mate, niet in staat blijken een passend antwoord te formuleren op de uitdagingen en mogelijkheden. Organisatie en ordening, structuur en cultuur passen niet meer bij de opdracht van 2020.</li><li>- Wij zullen op zoek moeten naar een andere organisatie en een andere ordening en wel een die zich richt op gezondheid en gedrag (gg). In de gg-gedachte is wel het antwoord te vinden op de uitdagingen en mogelijkheden. Op de complexiteit en op de paradoxen van de processen in en rond de zorgsector.</li></ul>
Veranderen van richting is lastig ...	De Raad zal deze driebaansweg van zz naar gg nu verder uitwerken. Hij is overtuigd van de noodzaak deze weg af te leggen. Maar het is hem ook duidelijk dat dit een gedaanteverandering is. Een ingrijpende en lastig regisseerbare transitie, die keuzes en prioriteiten nodig maakt.
... maar noodzakelijk	In de gegeven situatie, gekenmerkt door een complexe verandering van publieke en private posities, gekenmerkt ook door aanbodgeïnduceerde marktimperfecties, een niet eenvoudige taak. Aan één succesvoorwaarde kan de Raad voldoen en dat is het schetsen van een bestemmingsplan voor de af te leggen weg. De weg van zorg naar gezondheid.



### 3 Uitdagingen en mogelijkheden 2010 – 2020

De vier belangrijkste veranderingen

Het complex van uitdagingen en mogelijkheden voor de zorgsector 2010 - 2020 ziet er zo uit.

1. Een substantieel groeiende, maar vooral veranderende zorgvraag.
2. Meer medische mogelijkheden en meer kennis daarover bij het publiek.
3. Een kritische zorgconsument en burgers op zoek naar gezondheid.
4. Tegelijkertijd een dubbele rem op dit groeipotentieel: de arbeidsmarkt en het zorgbudget.

Wij werken deze vier punten nu verder uit.

#### 3.1 Een substantieel groeiende, maar vooral veranderende zorgvraag

Meer vraag dan aanbod ...

De discrepantie van vraagoverschot en aanbodschaarste in de zorgsector zal toenemen. De vraag naar zorg neemt (ceteris paribus) toe door de vergrijzing, maar meer nog door de in 3.2 en 3.3 te bespreken ontwikkelingen in het zorgaanbod en in de samenleving (bron: RIVM).

... en aanbod dat niet langer bij de vraag past

Maar het komend decennium zal niet alleen een grotere kwantitatieve kloof tussen vraag en aanbod te zien geven. Een mogelijk nog grotere uitdaging voor de zorgsector biedt de veranderende zorgvraag. Die creëert een groeiende kwalitatieve kloof tussen toekomstige vraag en bestaand aanbod.

... omdat chronische aandoeningen sterk toenemen

De verandering van zorgvraag is grosso modo het resultaat van de relatief sterke toename van chronische ongezondheid, dus ziekte. Chroniciteit als verschijnsel verdringt de niet-chronische (acute en electieve) zorgvragen op de zorgverleningsmarkt. Oorzaken: de vergrijzing, maar in feite meer nog ons vermogen sterfte uit te stellen in combinatie met een snellere detectie van ongezondheid. Resultaat: sterke toename van het aantal in ongezondheid geleefde jaren. Dit is de kern van de zaak.

**Tabel 3.1 Rangorde ziektebelasting in 2020**

Rangorde	Ziekte/doodsoorzaak	Aantal
1	Coronaire hartziekten	413.000
2	Beroerte	276.000
3	Angststoornissen	216.000
4	Diabetes mellitus	210.000
5	Longkanker	200.000
6	COPD	193.000
7	Depressie	176.000
8	Artrose	157.000
9	Dementie	136.000
10	Privé-ongevallen	121.000

Toelichting: deze rangorde is gebaseerd op een demografische projectie van de DALY's van 2007. Hierbij wordt uitgegaan van een ongewijzigde levensverwachting t.o.v. 2007.

Bron: RIVM, 2010

Dit heeft grote gevolgen

De gevolgen van de verschuiving aan de vraagzijde zijn groot.

Veel mensen levenslang ongezond ...

a. Naast compressie van ongezondheid, expansie. Dit relatief nieuwe verschijnsel openbaart zich al op jonge leeftijd (de zorgvragen van 0-20 jarigen nemen toe). De kans op langdurige chroniciteit neemt toe. Resultaat: levenslange ongezondheid, die door de opeenvolgende levensfasen heen loopt (waardoor de zorgvragen steeds een andere vorm aannemen). 'Levenslang' wordt langer: de levensverwachting neemt toe (zie ook punt b!).

... met beperkingen ...

b. Levenslange beperkingen, vaak relatief lichte, maar wel invaliderende. Beperkingen vooral op het vlak van waarneming en cognitie en van participatie en mobiliteit, juist daar dus waar de maatschappelijke eisen aan het individu toenemen. Beperkingen genereren andere vragen dan de traditionele zorgvragen. En soms is er, ondanks de beperking, geen zorgvraag.

... en problemen op verschillende terreinen

c. Een toename van multimorbiditeit én van multiproblematiek. Het aantal zorgvragers dat meer dan één ziekte heeft neemt toe, het aantal mensen met problemen op verschillende terreinen - arbeid, wonen, opvoeding - ook. In dergelijke situaties is het moeilijk de causaliteit vast te stellen en dus de juiste interventie in te stellen.

Eigen gedrag heeft hierop grote invloed

d. De gedragsgerelateerdheid van ongezondheid wordt zichtbaarder. Doordat wij meer weten en doordat wij meer (van elkaar) zien. De samenleving is transparanter geworden. Gedrag kan gerelateerd zijn aan het ontstaan van ongezondheid en ziekte (roken en longkanker), maar is dat vaker nog aan het beloop daarvan, bijvoorbeeld diabetes en dieet (Bron: RIVM). In de literatuur legt men een verband tussen leefstijl en beloop, tussen gedrag en zorgresultaat, tussen individuele keuzen en gezondheid (onder meer gehoorschade, COPD, gewrichtsklachten en diabetes in relatie tot mp-spelers, roken, te weinig bewegen respectievelijk eetgedrag).

Andere vragen, andere antwoorden nodig

Dit zijn de gevolgen van de verschuiving aan de vraagzijde. Een ingrijpende verschuiving, wat niet betekent dat alle zorgvragen verdwijnen of veranderen. Er zal, ook in 2020, ziekte zijn en behoefte aan zorg, acute, electieve of chronische. Waar het om gaat, is dat dominante trends aan de vraagzijde - van sociaal-culturele en van epidemiologische aard - ons oproepen met andere antwoorden te komen. Heel concreet: het aantal mensen met een chronische aandoening zal in 2020 het aantal mensen met een niet-chronische aandoening verre overtreffen. En verder zien wij dat ook in de acute en in de curatief-electieve zorg de meeste patiënten tegenwoordig een chronische aandoening hebben.

### **3.2 Meer medische mogelijkheden en meer kennis daarover bij het publiek**

Mogelijkheden nemen toe

Niet alleen de zorgvraag, ook het zorgaanbod verandert. De komende tien jaren zullen op drie terreinen meer mogelijkheden ontstaan voor diagnostiek, behandeling en zorg.

Meer te voorkomen

- Op het terrein van de detectie van afwijkingen en de vroegdiagnostiek van ziekte en stoornis: door screening, monitoring en de groeiende kennis over risicofactoren en oorzaken van ongezondheid, maar ook door individu-specificiteit (DNA). Detectie, diagnostiek en screening gaan naadloos over in (primaire) preventie (bijvoorbeeld bij hart- en vaatafwijkingen). Dit betekent dat ook op het terrein van de (primaire) preventie de mogelijkheden voor kosteneffectieve interventie zullen toenemen.

Meer te behandelen

- In de behandeling van ziekten en stoornissen, in het bijzonder de medicamenteuze interventies. In de literatuur bestaat voorzichtig optimisme over vorderingen op het terrein van (neuro)degeneratieve aandoeningen (Alzheimer, Parkinson, kanker). Het resultaat zal dan vooralsnog niet herstel zijn, maar in ieder geval wel beheersing.

Meer technologische hulpmiddelen

- De thuiszorgtechnologie, de (medische) hulpmiddelen en e-health/telemedicine zullen een sterke groei te zien geven. Deze groei zal waarschijnlijk omgekeerd evenredig zijn aan en interacterend zijn met de krimp van personele en financiële middelen. Schaarste aan middelen, in combinatie met ruimte en risico bij zorgaanbieders, stimuleert technologische innovatie. Hier ligt een groot reservoir aan mogelijkheden (bronnen: achtergrondstudie Ottes, advies Gezondheid 2.0, studie Frissen). En een uitnodiging aan de overheid een stapje terug te doen.

Meer maatwerk

Interessant is dat op al deze drie terreinen de technologische en wetenschappelijke ontwikkelingen tenderen in de richting van individualisering van zorg (personalized medicine, PwC, 2009). Dit zal zowel de vraag als het aanbod van zorg ingrijpend veranderen.

... maar tempo van innovatie moeilijk te voorspellen

Bij deze toekomstverwachting passen een paar kanttekeningen. Bevorderend voor innovatie zijn enkele autonome ontwikkelingen: internationalisering van de zorgsector (wegvallende grenzen en daarmee beperkingen) en het stijgend opleidingsniveau van de bevolking. Belemmerend voor innovatie is de bestaande bekostigingssystematiek van de zorg. Hoe per saldo de uitkomst van autonome bevorderende en politieke belemmerende factoren zal zijn, is onzeker, al mag men verwachten dat toenemende druk op arbeid en budget uiteindelijk ten voordele van technologische innovatie zal zijn.

### 3.3 Een kritischer zorgconsument. Een burger op zoek naar gezondheid

Trends

In de omgeving van de zorgsector spelen zich processen af die van invloed zijn op de zorgvraag, maar ook op de interactie van zorgvraag en zorgaanbod.

Maatschappelijk belang van zorg neemt toe

- Sterk stijgende zorgpremies zullen het komend decennium de zorgconsument en de verzekerde kritischer maken. Toenemende transparantie en keuzemogelijkheden, maar ook de twee volgende processen (internet en arbeid), versterken dit effect. Hoe meer de consument moet betalen aan de zorg en hoe scherper hij zich hiervan bewust is (transparantie van individuele lasten, bijvoorbeeld de AWBZ-premie), hoe kritischer hij de resultaten van de zorguitgaven in termen van gezondheidswinst zal beoordelen. Men moet zich realiseren dat de huidige groeivoet het zorgbudget binnen tien jaar het grootste collectieve uitgavenkader zal maken. Dat plaatst dit budget in het volle licht van de politieke en maatschappelijke schijnwerpers.

Countervailing power neemt toe

- Het internet (in het bijzonder 2.0/3.0 generaties, de sociale media) zal dit versterken. Zie verder het RVZ-advies Gezondheid 2.0 en de achtergrondstudie van Frissen. Burgers zullen een reële countervailing power gaan vormen die het optreden van zorgaanbieders steeds meer zal beïnvloeden. Willen en kunnen komen, als het gaat om kiezen en om zelfmanagement, samen in deze countervailing power. Zie onder meer de enquête van Flycatcher in opdracht van de RVZ, [www.rvz.net](http://www.rvz.net); zie ook de opstelling van een aantal patiëntenorganisaties.

Gezonde werknemers zijn productiever

- Nederlanders moeten langer doorgaan met werken en de noodzaak de arbeidsproductiviteit te verhogen neemt toe. Het belang van gezonde werknemers én het belang van gezond ouder worden dringen zich dus steeds sterker aan ons op. Dit roept bij burgers, bij werkgevers, bij werknemers de behoefte op om financiële arrangementen voor arbeid (pensioen), wonen (hypotheek), sociale zekerheid en zorg te combineren. Dit kan leiden tot nieuwe fiscale en (particuliere) verzekeringsproducten die aan de levensloop zijn gekoppeld. De relatie tussen levensverwachting (die oploopt) en pensioenvoorziening (de premie mag niet oplopen) speelt hier uiteraard in mee (zie het rapport-Goudswaard, 2010).

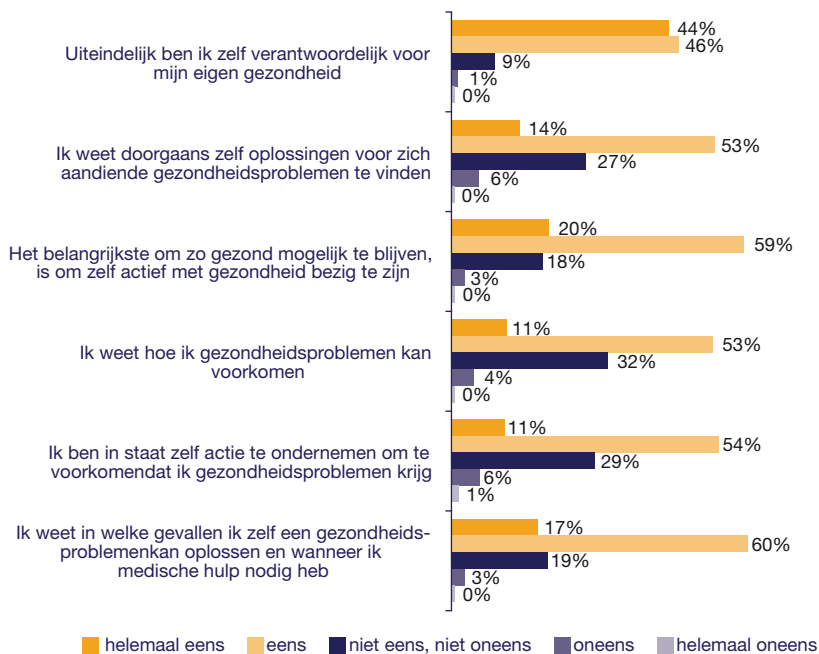
Gezondheid geeft maatschappelijk voorsprong

- De verschillen in opleidingsniveau en in gezondheid nemen toe. Er ontstaan nieuwe achterblijvers, met problemen op een aantal gebieden. De nadruk op participatie, productie en gezondheid maakt health illiteracy zichtbaarder. En vergroot het beperkend effect van ongezondheid. Het belang van gezond opgroeien in een kennissamenleving wordt urgenter.

Patiënt wordt kritische burger

Eén ding springt in het oog. Dat is de verandering van rol: de zorgconsument wordt aangesproken op zijn rol van burger. Aangesproken door zijn directe omgeving, door zijn werkgever, door zijn verzekeraar, maar in de eerste plaats door zichzelf. Hij ziet zichzelf (zie ook Flycatcher, 2010) als handelend burger van een samenleving, in staat omstandigheden te beïnvloeden. Zo ontstaat effectieve vraag naar gezondheid. Effectieve vraag naar preventie.

**Figuur 3.1 Hoe stelt u zich op als het gaat om uw gezondheid?**



Bron: Flycatcher Internet Research, 2010.

### 3.4 Een dubbele rem op dit groeipotentieel: de arbeidsmarkt en het zorgbudget

Arbeidsmarkt wordt krappere	Tegelijkertijd stuit de - door de zojuist genoemde drivers gestimuleerde - groei van het zorgaanbod op steeds grotere belemmeringen. In de eerste plaats zijn de grenzen van het arbeidspotentieel al in zicht en die grenzen komen steeds dichterbij (bronnen o.m. RVZ, Prismant, Nivel). Maatregelen om de personeelsvoorziening te verbeteren zijn weliswaar nodig en mogelijk, maar op termijn niet toereikend, als men blijft uitgaan van de bestaande zorgconcepten (zoals 'handen aan het bed').
Rem op collectieve uitgaven	De tweede belemmering is het zorgbudget. Dat bestaat op dit moment grotendeels uit collectieve middelen, komt dus tot stand door politieke besluitvorming. Er is (begin 2010) geen enkele reden te verwachten dat het budget gelijke tred zal houden met de vraagontwikkeling. Integendeel, de zorgsector zal waarschijnlijk extra bezuinigingen opgelegd krijgen.

### 3.5 Conclusies

Nieuwe ordeningen zijn nodig	De uitdagingen en de mogelijkheden waarmee de zorgsector het komend decennium wordt geconfronteerd zijn ingrijpend, van blijvende aard, elkaar versterkend en voor een belangrijk deel autonoom. Zij zijn gedeeltelijk ook nieuw. En zij hebben een gemeenschappelijk kenmerk: hun bijdrage aan de afnemende specificiteit - en daarmee stuurbaarheid - van de zorgsector.
Alles bij het oude laten is geen optie	Hoe dan ook, de gecombineerde kracht van de uitdagingen en mogelijkheden dwingt ons na te denken over het juiste antwoord. Alles bij het oude laten is geen optie. Dat zou de houdbaarheid van het zorgstelsel in gevaar brengen. En omdat dit stelsel inmiddels is uitgegroeid tot een vitaal onderdeel van de samenleving, is dat niet acceptabel, want ontwrichtend en destabiliserend.
Dus op zoek	Op zoek dus naar 'nieuwe ordeningen'. Dat is de opgave in de resterende hoofdstukken. Nieuwe ordeningen die een 'disruptive solution for health care' moeten bieden (Christensen, 2009). Want de gecombineerde uitdagingen en mogelijkheden in dit hoofdstuk hebben disruptieve trekken. Meer van hetzelfde - meer zorg, meer dokters, meer bedden - is dan niet de oplossing.







## 4 De oriëntatie op zorg en ziekte schiet tekort

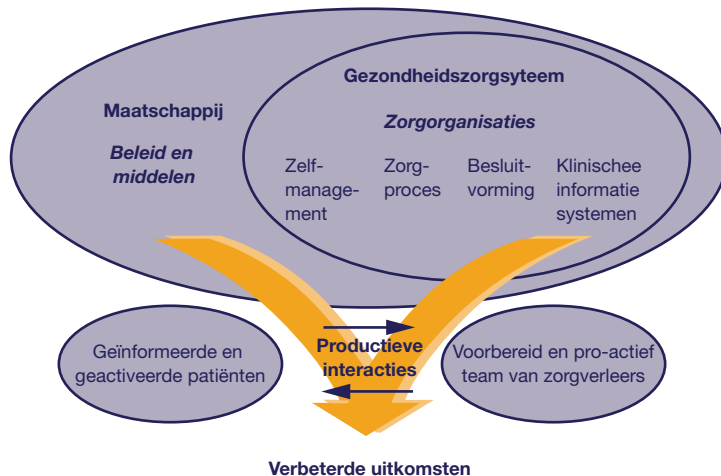
Zorgaanbod niet adequaat

Deze ontwikkelingen zijn ingrijpend en dwingend. In de gegeven situatie is het zorgaanbod vaak niet meer in staat tot een adequate reactie. Want wat is het geval?

- Een sterke groei van de zorgvraag, *maar* een blijvende beperking van de financiële en de personele middelen.
- Een sterke toename van het aantal chronisch zieken, *maar* in de zorgsector is het curatief denken dominant (in plaats van het Chronisch zieken model).

**Figuur 4.1**

**Chronic Care Model - Model voor geïntegreerde, chronische zorg (HJM Vrijhoef 2008)**



- Steeds meer behoefte aan (persoonlijke) dienstverlening, in het bijzonder advies en ondersteuning bij maatschappelijke participatie, *maar* het aanbod is primair (groepsgerichte) zorgverlening.
- Steeds meer mensen met een blijvende en levenslange beperking, *maar* het zorgaanbod is nog steeds georiënteerd op de episodische ziekte/stoornis. Levensloop en -fasen spelen in de ordening van het aanbod geen rol. Dat zou wel moeten.
- Steeds meer multimorbiditeit, *maar* de zorgverlening is verbrokkeld, concentreert zich op de enkelvoudige aandoeningen. Naast multimorbiditeit, steeds meer multiproblematiek, waarvoor hetzelfde geldt.

- f. Ongezondheid is steeds vaker gedragsgerelateerd en -beïnvloedbaar, *maar* de zorgverlening (en het zorgstelsel) is nog steeds gedragsneutraal. Voor de burger is er geen relatie tussen profijt en gedrag.
- g. De kennis in de samenleving over ongezondheid neemt toe, alsmede de noodzaak tot vroegtijdig ingrijpen (bv. bij diabetes bij kinderen of bij schizofrenie), *maar* het zorgsysteem (in het bijzonder de eerste lijn) is hierop niet toegerust. Kan dat heel vaak ook niet zijn, omdat nu eenmaal veel ongezondheid buiten het zorgsysteem ontstaat en in stand wordt gehouden.

Kijk maar naar deze tabel

**Tabel 4.1 Confrontatie vraag en aanbod**

zorgvraag 2020 (gg)	zorgaanbod 2010 (zz)
- chronisch ziekenmodel	- curatieve zorg
- persoonlijke dienstverlening	- groepsgerichte zorgverlening
- aan huis en mobiel	- in instelling en statisch
- levenslange beperkingen	- episodische ziekten
- levensloop benadering	- fragmentarisch, leeftijdspecifiek
- multimorbiditeit	- enkelvoudige aandoeningen
- gedragsgerelateerde ongezondheid	- gedragsneutrale zorgverlening
- relatie profijt-gedrag	- geen relatie profijt-gedrag
- vroegtijdig interveniëren; interventie-nisme, aanvallend	- afwachten, piepsysteem; visit care, defensief
- burger	- patiënt/consument

Oriëntatie op zorg en ziekte schiet tekort

De conclusie moet zijn dat door zijn oriëntatie op zorg en ziekte het zorgaanbod anno 2010 niet is ingesteld op de, deels disruptieve, uitdagingen en mogelijkheden van 2020. De zz-oriëntatie is niet toekomstbestendig.

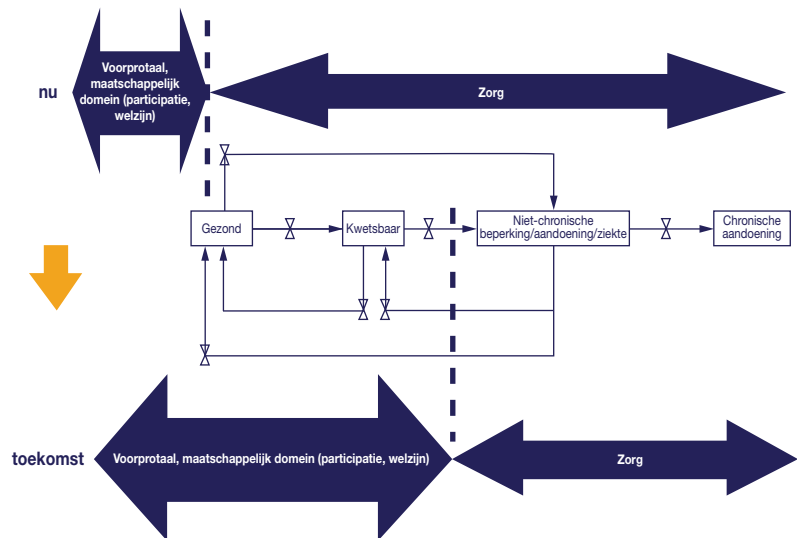
Oriëntatie op gezondheid nodig

Alles wijst erop dat wij een beweging op gang moeten brengen: van 'zorgsector' naar 'zorg voor gezondheid en gedrag'. Daarvoor is urgentie, maar daaraan is ook behoefte, kijkend naar 2020. De zeven contrasten hierboven geven inhoud aan de beweging. De zorgsector van 2010 is overwegend afwachtend en defensief (visit care), klacht- en piepgericht, zij definieert de klant als zorgconsument en laat zich niet leiden door sociale patronen. Verbrokkeld als zij is, daartoe ook niet in staat. Zorg voor gezondheid en gedrag is anders: actief, als het moet interventionistisch, patroonherkennend, een partner van zijn klant, de burger, bijdragend aan participatie.

En: 'naar voren denken'!

In de praktijk moet dit betekenen een beweging 'naar voren'. In alle fasen van het proces - publieke gezondheid, preventie, eerste hulp, diagnostiek, behandeling, zorg, nazorg - moet men 'naar voren' bewegen. Eerder, sneller en gericht handelen. Voorkomen van ongezondheid, van recidive, van onnodige beperkingen en achteruitgang en van vermijdbare bijwerkingen. In de achtergrondstudie van Significant (2010) is dit nader onderbouwd. Batige zorg is naar voren gerichte zorg.

**Figuur 4.2 Naar voren!**



Bron: Significant, 2010.

Kloof tussen vraag en aanbod wordt groter

De komende jaren verbreedt zich, ceteris paribus, de kwantitatieve en kwalitatieve kloof tussen vraag en aanbod. Dit zal tot oplopende spanningen leiden in de zorgsector. De trends in de omgeving - hogere lasten burger, internet, langer doorwerken, segmentatie - zullen dit proces versterken.

Innovatie in het aanbod nodig en mogelijk

Dit zou in een marktconforme situatie zorgaanbieders stimuleren de oriëntatie op de zorgvraag te vergroten. Op de werkvloer treffen wij dit gedrag dan ook aan. Daar zien wij veel innovatie, dat wil zeggen vraagoriëntatie. Zie Frissen (2010) en Ottes (2010). In diagnostiek en behandeling zien wij een permanente ontwikkeling in de richting van patiëntvriendelijkheid, effectiviteit en doelmatigheid. Voorbeelden: case management, Thomashuizen (géén aanbiedersinitiatief!), thuiszorgtechnologie en domotica, multiprobleemoplossingen, internettherapie, Gezondheid 2.0, telemedicine, nieuwe beroepen, wijkgerichte programma's en nieuwe medicijnen.

Maar dan ook nieuwe ordeningen ...

Het zijn pogingen het aanbod beter op de vraag af te stemmen. Pogingen de kloof tussen vraag en aanbod te overbruggen. In feite werkt men aan een systeemfout. De ordening van de patiëntenzorg is op de werkvloer, op instellings- en op stelselniveau staat op een aantal terreinen vraaggerichtheid in de weg. Het gaat dan om echelonnering, het onderscheid tussen extra- en intramuraal, de beroepenstructuur, om de relatie tussen preventie en zorg, die tussen psychische en somatische aandoeningen en ten slotte om de verhouding van de formele zorgarbeid ten opzichte van de informele en ten opzichte van zelfmanagement. Maar het gaat ook om financiering van zorg en om bekos-

tiging en kwaliteitsnormering van zorgaanbod. En om de gewenste, maar ontbrekende samenhang van zorg, arbeid en sociale zekerheid.

... want oude ordeningen  
belemmeren innovatie

Het innovatief vermogen van de werkvloer, van de wetenschap en van de technologie is in de zorgsector groot. Maar de ervaringen met innovatie in de zorgsector leren dat belemmeringen een stelselmatig karakter hebben. Belangen, in het bijzonder die van aanbieders, en ordeningen lopen op dit moment in de zorgsector parallel. Binnen de bestaande - zz-georiënteerde en aanbodgestuurde - ordening kan de noodzakelijke innovatie en transitie richting 2020 niet tot stand kan komen. Het innovatief vermogen van de werkvloer, het belangrijkste middel om de noodzakelijke verandering teweeg te brengen, verliest het van de ordening van het aanbod. Wij moeten dus op zoek naar nieuwe ordeningen.







## 5 Op zoek naar een oriëntatie op gedrag en gezondheid: 'naar voren!'

Contouren van nieuw aanbod ...	Wij beschreven uitdagingen en mogelijkheden. Deze sloegen neer in zeven contrasten, die een beweging veronderstellen (zie hoofdstuk 4). Daarvan kan men de contouren van toekomstig zorgaanbod afleiden. De veranderende zorgvraag is sturend: chroniciteit, levenslange beperkingen, multimorbiditeit, expansie van ongezondheid en gedragsgerelateerdheid.
... met oriëntatie op gezondheid	Wij maken nu de volgende stap. De zeven contrasten, met hun gemeenschappelijk kenmerk 'naar voren', werken wij uit in vijf statements. Deze laten de contouren van een gg-systeem zien.
Gedrag en gezondheid	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Oriëntatie: gedrag en gezondheid</b> Van zorg en ziekte (zz) naar gezondheid en gedrag (gg). En: van zorgconsument naar actieve, zij het soms beperkte, burger. Gezondheid bevordert je primair met marktprikkels.</li></ul>
Thuis, wijk, 2.0	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Locatie en situering: thuis, wijk, 2.0</b> De thuissituatie (breed te definiëren) is uitgangspunt voor zorgleverantie, dat wil zeggen: de zorg respecteert de sociale context van de cliënt en zijn wens regie over het leven te behouden. Zorg aan huis impliceert in de praktijk wijkgerichtheid van zorg: een verbintenis van zorg met wonen, werken en mobiliteit. Thuis is voor veel burgers het internet, 'gezondheid 2.0', meer dan een locatie. Dit betekent mobiele dienstverlening. Tegelijkertijd impliceert zorg aan huis ook een oriëntatie op het individu. En daarmee op persoonlijke dienstverlening.</li></ul>
Meervoudig	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Reikwijdte en focus: van mono naar multi</b> Aandacht voor multimorbiditeit en voor multiprobleem-situaties. Men zou, zoals in sommige regio's is gebeurd, horizontale dwarsdoorsneden op de bestaande verticale zorgkokers moeten formeren: psychische, somatische en sociale aspecten in samenhang benaderd. Dit ten behoeve van specifieke multiprobleemsituaties. En geestelijke en somatische zorg moet men integreren (decategorialiseren). Hetzelfde geldt voor de jeugdzorg.</li></ul>
Expertise en actie	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>De voordeur: expertise en actie</b> Meer (specialistische) expertise in de vroegste fase van het zorgproces is noodzakelijk. Expertise van gedrag en gezondheid en van risico's en risicogroepen aan de poort van het systeem. Een daarop geënte programmatische én interventionistische, naar buiten gerichte benadering. De burger kan zich drempelloos wenden tot een inloopcentrum en tot digitale gezondheids- en zorgportalen. Voorbeeld: een consultatiebureau voor ouderen. Screening en monitoring zijn standaardactiviteiten voor zorgverleners. De door- en toegeleiding naar specifiek zorgaanbod vraagt veel aandacht. Dit is een kwetsbaar moment in de huidige situatie.</li></ul>

- **De achterdeur: continuïteit**

Nazorg moet een centrale functie worden. De verantwoordelijkheid van de zorgverlener moet direct zijn verbonden met patiënt en probleem (in plaats van met organisatie). Continuïteit van zorg in het proces, maar zeker ook in de levensloop. Zorg en revalidatie/resocialisatie moeten één systeem van handelen vormen, met bijzondere aandacht voor arbeid en wonen. Zorg op de overgangen (bijvoorbeeld van ziekenhuis naar huis) is een centrale opgave voor het zorgstelsel. Transmuraal moet regulier zijn. Kwaliteit is continuïteit.





## 6 De nieuwe ordening is dus ‘van zz naar gg’. Maar hoe nu verder?

Concrete suggesties

In hoofdstuk 2 formuleerde de RVZ zijn hoofdstelling: ‘van zz naar gg’. Dit is het bestemmingsplan 2020. Het is nog in globale termen neergezet: de contouren en veranderingsrichtingen in het vorige hoofdstuk. Wij zullen het nu moeten inkleuren met concrete suggesties. Hoe moet de sector er in 2020 uitzien, redenerend vanuit de uitdagingen en mogelijkheden uit hoofdstuk 3 en de contouren uit hoofdstuk 5?

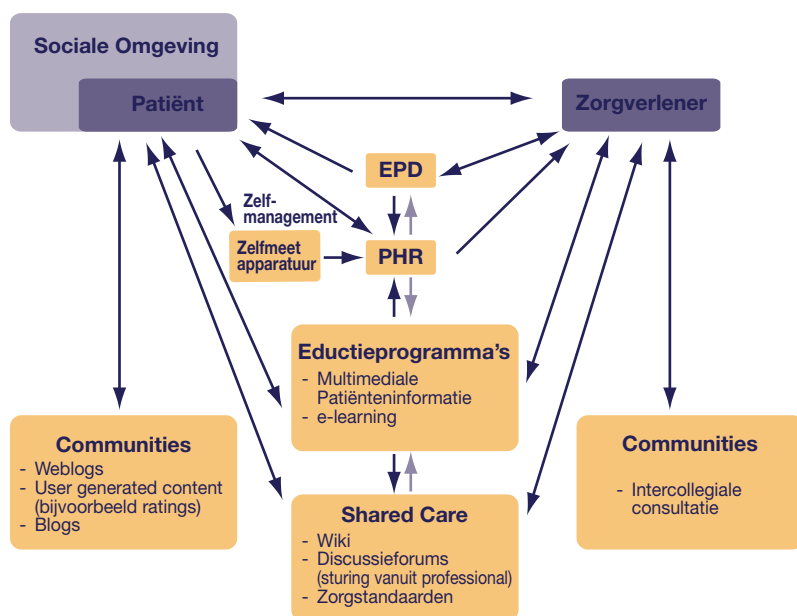
In bijlage 3 zijn de nu volgende suggesties gekoppeld aan de in hoofdstuk 4 beschreven contrasten tussen vraag en aanbod.

### 6.1 GG concreet

Gezondheid 2.0

- a. Er is veel meer positieve aandacht van zowel de overheid als de veldpartijen nodig voor de mogelijkheden van het internet (Gezondheid 2.0, zie een apart advies van de RVZ, februari 2010). Initiatieven die erop zijn gericht om zorgprofessionals en zorgconsumenten (en soms burgers) samen tot gepersonaliseerde preventie, zorg en ondersteuning te laten komen, verdienen directe en actieve ondersteuning. Belemmeringen in de bekostiging en de financiering van de zorg zouden zo snel mogelijk moeten verdwijnen. Alle partijen moeten Gezondheid 2.0 actief uitdragen. Gezondheid 2.0 kan op veel terreinen traditionele vormen van zorg vervangen: substitutie van oud door nieuw (voorbeeld: de geestelijke gezondheidszorg). Zelfmanagement is hierbij een van de hoofddoelen: gewenst voor en door de patiënt, maar ook profijtelijk voor de zorgprofessional, voor de zorginstelling, voor de zorgverzekeraar en voor de overheid. Iets dat zo profijtelijk is, zou men krachtig, ook financieel, moeten stimuleren. Personal health records (phr's) dragen bij aan een adequaat zelfmanagement. Phr's zijn de persoonlijke gezondheidsdossiers van de burger. Het helpt hem zelf en thuis gezondheid te bevorderen en ongezondheid te bestrijden (bijvoorbeeld zelfcontrole van bloeddruk, suikerspiegel of gewicht). Phr en EPD (het dossier van de professional) communiceren digitaal met elkaar. Dit is een randvoorwaarde voor de transitie van zz naar gg. Zorgverzekeraars doen er verstandig aan het gebruik van Gezondheid 2.0 in plaats van de traditionele zorg te belonen door het prijsverschil terug te geven aan de verzekerde.

**Figuur 6.1**



Bron: RVZ, Gezondheid 2.0, 2010.

Inloopcentra ...

- b. Gemeenten creëren inloopcentra ten behoeve van preventie, zelfmanagement en participatie. Wij kunnen leren van andere landen, bijvoorbeeld van Spanje (Catalonië) en van het Verenigd Koninkrijk. 'Centrum' staat hier niet voor locatie, concentratie en centralisatie. Het gaat om de functie en om de beschikbaarheid. Inloopcentra liggen in de loop van burgers: winkelcentrum, bibliotheek en school. Naar verwachting kan de functie in de komende jaren voor een groot deel digitaal worden aangeboden: het virtuele loket. Kerndisciplines in de centra zijn: verpleegkunde, maatschappelijk werk, diëtetiek, psychologie en fysiotherapie. Een wijkverpleegkundige heeft de leiding. De kerndisciplines ontwikkelen gezamenlijk multidisciplinaire gedragsinterventies. Focus is zelfmanagement en gedragsverandering. Zelfmanagement is primaire en secundaire preventie. Het is ook zelfsturing van het zorgproces, bijvoorbeeld de beïnvloeding van wachttijden.

Gemeente en zorgverzekeraar: cofinancier

Gemeente en zorgverzekeraar zijn cofinancier; de gemeente is, op basis van de Wmo en de Wet publieke gezondheid, verantwoordelijk. Woningcorporaties dragen bij aan de huisvesting. Gemeenten die inloopcentra oprichten, ontvangen een 'preventiebonus' (zie ZorgmarktAdvies, 2010). Deze komt overeen met een deel van de besparingen die als gevolg van het inloopcentrum optreden in de zorgverzekeringen (Zvw en AWBZ). Zorgverzekeraars die met gemeenten investeren in inloopcentra, ontvangen een vergelijkbare bonus (uit het Zvw-fonds). Het inloopcentrum is

een loket gepositioneerd als voorportaal voor de zorgsector. Een adequate benutting door de burger van dit voor portaal, bijvoorbeeld in de vorm van zelfmanagement, zou men moeten honoreren met kortingen in de sfeer van de zorgverzekering (bijvoorbeeld met behulp van het eigen risico of in de aanvullende verzekering). De inloopbonus.

Voorbeeld

#### Inloopcentra

Er zijn in Engeland zo'n 93 inloopcentra. De inloopcentra van de NHS zijn makkelijk toegankelijk. Iedereen kan binnenlopen om eenvoudige aandoeningen en verwondingen te laten behandelen. Denk aan ontstekingen, huidaandoeningen, breuken, kneuzingen, buikpijn, schaaf- en snijwonden, blaren en dergelijke. Inloopcentra worden meestal geleid door een verpleegkundige. Men kan zonder afspraak binnenlopen. De meeste centra zijn 365 dagen per jaar en ook buiten kantooruren open. De centra zien ongeveer 3 miljoen mensen per jaar en blijken een succesvolle aanvulling op de gewone eerstelijnszorg. In sommige centra werken zowel artsen als verpleegkundigen. Het is echter niet de bedoeling dat ze chronisch zieken of patiënten met acute levensbedreigende aandoeningen behandelen. De centra hebben ook een belangrijke sociale functie. Zij slaan een brug tussen zorg en samenleving.

Ook centra voor jeugd en gezin en consultatiebureaus

In de centra krijgen de Centra voor jeugd en gezin en Consultatiebureaus voor ouderen een plek. Er zijn veel meer interventies nodig, gericht op de gezondheidsrisico's van 0-20 jarigen en die van 60+- ers. Gezond opgroeien en gezond ouder worden de primaire maatschappelijke targets van de centra. Dit veronderstelt een actieve screeningsfunctie op biomedische (bloeddruk), maar ook op sociale (vroeg alcoholgebruik) determinanten. Vroegdetectie impliceert nauwe samenwerking met politie, justitie en onderwijs. De screeningsfunctie krijgt gestalte in samenwerking van inloopcentrum en huisarts (punt c). Hier komen twee functies samen: inloop en screening. In feite praktiseert het inloopcentrum een community oriented consultatiebureaugedachte, maar dan voor alle levensfasen. Deze gedachte is in de kern sociaal-medisch van aard en onder meer gericht op het verkleinen van sociaal-economische gezondheidsverschillen.

... en genees- en hulpmiddelenwinkelen

Een inloopcentrum herbergt een, deels digitale, winkel voor genees- en hulpmiddelen, medical devices en thuiszorgtechnologie op maat. Deze winkel biedt advies en ondersteuning (persoonlijke dienstverlening) aan mensen met een beperking. Gezondheid is participatie en de dienstverlening is primair daarop gericht. Zij wordt daarop ook afgerekend en gehonoreerd. De dienstverlening is afkomstig uit de AWBZ-instellingen. Burgers die kans zien met ernstige beperkingen zelfstandig te blijven wonen - en zo residentiële zorg voorkomen - worden hiervoor beloond (fiscaal, gemeentelijke heffingen, zorglasten). Hetzelfde geldt voor gemeentelijke investeringen hierin. De AWBZ levert de financiële middelen.

**Figuur 6.2 In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen over nieuwe vormen van zorgverlening?**



Bron: Flycatcher Internet Research, 2010.

Poortzorg krijgt een bredere invulling ...

- c. Inloopcentrum en poortwachtersfunctie zijn functioneel verwant. Het zijn de 'naar voren' geschoven posten van het gg-systeem. Het inloopcentrum richt zich tot de burger, de poortwachter tot de patiënt. Specialistische expertise moet beschikbaar zijn in en rond de poort (depressie, kinderen jeugdpsychiatrie, diabetes, verstandelijke beperking, dementie etc.). Dit is van belang voor vroegtijdige onderkenning van chroniciteit. Die expertise koppelt je aan adequate, dat wil zeggen 'traploze' doorgeleiding. Dit impliceert dat diagnostiek en behandeling tot één systeem behoren. Systematische screeningsprogramma's en telemonitoring worden de burger actief aangeboden. Diagnostiek kan voor een deel digitaal plaatsvinden. De bekostiging van deze programma's is functioneel, op basis van zorgstandaarden met een wettelijke grondslag. En regulier onderdeel van de zorgstandaard is een interventionistische aanpak van risicogroepen als een aspect van de publieke gezondheid. Zorgverzekeraars kunnen zich zo profileren op het terrein van de Wet publieke gezondheid en de Wmo (namens de gemeente en samen met de GGD). Gg betekent: samenwerking van zorgverzekeraars en gemeenten.

... waardoor ook de rol van de huisarts breder wordt

De rol van de huisarts in de poortwachtersfunctie is meervoudig: onderscheid medisch/niet-medisch bij klachten van patiënten, eerste integrale screening (psychisch en somatisch), medische zorg in brede zin en de coördinatie van het medisch proces (medicatie!). De verpleegkundig specialist is normaal gesproken de case manager van de chronisch zieke. De medisch specialist is beschikbaar in de nabijheid van de poortwachtersfunctie voor medisch consult en aanvullende diagnostiek onder meer bij complicaties (psychiatrie, dermatologie, oogheelkunde, cardiologie). Omgekeerd benut de medisch-specialistische zorg veel meer dan nu de kennis van de huisarts.



Kennissuitwisseling in plaats van echelonnering

Videoconferencing en digitale diagnostiek kunnen hierbij helpen. Kennissuitwisseling vervangt echelonnering. Aan de poort van de zorgsector werkt men in wendbare, outreaching sociaal-medische teams van verschillende disciplines (medisch, verpleegkundig, paramedisch). Zij hebben doorzettingsbevoegdheid in probleemsituaties. De poortwachtersfunctie kan, net zoals het inloopcentrum, digitaal worden aangeboden. Van zz naar gg is ook: loskomen van locatiedenken.

Gezondheidswinst inkoopcriterium voor poortzorg

De zorgverzekeraar koopt de 'poortzorg' in op basis van prestatiebekostiging. Inkoopcriterium is gezondheidswinst maal ernst en urgentie. Gezondheidswinst realiseer je door het bevorderen, het beschermen en behouden van gezondheid en door het actief bestrijden van ongezondheid. Dit alles moet je belonen. Zorgverzekeraars die gezondheidswinst expliciet definiëren in termen van 'meedoen' kunnen een beroep doen op aanvullende middelen, afkomstig uit de Wmo en uit de Wet publieke gezondheid. Bovendien zou de ex ante verevening in de zorgverzekering als belangrijke parameter moeten hebben: van zz naar gg. En verder leent een collectieve verzekering zich heel goed voor gg-arrangementen. Werkgevers zullen hierin zijn geïnteresseerd. Een functionele band tussen arbozorg en poort/inloopcentrum ligt voor de hand. Zorgverzekeraars die collectieve contracten met werkgevers afsluiten waarin veel preventie is opgenomen zouden een volgend jaar een relatief hoge ex ante uitkering moeten krijgen (vergelijk de 'preventiebonus' voor de gemeente). Deze geven zij door aan de werkgever.

Borging continuïteit van zorg wordt kerntaak

d. Er is een grote behoefte aan regionale verpleegdiensten ten behoeve van integrale en continue zorgverlening aan ernstig en chronisch zieken in de thuissituatie. Wijkverpleging en ziekenhuis in één voor- en nazorgdienst. Zorgproducten moeten ook in zelfstandige verpleegkundige termen gedefinieerd kunnen worden. In de nazorg zal veel meer aandacht moeten ontstaan voor revalidatie en resocialisatie als een onderdeel van de zorgstandaard. Zorgverleners zijn altijd medeverantwoordelijk voor de nazorg. Borging van continuïteit is een kerntaak. Overdrachten en overgangen zijn het probleem van de hulpverlener, niet, zoals nu, van de zorgvrager.

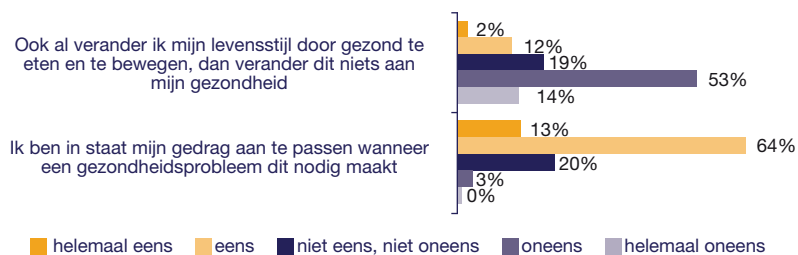
Concentratie van high care ...

e. De gg-gedachte zou uiteindelijk ook moeten leiden tot een andere ordening en stratificatie van de algemene ziekenhuizen. Dit kan gestalte krijgen met de hulp van kwaliteitsnormen met een wettelijk, dus sturend karakter (minimum volumina per ingreep of per zorgprogramma over de hele medische linie, maar ook voorschriften op het vlak van continuïteit van zorg). Dit betekent concentratie van high care en expertise. Maar het is wel degelijk ook deconcentratie van low care in de gezondheidscentra. Een voorbeeld is de oncologische zorg. De drie soorten productieprocessen van Christensen (2008), solution shops, value adding process businesses en facilitated networks, kan men gebruiken als ordeningsprincipe. Dit kan leiden tot 40 - 60 netwerken van gespecialiseerde medische kennis rond UMC's en topklinische ziekenhuizen.

... in 40 – 60 netwerken	De netwerken vallen samen met ICT-gestuurde kernen voor intensive care. In deze IC-kernen zijn ambulancehulpverlening, huisarts en Eerste Hulp Dienst opgegaan. Vermijdbaar bezoek aan een EHD bestrijdt men actief met preventieve maatregelen als onderdeel van de zorgstandaard (voorlichting aan de patiënt). In de netwerken functioneren de kleine ziekenhuizen met een beperkt regionaal functiepakket en een aantal ziektespecifieke ZBC's of focusklinieken.
Het belang van vastgoed neemt af	De netwerken zijn door middel van hun poliklinische voorzieningen en hun dagbehandeling naadloos aangesloten op de poortwachtersfunctie van de zorgsector. Tussen 2010 en 2020 zullen de netwerken steeds digitaler worden. Locatie en distantie sturen veel minder dan nu de zorgfuncties. Het belang van vastgoed neemt af. De nadruk ligt op polikliniek en dagbehandeling en op de thuiszorg. Daar investeer je in, niet meer in bedden. In de medische staven nemen huisartsengeneeskunde, psychiatrie, revalidatie- en ouderengeneeskunde een vooraanstaande plaats in. Ook het ziekenhuis is een gg-voorziening. De sturende rol in deze is weggelegd voor de zorgverzekeraar in de zorginkoop. Het lange termijn investeringsgedrag van ziekenhuizen zou in het teken van netwerken en extramurale zorg moeten staan.
Sturen op kwaliteit	f. Kwaliteitsnormen zijn systematisch losgekoppeld van beroeps- en institutionele belangen. Wel is onafhankelijke inbreng van zorgprofessionals noodzakelijk voor herkenbaarheid, compliance en de aansluiting bij interne kwaliteitssystemen. De normen hebben de expliciete instemming van patiënten, instellingsbestuurders en zorgverzekeraars. Onafhankelijk vastgestelde en wettelijk verplichte kwaliteitsstandaarden en -normen zijn het enig resterend sturingsinstrument van de overheid (toezicht!). De standaarden en normen zijn rechtstreeks gekoppeld aan de wettelijke zorgaanpakken. Kwaliteit is ook en soms vooral gedefinieerd in outcomes (maatschappelijke participatie, zelfmanagement, arbeidsreïntegratie). De implementatie-strategie moet zijn: het koppelen van kwaliteit aan doelmatigheid. De kwaliteitsnormen weerspiegelen het nieuwe werken en de andere zorgprofessional. Het nieuwe werken - screening, vroegdetectie, chronisch ziektenmodel, sneller ingrijpen, zelfmanagement - impliceert nieuwe competenties en taakherschikking. De kwaliteitsnormen vormen de basis voor een nieuw stelsel van beroepen, waarin gezondheid en gedrag bepalender zijn dan genezen en verplegen. Patiënt en zorgprofessional zijn coproductoren van gezondheid, een coproductie van zelfmanagement en coaching. Wij moeten uitgaan van de gedachte dat veel chronisch zieken en mensen met een beperking zorg minder belangrijk vinden dan maatschappelijke ondersteuning.

- g. Bij een gg-oriëntatie past beperking van het basispakket, bijvoorbeeld in het aantal genees- en hulpmiddelen. Meer eigen verantwoordelijkheid van de burger bij de alledaagse preventie (bloeddruk, suikerspiegel), bij lichte beperkingen en bij opvoedingsproblemen zou de regel moeten zijn. In de zorgverzekering zou met, bij voorkeur vrijwillige, hoge eigen risico's gewerkt moeten worden. Die zou de zorgverzekeraar moeten inzetten bij het bevorderen van gezond gedrag (bijvoorbeeld stoppen met roken). Essentieel in deze gedachtegang is de financiële prikkel voor gg, voor preventie. Burger, patiënt en professional moet men belonen voor preventief gedrag met een 'preventiebonus'. Hier kan een rechtstreekse combinatie van eigen risico patiënt en inschrijftarief huisarts effectief werken. Met deze combinatie verleidt de zorgverzekeraar de verzekerde tot eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid en de huisarts tot preventief handelen. Onderdeel van dit arrangement kan een jaarlijkse APK-consult zijn (zie verder Groot en Maassen van den Brink, 2010). Dit zou leidend moeten zijn in de zorginkoop.

**Figuur 6.3 In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen over gezond leven?**



Bron: Flycatcher Internet Research, 2010.

Van zz naar gg moet een centralere plek krijgen in de besluitvorming over het basispakket. Deze plek is het criterium kosteneffectiviteit. Belangrijker is dat de discussie met de burger over het 'recht op zorg' zich voor een deel verplaatst van pakket naar spreekkamer, van aanspraak naar afspraak. Het recht op zorg zou men in deze gedachtegang moeten clausuleren met goed patiëntschap (therapietrouw, leefstijl). Dit is de veiligste manier om de risicosolidariteit te borgen. En bovendien creëert het tweezijdigheid in de leveringsvoorwaarden. De discussie over leveringsvoorwaarden hoort thuis in de spreekkamer. Het is wel om allerlei redenen verstandig deze discussie rugdekking te geven met clausuleringen in het basispakket. De zorgstandaard - die ook voor de burger geldt! - moet hierop naadloos aansluiten. Het resultaat moet zijn een overeenkomst nieuwe stijl tussen patiënt en arts.

... en gezond gedrag

Ondersteuning van zelfmanagement door zorgprofessionals moet regulier worden gehonoreerd en onderdeel zijn van het basispakket. Zorgverzekeraars zouden meer ruimte moeten krijgen om gedrag te verbinden met differentiatie in polis en premie. De publieke randvoorwaarden van de zorgverzekering zouden gezondheid moeten bevorderen en niet, zoals nu, ongezondheid. De koppeling van financieringsarrangementen voor werk (inkomen/pensioen), wonen (hypotheek), zorg en welzijn, met als doel zelfredzaamheid, zou men moeten stimuleren. Vooral combinaties van (collectieve of private vormen van) pensioensparen en zorgsparen op de particuliere markt verdienen een kans. Dit heeft te maken met de stijgende levensverwachting. Dat verschijnsel maakt de werelden van de zorg en het pensioen van elkaar afhankelijk. In dezelfde logica past ook de combinatie van arbozorg en curatieve zorg. De fiscus kan dit ondersteunen door gezond gedrag te belonen.

Ruimte voor innovatie ...

h. 'Innovatie: business as usual'. Innovatie stimuleer je niet met subsidies, maar door het vergroten van de ruimte en het risico van veldpartijen en het versterken van de vraagzijde. Dit impliceert onder meer dat de manoeuvreerruimte op de inkoopmarkt groter moet worden door liberalisering en decentralisering van prijzen, honoraria en producten. Op de zorgverleningsmarkt, daarentegen, stuurt men wel centraal: met wettelijke kwaliteitsnormen en toezicht.

... en arbeidsbesparende technologie

Meer ruimte en risico bij zorginstellingen zal ook de ontwikkeling van arbeidsbesparende technologie bevorderen en hen aanzetten het zelfmanagement te versterken. Alleen zo zal waarschijnlijk het probleem op de arbeidsmarkt van verpleging en verzorging effectief kunnen worden aangepakt.

## 6.2 En wat doen zorgverzekeraars en overheid?

Een paar opmerkingen over de realisatie

Dit is een toepassing van de hoofdstelling 'van zz naar gg' op vraag en aanbod in de zorgsector. De RVZ gaat nu niet in op de realisatie. Dat doet hij in een slotadvies later in 2010. Maar een paar opmerkingen kunnen niet achterwege blijven.

Verzekeraars en gemeenten moeten samen optrekken

Onmiddellijk in het oog springt de grote rol die de zorgverzekeraar moet spelen in de realisatie van zz naar gg. Die rol omvat in de eerste plaats het selectief inkopen van zorg op basis van wettelijke normen van kwaliteit. Zie de punten a t/m e. In de tweede plaats omvat de rol van de zorgverzekeraar het bevorderen en beschermen van de gezondheid. De gezondheid van individuele verzekerden, maar ook de publieke gezondheid. Samen optrekken met gemeenten is dan nodig. Wij moeten ons goed realiseren dat de zorgverzekeraar een centrale rol moet spelen in de borging van het publiek belang. Of hij deze rol ook daadwerkelijk actief oppakt, hangt af van incentives. De komen-

de jaren moeten wij benutten om de incentives, die wij hierboven noemden, effectief te maken.

Richt hiervoor proeftuinen in

Voor beide rolbestanddelen geldt dat de overheid een faciliterende functie heeft, die onder meer inhoudt het opheffen van beschermingsconstructies op deelmarkten. Maar ook als dat gebeurt, is het niet zeker dat zorgverzekeraars hun tweeledige rol gaan oppakken. Zeker is wel iets anders. Doen zij dit niet, dan komt de realisatie van de stelselwijziging en van de transitie van zz naar gg in de lucht te hangen. Op dat moment zal de politiek zich moeten beraden op de grondslagen van het stelsel. Het is verstandig het zover niet te laten komen. In pilots of proeftuinen kan men de realisatie van het voorafgaande voorbereiden en werken aan evidence based beleid. Het thema van de pilots zou kunnen zijn: spelen met publieke randvoorwaarden. De 'preventiebonus' voor én gemeente en zorgverzekeraar én burger en het beleidsrijk maken van distributie- en vereveningsmechanismen zouden een centrale rol moeten spelen.

Overheid moet randvoorwaarden creëren

En dan tenslotte de rijksoverheid. Die kan op een aantal manieren behulpzaam zijn bij de transitie van zz naar gg:

#### Rol overheid is faciliteren

- Afschaffen van zoveel mogelijk steun- en vereveningsarrangementen.
- Tegelijkertijd de toedeling van collectieve middelen (uit het Gemeentefonds en via de ex ante verevening) dynamiseren en beleidsrijk maken met behulp van gg-parameters; deze twee fondsen in samenhang inzetten voor preventie; de 'preventiebonus'.
- Wettelijke normen voor de kwaliteit vaststellen en de kwaliteitstransparantie helpen bevorderen; de normen (standaarden) inhoudelijk rechtstreeks koppelen aan de wettelijke zorgaanspraken.
- Clausulering van het recht op zorg onderdeel maken van (de discussie over) het basispakket.
- In de zorgverzekering meer ruimte geven voor nieuwe financiële producten die over bestaande grenzen heenlopen; een kritische reflectie entameren op de publieke randvoorwaarden van de zorgverzekering; bevorderen die wel de transitie van zz naar gg?

### 6.3 Wat besparen wij hiermee?

Het gg-model bevat een aantal potentiële besparingen

Dit is een visie. Een schets van de toekomst. Het is geen bezuinigingsplan. Het ging tot nu toe om de kwaliteit. Niet om de kosten. Maar de politieke realiteit dringt zich aan ons op. De zorgsector zal een stevige financiële veer moeten laten als een bijdrage aan de sanering van 's rijks financiën. Doet de sector dat als zij voor de gg-weg kiest? Staat gg ook voor 'goedkope gezondheidszorg'? Ja, investeren in gg is meer kwaliteit, meer gezondheid, lagere kosten.

#### Besparingen door nieuwe ordeningen

- Inloopteam vóór huisarts (80% klachten huisarts niet medisch); financiering centra uit lopende middelen; preventiebonus voorkomt beroep op zorg.
- 40 ziekenhuisnetwerken; concentratie; rem op EHD; bouwstop; polikliniek/dagbehandeling in plaats van opname.
- Taakheroschikking en gedifferentieerde honoraria (situationeel belonen); verpleegkundige dbc's.
- Gezondheid 2.0 in plaats van traditionele zorg; substitutie zorgarbeid door zelfmanagement (financiële incentives).
- Afschaffen uurtarief medisch specialisten.
- Afschaffen ex post verevening; ex ante verevening koppelen aan 'gg-gedrag' zorgverzekeraar.
- Prestatieloon: gezondheid in plaats van ziekte; resultaatverplichting zorgaanbieder; alleen zorg(verlening en-inkoop) cf standaard (kwaliteit/doelmatigheid) vergoeden; doelmatigheid expliciet onderdeel kwaliteitsnorm.
- Selectieve zorginkoop en bekostiging: richten op gezondheidswinst, niet op verrichting; degressief bekostigen van bijwerkingen, vermijdbare complicaties, recidive en klachten.
- Hoog eigen risico; inschrijftarief huisarts en jaarlijkse APK voor eigen rekening.

### 6.4 Explicitering van de aannames

De aannames in deze nota

Welke principiële keuzes en aannames zitten in het voorgaande verstopst?

#### Aannames

- Gezondheid is ook gedragsgerelateerd.
- Mensen zijn bereid en in staat eigen verantwoordelijkheid voor hun gezondheid te nemen.
- Gezondheidsgedrag is beïnvloedbaar, onder meer door financiële prikkels.
- Ziekte ontstaat niet per se van alledaagse verplichtingen.
- Veel 'zorgvragen' zijn vermijdbaar door eerder en actiever aandacht te geven aan gedrag en aan omstandigheden.
- Differentiatie naar gedrag vergroot de bereidheid in de samenleving tot risicosolidariteit.
- Met screening en met early intervention kun je gezondheidsschade voorkomen.







## 7 Stellingen voor de discussie in de zorgsector

### 7.1 Inleiding

Debat over deze nota	<p>In de eerste helft van 2010 organiseert de RVZ discussie in de zorgsector over dit rapport. De discussie heeft de vorm van een debatreeks waarin de vragen in hoofdstuk 1 centraal staan:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- wat komt er tussen 2010 en 2020 op ons af?</li><li>- wat gaan wij daaraan doen?</li><li>- wat is daarvoor nodig?</li></ul>
Wie gaat het doen? Niet de overheid	<p>Wie gaat de noodzakelijke gedaanteverandering in de zorgsector realiseren? Wie is bereid het leiderschap van deze ingrijpende transitie op zich te nemen? Daar draait het om in de debatreeks. De overheid is niet meer degene die met hulp van de wet een centrale planningsrol kan spelen. De overheid creëert ruimte op het middenveld. Partijen in het veld zullen de transitie, de nieuwe ordeningen, moeten realiseren. En zij moeten dat doen binnen de door de overheid gestelde kaders, die primair betrekking moeten hebben op kwaliteit. Herinrichting van de publieke ruimte door private spelers. Dat is de opgave.</p>
Een ingrijpende transitie	<p>En die opgave is groot, dat realiseert de Raad zich heel goed. De veranderingen zijn niet alleen nodig en urgent. Zij zijn ook ingrijpend. Het woord gedaanteverandering is op zijn plaats. Er zijn zeker twee kabinetsperiodes nodig om die te realiseren. Dat betekent iets voor de politieke verantwoordelijkheid. Realisatie van de visie in deze nota impliceert een lange termijnstrategie.</p>
Stellingen	<p>In de debatronde zal de RVZ uit de nu volgende stellingen per debat een passende selectie maken. De stellingen sluiten aan op de acht voorstellen uit hoofdstuk 6. Een aantal stellingen is met opzet contrasterend geformuleerd.</p>

### 7.2 Stellingen

#### De route van de zorgconsument

- De burger kan een 'inloopcentrum' bezoeken (in ieder geval digitaal) en hij wordt daarvoor in de sfeer van de zorgverzekering beloofd.
  - In Nederland vervult de huisarts de inloopfunctie.
- Inloopcentra zijn wijk-georiënteerd, hetgeen betekent dat zij zijn georïent op sociaalgeografische basis, met de gemeente als regisseur.
  - Inloopcentra bieden hun functies digitaal aan (Gezondheid 2.0).

3. - Aan de poort voeren zorgprofessionals publieke gezondheidstaken uit als reguliere onderdelen van de zorgstandaard en zij worden daarvoor beloond.  
- De GGD heeft de taak de publieke gezondheid te bevorderen.
4. - In de chronische ziekenzorg ligt de zorgcoördinatie bij de verpleegkundig specialist.
5. - Complementair aan de huisarts is in gezondheidscentra gespecialiseerde diagnostiek en medisch-specialistisch consult (digitaal) beschikbaar (onder meer psychiatrie, dermatologie, cardiologie en oogheelkunde).  
- Generalistische en specialistische zorg zijn fysiek, financieel en functioneel gescheiden georganiseerd.
6. - Het Consultatiebureau voor kinderen is een formule die voor alle leeftijdscategorieën en -fasen moet gelden.

#### **Internet en innovatie**

7. - Personal health records, als instrument voor zelfmanagement, dienen zo snel mogelijk, tot stand te komen.
8. - Innovatie en Gezondheid 2.0, beide noodzakelijk, bevorder je door de ruimte en het risico voor veldpartijen op de bekostigingsmarkt te vergroten.
9. - Het ministerie van VWS moet een actief gebruik maken van de sociale media bij de realisatie van beleidsdoelstellingen.  
- Het ministerie van VWS moet zich verre houden van het internet.

#### **Categoriale en gespecialiseerde zorg**

10. - Psychiatrische en somatische expertise en zorg behoren in nauwe samenhang te worden aangeboden.  
- Psychiatrie en somatische zorg zijn gescheiden werelden.
11. - De ziekenhuizen gaan op in 40 medisch-specialistische kennisnetwerken.  
- Medisch-specialistische zorg wordt geboden door de huidige circa 100 zelfstandige stand alone ziekenhuizen.

#### **Bekostiging, financiering, sturing**

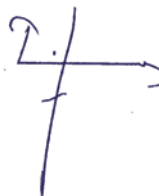
12. - De bekostigings- en zorginkoopmarkt moet vergaand worden geliberaliseerd: het lokaal overleg van zorgaanbieder en zorgverzekeraar is leidend en bindend en centrale afspraken over dbc's, ZZP's of uurtarief medisch specialisten schaffen wij af.  
- De bekostigings- en zorginkoopmarkt is centraal gereguleerd met prijzen en tarieven.

13. - Bij zorginkoop en bekostiging is gezondheidswinst de parameter, niet de zorgverrichting (ook hier: van zz naar gg).
14. - Polis- en premiedifferentiatie naar leefstijl moeten mogelijk zijn.
  - Polis- en premiedifferentiatie naar leefstijl zijn wettelijk verboden.
15. - Zorgverzekeraars kunnen de kosten van gecertificeerde preventieprogramma's (onderdeel van zorgstandaarden) declareren bij het Zorgverzekeringsfonds.
16. - Gezondheid en gedrag moeten expliciet (doelmatigheids)-criterium worden in de besluitvorming over het basispakket.
  - De criteria voor het basispakket zijn gedragsneutraal.
17. - Het 'recht op zorg' moeten wij clausuleren: aan de wettelijke zorgaanpakken moeten spiegelbeeldige verplichtingen op het vlak van goed patiëntschap worden verbonden.
  - Het 'recht op zorg' mag men niet clausuleren met aan leefstijl en gedrag gerelateerde voorschriften.
18. - De bevordering van zelfmanagement moet onderdeel zijn van het basispakket.
  - Het basispakket bestaat uitsluitend uit door zorgprofessionals te verrichten ingrepen.
19. - Het Gemeentefonds kent een 'preventiebonus' die wordt uitgekeerd bij zichtbare resultaten op het vlak van publieke gezondheid en maatschappelijke ondersteuning.
20. - Collectieve contracten met een hoog gg-gehalte leveren de zorgverzekeraar een hoge uitkering uit de ex ante verevening op.
  - De ex ante verevening moet beleidsarm van opzet zijn.
21. - De overheid stuurt uitsluitend op kwaliteit, niet op budget.
  - De overheid stuurt op het BKZ en op de prijs van de zorg.

### **Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**



Rien Meijerink,  
voorzitter



Pieter Vos,  
algemeen secretaris



# Bijlagen



## Bijlage 1

### Relevant gedeelte uit het RVZ-werkprogramma 2009, vastgesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

In het Werkprogramma 2009 van de Raad is het onderwerp Nieuwe ordeningen in de zorg opgenomen. Het werkprogramma vermeldt hierover het volgende:

‘De oude dichotomieën tussen tweede en eerste lijn, tussen generalistisch en specialistisch, tussen psychisch en somatisch, tussen algemene zorg en categoriale zorg en tussen intramuraal verblijf en zorg aan huis brokkelen af. Technologische ontwikkelingen en andere opvattingen over maatschappelijke participatie vragen om een herordening van de zorg. Weg van de grote algemene voorzieningen en op zoek naar kleinschaligheid, professionele organisaties en meer specialisatie. Maar ook naar geïntegreerde zorg in ketens, ten behoeve van chronisch zieken (disease management). Speciale aandacht is nodig voor de toenemende comorbiditeit cq multi-problematiek. Continuïteit van zorg is steeds vaker het ijkpunt. Dit biedt overigens veel nieuwe kansen en mogelijkheden voor ondernemende professionals. Het einde van het geïntegreerd medisch specialistische bedrijf? Van de institutionele AWBZ? Nieuwe vormen tussen de versnipperde lokale eenmansbedrijfjes en de ultragrote ‘alles-in-een’ instellingen? Tussen generalisatie en specialisatie? Anderhalfdelijnszorg? Beleidsmatig is men op zoek naar structuren die betere mogelijkheden bieden voor meer substitutie naar de eerste lijn, voor meer verbinding met de persoonlijke levenssfeer (preventie) en voor een betere adressering van allerlei maatschappelijke vragen en ontwikkelingen (wijkcentra).

Deze visie krijgt langzamerhand steeds meer gestalte, maar een duidelijk kader om dit op te bouwen ontbreekt. Hoe dit te realiseren? Wie is aan zet in deze ingrijpende verbouwing? Wat kan de overheid doen? Dit onderwerp leent zich voor een groot, strategisch advies. Dit zou zich moeten concentreren op de vraag hoe het bestaande bouwwerk van wet- en regelgeving, in het bijzonder de financiering en de bekostiging, geschikt is te maken voor het nieuwe zorgaanbod (dat wil zeggen voor de veranderende zorgvraag en de toenemende behandelmogelijkheden). Geschikt maken betekent dan: stimuleren’.





## Bijlage 2

### Adviesvoorbereiding

#### *Adviesvoorbereiding vanuit de Raad*

prof. dr. W.N.J. Groot  
mevrouw E.R. Carter MBA  
mevrouw prof. dr. D.D.M. Braat

#### *Adviesvoorbereiding door de ambtelijke projectgroep*

drs. Vos	projectmanager
mr. J.P. Kasdorp	projectmedewerker
L. Ottes, arts	projectmedewerker
mevrouw drs. A.C.J. Rijkschroeff-Van der Meer	projectmedewerker
mevrouw D.M. van der Klauw	stagiaire
mevrouw I.A. de Prieëlle	projectsecretaresse

#### *Relevante nevenactiviteiten raadsleden:*

prof. dr. W.N.J. Groot

- Voorzitter van de Provinciale Raad van de Volksgezondheid in Limburg
- Columnist Het Financiële Dagblad
- Columnist Economisch Statistische Berichten
- Columnist Zorgvisie

mevrouw E.R. Carter, MBA

- Eigen onderneming EC Coaching & Advies, kernfunctie coachen en adviseren van managers en jonge leidinggevend. Advisering over cultuursensitieve aspecten in leidinggeven. Advisering op het terrein van gezondheidszorgbeleid en productontwikkeling
- Penningmeester/vice-voorzitter bestuur werkgeversorganisatie Brabant TSO Agora
- Vertrouwenspersoon Mosalira Scholengemeenschap Maastricht.
- Lid bestuur ZonMw
- Lid Raad van Toezicht Servatius Wonen en Vastgoed Maastricht
- Lid Raad van Toezicht Laurentius Ziekenhuis Roermond

mevrouw prof. dr. D.D.M. Braat

- Lid Gezondheidsraad
- Plaatsvervangend lid Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek
- Voorzitter Bestuur Stafconvent UMC St. Radboud
- Vice-voorzitter Raad van Toezicht Stichting Kalorama.
- Bestuurslid Niels Stensen Stichting
- Bestuurslid Stichting NIGYO (Nijmeegs Initiatief Gynaecologische Oncologie).

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet expliciet aan het advies gecommitteerd.

#### *Gevolgte procedure*

Het adviesproject is begonnen met een startgesprek tussen representanten van het ministerie van VWS als opdrachtgever en de RVZ als opdrachtnemer. Het startgesprek is gehouden op 18 mei 2009.

#### *Achtergrondstudies*

Door het bureau Significant (Barneveld) is een achtergrondstudie geschreven met als titel 'Een nieuwe ordening door het naar voren schuiven van de zorg. Een beschouwing van het zorgstelsel als systeem'. Deze achtergrondstudie zal apart worden uitgebracht.

Medewerkers van RVZ, Nivel en RIVM schreven ondersteunende achtergrondstudies. Twee studies zullen worden gedrukt: Moderne patiëntenzorg in Nederland: acht jaar later en Leefstijl en de zorgverzekering. De overige studies zullen worden geplaatst op onze website: [www.rvz.net](http://www.rvz.net)

#### *Klankbordgroep*

Er zijn 4 bijeenkomsten georganiseerd op:

22 september 2009

20 oktober 2009

15 december 2009

19 januari 2010

#### *Leden van de klankbordgroep Nieuwe ordeningen in de zorg:*

- mevrouw drs. C.C. van Beek MCM, Nederlandse Zorgautoriteit
- dr. M. Berg, Plexus Medical Group
- B. Blanken, PGGM
- J.B.I. de Blok, Buurtzorg Nederland
- dr. J.A.I. Coolen, NPCF
- prof. dr. M.W. de Vries, Universiteit Maastricht
- prof. dr. T.E.D. van der Grinten, Erasmus Medisch Centrum
- drs. J. Heesters, GGZ Eindhoven
- L.F.J. Jansen
- C.J. Kalden, Staatsbosbeheer
- drs. B. Karssen, Significant BV, Barneveld
- prof. dr. J.L.L. Kimpfen, Universitair Medisch Centrum Utrecht
- P.H.E.M. de Kort, Rivas Zorggroep, Gorinchem
- prof. dr. J. Kremer, UMC St. Radboud Nijmegen
- dr. H.R.Th. Kröber, Stichting Pameijer, Rotterdam
- prof. dr. D.H. Linszen, Academisch Psychiatrisch Centrum, AMC Amsterdam
- prof. dr. M.T.H. Meeus, Universiteit Tilburg

- prof. dr. J.J. Polder, RIVM
- prof. dr. K. Putters, Erasmus Universiteit Rotterdam
- H.J. Reesink, huisarts Tiel
- dr. W.M.L.C.M. Schellekens, IGZ
- prof. dr. J. van der Velden, UMC St. Radboud Nijmegen
- P.A.C.M. van der Velden, burgemeester gemeente Breda
- E. Veldhoen
- mr. M. Weerts, Hart & Vaatgroep, Soesterberg

Op 12 februari 2010 is de onderhavige materie besproken met de heer drs. L.A.M. van Halder, directeur-generaal Curatieve Zorg van het ministerie van VWS.

De Raad heeft de discussienota op 18 maart 2010 vastgesteld.



## Bijlage 3

### Schema problemen en oplossingen

I. Contrasten aanbod- vraag: problemen H. 4	II. Van contrasten naar contouren: wat moet er veranderen? H. 5	III. 'Van zz naar gg' en: 'naar voren'. Concrete verbetervoorstellen H. 6
a. Groei zorgvraag bij beperkte middelen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oriëntatie: gg; burger in plaats van zorgconsument</li> <li>- Locatie en situering: thuis, wijk en 2.0</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(a) inloopcentra: gg ipv zz; zelfmanagement; publieke gezondheid/preventie</li> <li>(b) zorginkoop: gezondheidswinst</li> <li>(g) kleiner basispakket; nieuwe financiële producten</li> <li>(h) innovatie: doelmatigheid; arbeidsproductiviteit omhoog</li> </ul>
b. Aantal chronisch zieken groeit sneller dan aantal niet-chronisch zieken. Maar chronisch zieken model niet dominant	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voordeur: expertise en actie</li> <li>- Achterdeur: continuïteit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(a) inloopcentrum; hulpmiddelenwinkel; consultatiebureau functie</li> <li>(b) afschaffen echelonnering; poortteams, verpleegkundig specialist</li> <li>(c) regionale verpleegunits/nazorg/thuiszorg</li> <li>(e) 2.0, zelfmanagement</li> </ul>
c. Grotere vraag naar persoonlijke dienstverlening en naar ondersteuning bij participatie; advies in plaats van zorg	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Locatie en situering: thuis, wijk en 2.0</li> <li>- Voordeur: expertise en actie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(a) winkel hulpmiddelen; inloopcentrum; wijkoriëntatie</li> <li>(e) 2.0</li> <li>(f) nieuwe beroepen; downgrading; participatie als kwaliteitscriterium</li> </ul>

<p>d. Meer burgers met levenslange beperkingen. Behoeftte aan levensfase oriëntatie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reikwijdte en focus: van mono naar multi</li> <li>- Achterdeur: continuïteit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(a) consulatiebureaufunctie; advisering (kenniscentra in de wijk); wijkoriëntatie; preventiebonus gemeente</li> <li>(c) continuïteit van zorg/ regionale verpleegunits</li> <li>(e) 2.0/phr's</li> <li>(g) nieuwe financiële producten/levensloop-regeling</li> </ul>
<p>e. Multimorbiditeit en multiproblematiek nemen toe. Verbrokeeldheid aanbod. Onvoldoende continuïteit van zorg</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reikwijdte en focus: van mono naar multi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(a) poortteams (multidisciplinair); integratie farmacie-zorg</li> <li>(c) regionale verpleegunits/ continuïteit zorg; zorg op de overgangen</li> <li>(d) medische kennisnetwerken</li> </ul>
<p>f. Gedragsgerelateerdheid ontstaan en beloop ziekten neemt toe. Voor burger: geen relatie zorgconsumptie/ profijt/ gedrag</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oriëntatie: gg; burger in plaats van zorgconsument</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(a) inloopcentra: gedragsdisciplines /wijkverpleegkundige</li> <li>(e) 2.0</li> <li>(g) kleiner basispakket, gg als criterium; zorgverzekering en leefstijl (differentiatie)</li> </ul>
<p>g. Kennis over ontstaan en beloop ongezondheid neemt toe, evenals vroegtijdig ingrijp-mogelijkheden, maar nog niet de praktijk.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voordeur: expertise en actie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(a) en (b) interventionistische poortfunctie; screening; gespecialiseerde kennis a/d poort; APK huisarts</li> <li>(d) medische kennisnetwerken</li> </ul>

## Bijlage 4

### Lijst van afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CVZ	College voor zorgverzekeringen
dbc	diagnose behandelcombinatie
DNA	Desoxyribonucleïnezuur
epd	elektronisch patiëntendossier
gg	gezondheid en gedrag
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
HBO	hoger beroepsonderwijs
ICT	informatie- en communicatietechnologie
MBO	middelbaar beroepsonderwijs
NHS	National Health Service
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
Phr	personal health record
SES	sociaal-economische status
UMC	universitair medisch centrum
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WO	wetenschappelijk onderwijs
zbc	zelfstandig behandelcentrum
zz	ziekte en zorg
zzp	zorgzwaartepakket





## Bijlage 5

### Literatuurlijst

Anderson, G.F. et al. Its's the prices, stupid: Why the United States is so different from other countries. *Health Affairs*, 2003, 2, no. 3, 89-105.

Anotos, J. et al. Bending the Curve. Effective steps to address long-term health care spending growth. *Health Care Reform*, 2009, 1-8.

Ashworth, M., S. Clement and M. Wright. Demand, appropriateness and prescribing of 'lifestyle drugs': a consultation survey in general practice. *Family Practice-an international journal*, 2002, 19, no. 3, 236-241

Baas, K.D. et al. Screening for depression in high-risk groups: prospective cohort study in general practice. *The British Journal of Psychiatry*, 2009, 194, 399-403.

Bakker, D.H. de, C. van Dijk en R. Verheij. Contacten in achterstandswijken. *Huisarts & Wetenschap*, 2008, 12, 585.

Bilsen, P. van. Nieuwe wegen naar vraaggericht werken. *Tijdschrift over ouder worden & maatschappij*, 2003, 11, no. 1, 47-50.

Bion, J.F. and D. Bennett. Epidemiology of intensive care medicine. *The British Council*, 1999, 55, no. 1, 2-11.

Blom, J. Gezondheid meetbaar verbeteren. Opkomst van systeemdenken leidt tot nieuwe benadering van gezondheid. *VoedingsMagazine*, 2009, no. 6.

Boekholdt, M. Geef burgers ruimte in de ouderenzorg. *Gerón*, 7, no. 3, 3841.

Bodenheimer, T., E. Chen and H.D. Bennett. Confronting the growing burden of chronic disease: can the U.S. health care workforce do the job? *Health Affairs*, 2009, 28, no. 1, 64-74.

BS Health Consultancy. GGZ langs de meetlat. Vinkeveen: BS Health Consultancy, 2008.

BS Health Consultancy. Onderzoek naar de toekomstscenario's ziekenhuismarkt. Vinkeveen: BS Health Consultancy, 2009.

BS Health Consultancy. Van ieder voor zich tot concernvorming. Vinkeveen: BS Health Consultancy, 2009.

Cannon, C.P. Can the polyill save the world from hart disease? *The Lancet*, 2009, 373, no. 3, 1313-1314.

Carroll, N.V. et al. Consumer demand for patient-oriented pharmacy services. *Public Health Briefs*, 1984, 74, no. 6, 609-611.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Gezondheid en zorg in cijfers. Voorburg: CBS, 2008.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Trends in gezonde levensverwachting. Voorburg: CBS, 2009.

Centraal Bureau voor de Statistiek. 65-jarige mannen hebben nog 11 gezonde levensjaren voor de boeg. Voorburg: CBS, 2009.

Centrum Zorg en Bouw. Decentrale ziekenhuizen, TNO, 2009.

Centrum Zorg en Bouw/TNO. De vraag naar zorg in ziekenhuizen, 2009.

Christensen, C.M. The Innovator's Prescription. A Disruptive Solution for Health Care, 2009.

Christensen, K. et al. Ageing populations: the challenges ahead. *The Lancet*, 2009, no. 374, 1196.

Clayton, M., J. Grossman and J. Hwang. The innovator's prescription. Mc.Graw-Hill, 2008.

Conijn, F. Schakel patiënt zelf in bij drukken kosten. *Financieel Dagblad*, 2009, 7-9.

Cooksey, J.A. et al. Challenges to the pharmacist profession from escalating pharmaceutical demand. *Health Tracking*, 2002, 21, no. 5, 182-188.

Dentzer, S. Reform chronic illness care? Yes, we can. *Health Affairs*, 2009, 28, no. 1, 12-13.

Dirkse, R. Verslag bijeenkomst Berenschotboekje 'Beter worden!'. De curatieve zorg anno 2018.

Dirkse, R. Vijf belangrijke elementen van de curatieve zorg anno 2018. *Zorginstellingen*, 2008, 5, 11-12.

Dijk, C. van et al. Anders is niet per se beter. Kanttekeningen bij functionele bekostiging. Medisch Contact, 2009, 64, no. 22, 973-976.

Finnema, E. en M. Goumans. Samenhang in de ouderenzorg. Lectorale rede uitgesproken op 23 april 2009.

Friele, R.D. Wet en werkelijkheid in de gezondheidszorg. Utrecht: Nivel, 2009.

Frissen, V. Health 2.0: It's not just about medicine and technology, it's about living your life. Delft: TNO, 2009.

Gawande, A. The Cost Conundrum. What a Texas town can teach us about health care. The New Yorker, 2009, 1-11.

Gezondheidsraad. Autismspectrumstoornissen: een leven lang anders. Den Haag: Gezondheidsraad, 2009.

Gemeentelijke Gezondheidsdienst Zuidhollandse Eilanden. De GGD voorbij? GGD: Spijkenisse, 2009.

Giesen, P., W. Thijssen en T. Voorn. SEH kan efficiënter. Medisch Contact, 2009, 64, no. 38, 1590-1591.

Golhill, D. How american health care killed my father. The Atlantic Magazine, September 2009.

Gort, M. and S. Klepper. Time paths in the diffusion of product innovations. The Economic Journal, 1982, 92, no. 367, 630-653.

Graaf, de et al. Perinatale sterfte in Nederland. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2008, 50, no. 152, 2734-2740.

Groffen, W. De echelonnering van de gezondheidszorg: een denkbeeld en een misverstand. Medisch Contact, 1974. no.29, 929.

Groot, W. en H. Maassen van den Brink. APK bij de huisarts. Financieel Dagblad, 22 maart 2010.

Gruffydd-Jones, K. et al. What are the needs of patients following discharge from hospital after an acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (COPD)? Primary Care Respiratory Journal, 2007, 126, 363-368.

Hayashida, K. et al. Difference in lifetime medical expenditures between male smokers and non-smokers. Health Policy, 2010, 94, 84-89.

- Health Affairs. Themanummer chronic illness/conditions, 2009.
- Helsloot, R. en C. Festen. De patiënt voorop. Mike Pringle over Primary Care Federations. Huisarts en Wetenschap, 2009.
- Health Management Forum. Themanummer Zelfmanagement en zorg in de toekomst, 4, 2009.
- Het Expertise Centrum. De informatiepositie van de patiënt. Den Haag: HEC, 2010.
- Hoof, F. van et al. Trendrapportage GGZ 2008. Deel I Organisatie, Structuur en Financiering, 2008.
- Hulsebos, M. Geïntegreerde eerstelijns een succes. Zegen voor zorg én patiënt. Zorgmarkt, 11, november 2009.
- Kamphuis, M.H. et al. Depressie en hart- en vaatziekten. De rol van voeding, leefstijl en gezondheid. Hart Bulletin, 40, 2009, no. 1, 14-17.
- Karim-Kos, H., E. de Vries en J.W. Coebergh. Recente kankertrends in Europa en Nederland: incidentie, overleving en sterfte vanaf de jaren negentig. Tijdschrift Kanker, 2008, 26-28.
- Kemenade, Y. van en L. Hopstaten. Het ziekenhuis in 2020. Zorgvisie, 2007, 5, 37-39.
- Kok, L. en A. Houkes. Inkomensafhankelijk eigen risico remt zorgkosten. ESB Economisch statistische berichten, 2009, 94, 138-140.
- Koopmans, R. en J. Harrijsen. Nieuwe tijd, nieuw specialisme. Medisch Contact, 64, 2009, no. 19, 861-863.
- Kremer, J.A.M. The innovator's prescription. Presentatie van J.A.M. Kremer op 25 februari 2009.
- Kverndokk, S. Why do people demand health? Oslo: University of Oslo, 2000.
- Lau, L.M.L. de et al. Ziekte van Parkinson komt vaker voor dan gedacht. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2009, 152, 1-8.
- Mackenbach, J.P. et al. Socio Economic Integration in Health in 22 European Countries. The New England Journal of Medicine, 2008, 358, no. 23, 215-221.

Mackenbach, J.P. Ziekte in Nederland. Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg, 2010.

Mohangoo, A.D. et al. Hoge perinatale sterfte in Nederland vergeleken met ander Europese landen: de Peristat-II-studie. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2008, 50, no. 152, 2718-2727.

McKinsey&Company. Health International. Engeland: McKinsey&Company, 2008.

Merkus, J.M.W.M. De verloskundige zorg in Nederland opnieuw de maat genomen. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 50, 2008, 2707-2708.

Meulen, A., C. van Duin en J. Garssen. Bevolkingsprognose 2008-2050: model en veronderstellingen betreffende de sterfte. Bevolkingstrends, 1<sup>e</sup> kwartaal 2009.

Mihhelsen, T.H. et al. Cancer rehabilitation: psychosocial rehabilitation needs after discharge from hospital, 2008.

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Strategische Kennisagenda. Den Haag: SZW, 2009.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief van minister Klink aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Programmatiese aanpak van chronisch ziekten. Den Haag: VWS, 13 juni 2008.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief van minister Klink aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal: Voorhangbrief keten - DBC's en huisartsenbesteding. Den Haag: VWS, 13 juli 2009.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief van minister Klink aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal: Reactie NZa op 3 rapporten inzake huisartsenzorg en functionele besteding. Den Haag: VWS, 13 juli 2009.

Nationale Denk Tank. Een frisse blik op betere zorg voor chronisch zieken, 2000.

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Kerngegevens zorg 2007. Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten. Utrecht: NIVEL, 2008.

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Naar een sterke eerste lijn: specialisatie in generalistendland. Utrecht: NIVEL, 2009

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg.  
Nederlander gaat vaker en langer naar de huisarts. Utrecht: NIVEL, 2009.

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg.  
Ruimte voor de klinisch geriater. Utrecht: NIVEL, 2009.

Nouws, H. Kleinschalig wonen voor mensen met dementie.  
Stichting Wonen met Dementie, 2009.

NRC. Alzheimer 2040, 23 juli 2009.

NRC. Medicatie bij kinderen, 22 augustus 2009.

Nuijen, J. Promotieonderzoek VU MC april 2009: comorbiditeit.

Overgoor, A.G. Zorgen en Welzijn bijeen. Medisch Contact, 23, 2003.

Paez et al. Rising out - of - pocket spending for chronic conditions.

PBL. Duurzame stad 2040: gezondheid, 2009.

Plexus Medical Group. Toegevoegde waarde in de ggz, 2009.

Pomp, M. Aanbodgeïnduceerde vraag: feit of fictie, 2009.

PoZoB. Zorgstraat voor COPD, 2009.

PricewaterhouseCoopers. Brancheanalyse gezondheidszorg 2009.  
Alkmaar: PWC, 2009.

PricewaterhouseCoopers. The new science of personalized medicine:  
the promise into practise. Alkmaar: PWC, 2009.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Buiten de gebaande paden.  
Den Haag: RVZ, 2009.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Geven en nemen in de spreekkamer.  
Den Haag: RVZ, 2009.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Gezondheid 2.0. Den Haag:  
RVZ, 2010.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Moderne patiëntenzorg in Nederland:  
acht jaar later. Den Haag: RVZ, 2010.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Schaal en zorg. Den Haag: RVZ, 2008.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Tussen continuïteit en verandering. Den Haag: RVZ, 2009.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg. Den Haag: RVZ, 2008.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Zorginkoop. Den Haag: RVZ, 2008.

Reuser, M. Dementie: keerzijde van een lang leven. Demos, 2008, 24, no. 10, 1-2.

Ruijsbroek, J.M.H. en A. Verweij. Sociale cohesie. Nationaal Kompas Volksgezondheid, 3 september 2009.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Chronische ziekten en multimorbiditeit. Bilthoven: RIVM., 2008.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Effectiviteit van disease management. Bilthoven: RIVM, 2008.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Prevalentie of Incidentie. Bilthoven: RIVM, 2007.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Sociale steun en gezondheid. Bilthoven: RIVM, 2008.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Van gezond naar beter. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Bilthoven: RIVM, 2010.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Vergrijzing en toekomstige ziektelast. Prognose chronische ziektenprevalentie (2005-2025). Bilthoven: RIVM, 2007.

RIVM. Ziektelast in DALY's . Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2009.

Rooy, G. van. Geïntegreerde eerstelijns succes. Zorgmarkt, 2009, no. 11, 14-17.

Royal College of General Practitioners. Primary Care Federations. Putting patients first. A plan for primary care in the 21st century from the RCGP, juni 2008.

Schoemaker, C. et al. Trends in de geestelijke, 2007, 10, no. 62, 824-835.

Schubart, J.R., M.B. Kinzie and E. Farace. Caring for the brain tumor patient: family caregiver burden and unmet needs. *Neuro-oncology*, 2008, 61-71.

Seeman, J. Het lichaam reageert op sociale steun. *Nationaal Kompas Volksgezondheid*, 2009, 1-2.

Sociaal Cultureel Planbureau. De sociale staat van Nederland. Den Haag: SCP, 2009.

Sonneville, H. de et al. Scenario's strategische GGz keuzes, 2009.

Spetz, J. The effects of managed care and prospective payment on the demand for hospital nurses: evidence from California. *Health Services Research*, 34, 1999, 993-1010.

STG/Health Management Forum. Oncologie en psychiatrie: Wat kunnen ze van elkaar leren? Leiden: STG/HMF, 2009.

Stichting De Nationale DenkTank. Recept voor Morgen. Amsterdam: De Nationale DenkTank, 2006.

Strategisch plan Trajectzorg. Meerjarenperspectief en actieprogramma 2010.

Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek. Decentrale Ziekenhuizen; droombeeld van de toekomst of realiteit. Utrecht: TNO, 2009.

Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek. De vraag naar zorg in ziekenhuizen. Utrecht: TNO, 2009.

Trimbos Instituut. Trendrapportage GGZ 2008. deel I. Utrecht: Trimbos Instituut, 2009.

Trimbos Instituut. Trendrapportage GGZ 2008. deel II Utrecht: Trimbos Instituut, 2009.

Trimbos Instituut. Trendrapportage GGZ 2008. deel III Utrecht: Trimbos Instituut, 2009.

Trimbos Instituut. Trendrapportage deel 2. Toegang en Zorggebruik. Utrecht: Trimbos Instituut, 2008.



Truscott, J.E. Nurse practitioners. Addressing the needs of older persons living in residential aged care, 2007.

Veld, R. in 't. Bekwame burger redt democratie. Binnenlands Bestuur, 21 augustus 2009.

Velden, L. van der et al. Ontwikkelingen in de sterfte aan kanker en andere chronische aandoeningen. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 2008, 86, no. 7, 399-404.

Vrijhoef, H.J.M. Zorg dat het werkt; modellen en standaarden voor chronische zorg in Nederland. Lezing congres 'Greep op chronische ziekten en beperkingen', 3 juni 2008.

World Health Organization. Innovative care for chronic conditions. Switzerland: WHO, 2002.

Wildt, J.E. de en G. Lensink. Nulmeting zorggroepen, 2008.

Wingen, M. en F. Otten. Sociaaleconomische verschillen in fysieke beperkingen voor ouderen. Bevolkingstrends, 4<sup>e</sup> kwartaal 2008.

Witkamp, R. Gezondheid meetbaar verbeteren. VoedingsMagazine, 2009, no. 6, 6-7.

Woonzorgtechnologie in samenwerking met woonzorgdiensten. Zorginstellingen, 2008.

Zeegers, G. Preventiekompas als lifestyle-check. Arbo Magazine, 2009, 1, 19.

Zorginnovatieplatform. Wat werkt bij wie? Den Haag: ZIP, 2009.

ZonMw. Standaard voor zorgstandaarden. Haag: ZonMw, 2009.

ZorgmarktAdvies. Integraal willen we allemaal?! Den Haag: ZorgmarktAdvies, 2010.



## Overzicht publicaties RVZ

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de website van de RVZ ([www.rvz.net](http://www.rvz.net)). Tevens kunt u de adviezen per mail aanvragen bij de RVZ ([mail@rvz.net](mailto:mail@rvz.net)). Publicaties van vóór 2007 staan op de website van de RVZ en CEG.

De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn te bestellen bij het CEG per mail [info@ceg.nl](mailto:info@ceg.nl)

### Publicaties RVZ vanaf 2007

- 10/07 Leefstijl en de zorgverzekering (achtergrondstudie bij discussienota), april 2010
- 10/06 Een nieuwe ordening door het naar voren schuiven van zorg (achtergrondstudie bij discussienota), april 2010
- 10/05 Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening (discussienota), april 2010
- 10/04 De patiënt als sturende kracht
- 10/03 De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg
- 10/02 Health 2.0: It's not just about medicine and technology, it's about living your life (achtergrondstudie bij advies Gezondheid 2.0), februari 2010
- 10/01 Gezondheid 2.0 (advies), februari 2010
- 09/14 Investeren rondom kinderen, september 2009
- 09/13 Numerus Fixus Geneeskunde: loslaten of vasthouden, januari 2010
- 09/12 Brochure Numerus Fixus, januari 2010
- 09/11 Werkprogramma 2010, november 2009
- 09/10 Steunverlening zorginstellingen (advies), juni 2009
- 09/09 Buiten de gebaande paden. Advies over Intersectoraal gezondheidsbeleid, mei 2009
- 09/08 Buiten de gebaande paden: Inspirerende voorbeelden van intersectoraal gezondheidsbeleid (brochure,) mei 2009
- 09/07 Evaluatie RVZ 2004-2008, april 2009
- 09/06 Geven en nemen in de spreekkamer. Rapportage over veranderende verhoudingen, maart 2009
- 09/05 Tussen continuïteit en verandering. 27 adviezen van de RVZ 2003-2009, februari 2009
- 09/04 Governance en kwaliteit van zorg (advies) maart 2009
- 09/03 Werkprogramma 2009, maart 2009
- 09/02 Farmaceutische industrie en geneesmiddelengebruik: evenwicht tussen publiek en bedrijfsbelang (debatverslag), januari 2009
- 09/01 De verzekeraar en de patiënt: een succesvolle coalitie: goede voorbeelden van patiëntgestuurde zorginkoop (in samenwerking met de NPCF), januari 2009
- 08/11 Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg (advies), december 2008

- 08/12 Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg: achtergrondstudies, december 2008
- 08/10 Versterking voor gezinnen. Preadviezen Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (Versterken van de village: preadvies over gezinnen en hun sociale omgeving) en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (Zorg in familieverband: preadvies over zorgrelaties tussen generaties), september 2008
- 08/08 Schaal en zorg (advies), mei 2008
- 08/09 Schaal en zorg: achtergrondstudies mei 2008
- 08/05 Zorginkoop (advies), maart 2008
- 08/07 Onderhandelen met zorg (achtergrondstudie bij het advies Zorginkoop), maart 2008
- 08/06 Zorginkoop heeft de toekomst: maar vraagt nog een flinke inzet van alle betrokken partijen (achtergrondstudie bij het advies Zorginkoop), maart 2008
- 08/03 Screening en de rol van de overheid (advies), april 2008
- 08/04 Screening en de rol van de overheid: achtergrondstudies, april 2008
- 08/02 Leven met een chronische aandoening (Acht portretten behorend bij het RVZ advies Beter zonder AWBZ?), januari 2008
- 08/01 Beter zonder AWBZ? (advies), januari 2008
- 07/06 Adviseren aan de overheid van de toekomst (verslag van de invitational conference, 22 mei 2007)
- 07/05 Werkprogramma 2008, december 2007
- 07/04 Rechtvaardige en duurzame zorg (advies), oktober 2007
- 07/02 Vertrouwen in de arts (advies), mei 2007
- 07/03 Vertrouwen in de arts: achtergrondstudies, mei 2007
- Sig 08/01a Publiekversie Vertrouwen in de spreekkamer, februari 2008
- Sig 07/02 Goed patiëntschap, februari 2008
- Sig 07/01 Uitsstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?, maart 2007
- Sig 07/01a Publiekversie signalement Uitsstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?, oktober 2007

### **Publicaties CEG vanaf 2007**

- Sig 09/11 Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden.
- Sig 09/05 Met de camera aan het ziekbed. Morele overwegingen bij gezondheidszorg op televisie, mei 2009
- Sig 08/02 Dilemma's op de drempel. Signaleren en ingrijpen van professionals in opvoedingssituaties (signalement), september 2008
- Sig 08/01 Afscheid van de vrijblijvendheid. Beslissystemen voor orgaandonatie in ethisch perspectief (studie in het kader van het Masterplan Orgaandonatie VWS), juni 2008
- Sig 07/04 Passend bewijs. Ethische vragen bij het gebruik van evidence in het zorgbeleid (signalement), januari 2007
- Sig 07/03 Financiële stimulering van orgaandonatie (signalement), november 2007
- Sig 07/02 Formalisering van informele zorg. Over de rol van 'gebruikelijke zorg' bij toekenning van professionele zorg (signalement), juli 2007





