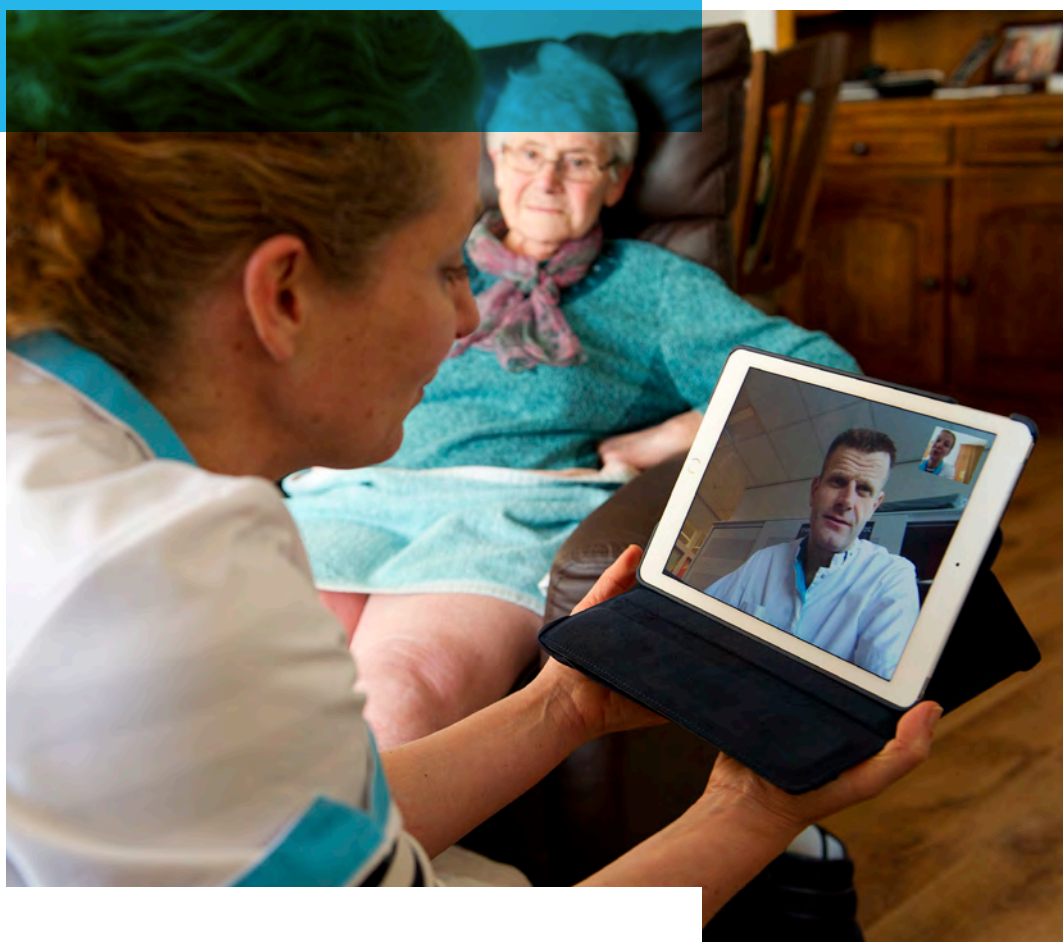


Zorg voor de toekomst

Over de toekomstbestendigheid
van de zorg



Zorg voor de toekomst

Over de toekomstbestendigheid van de zorg

AAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT, MEDE NAMENS DE MINISTER
VOOR MEDISCHE ZORG EN SPORT EN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID

NR.02 - JUNI 2020

Sociaal-Economische Raad

De Sociaal-Economische Raad (SER) adviseert het kabinet en het parlement over de hoofdlijnen van het te voeren sociaal en economisch beleid en over belangrijke wetgeving op sociaal-economisch terrein. Ook is de SER betrokken bij de uitvoering van enkele wetten.

De SER is in 1950 bij wet ingesteld. Zitting in de SER hebben vertegenwoordigers van ondernemers en van werknemers, en kroonleden (onafhankelijke deskundigen). De raad is een onafhankelijk orgaan dat door het gezamenlijke Nederlandse bedrijfsleven wordt gefinancierd.

De SER wordt bij de uitvoering van zijn functies bijgestaan door een aantal vaste en tijdelijke commissies. Enkele vaste commissies zijn onder bepaalde voorwaarden ook zelfstandig werkzaam.

Actuele informatie over de samenstelling en de werkzaamheden van de SER en zijn commissies, persberichten en het laatste nieuws zijn te vinden op de website van de SER. Ook alle adviezen die sinds 1950 zijn verschenen, zijn daar te vinden. Adviezen van de laatste jaren zijn ook in gedrukte vorm verkrijgbaar. Het SERmagazine brengt maandelijks nieuws en achtergrondinformatie over de SER, de overlegeconomie en belangrijke sociaal-economische ontwikkelingen.

Sociaal-Economische Raad
Bezuidenhoutseweg 60
Postbus 90405
2509 LK Den Haag
T 070 3499 525
E communicatie@ser.nl
www.ser.nl

©2020, Sociaal-Economische Raad
Alle rechten voorbehouden
Overname van teksten is toegestaan onder bronvermelding

Inhoudsopgave

Voorwoord	9
Preambule	13
1. Inleiding	21
1.1 De vragen aan de SER	21
1.2 De urgentie van de problematiek, nu en in de toekomst	22
1.3 Belangrijk uitgangspunt voor de verkenning: brede en integrale benadering	25
1.4 Opzet van deze verkenning	28
2. De waarde van de zorg voor de Nederlandse samenleving	31
2.1 Plaatsbepaling van de zorg	31
2.2 De institutionele kaders van zorg en maatschappelijke ondersteuning	32
2.3 Groot draagvlak voor de gezondheidszorg	34
2.4 De Nederlandse zorg presteert goed	35
2.5 Maatschappelijke en economische baten van de zorg	40
3. Uitgaven en financiering van de zorg	45
3.1 Zorguitgaven volgens verschillende definities	45
3.2 Zorguitgaven voor burgers, bedrijven en overheid	46
3.3 Uitgavenbeheersing	51
4. Toekomstverwachtingen voor zorgvraag en zorguitgaven	55
4.1 De toekomstige vraag naar zorg	55
4.2 Factoren achter de groei van de zorguitgaven	59
4.3 Prognoses voor de ontwikkeling van de zorguitgaven	61
4.4 Internationale prognoses voor de zorguitgaven	64
4.5 De urgentie van de problematiek	65
5. Uitgavenbeheersing	69
5.1 Inleiding	69
5.2 Zorguitgavenbeheersing: plaatsbepaling	71
5.3 Uitgavenbeheersing in de cure	71
5.3.1 Pakketbeheer	71

5.3.2	Pakketbeheer; zinnige zorg	74
5.3.3	Het stimuleren van gepast gebruik	75
5.3.4	Operationele verspilling, prijsmaatregelen, budgetten en substitutie	76
5.3.5	Organisatie van zorg en zorguitgavenbeheersing	79
5.3.6	De-medicalisering	79
5.4	Uitgavenbeheersing in de langdurige zorg	80
5.4.1	Budgettering, indicatiestelling en eigen bijdrages	80
5.4.2	Het Persoonsgebonden Budget (PGB)	81
5.4.3	Pakketbeheer in de Wet langdurige zorg (Wlz)	81
5.4.4	Doelmatigheid, samenwerking en preventie	82
5.5	Uitgavenbeheersing in het gemeentelijk domein	82
5.6	Conclusies	86
6.	Preventie	91
6.1	Inleiding	91
6.2	Investeren in preventie loont	94
6.3	Knelpunten en kansen voor preventie	97
6.4	Plaatsen van preventie	101
6.5	Conclusies	108
7.	Organisatie en digitale transformatie	121
7.1	Inleiding	121
7.2	Plaatsbepaling: digitalisering in de zorg	122
7.3	Juiste zorg op de juiste plek	127
7.4	Mogelijkheden en belemmeringen voor de digitale transformatie	134
7.5	Randvoorwaarden voor succesvolle implementatie	140
7.6	Conclusies	146
8.	Werken in de zorg: ruimte voor de zorgprofessional	153
8.1	Inleiding	153
8.2	De arbeidsmarkt in de zorg	156
8.3	Ruimte voor de zorgprofessional	162
8.4	Ruimte onder druk	167
8.5	Informele zorg en mantelzorg onder druk	175
8.6	Conclusies	177
9.	Samenvatting en conclusies	189
9.1	Urgentie, vragen en uitgangspunten	189
9.2	Samenvatting van de analyses	191

9.3	Vier hoofdconclusies	192
9.4	Slotafwegingen	197

Bijlagen		199
1	Adviesaanvraag	201
2	Verslag Dialoogbijeenkomst Ruimte voor de Zorgprofessional SER 27 maart 2019	205
3	Academy Het Dorp SIZA, Werkbezoek SER 29 mei 2019	219
4	Samenstelling Commissie Sociale Zekerheid en Gezondheidszorg	233



Voorwoord

Voorwoord

Bijna twee jaar geleden legde het kabinet aan de SER deze vraag voor: hoe kunnen we als samenleving omgaan met het vooruitzicht dat het beroep op zorg fors zal gaan stijgen, en de uitgaven voor de zorg in de komende decennia zullen gaan verdubbelen? Dat perspectief legt een zware last op burgers en bedrijven om de zorg te blijven financieren. Het raakt ook aan wat de SER als de drie centrale aspecten van de zorg beschouwt: toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid.

In Nederland hebben we vertrouwen in de zorg. We geloven in de kennis en ervaring van zorgprofessionals, en het maatschappelijk draagvlak voor solidariteit is groot. Tegelijkertijd zijn veel mensen ongerust over de zorg. Ongerst over het gebrek aan personeel, de hoge werkdruk en het lage salaris van zorgmedewerkers. Ook worden genoemd: de hoge zorguitgaven, de kwaliteit van de ouderenzorg, de wachtlijsten en bureaucratie. Deze zorgen worden breed gedeeld. Maar niet iedereen ervaart daarvan evenveel impact op het eigen leven. Mensen met een hogere opleiding maken zich persoonlijk relatief weinig zorgen, terwijl mensen in een financieel kwetsbare positie dat vaak wel doen; iets dat waarschijnlijk samenhangt met het feit dat deze laatste groep ook vaker gebruik maakt van zorg. Tegelijkertijd vindt vrijwel iedereen solidariteit en toegankelijkheid van de zorg buitengewoon belangrijk. De zorg is, kortom, een zaak die de hoogste politieke prioriteit zou moeten krijgen.

In Nederland zijn we trots op onze gezondheidszorg. Die trots is geheel terecht. Ons land heeft een goed presterend zorgstelsel, met zorg van hoge kwaliteit en met een goede toegankelijkheid. Niettemin ziet de SER goede kansen om de gezondheid van Nederlanders en de organisatie van de zorg te verbeteren en de zorgprofessionals te ontlasten. Er zijn diverse routes om onze zorg toegankelijk te houden voor iedereen, de kwaliteit op peil te houden en de financiële last draagbaar te houden voor werkenden, patiënten en werkgevers. Deze verkenning brengt een paar van die routes in beeld. Binnen de SER hebben we, naast de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid, ook uitgebreid de toekomstbestendigheid van de zorg besproken. Daarmee kwamen de beschikbaarheid, de organisatie en het werken in de zorg nadrukkelijk aan de orde. Het doet ons goed dat het kabinet die verbreding van het onderwerp deelt, wat blijkt uit het feit dat deze aspecten zijn opgenomen in de aangekondigde contourennota.

De coronacrisis brak uit op het moment dat deze verkenning werd afgerond. We hebben de crisis niet meer uitgebreid in deze verkenning kunnen beschrijven.

We zitten er nog middenin en veel is nog onduidelijk: wat het verloop van COVID-19 zal zijn, hoe lang de crisis gaat duren, wat de gevolgen zijn voor economie en zorg. De coronacrisis maakt wel heel pregnant duidelijk hoe cruciaal een goed functionerende zorg is voor onze samenleving en de economie, voor de gezondheid en voor het welzijn van de burgers. In de preambule van deze verkenning geven we een eerste duiding van de opgaven waarmee we aan de slag moeten. Het advies van de Denktank Coronacrisis maakt duidelijk dat we de mensen die in de zorg werken, moeten koesteren. Dat we in de zorg veel mensen tekort komen, is voor nu en zeker voor de lange termijn een groot aandachtspunt. Het is dan ook niet meer dan terecht dat we in deze verkenning uitgebreid ingaan op de positie van de zorgprofessional.

Voor beleidsmakers en toezichthouders, voor zorgorganisaties en voor werkenden in de zorg is er veel ruimte om het werken in de zorg aantrekkelijker te maken en daarmee recht te doen aan het belang dat we samen hechten aan goede zorg. Dat is waar de SER met deze verkenning aan wil bijdragen.

Ten slotte wil ik de voorzitter en de leden van de commissie die de verkenning heeft voorbereid, bedanken voor de inbreng. Tevens is een woord van dank op zijn plaats voor alle mensen uit de zorg zelf die hebben deelgenomen aan de bijeenkomsten die de commissie vorig jaar organiseerde. De stem van de mensen uit de zorg zelf was essentieel voor de totstandkoming van deze SER-verkenning.

Mariëtte Hamer
Voorzitter SER



Preamble

Preamble

Het kabinet verzocht de SER bijna twee jaar geleden een verkenning uit te voeren naar de betaalbaarheid van de Nederlandse zorg op lange termijn. In de komende twintig jaar verdubbelt het beroep op de zorg. Dat roept vragen op. Zijn er genoeg mensen om die zorg te verlenen? Is alle zorg die wordt geboden ook echt zinnig? Gaat die groei aan zorg niet ten koste van andere publieke voorzieningen zoals het onderwijs? Wat zijn de kosten van een dergelijke groei van het beroep op de zorg en kunnen en willen we die betalen?

Het kabinet verzocht verder om de verkenning tijdig af te ronden, zodat het de uitkomsten van de verkenning zou kunnen meenemen bij de voorbereiding van de contourennota. Op Prinsjesdag 2019 kondigde het kabinet aan voor het zomerreces van 2020 een nota te zullen uitbrengen waarin het ingaat op wat er bestuurlijk nodig is om de organiseerbaarheid en de betaalbaarheid van de (voor)zorg en ondersteuning te verbeteren. De SER heeft de verkenning in 2019 uitgevoerd en begin 2020 afgerond.

Inmiddels leven we in een andere wereld. Deze verkenning komt uit midden in de coronacrisis die wereldwijd zowel een enorme gezondheids crisis als een economische crisis veroorzaakt en pregnant laat zien waarover deze verkenning in de kern gaat: het toekomstbestendig maken van de gezondheidszorg. In deze crisis is gebleken dat het niet vanzelfsprekend is dat er voldoende gekwalificeerd personeel beschikbaar is om iedereen de zorg van hoge kwaliteit te geven conform de kernwaarden van ons solidaire zorgstelsel. Dit raakt aan de vraag die ten grondslag ligt aan deze verkenning namelijk of vanwege de sterk groeiende behoefte aan zorg de komende decennia zorg van goede kwaliteit voor iedereen beschikbaar zal kunnen zijn.

De impact van de crisis is ongekend groot. Het virus vraagt een hoge tol: in mensenlevens, maar ook gezien de maatschappelijke, economische en sociale ontwrichting. Bedrijven en zelfstandigen zien hun omzet grotendeels of geheel wegvallen. Werkenden verkeren in onzekerheid over hun baan, of werken thuis en geven de kinderen thuisonderwijs. De overheid komt met ongekende maatregelen om te voorkomen dat de samenleving en de economie onherstelbare schade oplopen. In vitale sectoren wordt doorgewerkt om de samenleving ondanks alles draaiende te houden. Van de mensen die in de zorg werken wordt het uiterste gevraagd. Bij alle onzekerheid over de impact van de coronacrisis blijkt hoe essentieel het is dat we kunnen terugvallen op de deskundige en gemotiveerde mensen die werken in de

zorg. Ze maken lange dagen, worden emotioneel zwaar belast doordat ze mensen in hun laatste levensuren begeleiden in een eenzaam afscheid.

De raad ziet dat er een uitzonderlijk zwaar beroep wordt gedaan op alle mensen die in de zorg werken. De raad heeft hiervoor diepe bewondering en grote waardering. Deze waardering leeft breed in de samenleving en wordt op vele momenten en manieren geuit. De raad ziet ook dat in de zorg met grote inzet en flexibiliteit is ingespeeld op de crisis, en vindt dat alle medewerkers en organisaties in de zorg daarop trots mogen zijn. Een beter bewijs van de hoge kwaliteit van de Nederlandse zorg en de mensen die daarin werken is er niet.

Op het moment dat deze verkenning uitkomt, ligt de eerste prioriteit bij bescherming van de volksgezondheid tegen het coronavirus en bij behandeling en verzorging van degenen die ermee besmet zijn. De samenleving zit nog midden in de crisis. Hoewel de uitbraak van het virus is teruggebracht en het kabinet de eerste beperkende maatregelen heeft versoepeld, blijft het onzeker op welke manier en met welke snelheid het maatschappelijke en economische verkeer op gang kan worden gebracht.¹

De vragen die onder deze verkenning liggen verliezen door de coronacrisis hun actualiteit en relevantie niet. De verkenning is gericht op de langetermijntontwikkelingen in de zorg en in de samenleving. De analyses, conclusies en overwegingen bij de verschillende onderwerpen blijven naar het oordeel van de raad onverminderd overeind en worden op onderdelen alleen maar relevanter.

Hoewel een evaluatie van wat zich nu in de zorg en daarbuiten voltrekt pas op een later tijdstip kan plaatsvinden, wil de raad bij het uitbrengen van deze verkenning toch een en ander opmerken over de vraag hoe deze verkenning zich verhoudt tot de coronacrisis.

Ten eerste laat de crisis zien dat de Nederlandse zorg – net als in vele andere landen – onder zeer grote druk is komen te staan door de gevolgen van de COVID-19-pandemie. We moeten constateren dat er beperkte ‘bufferruimte’ in ons stelsel zit. Beperkte voorraden van materialen, beperkte capaciteit van ziekenhuizen en een beperkte inzetbaarheid van mensen. De gezondheidszorg heeft desondanks – in nauwe samenwerking met de overheid en bedrijfsleven – een grote prestatie

1 Zie ook Denktank Coronacrisis (2020) *De contouren van een intelligent herstelbeleid*, Den Haag: SER.

geleverd met onder andere het snel opschalen van de ic-capaciteit in ziekenhuizen en van de beschikbaarheid van ziekenhuiszorg voor COVID-19-patiënten.

Een epidemie als de coronapandemie doet zich niet vaak voor. Voor een dergelijke gebeurtenis kan de vraag worden gesteld of het zorgstelsel daarop permanent voorbereid zou moeten zijn. Een tweede (grote) uitbraak van het coronavirus zou evenwel grote gevolgen hebben voor onze gezondheid en zeer schadelijk zijn voor onze economie. Vanuit medisch en economisch oogpunt dient dit te worden voorkomen. Tegelijkertijd zal er een aanvalsplan moeten zijn voor het geval er toch een grote uitbraak komt. Daarvoor is een breder afwegingskader nodig met medeneming van de lessen van de afgelopen tijd en weging van de veiligheid en gezondheidszorg, het behoud van een sterke economische basis, kwaliteit van leven, sociale gevolgen en werkgelegenheidseffecten. De crisis leert ons dat we anders moeten denken over de buffers die we in onze gezondheidszorg nodig hebben.²

De coronacrisis laat ook zien dat bepaalde groepen extra kwetsbaar zijn voor de gevolgen. Het gaat hierbij zowel om een verslechtering van de positie van traditionele categorieën kwetsbare groepen als om nieuwe categorieën, waaronder flexwerkers, sommige zzp'ers en bepaalde middengroepen, die ingrijpende negatieve financieel-economische gevolgen ondervinden.³ Ook andere gevolgen van de coronacrisis treffen kwetsbare groepen harder: dat betreft de gezondheidsrisico's die het gevolg zijn van het uitstel van reguliere zorg en ook de sociale en mentale effecten van de *lock down*.⁴ Als we de persoonlijke schade van mensen niet tijdig onderkennen, worden uiteindelijk de maatschappelijke 'kosten' van de crisis alleen maar groter en kan dat leiden tot extra zorgbehoeften of andere problemen zoals verwaarlozing, vereenzaming of huiselijk geweld. Het is daarom belangrijk goed te blijven monitoren welke mensen kwetsbaar zijn geworden en daarbij niet alleen te kijken naar de zorg.

De acute zorg voor mensen met het coronavirus verdringt, ten tweede, de reguliere of planbare zorg. Afspraken met patiënten voor onderzoek, controles en operaties worden uitgesteld en ook patiënten zelf stellen artsbezoek uit. Dat is begrijpelijk vanwege de inzet van mensen en materieel ter bestrijding van de acute gevolgen van corona-infecties. Deze uitgestelde zorg wordt nu ingehaald. Er is echter het risico dat uitstel van reguliere zorg tot gezondheidsschade heeft geleid. De mate waarin dat het geval is geweest, inclusief andere effecten die mogelijk gespeeld hebben, moeten empirisch zorgvuldig worden onderzocht en van een nadere beoorde-

2 Zie Denktank Coronacrisis (2020) *De contouren van een intelligent herstelbeleid*, Den Haag: SER.

3 Denktank Coronacrisis (2020) *De contouren van een intelligent herstelbeleid*, Den Haag: SER.

4 Zie: Werkgroep Halsema (2020) *Verslag werkgroep Sociale Impact van de Coronacrisis*.

ling worden voorzien. Het tekort aan zorgpersoneel is een urgent punt aandacht bij het inhalen van uitgestelde zorg.

Ten derde zijn er gevolgen voor twee van de centrale onderwerpen uit deze verkenning. Door de digitale transformatie van de zorg is het mogelijk gebleken veel niet-COVID-19 gerelateerde zorg doorgang te laten vinden: digitale consulten en zorg op afstand dragen direct bij aan continuïteit van zorg en overigens ook aan het voorkomen van nieuwe besmettingen. Een positieve bijkomstigheid van deze crisis is dat de digitale transformatie van de zorg fors versneld is. In het verlengde van deze verkenning ziet de raad voor de toekomst veel kansen door digitalisering. Het valt te verwachten dat de zorg zich beweegt richting meer digitale zorg-op-afstand. Daarbij dient zorgvuldig te worden gekeken naar de randvoorwaarden voor een succesvolle implementatie zoals ook in deze verkenning geschetst, waaronder draagvlak onder patiënten en zorgprofessionals, borging van kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg, en organisatie en financiering. De coronacrisis heeft vermoedelijk ook een aantal structurele veranderingen in de zorg in gang gezet of versneld⁵, zoals meer en snel op te schalen acute zorgcapaciteit en een organisatie van de medisch-specialistische zorg die dat mogelijk maakt.

Ook wordt er steeds meer duidelijk over hoe de crisis doorwerkt op de arbeidsmarkt voor de zorg en de positie van de zorgprofessional, eveneens een van de centrale onderwerpen in deze verkenning. Zorgprofessionals worden fysiek en emotioneel zwaar belast. Veel zorgprofessionals zijn zelf ziek geworden, het ziekteverzuim in de sector is hoog. Het herstelproces na de ziekte kan heel lang zijn en de gevolgen op lange termijn zijn vooralsnog onduidelijk. De problematiek met de persoonlijke beschermende middelen heeft gezorgd voor extra uitstroom uit de sector. Stages zijn stopgezet, met ook weer gevolgen voor de instroom van nieuwe mensen in de zorg. En het weer opstarten van de reguliere zorg en het risico op een tweede piek in COVID-19 leidt tot een extra vraag naar zorgmedewerkers.

Ten slotte zien we dat Europa en Nederland voor veel medicijnen en medische hulpmiddelen (en de noodzakelijke grondstoffen daarvoor) sterk afhankelijk zijn van landen als China en India. Als de productie in die landen stopt vanwege bijvoorbeeld een *lock down* levert dat hier ook problemen op in de gezondheidszorg. Samenhangend hiermee constateert de raad dat het bij de opkomst van een nieuw en onbekend virus noodzakelijk is een vaccin te ontwikkelen maar dat ook deze voorziening inmiddels uitbesteed is aan producenten van geneesmiddelen elders. Het is

⁵ Jeurissen, P., E. Adang, F. Kruse, N. Stadhouders (2020), Coronavirus kan de zorg structureel veranderen, in: ESB, <https://esb.nu/esb/20059300/coronavirus-kan-de-zorg-structureel-veranderen>

verstandig om die afhankelijkheid in crisissituaties te verkleinen. Dat kan door het aanhouden van strategische voorraden en door het behouden of herstellen van een bepaalde productiecapaciteit.⁶ Dit is een van de prioriteiten van de Europese Commissie en is ook onderdeel van een bredere discussie die niet alleen de gezondheidszorg raakt.

Voorgaande vragen over de impact van de coronacrisis en de gevolgen daarvan voor het zorgstelsel raken aan de aspecten van de toekomst van onze zorg die de raad in deze verkenning analyseert. De raad vindt deze vragen belangrijk. Het moment om conclusies te trekken acht de raad echter nog niet gekomen, voor een dergelijke evaluatie is een later moment beter geschikt. De vragen geven wel een agenda om op de korte termijn gezamenlijk mee aan de slag te gaan.

We moeten waarschijnlijk langere tijd rekening houden met de aanwezigheid en gevolgen van COVID-19. Dat betekent dat er ook langere tijd sprake zal zijn van hogere uitgaven en er mogelijk ook periodes zullen zijn waarin eerdere versoepelingen van maatregelen weer worden teruggedraaid. Dit alles maakt het des te belangrijker om de vragen rondom de gevolgen van de coronacrisis voor de zorg en hoe daar in de toekomst mee om te gaan op te pakken.

De coronacrisis illustreert bovenal de noodzaak om onze gezondheidszorg meer toekomstbestendig te maken. Daar gaat deze SER-verkenning over.

6 Denktank Coronacrisis (2020) *De contouren van een intelligent herstelbeleid*, Den Haag: SER.



Verkenning

1 Inleiding

1.1 De vragen aan de SER

Op 6 juli 2018 heeft de minister van VWS, mede namens de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van VWS, de SER verzocht om een verkenning naar de betaalbaarheid van de gezondheidszorg in Nederland.¹ Achtergrond is de zorg over de betaalbaarheid van het stelsel in de komende decennia. Goede gezondheidszorg is van groot belang, maar de kosten voor het stelsel dreigen met de huidige ontwikkelingen andere belangrijke uitgaven (aan onder meer onderwijs, sociale zekerheid en defensie) te verdringen en de koopkracht onder druk te zetten. Centraal voor de minister staat de vraag over hoe we ervoor kunnen zorgen dat iedereen ook in de toekomst de zorg krijgt die hij of zij nodig heeft. Daarvoor is het wenselijk om te komen tot een gezamenlijk gedragen beeld over de mogelijkheden om de toenemende en veranderende vraag naar zorg en ondersteuning in de toekomst op te vangen en de kosten te beheersen. De minister vraagt de SER bij de verkenning concreet in te gaan op de volgende deelvragen:

- Wat zijn de verwachtingen van de raad over de gevolgen van de stijgende zorgkosten voor onze economie en in het bijzonder onze arbeidsmarkt?
- Wat zijn de verwachtingen van de raad over de sociaal-economische consequenties van de toenemende zorgkosten voor de solidariteit die ten grondslag ligt aan ons zorgstelsel?
- Wat zijn in de visie van de raad vanuit het belang van economisch en maatschappelijk draagvlak en solidariteit de grenzen waarbinnen de zorg en de zorguitgaven zich de komende decennia kunnen ontwikkelen?
- Kan een door de politiek vastgestelde norm voor de kostengroei en/of voor de druk van de zorg op de arbeidsmarkt volgens de raad toegevoegde waarde hebben en een bijdrage leveren aan de beheersing van de zorguitgaven? Hoe zou men dan kunnen zorgen dat een dergelijke norm op maatschappelijk draagvlak kan rekenen en institutioneel verankerd wordt?

Naast de vragen geeft de minister de SER als overwegingen mee dat, hoewel toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg ook van groot belang zijn, het verzoek is om de nadruk te leggen op betaalbaarheid. Ook vraagt de minister de verkenning te laten gaan over de zorg in de volle breedte van de zorg, dat wil zeggen curatieve zorg, langdurige zorg, preventie en gemeentelijke zorgtaken. Daarbij zijn ook mee te

¹ Zie bijlage 1.

nemen relaties met andere domeinen als onderwijs, arbeidsmarkt, huisvesting, ruimtelijke ordening en ondernemend Nederland. Tevens verzoekt de minister brede betrokkenheid te organiseren vanuit de samenleving en de verkenning af te stemmen met een traject van de WRR over hetzelfde onderwerp.

1.2 De urgentie van de problematiek, nu en in de toekomst

Nederland heeft een van de beste gezondheidszorgstelsels; een solidair stelsel waarbij iedereen meebetaalt aan de zorg voor anderen en iedereen, rijk of arm, toegang heeft tot zorg. De inzet van mensen die in de zorg werken maakt dat onze gezondheidszorg van goede kwaliteit is. Onze gezondheidszorg levert een onmisbare bijdrage aan een vitale arbeidsmarkt en economie en aan onze samenleving.

Tegelijkertijd staat de zorg onder druk. De vraag naar zorg groeit en er is een groeiend tekort aan zorgprofessionals, met als resultaat een hoge werkdruk en een hoog ziekteverzuim. Zorgprofessionals hebben te maken met hoge administratieve lasten en regeldruk, waardoor zij onvoldoende tijd aan hun patiënt kunnen besteden. Zij zijn dagelijks onnodig veel tijd kwijt om te kunnen beschikken over de medische gegevens die zij nodig hebben voor hun belangrijke werk. Zij voelen zich niet altijd gewaardeerd, ervaren onvoldoende autonomie in hun werk of maken zich zorgen dat de menselijke maat verloren gaat. De Nederlandse arbeidsmarkt is krap, ook in de zorg. Deze personeelstekorten zullen de komende jaren naar verwachting nog groter worden. Voor het jaar 2022 wordt een tekort van 80.000 zorgmedewerkers verwacht waarvan ruim 60.000 in de verpleging, verzorging en thuiszorg.² Arbeidsmarkttekorten vertalen zich weer in ongewenste wachtlijsten en daarmee voor patiënten in druk op de kwaliteit en op de toegankelijkheid van de zorg.

Ook vooruitkijkend hebben we grote gemeenschappelijke zorgen, door de dubbele vergrijzing. Enerzijds vlak de groei van de bevolking af en daalt in verhouding het aantal werkenden ten opzichte van het aantal mensen dat zorg nodig heeft. Er zijn straks dus relatief minder mensen om werk te doen in de economie. Anderzijds leidt diezelfde vergrijzing ook tot meer zorgvraag. Binnen die krappe arbeidsmarkt vraagt de zorg dus nog eens om meer arbeidskrachten. Waar het nu al lastig is om zorgvacatures te vervullen, is sprake van een sterke uitbreidingsvraag. Dat wordt voor werkgevers een groot probleem. Waar nu nog een op de zeven mensen in de zorg werkt, zal dat straks een op de vier worden. Van zo'n bijna 1,4 miljoen werkenden nu naar ruim 2 miljoen werkenden straks.³

2 Ministerie van VWS (2019) *Voortgangrapportage Werken in de Zorg*, december 2019; Ministerie van VWS (2019) *Monitor Actieprogramma Werken in de Zorg*, mei 2019.

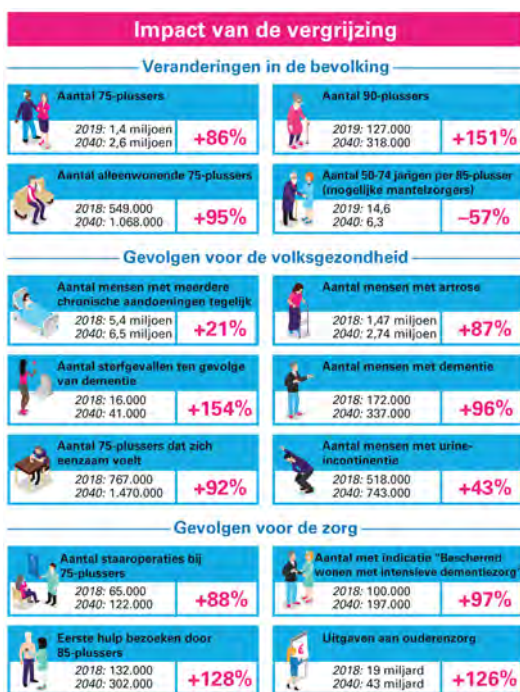
3 Ministerie van VWS (2019) *Begroting 2020*.

De vergrijzing leidt ertoe dat de behoefte aan informele zorg of mantelzorg enorm toeneemt, terwijl het aantal mensen dat informele zorg of mantelzorg kan verlenen juist afneemt.⁴ De vraag is hoe we dan in goede banen leiden: we willen zorgen dat alle werkenden een goede werk-privébalans kunnen realiseren en tegelijkertijd zorgen dat ook de sterk groeiende groep van kwetsbare ouderen de aandacht en zorg krijgt die nodig is.

De stijgende zorgvraag leidt er toe dat er nauwelijks koopkrachtverbetering wordt voorzien. De beperkte reële loonstijging zal naar verwachting grotendeels opgaan aan stijgende financieringslasten van met name de zorg.⁵ En op de lange termijn verdubbelen de uitgaven voor de zorg.⁶ De zorguitgaven stijgen meer dan de overheidsinkomsten.

De volgende figuren illustreren de zorgen.

Figuur 1.1 Impact van de vergrijzing



Deze infographic laat zien hoe onze volksgezondheid en zorg zich ontwikkelen als we als maatschappij op de huidige voet zouden doorgaan en niets extra's zouden doen.

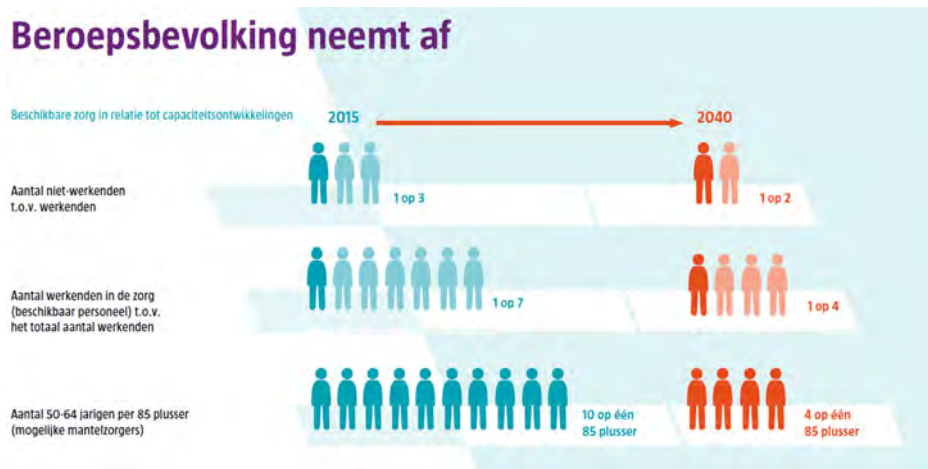
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, augustus 2019

4 PBL (2019) *Regionale ontwikkelingen in het aantal potentiële helpers van ouderen tussen 1975-2040*, Achtergrondstudie.

5 CPB (2019) *Verkenning Middellange Termijn 2022-2025*; CPB (2020) *Centraal Economisch Plan*.

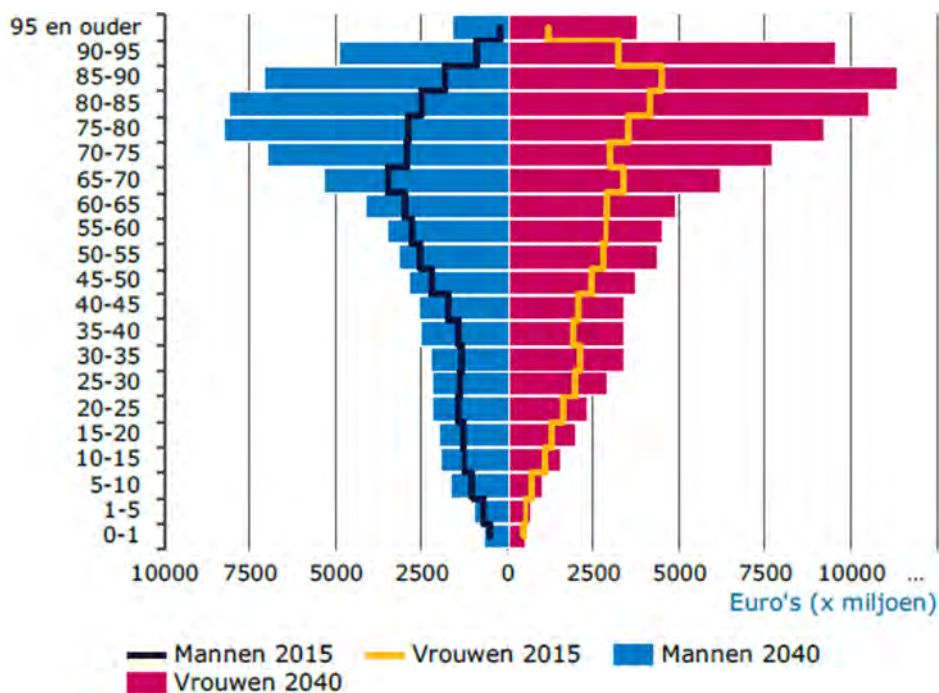
6 RIVM (2018) *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018*.

Figuur 1.2 Ontwikkelingen in de beroepsbevolking 2015-2040



Bron: Actiz.

Figuur 1.3 De uitgaven aan zorg voor vrouwen zijn hoger dan voor mannen, en dit verschil neemt toe in de toekomst



Bron: RIVM

Dat is voor de zorgprofessionals, voor de werkenden en voor de samenleving als geheel niet houdbaar. Het risico is dat een groeiende groep mensen is die zorg nodig heeft die niet zal kunnen krijgen. Dit kan resulteren in wachtlijsten en dat mensen die dat zich kunnen veroorloven, hun eigen zorg gaan organiseren en schaarse zorgprofessionals aan zich binden. Dat is ongewenst in het huidige solidaire zorgstelsel waarin iedereen ongeacht inkomen toegang heeft tot betaalbare en toegankelijke zorg van goede kwaliteit.

Deze verkenning gaat in op de vraag hoe de Nederlandse samenleving er voor kan zorgen dat op korte termijn en op lange termijn voor iedereen zorg beschikbaar en organiseerbaar is, met maatschappelijk draagvlak voor de solidaire aspecten van het stelsel en met zorgprofessionals die in staat zijn hun werk te doen. Daarbij dient in de afweging te worden meegenomen dat de vierde industriële revolutie, de digitale transformatie, ook de gezondheidszorg, net als in andere sectoren, ingrijpend verandert en dat er nieuwe spelers komen. Hoe dit de organiseerbaarheid van de zorg gaat beïnvloeden is op dit moment nog niet te voorspellen.

Het bovenstaande beeld van de prognoses voor de komende decennia, zonder aanvullend beleid, brengt grote zorgen met zich mee, ingegeven vanuit een algemene zorg over de mogelijke tekorten aan zorg en zorgprofessionals in de toekomst en vanuit de belangen van werknemers en werkgevers over de te verwachten financiële gevolgen van de ontwikkeling van de zorg. Dit laatste richt zich met name op effecten voor premies, eigen bijdragen en besteedbaar inkomen, het beroep op mantelzorg in relatie tot de balans werk-privé, en chronisch zieke werkenden. Deze verkenning richt zich op de achtergronden van deze ontwikkelingen en de vraag hoe hier mee kan worden omgegaan.

1.3 **Belangrijk uitgangspunt voor de verkenning: brede en integrale benadering**

De minister verzoekt de SER om een verkenning uit de voeren naar ontwikkelingen in de zorg. Het onderwerp van de verkenningsaanvraag raakt aan eerdere adviezen van de SER die de zorg betroffen, waaronder *Naar een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg* (2012), *Langdurige zorg verzekerd* (2008) en *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen* (2000). Aan die eerdere SER-adviezen worden een aantal uitgangspunten ontleend die ook voor de uitwerking van deze verkenning relevant zijn.

De minister vraagt in de verkenningsaanvraag om focus op beheersing van de groeiende collectieve zorguitgaven. Bij betaalbaarheid kiest de raad er voor dit de definieren als betaalbaarheid voor burgers, werknemers, werkgevers en overheid. Betaalbaarheid in de vorm van beheersing van de collectieve uitgaven voor de zorg is daarbij een van de invalshoeken. Voor burgers zijn de private uitgaven in de vorm van

eigen bijdragen en betalingen ook relevant. In de discussie over betaalbaarheid van de zorg zijn evenwel meer aspecten relevant dan het financiële aspect. De raad kiest voor het bredere perspectief van de houdbaarheid van de zorg in de zin van de toekomstbestendigheid van het stelsel, waarbij verschillende aspecten van het zorgstelsel in onderlinge samenhang en verwevenheid worden gezien. Dit vraagt om een bredere benadering dan alleen betaalbaarheid in de zin van beheersing van de (collectieve) zorguitgaven. Betaalbaarheid kan niet los worden gezien van kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. De zorguitgaven, de zorgarbeidsmarkt en de inhoud van de zorg dienen, zoals de raad in eerdere adviezen heeft gesteld, in samenhang te worden gezien.⁷ Kwalitatief goede zorg, voldoende zorgpersoneel en uitgavenbeheersing zijn de essentie van het streven naar betaalbare en toegankelijke zorg. Het gaat om de publieke belangen van de zorg voor de samenleving in de toekomst, waarin aspecten van draagvlak voor en solidariteit in het zorgstelsel, de arbeidsmarkt voor de zorg en de organisatie van de zorg samenkomen. Hierbij dient oog te zijn voor de baten van de zorg en de brede solidariteit die het stelsel organiseert, voor de veranderende zorgbehoefte en de veranderende zorgvraag, en voor de arbeidsmarktaspecten die werkgevers en werknemers raken zoals ruimte voor de zorgprofessional en goed werkgeverschap, en ruimte voor arbeidsvoorwaarden. De raad beziet de problematiek langs drie dimensies van houdbaarheid, namelijk arbeidsmarkt/schaarse mensen, financieel/schaarse middelen en maatschappelijk draagvlak.

Toegankelijke, kwalitatief hoogstaande en betaalbare gezondheidszorg is cruciaal voor de Nederlandse samenleving. In het (gezondheids)zorgbeleid dient borging van deze publieke belangen centraal te staan. Essentieel daarbij is het bieden van gepaste zorg. Hieronder verstaan we zorg die bewezen werkzaam is, doeltreffend en doelmatig is, die aansluit bij specifieke behoeften en omstandigheden van de individuele patiënt, en een redelijke verhouding kent tussen kosten en effectiviteit en tussen ingezette middelen en gezondheidswinst. We zien op langere termijn ook meer mensen met een chronische aandoening, een complexere zorgbehoefte, vaker multimorbiditeit, een mondigere patiënt, en een groter belang van de individuele leefstijl. Dat leidt tot andere eisen aan de collectieve en individuele zorg: minder gericht op genezing, meer op behoud van functioneren en zelfredzaamheid, meer regie, afstemming en coördinatie tussen verschillende zorgvormen.

⁷ Zie SER (2012) *Naar een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg; een tussentijds advies op hoofdlijnen*, Advies 12/06.

Bij de uitwerking van de verkenning zijn als kaders hiervoor genomen de verkenningsaanvraag, de eerdere adviezen van de SER en keuze van de SER voor nadruk op twee aparte thema's bij de verkenning.

Als eerste het thema van stimuleren van de productiviteit in de zorg door de inzet van technologie, ofwel de digitale transformatie. Hierbij moet ook aandacht zijn voor de rol van het zorgpersoneel bij technologische innovatie.

Als tweede het thema van meer ruimte voor en vertrouwen in zorgprofessionals. Tevens heeft de raad de focus gelegd op ontwikkelingen in de zorg en zo min mogelijk op de juridische en institutionele elementen van het stelsel zelf. Uitgaande van de arbeidsmarkt in de zorg, de mogelijkheden van technologie en de ontwikkelingen in het beroep op zorg, kunnen die elementen van het stelsel als afgeleide vraagstukken wel aan de orde komen.

Er is draagvlak gezocht voor de thema's en oplossingsrichtingen die bij de verkenning aan de orde komen, onder andere via het organiseren van een dialoogbijeenkomst over ruimte voor de zorgprofessional⁸ en van werkbezoeken binnen verschillende zorgsectoren.⁹

De verkenning kent meer een 'bottom-up'-benadering, dit wil zeggen dat rekening wordt gehouden met ervaringen van zorgprofessionals en van patiënten. Bij de patiënten dient het levensloop perspectief als uitgangspunt voor de wijze waarop in de vraag naar zorg wordt voorzien. Hierbij is sprake van een integrale benadering van de vraag naar of behoefte aan zorg van burgers, afhankelijk van de fase van hun leven. De vraag vanuit welke zorgwet of zorgverleners de zorg komt is secundair. Ten slotte is er naast de aandacht voor kosten en uitgaven voor zorg, ook aandacht voor de opbrengsten van de zorg en verspilling in de zorg.

De commissie heeft een aantal onderwerpen gekozen voor nadere uitwerking, te weten de maatschappelijke en economische baten van de zorg, de solidariteit in het zorgstelsel, de ontwikkeling van de zorguitgaven en het beleid gericht op beheersing van de zorguitgaven, preventie en verspilling in de zorg. Met deze analyses is een aantal mogelijke oplossingsrichtingen voor de aanpak van de problemen in de zorg verkend; preventie, methoden van uitgavenbeheersing, ruimte voor de zorgprofessional en de digitale transformatie.

⁸ Zie SER (2019) *Verslag van de dialoogbijeenkomst Ruimte voor de Zorgprofessional van 27 maart 2019*.

⁹ Zie Academy Het Dorp (2019) *Werkbezoek SER*.

1.4 Opzet van deze verkenning

In de volgende hoofdstukken worden aspecten van de geschetste ontwikkelingen nader uitgewerkt en verkend. De omvang van de geschetste problematiek is groot, zowel op dit moment als op de middellange termijn en op de lange termijn zoals in paragraaf 1.2 is geschetst. Tegen die achtergrond worden vervolgens een aantal lijnen nader verkend om antwoord te geven op de vraag in welke mate deze lijnen kunnen bijdragen aan de houdbaarheid van de zorg op de langere termijn. De bevindingen van de analyses en de opbrengst van de bijeenkomsten zoals die in paragraaf 1.3 zijn weergegeven, zijn opgenomen in de hiernavolgende hoofdstukken.

De hoofdstukken 2, 3 en 4 zijn meer analytisch van aard en geven een schets van de zorg in de maatschappelijke context, schetsen ontwikkelingen in de zorg in financiering en beleid in de achterliggende decennia en prognoses voor de (middel)lange termijn. De hoofdstukken 5, 6, 7 en 8 zijn meer verkennend van aard, gericht op verkenning van een aantal oplossingsrichtingen rond de houdbaarheid van de zorg voor de toekomst.

Hoofdstuk 2 brengt waardering en solidariteit in het zorgstelsel en maatschappelijke en economische baten van de zorg in kaart.

Hoofdstuk 3 blikt terug op de ontwikkeling van de zorguitgaven voor burgers, bedrijven en overheid, en blikt tevens terug op het beleid gericht op beheersing van de uitgaven voor de zorg.

Hoofdstuk 4 richt de blik vooruit met de prognoses voor de ontwikkelingen van de vraag naar zorg de komende decennia en prognoses voor de uitgaven voor de zorg.

Hoofdstuk 5 verkent mogelijkheden om binnen het huidige stelsel en met de beschikbare beleidsinstrumenten de verwachte stijgingen van de uitgaven voor de zorg te beperken. Het huidige beleidsinstrumentarium is breed en de verkenning richt zich op de mogelijkheden om deze gericht en effectiever in te zetten.

Hoofdstuk 6 verkent aspecten rond preventie in en buiten de zorg. Preventie van ziekte en beroep op zorg levert een betere kwaliteit van leven op en vermindering van uitgaven.

In hoofdstuk 7 worden aspecten van het organiseren van de zorg verkend, waaronder digitale transformatie en samenwerking en transitie tussen (zorg)domeinen.

De vraag is in hoeverre het anders organiseren van de zorg kan bijdragen aan de houdbaarheid van het stelsel. Centraal staat de digitale transformatie, die voor de zorgsector een kansrijk perspectief biedt op betere zorg op maat voor burger en patiënt, op minder belasting van de zorgprofessional, en samenwerking tussen domeinen in de zorg en domeinen buiten de zorg.

Hoofdstuk 8 verkent een aantal aspecten rond werken in de zorg en zorgverlening, waaronder de arbeidsmarktsituatie in de zorg, (gebrek aan) ruimte voor de zorgpro-

fessional en informele zorg en mantelzorg. Centraal staat hier in hoeverre en onder welke voorwaarden in het stijgende beroep op zorg kan worden voorzien door inzet van meer mensen in de zorg door deze mensen anders in te zetten en door informele zorg en mantelzorg.

Hoofdstuk 9 sluit deze verkenning af met een overzicht van de belangrijkste conclusies en overwegingen van de verschillende hoofdstukken.

2 De waarde van de zorg voor de Nederlandse samenleving

2.1 Plaatsbepaling van de zorg

In deze verkenning sluiten we aan bij het Nederlandse gebruik om onder ‘de zorg’ of de ‘gezondheidszorg’ het geheel te verstaan van preventie, curatieve zorg, langdurige zorg, maatschappelijke ondersteuning en jeugdzorg. Deze indeling houdt over het algemeen goed stand voor het schetsen van de grote institutionele en financiële kaders van de zorg, maar het is het vaak lastig om scherpe grenzen te trekken tussen de verschillende sectoren. Deze Nederlandse opvatting over wat de zorg is, is aanmerkelijk breder dan wat in veel andere landen gebruikelijk is. Daar worden onderdelen als maatschappelijke ondersteuning, jeugdzorg en onderdelen van de langdurige zorg vaak niet tot het domein van de gezondheidszorg gerekend, maar bijvoorbeeld tot welzijnswerk. Deze verkenning gaat uit van de in Nederland gangbare invulling.

De term ‘gezondheidszorg’ wordt vaak op verschillende manieren gebruikt. Het kan gaan om een ‘smalle definitie’ waarin de nadruk ligt op het proces van individuele zorgverlening tussen professional en individuele patiënten/cliënten.¹ Daarnaast wordt de term gezondheidszorg ook gebruikt om het systeem aan te duiden waarin zorgverlening plaatsvindt. Hiervoor wordt ook wel de term ‘zorgstelsel’ gebruikt.² Het is in Nederland gebruikelijk om gezondheidszorg in te delen in verschillende sectoren, namelijk:

- *Preventie* (‘public health’): gericht op het bevorderen en beschermen van gezondheid en het voorkomen en/of opsporen van ziekten en complicaties³;
- *Curatieve zorg* (‘cure’): zorg gericht op genezing en behandeling van acute en chronische lichamelijke of psychische aandoeningen;
- *Langdurige zorg* (‘care’): doorlopende intensieve zorg gericht op het behoud of het verbeteren van de gezondheid van ouderen, chronisch zieken, mensen met een beperking en mensen met langdurige psychische problemen⁴;

1 World Health Organization (WHO) (2000) *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*; Van den Berg, M.J. [et.al.] (2014) *Zorgbalans 2014. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg*, pp. 16-18.

2 Mackenbach, J.P., K. Stronks (red.) (2016) *Volksgezondheid en gezondheidszorg*.

3 <https://www.volksgezondheidenzorg.info/verantwoording/preventie-volksgezondheidenzorginfo/wat-preventie#node-wat-verstaan-we-onder-preventie>

4 <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/over-mlz/over-langdurige-zorg>;

- *Maatschappelijke ondersteuning* ('social care'): alle vormen van niet-medische ondersteuning en begeleiding die de zelfredzaamheid en/of het sociaal functioneren van mensen herstelt of bevordert.⁵
- *Jeugdzorg*: het geheel van preventie, ondersteuning, hulp en zorg aan jongeren (18-) en ouders bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen.⁶

2.2 De institutionele kaders van zorg en maatschappelijke ondersteuning

Curatieve en langdurige zorg worden in Nederland gefinancierd op basis van twee zorgverzekeringswetten – de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Iedere ingezetene van Nederland én mensen die in Nederland loonbelasting betalen, behoren tot de verzekerdenkring van de Zorgverzekeringswet en de Wlz.⁷ Beide verzekeringen kennen een verplichte deelname (verzekeringsplicht). De Zvw en Wlz worden op verschillende manieren gefinancierd. De Wlz is een volksverzekering. Dat betekent dat de inkomensafhankelijke premie die door burgers wordt betaald, wordt ingehouden via de loonbelasting. Ook de Rijksoverheid financiert via geoormerkte rijksbijdragen en deel van de Wlz. Daarnaast kent de Wlz ook inkomensafhankelijke eigen bijdrages betaald door gebruikers. De Zorgverzekeringswet wordt gefinancierd via een nominale premie (betaald door de verzekerde) en een inkomensafhankelijke bijdrage, betaald door de werkgever.⁸ De Rijksoverheid financiert de zorgverzekering (Zvw) voor kinderen onder de 18 jaar uit de algemene middelen.⁹

De verzekeringsplicht is één van de pijlers onder de solidariteit in het zorgstelsel. Om te zorgen dat het ook voor iedereen mogelijk is om hieraan (financieel) te kunnen voldoen, is onder andere de zorgtoeslag in het leven geroepen. De zorgtoeslag is een belastingvrije inkomensafhankelijke tegemoetkoming van het Rijk die mensen ondersteunt bij het betalen van de nominale zorgpremie. Dit is ook een vorm van inkomenssolidariteit. Mensen met een inkomen tot maximaal 37.885 euro (2019) hebben recht op zorgtoeslag. Mensen met een lager inkomen krijgen een hogere

5 Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo): <https://wetten.overheid.nl/BWBR0035362/2019-04-02>.

6 De Vries, M., J. Kossen (2015) *Zó werkt de zorg in Nederland*, pp. 76-86.

7 Wet langdurige zorg (Wlz), artikel 2.1.1. lid 1 a en b:

<https://wetten.overheid.nl/BWBR0035917/2019-04-02#Hoofdstuk2>; Zorgverzekeringswet (Zvw), artikel 2, lid 1:

<https://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/2019-04-01#Hoofdstuk1>

8 Zelfstandig ondernemers en gepensioneerden betalen zelf deze inkomensafhankelijke bijdrage.

9 Een gedetailleerd overzicht is te vinden op:

http://www.rijksbegroting.nl/2019/voorbereiding/begroting,kst248591_31.html

toeslag.¹⁰ De Zorgverzekeringswet maakt bovendien met betrekking tot de verzekeringsplicht onderscheid tussen drie ‘bijzondere’ groepen: onverzekerden, wanbetalers en gemoedsbezwaarden. Hiervoor zijn aparte regelingen van toepassing.¹¹

De Zorgverzekeringswet is gebaseerd op het principe van gereguleerde concurrentie, waarbij zorgverleners en zorgverzekeraars met elkaar concurreren op prijs en kwaliteit van zorg. Binnen dit stelsel wordt risicosolidariteit ondersteund door een wettelijk vastgelegde *acceptatieplicht*. Dit betekent dat iedere zorgverzekeraar verplicht is om iedere verzekeringsplichtige op diens verzoek te accepteren voor iedere door de verzekeraar aangeboden variant van de basisverzekering. Dit geldt ook voor mensen die op het moment van aanmelding al zorg nodig hebben.¹² De toegankelijkheid van de zorgverzekering hangt dus niet af van iemands gezondheid of andere persoonskenmerken. Deze kenmerken mogen ook niet worden gebruikt om de premies die voor de basisverzekering worden gevraagd aan te passen aan het individuele risicoprofiel van de verzekerde. Voor elke polis geldt één vaste prijs, ongeacht leeftijd, geslacht, leefstijl en gezondheid.¹³ Om ervoor te zorgen dat concurrerende zorgverzekeraars kunnen overleven in een stelsel waarin premiedifferentiatie is verboden en een acceptatieplicht geldt, is er een risicovereeningssysteem in het leven geroepen. Dit systeem moet ervoor zorgen dat zorgverzekeraars gecompenseerd worden voor voorspelbare winst- en verliesgevende verzekerden.¹⁴

Zorgverzekeraars fungeren binnen de zorgverzekeringswet als zorginkoper, namens hun verzekerden. Dat betekent dat zij via selectieve contractering onderhandelen met zorgverleners over de aard, omvang en – in sommige gevallen – ook de prijs van de zorg. Bij de Wlz hebben zorgkantoren de rol van inkoper, zij het dat binnen de Wlz geen sprake is van concurrentie tussen zorgverleners of zorgkantoren. Zorgkantoren kopen zorg in binnen het eigen verzorgingsgebied en krijgen hiervoor budget van de Rijksoverheid.

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet hebben een andere karakter dan de hierboven genoemde zorgverzekeringswetten (Zvw en Wlz). Het gaat bij de Wmo en de Jeugdzorg om gemeentelijke voorzieningen die gemeenten

10 Memorie van Toelichting Zorgverzekeringswet, p. 65. (Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3): <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29763-3.html>;

<https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/privetoelagen/zorgtoeslag/>

11 VWS (2018) *Verzekerdenmonitor 2018*.

12 ZonMw (2019) *Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag*, pp. 181.

13 Kleef, R.C. van, F.T. Schut, W.P.M.M. van de Ven (2014) *Evaluatie zorgstelsel en risicovereeniging. Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd?*, p. 11; Nza (2016) *Rapport Risicoselectie en risicosolidariteit zorgverzekeringsmarkt*, pp. 15-16.

14 Nza (2016) *Rapport Risicoselectie en risicosolidariteit zorgverzekeringsmarkt*, pp. 37-38. Zie ook: <https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/risicoverevening-zvw/wat-is-risicoverevening>

weliswaar verplicht zijn te leveren, maar waarvan inhoud, reikwijdte en budget door gemeenten zelf kunnen worden bepaald. Er is geen direct verband tussen de financiële inbrengen en uitgaven aan Wmo en Jeugdzorg, bijvoorbeeld via een premie. Financiering loopt via de algemene middelen, via het Gemeentefonds. Deze manier van organiseren houdt ook in dat de mate van solidariteit voor deze vormen van zorg tussen gemeenten (in hoge mate) kunnen verschillen. Hoewel er niet feitelijk over een verzekerdenkring kan worden gesproken (het zijn immers geen verzekeringen) bestaat de solidariteitskring bij Wmo en Jeugdwet uit alle inwoners van één gemeente.¹⁵ Gemeenten hebben bij zowel de Wmo als de Jeugdzorg de rol van zorginkoper.

Het persoonsgebonden budget (PGB) neemt in het stelsel een bijzondere plaats in. Via het PGB kunnen cliënten zelf zorg-op-maat inkopen. Dit vergroot de mate van autonomie. Deze financieringsvorm is niet beperkt is tot de Wlz. Ook in de Wmo, de Jeugdwet én voor een (beperkt) deel van de zorg verzekerd onder de Zorgverzekeringswet¹⁶ bestaat het recht om zorg via een PGB te financieren. Binnen de Wlz gaat het meeste geld om in het PGB: bijna 1,9 miljard euro in 2018. Binnen de Wmo bedroeg dit in 2018 bijna 425 miljoen euro en in de Jeugdzorg ongeveer 180 miljoen euro.¹⁷ Binnen de Zorgverzekeringswet werd ongeveer 300.000 euro besteed via een PGB.¹⁸

2.3 Groot draagvlak voor de gezondheidszorg

Uit onderzoek van het SCP blijkt dat burgers trots zijn op de gezondheidszorg in Nederland en dat het maatschappelijk draagvlak voor de solidariteit in de zorg hoog is, vooral onder de hogere inkomens- en opleidingsgroepen.¹⁹ Tegelijkertijd is men ongerust over de zorg én vindt men het een zaak die de hoogste politieke prioriteit zou moeten krijgen.²⁰ Mensen zijn ongerust over het gebrek aan personeel, de hoge werkdruk in de zorg en het lage salaris van zorgmedewerkers. Daarnaast maakt men zich zorgen over de hoge zorguitgaven, de kwaliteit van de ouderenzorg, wachtlijsten, bureaucratie en de grote macht van zorgverzekeraars. Deze zor-

15 ZonMw (2018) *Eerste evaluatie Jeugdwet*; SCP (2018) *De Wmo in de praktijk*.

16 Dit geldt voor 'verpleging en verzorging' (wijkverpleging) en 'intensieve kindzorg'.

17 SVB (2018) *Feiten en cijfers 2018*, via: <https://pers.svb.nl/feiten-en-cijfers-2018/>

18 Monitor Langdurige Zorg: <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/kerncijfers/uitgaven-en-volume/zvw-wijkverpleging-en-behandeling-zg-uitgaven-en-volume>

19 Er zitten wel verschillen in deze solidariteit. Men is het meest solidair met mensen die 'pech' hebben gehad: zieken en zwakken, mensen met een genetische aanleg voor ernstige ziekten of mensen met een slechte gezondheid. De solidariteit wordt lager als het gaat om andere groepen, zoals etnische minderheden, illegale buitenlanders of asielzoekers. Zij worden eerder als 'profiteurs' gezien dan als hulpbehoevenden. Ook is men in mindere mate bereid solidair te zijn met mensen waarvan men vindt dat ze door eigen gedrag ziek zijn geworden (roken, alcohol, overgewicht) al is die bereidheid de afgelopen jaren licht gestegen.

20 SCP (2019) *Burgerperspectieven 2019* | 1, pp. 14-15.

gen worden breed gedeeld, maar er zijn grote verschillen in ervaren impact op het eigen leven. Hoogopgeleiden maken zich veel minder persoonlijk zorgen, terwijl mensen in een financieel kwetsbare positie zich vaak wel persoonlijk zorgen maken; dit hangt waarschijnlijk samen met het feit dat deze groep ook vaker gebruik maakt van zorg. Tegelijkertijd vindt vrijwel iedereen solidariteit en toegankelijkheid in de zorg buitengewoon belangrijk.²¹

Vertrouwen

Naast solidariteit speelt ook (institutioneel) vertrouwen een belangrijke rol in de (ervaren) houdbaarheid van het zorgstelsel en de steun daarvoor. Onderzoek van het NIVEL laat zien dat het vertrouwen in zorgprofessionals in Nederland groot is maar de laatste jaren wel iets afneemt. Het vertrouwen in zorgverleners is vooral groot onder burgers en patiënten, maar ook zorgverzekeraars hebben veel vertrouwen in zorgverleners. Het vertrouwen in zorgverzekeraars ligt echter een stuk lager. Opvallend genoeg lijkt dit onder zorgprofessionals aanzienlijk lager te liggen dan onder burgers.²² Maarse en Jeurissen (2019) vullen deze observaties verder aan. Het blijkt dat burgers over het algemeen *hun eigen zorgverzekeraar* wel vertrouwen, maar *zorgverzekeraars in het algemeen* niet of in ieder geval veel minder.²³ Dit lijkt vooral een imago probleem te zijn, dat meer samenhangt met veronderstellingen die veel mensen hebben over het gedrag van zorgverzekeraars dan met het daadwerkelijke gedrag van zorgverzekeraars.²⁴ Dit lijkt aan te sluiten bij eerdere observaties en recent onderzoek van het NIVEL, waarbij burgers zelf aangaven dat meer kennis over hoe het zorgverzekeringsstelsel werkt, veel kan bijdragen aan het draagvlak voor solidariteit. Het is bij veel mensen vrijwel onbekend hoe groot de solidariteit in het huidige zorgstelsel in feite is.²⁵

2.4 De Nederlandse zorg presteert goed

Dat Nederlanders trots zijn op de gezondheidszorg is niet onterecht. Nederland heeft een goed presterend zorgstelsel, van hoge kwaliteit en met een goede toegankelijkheid. Dit komt onder meer naar voren als we de Nederlandse gezondheidszorg met behulp van volksgezondheidsmaten en prestatie-indicatoren vergelijken met de landen om ons heen.

21 SCP (2019) *Burgerperspectieven 2019* | 2, pp. 39-43.

22 Groenewegen, P.P., J. Hansen, J.D. de Jong (2019) Trust in times of health reform, in: *Health Policy* 123:3, pp. 281-287. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.11.016>

23 Zie bijvoorbeeld de citaten in: SCP (2019) *Burgerperspectieven 2019* | 2, pp. 42-47.

24 Maarse, H., P. Jeurissen (2019) Low institutional trust in health insurers in Dutch health care, in: *Health policy* 123:3, pp. 288-292. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.12.008>

25 NIVEL, *Solidariteit in de Zorgverzekeringswet*, p. 11.

Nederlanders zijn gezond en gelukkig

Volksgezondheidsmaten zeggen iets over de gezondheid op populatieniveau. De klassieke maat hiervoor is levensverwachting. De levensverwachting bij geboorte ligt in Nederland rond de internationale mediaan. In internationaal opzicht, doen Nederlandse mannen het iets beter en vrouwen iets slechter. De sociale verschillen in levensverwachting weerspiegelen dit beeld. Als gekeken wordt naar meer subjectieve waarderungen van gezondheid en welzijn, zien we dat de levensverwachting in goed ervaren gezondheid voor zowel vrouwen als mannen is gestegen.²⁶ Het subjectief welzijn van de Nederlandse bevolking is de afgelopen twee decennia weinig veranderd. Sinds eind jaren negentig is de overgrote meerderheid van de volwassenen naar eigen zeggen gelukkig (circa 88 procent) en tevreden (circa 85 procent) met het leven. Nederland scoort daarmee hoog ten opzichte van andere landen.²⁷

Als naar meer ‘harde’ maten wordt gekeken, dan zien we dat de sterfte aan kanker in Nederland in internationaal opzicht relatief hoog is. De sterfte aan hart- en vaatziekten ligt in Nederland echter aanzienlijk lager dan het EU-gemiddelde. Ongeveer een kwart van de totale sterfte in Nederland kan worden toegewezen aan ongezond gedrag, zoals roken, alcoholgebruik, te weinig bewegen en ongezonde voeding. Ook de sociale en fysieke omgeving zijn voor de volksgezondheid van belang, maar hun aandeel in de sterfte is gering. Een belangrijke uitzondering hierop is het buitenmilieu (met name luchtverontreiniging).²⁸

De kwaliteit van zorg is hoog

Aangezien volksgezondheid niet *alleen* beïnvloed wordt door goede zorg en preventie – maar bijvoorbeeld ook door het welvaartsniveau, onderwijs en voeding (zie paragraaf 4.2) – zeggen deze maten alleen niet zoveel over de kwaliteit van de gezondheidszorg. Daarvoor moet ook naar andere zaken gekeken worden.

Als het gaat om de kwaliteit van zorg wordt bijvoorbeeld vaak gekeken naar ‘vermijdbare sterfte’, ofwel de sterfte die voorkomen had kunnen worden door *tijdige en doeltreffende* gezondheidszorg en preventie. Uit langetermijntrends blijkt dat de vermijdbare sterfte in Nederland tussen 2000 en 2013 met ongeveer 30 procent is gedaald.²⁹ De relatieve vijfjaarsoverleving bij borstkanker, dikkedarmkanker en baarmoederhalskanker is in Nederland ongeveer gelijk met die in vergelijkbare landen, zoals

26 RIVM (2018) *Het Nederlandse gezondheidszorgsysteem in internationaal perspectief*. <https://doi.org/10.21945/RIVM-2018-0066>.

27 Centraal Bureau voor de Statistiek (2019) *Statistische Trends - Trends in geluk en tevredenheid*.

28 <https://www.vtv2018.nl/leefstijl-en-omgeving>

29 OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017) *Nederland: landenprofiel gezondheid 2017, State of health in the EU*. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285330-nl>

Duitsland, België of Denemarken. Op het gebied van de kwaliteit van acute zorg springt Nederland er in positieve zin uit. Op het gebied van perinatale zorg is Nederland echter een middenmoter.

Nederland scoort goed op het gebied van de *ervaren kwaliteit* van zorg. Volgens Zorgkaart Nederland waarderen bewoners en mantelzorgers hun verpleeghuizen in 2018 met gemiddeld een 7,9.³⁰ Uit recent onderzoek van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) blijkt dat cliënten in ruim driekwart van de verpleeghuizen nabijheid, geborgenheid, vertrouwen, begrip en respect van zorgmedewerkers ervaren.³¹ Omdat er in het kader van vernieuwde kwaliteitskaders zowel in de geestelijke gezondheidszorg als in de gehandicaptenzorg nieuwe monitoringssystemen zijn ontwikkeld voor cliëntervaringen, zijn er op dit moment nog geen gegevens beschikbaar voor deze sectoren.³² Hierbij moet echter ook vermeld worden dat over grote delen van de zorg (Jeugdzorg, Maatschappelijke ondersteuning) geen landelijke dekkende gegevens over cliënttevredenheid beschikbaar zijn.

De Nederlandse gezondheidszorg is toegankelijk

De toegankelijkheid van zorg kan onderverdeeld worden in een aantal aspecten. Ten eerste financiële toegankelijkheid, waarbij het vooral gaat om de mate waarin mensen financiële drempels ervaren bij het gebruik maken van zorg. Daarnaast gaat het ook om de beschikbaarheid van zorgverleners en -faciliteiten én het bestaan van eventuele wachttijden. De Nederlandse gezondheidszorg scoort op vrijwel al deze vlakken (bijzonder) goed.

Het Nederlandse zorgverzekeringssysteem voor curatieve en langdurige zorg biedt in internationaal opzicht uitgebreide dekking en is toegankelijk voor vrijwel iedereen. Het aandeel van eigen betalingen die mensen moeten doen wanneer zij zorg gebruiken (*out-of-pocket payments*), is in Nederland internationaal opzicht bovendien relatief laag: ongeveer 12,2 procent van de totale zorguitgaven wordt door mensen direct uit hun eigen middelen betaald via eigen risico, eigen bijdrages en zelf gefinancierde zorg. Dit is ruim onder het EU-gemiddelde, maar ook lager dan in vergelijkbare landen als België, Duitsland, het Verenigd Koninkrijk en de Scandinavische landen.³³

30 <https://www.zorgkaartnederland.nl/feiten-en-cijfers/bewoners-waarderen-verpleeghuiszorg-iets-beter>

31 <https://www.igj.nl/zorgsectoren/verpleeghuiszorg/verpleeghuiszorg-in-beeld#igj-sib-aandacht-voor-persoonsongerichte-zorg>.

32 <https://www.vgn.nl/artikel/27745>.

33 OECD/EU (2019) *Health at a Glance 2019*, p. 173.

Bovendien zijn zorgvoorzieningen in Nederland vaak ruimschoots aanwezig, in geografische opzicht vaak relatief dichtbij of zijn – in het geval van de acute zorg – snel aanwezig. De langdurige zorg is in Nederland in internationaal opzicht, ook na de recente hervormingen, zelfs relatief omvangrijk te noemen – terwijl de bevolking in internationaal opzicht nog niet erg vergrijsd is.³⁴ Er zijn signalen over toenemende druk op SEH's en de mogelijke gevolgen voor tijdigheid en kwaliteit van zorg, met name in de randstad. Hierbij moet ook worden opgemerkt dat er grote regionale verschillen in drukte op de SEH zijn en dat hierbij vooral problemen in de doorstroom van SEH naar reguliere zorg een bepalende factor lijkt te zijn.³⁵

Nederland is een van de best presterende landen waar het gaat om wachttijden bij niet spoedeisende hulp en eerstelijnszorg.³⁶ Bij andere vormen van zorg zijn er langere wachttijden, zoals de GGZ³⁷ en de langdurige zorg. Over wachttijden in de Jeugdzorg is nog weinig cijfermateriaal beschikbaar. Het Nederlands Jeugdinstituut constateerde in 2017 dat dit soort gegevens door geen enkele instantie structureel wordt verzameld. Een volledig en landelijk dekkend beeld omtrent de wachttijden in de Jeugdzorg is dan ook niet te geven.³⁸ Er zijn signalen dat de stokkende doorstroom en personeelsproblemen binnen de acute zorg, jeugdzorg en ouderenzorg in sommige regio's in toenemende mate zorgen voor problematische wachttijden en ontevredenheid.

De solidariteit in de gezondheidszorg is groot

De grote mate van financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg in Nederland steunt voor een belangrijk deel op het uitgebreide systeem van solidariteit dat eraan ten grondslag ligt. Solidariteit in de zorg is in Nederland op verschillende manieren wettelijk (en technisch) geborgd. In Nederland heeft de gehele bevolking via de verzekerings- en acceptatieplicht toegang tot het solidariteitscollectief van formele curatieve en langdurige zorg. Heel de bevolking doet mee en betaalt mee. Dit voorkomt adverse selectie en *free-rider*-gedrag en waarborgt ook de beschikbaarheid van voldoende financiële middelen. Onverzekerden hebben wettelijk gezien recht op medische noodzakelijke zorg. Voor wanbetalers (wel verzekerd, maar niet betalend), gemoedsbezwaarden, gepensioneerden in het buitenland en andere bijzondere groepen bestaan additionele regelingen.

34 OECD Health Statistics 'Long-term care resources and utilisation', <https://doi.org/10.1787/data-00543-en>

35 Nederlandse Zorgautoriteit (2019) *Monitor acute zorg 2018*; Buijs, M. (2017) Overspoelen kwetsbare thuiswonende ouderen de spoedeisende hulp? Nieuwe cijfers maken duidelijk dat het niet zo simpel ligt, in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2017;161(C3646).

36 OECD/EU, *Health at a Glance*, 188-189.

37 <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/wachtijd-langer-dan-treeknorm-aanmeldwachtijd-gespecialiseerde-ggz>

38 NJI (2017) *Wacht maar. Onderzoek naar wachttijden en wachtlijsten in jeugdzorg en jeugdhulp*.

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet hebben een ander karakter dan de hierboven genoemde zorgverzekeringswetten (Zvw en Wlz). De zorgverzekeringswetten werken volgens een systeem van wettelijk geregelde verzekeringsaanspraken met een rechtskarakter. Voor de Wmo en de Jeugdwet geldt dat deze zorg wordt verleend op basis van de *voorzieningsplicht* van gemeenten. Gemeenten hebben een zorgplicht, maar de aard en omvang van de geboden zorg wordt in beginsel door de gemeente zelf bepaald en wordt ook door gemeente zelf gefinancierd. Hoewel er niet feitelijk over een verzekerdenkring kan worden gesproken (het zijn geen verzekeringen) bestaat de solidariteitskring bij Wmo en Jeugdwet uit alle inwoners van één gemeente.³⁹

Het Nederlandse zorgstelsel voor curatieve en langdurige zorg kent een grote mate van risicosolidariteit: jong betaalt mee aan de zorg voor oud en gezonde mensen dragen bij aan de zorg voor ongezonde mensen. De risicosolidariteit wordt geborgd door de wettelijke acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en een risicovereveningssysteem dat de prikkel voor risicoselectie onder zorgverzekeraars moet wegnemen.

Via de zorgverzekeringspremie (Zvw en Wlz) vindt ook een herverdeling van de welvaart plaats. Werkgevers betalen voor hun werknemers ongeveer de helft van de premie die nodig is voor het financieren van de Zorgverzekeringswet als directe heffing, dat is ongeveer 20 procent van de totale zorguitgaven. Mensen met een hoger inkomen dragen in absolute zin meer bij aan de zorg dan mensen met een lager inkomen. Een stapeling van premies, eigen risico's en eigen bijdrages kan ertoe leiden dat in sommige gevallen mensen met een lager inkomen een relatief groot aandeel van hun inkomen kwijt zijn aan de zorg. Deze stapeling van eigen betalingen is met de huidige registraties niet goed in beeld te brengen.

Uitgaande van de huidige manier waarop de financiering van zorg georganiseerd is, waarbij jong betaalt voor oud en werkenden meer bijdragen dan niet-werkenden, kan volgens het CPB (2016) gesteld worden dat naarmate de zorguitgaven stijgen, de herverdeling tussen werkenden en gepensioneerden (en daardoor jongeren en ouderen⁴⁰) en tussen hogere en lagere inkomensgroepen in de toekomst *ook toeneemt*. Kort gezegd, de groep die het meest profiteert van de zorg wordt groter en profiteert steeds meer, terwijl de groep die dit voor een groot deel moet financieren juist kleiner wordt en steeds meer betaalt.⁴¹ Hierbij dient echter wel opgemerkt te

39 ZonMw (2018) *Eerste evaluatie Jeugdwet*; SCP (2018) *De Wmo in de praktijk*.

40 Het CPB legt de leeftijdsgrens voor 'jong' en 'oud' in deze studie overigens op 70 jaar.

41 CPB (2016) *Financiering van zorg op de lange termijn*, CPB Policy Brief 2016/10, pp. 7-9.

worden dat als zorggebruik wordt gecorrigeerd voor zorgbehoefte er in Nederland nauwelijks verschil in ‘profijt’ bestaat tussen hogere en lagere inkomensgroepen. Er zijn maar weinig mensen die *meer* zorg gebruiken dan ze eigenlijk – gezien hun gezondheid – nodig hebben.⁴²

Bij de hierboven genoemde vormen van risico- en inkomenssolidariteit gaat het om solidariteit *op één moment in de tijd*. Als gekeken wordt naar het verloop van zorguitgaven over de levensloop, worden de verschillen tussen groepen veel kleiner. Wat betreft risicosolidariteit zijn de meeste mensen in feite solidair met zichzelf in de toekomst. De lagere uitgaven aan zorg op jongere leeftijd compenseren gemiddeld genomen grotendeels de uitgaven die nodig zijn om de zorg op latere leeftijd te bekostigen.⁴³ Ook de solidariteit tussen mensen die gezond en ongezond leven, is in zekere zin wederkerig. Mensen met een ongezonde leefstijl krijgen vaker hart- en vaatziekten en kanker en zorgen daarmee voor hoge zorguitgaven.⁴⁴ Aan de andere kant zijn zij, juist doordat ze meestal vroegtijdig overlijden, ook solidair met gezonde mensen die op hoge leeftijd vaak last krijgen van erg kostbare ouderdomsaandoeningen als dementie.⁴⁵

2.5 Maatschappelijke en economische baten van de zorg

Tegenover zorguitgaven staan nadrukkelijk ook veel baten. De gezondheidszorg levert een belangrijke bijdrage aan de Nederlandse samenleving, de arbeidsmarkt én de economie. Deze baten zijn vaak lastig in termen van geld te vatten. We leven langer én met een hogere kwaliteit van leven dan enkele decennia geleden en dat is voor een belangrijk deel te danken aan gezondheidszorg en preventie.

42 Doorslaer, E. van, C. Masseria (2004) *Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries*, OECD Health Working Papers, No. 14; <https://doi.org/10.1787/687501760705>; E. van Doorslaer, A.H.E. Koolman, F. Puffer (2002) Equity in the use of physician visits in OECD countries: has equal treatment for equal need been achieved?, in: OECD *Measuring up: Improving health systems performance in OECD countries*, Health Policy Unit, 225-248; Wagstaff, A., E. van Doorslaer (2008) Chapter 34 Equity in health care finance and delivery, in: Culyer, A.J., J.P. Newhouse (eds.) *Handbook of Health Economics 1B*, pp. 1803-1862.

43 Wong, A. (2012) *Describing, explaining and predicting health care expenditures with statistical methods*, Proefschrift Tilburg University.

44 RIVM (2012) *Zorgkosten van ongezond gedrag. Kosten van ziekten*, notities 2012-2.

45 Wouterse, B., M. Huisman, B.R. Meijboom, D.J.H. Deeg, J.J., Polder, ‘Modeling the relationship between health and health care expenditures using a latent Markov model’, in: *Journal of Health Economics*, 32(2), pp. 423-439.

Maatschappelijke en economische baten van zorg en preventie

In Nederland hebben preventie en gezondheidszorg tussen 1950 en 2017 gezorgd voor een toename in levensverwachting van ongeveer vijf jaar.⁴⁶ Bij preventie kan onder meer gedacht worden aan het Rijksvaccinatieprogramma, de bestrijding van tabaksgebruik, bevolkingsonderzoeken en het voorkomen van hoge bloeddruk en hoog cholesterol. Maar ook de verwijdering van transvetzuren uit het voedsel, een verbeterde verkeerveiligheid en een vermindering van arbeidsongevallen worden tot preventie gerekend. Wat de gezondheidszorg betreft gaat het met name om de soms spectaculaire verbeteringen in de behandeling van bijvoorbeeld hart- en vaatziekten en kanker. Ook investeringen in de ouderenzorg hebben de afgelopen twee decennia hoogstwaarschijnlijk geleid tot een snelle stijging van de levensverwachting.⁴⁷

Verbeteringen in de (volks)gezondheid stimuleren economische welvaart. Een gezonde bevolking heeft immers niet alleen een hogere kwaliteit van leven, maar ook een hogere arbeidsproductiviteit en een hogere participatiegraad. Dat draagt bij aan hogere economische groei, een hogere opbrengst van belastingen en premies, en zorgt ervoor dat minder mensen aangewezen zijn op een sociale uitkering. De positieve bijdrage van gezondheid aan economische groei wordt echter minder naar mate de ontwikkelingsgraad van een land hoger is. Dit komt omdat het dan verhoudingsgewijs steeds moeilijker en kostbaarder wordt om verdere verbetering van de gezondheid te realiseren. In ontwikkelde westerse landen lijkt het verbeterpotentieel op dit gebied vooral te liggen in het terugdringen van hardnekkige gezondheidsachterstanden. Hierdoor kan de arbeidsparticipatie worden verhoogd en arbeidsproductiviteitsverlies worden voorkomen.⁴⁸

De relatie tussen gezondheid en arbeidsproductiviteit loopt met name via kennis, ziekteverzuim en presentisme.⁴⁹ Bij al deze factoren speelt niet alleen een goede lichamelijke gezondheid een belangrijke rol. Er is steeds meer bewijs voor het belang van *mental capital*. Mentale weerbaarheid en een goede geestelijke gezond-

46 Polder, H. (2018) Zorguitgaven, in: P. Jeurissen, M. Maarse, M. Tanke (eds.) *Betaalbare Zorg*, pp. 40-41; Meerding, W.J., J.J. Polder, A.E.M. de Hollander, J.P. Mackenbach (2007) *Hoe gezond zijn de zorguitgaven? De kosten en opbrengsten van gezondheidszorg bij infectieziekten, kankers en hart- en vaatziekten*; J.P. Mackenbach, L. Slobbe, C.W.N. Looman, A. van der Heide, J.J. Polder (2011) Sharp upturn of life expectancy in the Netherlands: effect of more health care for the elderly?, *European Journal for Epidemiology* 26: 903-914. <https://doi.org/10.1007/s10654-011-9633-y>

47 Mackenbach, J.P., L. Slobbe, C.W.N. Looman, A. van der Heide, J.J. Polder (2011) Sharp upturn of life expectancy in the Netherlands: effect of more health care for the elderly?, *European Journal for Epidemiology* (2011) 26: 903-914. <https://doi.org/10.1007/s10654-011-9633-y>

48 Bloom [et.al.] *Health and Economic Growth*, p. 5; Mackenbach, J.P., W.J. Meerding, A.E. Kunst (2007) *Economic implications of socioeconomic inequalities in health in the European Union*.

49 Presentisme wordt gedefinieerd als het wel aanwezig maar niet productief zijn op het werk.

heid zijn daarvoor belangrijke voorwaarden.⁵⁰ Wat betreft de relatie tussen gezondheid en arbeidsparticipatie is de relatie eenvoudiger. Kort gezegd werken mensen met een goede gezondheid vaker en langer dan mensen in minder goede gezondheid. Werk heeft ook invloed op gezondheid en geluk. Door betaald werken worden mensen over het algemeen fysiek en mentaal gezonder en blijven zij ook langer gezond dan wanneer ze niet werken.

Ook een hogere welvaart is goed voor onze gezondheid. Bij een hogere welvaart is immers op zowel collectief als individueel niveau meer geld beschikbaar om te investeren in bijvoorbeeld verbeterde hygiëne (riolering, afvalverwijdering, etcetera), maar ook in betere huisvesting, voeding, onderwijs, arbeidsveiligheid én gezondheidszorg.⁵¹ Hierbij dient ook de kanttekening te worden gemaakt dat welvaart op zichzelf ook weer een belangrijke *driver* is van de groei van de gezondheidszorg en zorguitgaven. Uit onderzoek blijkt dat op collectief niveau de gezondheidszorg een hoge inkomenselasticiteit heeft. Dit betekent praktisch dat naarmate de welvaart stijgt we als samenleving ook geneigd zijn om steeds meer zorg te gaan gebruiken.⁵²

De economische waarde van de gezondheidszorg

De gezondheidszorg draagt als economische sector ook bij aan de welvaart. Het gaat daarbij met name om de bijdrage van gezondheidszorg aan het nationaal inkomen, werkgelegenheid en investeringen in kapitaal (technologie). Dit kan in *strikt* economische termen niet als een maatschappelijke bate worden gezien. De gezondheidszorg wordt immers gefinancierd met premies die hoger worden naarmate de gezondheidszorg groeit. Deze premies drukken de koopkracht en verhogen de arbeidskosten (met gevolgen voor de concurrentiepositie van Nederland) en hebben daarmee vaak een negatief effect op de werkgelegenheid in andere sectoren. Ook de werkgelegenheid in de zorg – in zichzelf in maatschappelijke zin buitengewoon waardevol – is in strikt economische termen geen bate. Deze mensen zouden bij een kleinere gezondheidszorg, met lagere sociale premies en daardoor hogere consumptieve bestedingen en hogere werkgelegenheid, ook in andere economische sectoren aan de slag kunnen.⁵³

50 SER (2009), *Een kwestie van gezond verstand: Breed preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties*; Polder et al. (2010) *Maatschappelijke baten*, Deelrapport van de VTV 2010, p. 24; The Government Office for Science (2008), *Foresight Mental Capital and Wellbeing Project (2008). Final Project report – Executive summary*; R.M. Weehuizen (2008) *Mental capital : the economic significance of mental health* (Maastricht 2006).

51 Bloom, D.E., M. Kuhn, K. Prettnier (2018) *Health and Economic Growth*, Discussion Paper IZA Institute for labor economics (2018).

52 Getzen, T.E. (2000) Forecasting health expenditures: short, medium and long (long) term, in: *Journal of Health Care Finance* 26:3, pp 56-72; T.E. Getzen (2000) Health care is an individual necessity and a national luxury: applying multilevel decision models to the analysis of health care expenditures, in: *Journal of Health Economics* 19:2, pp. 259-70.

53 Polder, J. (2018) Zorguitgaven, in: P. Jeurissen, M. Maarse, M. Tanke (eds.) *Betaalbare Zorg*, pp. 40-41.

De gezondheidszorg is met een omvang van 16,4 procent van het bbp in 2015 een van de grootste economische sectoren van Nederland. Dit is vergelijkbaar met de omvang van bijvoorbeeld de industrie of de zakelijke dienstverlening. Bovendien is het een van de grootste werkgevers in Nederland. In 2018 was 13 procent van de beroepsbevolking werkzaam in de zorg. Het werkgelegenheidsaandeel van de zorg is sinds 2000 sterk gestegen.⁵⁴ Bovendien wordt er in gezondheidszorg in vergelijking met andere economische sectoren erg veel waarde toegevoegd en is de innovatiekracht hoog.⁵⁵

De gezondheidszorg staat echter als economische sector wel redelijk op zichzelf. Investerings in de zorg leiden in vergelijking met andere economische sectoren niet tot een grote vraag (en daarmee economische impulsen) buiten de eigen sector. Er wordt weliswaar technologie ingekocht en er worden gebouwen gebouwd, maar dat valt in het niet bij de vraag naar vergelijkbare producten buiten de gezondheidszorg.⁵⁶ Bovendien is de gezondheidszorg grotendeels premiegefinancierd. Dat betekent dat het geld dat de gezondheidszorg nodig heeft om te functioneren in andere sectoren van de economie verdiend moet worden. Dat maakt de gezondheidszorg ook minder geschikt als gangmaker voor de nationale economie.

Dit beeld wordt verder versterkt als gekeken wordt naar privaat ondernemerschap in de zorg. Het aandeel van particuliere – vaak commerciële – zorg in Nederland is marginaal, maar groeit de laatste jaren wel gestaag.⁵⁷ Een deel wordt gefinancierd uit collectieve middelen, maar een deel wordt ook direct betaald door patiënten zelf. Hoe de verdeling tussen publiek en private gefinancierde *particuliere* zorg precies in elkaar steekt, is op basis van de beschikbare bronnen niet goed te achterhalen. Privaat ondernemerschap vinden we terug in vrijwel alle sectoren van de gezondheidszorg, maar lijkt zich wat betreft private zorguitgaven (aanvullende verzekering en out-of-pocket payments) vooral te concentreren in de genees- en hulpmiddelensector (apotheken, drogisterijen, audiciens, etcetera), de mondzorg, medisch-specialistische zorg en alternatieve genezers. Wat betreft aantallen, is vooral in de ouderenzorg en wijkverpleging een toename te zien van zzp-ers en kleine bedrijven.⁵⁸

54 UWV (2018) *Factsheet Arbeidsmarkt Zorg*, via:

https://www.uwv.nl/overuwv/Images/Factsheet_Zorg.pdf

55 Boer & Croon (2009) *De bedrijfstak Zorg. Onderzoek naar economische betekenis van de zorgsector*; FWG Monitor Innovatiekracht (2019) *Factsheet Innovatiekracht in de zorg* (2019), via:

<https://www.fwg.nl/innovatiekracht-het-grootst-in-de-zorgsector/>

56 Boer & Croon (2009) *De bedrijfstak Zorg. Onderzoek naar economische betekenis van de zorgsector*.

57 Zie bijvoorbeeld SCP (2019) *Wonen met zorg. Verkenning van particuliere woonzorg voor ouderen*, p. 23.

58 CBS, <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83626NED/table?dl=21553>

3 Uitgaven en financiering van de zorg

3.1 Zorguitgaven volgens verschillende definities

Het hiervoor geschetste goed presterende en toegankelijke zorgstelsel in Nederland wordt uit collectieve en particuliere middelen gefinancierd. Hoeveel geld we uitgeven aan de gezondheidszorg hangt af van de gehanteerde definitie. De meest uitgebreide definitie van zorguitgaven is die van de Zorgrekeningen van het CBS. De Zorgrekeningen beogen een volledig, samenhangend en consistent beeld te geven van de zorguitgaven. Dit begrip van zorguitgaven omvat alle uitgaven, collectief en particulier, eigen bijdragen en eigen betalingen van burgers, in de zorg van *care* en *cure*, maar ook de uitgaven voor arbodiensten, maatschappelijke diensten, welzijnswerk en kinderopvang. De Zorgrekeningen hebben als belangrijk voordeel dat de tijdreeksen consistent zijn. Volgens de Zorgrekeningen van het CBS bedroegen de uitgaven voor zorg en welzijn in 2018 100 miljard euro.¹

Het kabinet bakent de zorguitgaven af in termen van ministeriële verantwoordelijkheid. Centraal daarin staat het Uitgavenplafond Zorg (voorheen Budgettair Kader Zorg; BKZ) dat het afgesproken maximale niveau voor de collectieve zorguitgaven weergeeft, gefinancierd uit de collectieve middelen: zorgpremies en belastingen. Het Uitgavenplafond Zorg wordt jaarlijks aangepast aan de loon- en prijsontwikkelingen volgens de inzichten van het CPB. Het gaat hierbij om de collectieve zorguitgaven voor een aantal zorgwetten, en dan vooral de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz), en een deel van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet. Bij collectieve zorguitgaven wordt onderscheid gemaakt tussen de bruto zorguitgaven en de netto zorguitgaven. In de publicaties van het ministerie van VWS wordt in de regel gewerkt met de netto zorguitgaven (netto UPZ). Dit zijn de uitgaven exclusief het wettelijk verplichte eigen risico, aanvullende verzekeringen en eigen bijdragen. Voor 2019 wordt het netto-UPZ geraamd op 71,4 miljard euro. Daarnaast wordt er 5,0 miljard euro aan uitgaven gefinancierd door verplichte eigen betalingen. Daarmee komt het bruto UPZ in 2019 op 76,4 miljard euro uit.

Naast deze twee Nederlandse definities is er de internationaal gangbare definitie van het *System of Health Accounts* (SHA), die is opgesteld en wordt gebruikt door Eurostat (het statistisch bureau van de Europese Unie), de OESO en de Wereld

¹ CBS Statline (2019) *Zorguitgaven stijgen in 2018 met 3,1 procent*, <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/25/zorguitgaven-stijgen-in-2018-met-3-1-procent>

Gezondheidsorganisatie (WHO).² Het internationale cijfer omvat de gehele gezondheidszorg en een beperkt deel van de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg. Een aantal zaken die in Nederland tot de zorg worden gerekend, vallen daar in de internationale definitie buiten. Het gaat hierbij om de uitgaven die op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning worden bekostigd, forse delen van de langdurige zorg, jeugdzorg, kinderopvang en overige welzijn en maatschappelijke diensten. De zorguitgaven volgens deze definitie kwamen in 2018 op 76,9 miljard euro.

De uitgaven volgens de verschillende definities sluiten niet naadloos op elkaar aan. De volgende tabel geeft voor het jaar 2018 een overzicht van de zorguitgaven op basis van de verschillende definities.

Tabel 3.1 Zorguitgaven in 2018 volgens verschillende definities

	Macro Uitgaven (miljard euro)	Per persoon (euro)	Per Volwassene (euro)
Zorgrekeningen CBS	100,0	5.805	7.349
System of Health Accounts	76,9	4.462	5.649
Bruto collectieve uitgaven (UPZ)	76,8	4.454	5.638
Netto collectieve uitgaven (UPZ)	70,7	4.100	5.192

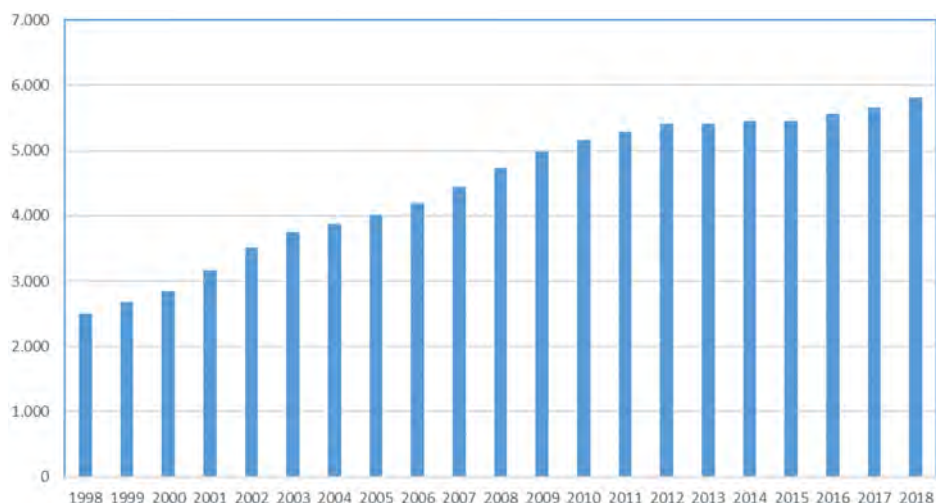
3.2 Zorguitgaven voor burgers, bedrijven en overheid

Zorguitgaven voor burgers en bedrijven nemen toe

Om inzicht te krijgen in hoe de zorguitgaven gemiddeld gezien neerslaan in de bevolking, kan worden gekeken naar de zorguitgaven per hoofd van de bevolking. De uitgaven zijn de afgelopen twintig jaar ruim verdubbeld van iets meer dan 2.500 euro per hoofd in 1998 naar ongeveer 5.800 euro per hoofd in 2018. Het gaat hier om de uitgaven voor zorg en welzijn per Nederlander (de brede CBS-definitie). Deze uitgaven zijn inclusief uitgaven voor welzijn (waaronder bijvoorbeeld ook kinderopvang) en de eigen bijdragen en betalingen van burgers.

² OECD/Eurostat/World Health Organization (2017) *A System of Health Accounts 2011 Revised edition*.

Figuur 3.1 Zorguitgaven 1998-2018 in euro's per hoofd van de bevolking



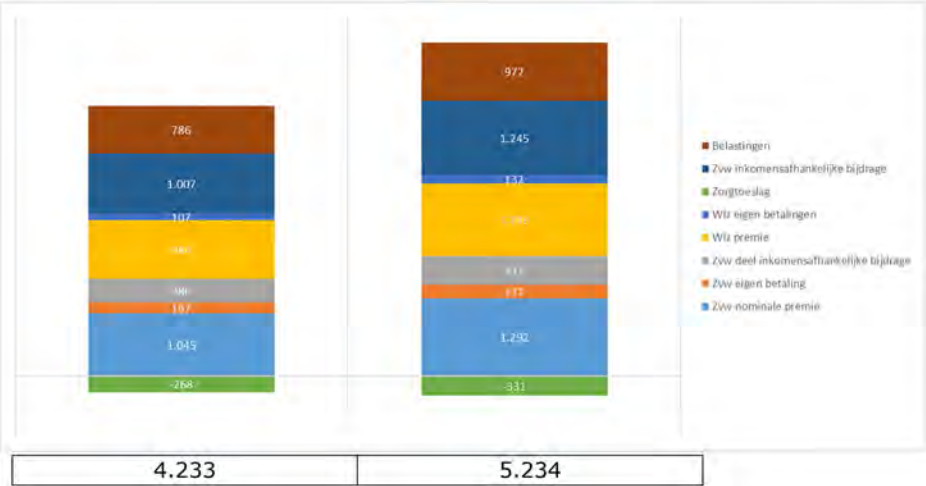
Bron: CBS.

De gemiddelde uitgaven per hoofd van de bevolking kunnen nog verder worden uitgesplitst. Aangezien de zorguitgaven uit verschillende bronnen worden gefinancierd, zijn de gemiddelde uitgaven per hoofd niet de uitgaven die burgers altijd zelf uit eigen middelen betalen. Ook de overheid en het bedrijfsleven betalen mee aan de financiering van zorg. Het gaat daarbij om bijdragen aan wettelijk verplichte financieringen in het kader van de Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg en belastingen. Stijgende zorguitgaven leggen daardoor ook een beslag op de ruimte voor arbeidsvoorwaarden waarover sociale partners onderhandelen. De bijdragen aan belastingen en collectieve zorgverzekeringen vallen onder het normkader van het Uitgavenplafond Zorguitgaven. Voor burgers en bedrijven zijn evenwel ook de uitgaven relevant die niet onder dat kader vallen zoals eigen bijdragen en betalingen en aanvullende verzekeringen alsook de bijdragen via belastingen aan de begrotingsgefinancierde zorguitgaven die evenmin onder het collectieve uitgavenkader vallen.

De volgende grafiek geeft voor het jaar 2018 de uitgaven volgens de definitie van de collectieve uitgaven weer als uitgaven per hoofd van de bevolking én per volwassene. Per hoofd van de bevolking komen de collectieve zorguitgaven in 2018 uit op ruim 4.200 euro, per volwassene omgerekend op ruim 5.200 euro. Hierin zijn apart genomen de bijdragen van de verschillende bronnen in de financiering. De bedragen betreffen uiteraard gemiddelden. De feitelijke bijdrage is mede afhankelijk van de hoogte van het inkomen (doordat de meeste bijdragen inkomensafhankelijk

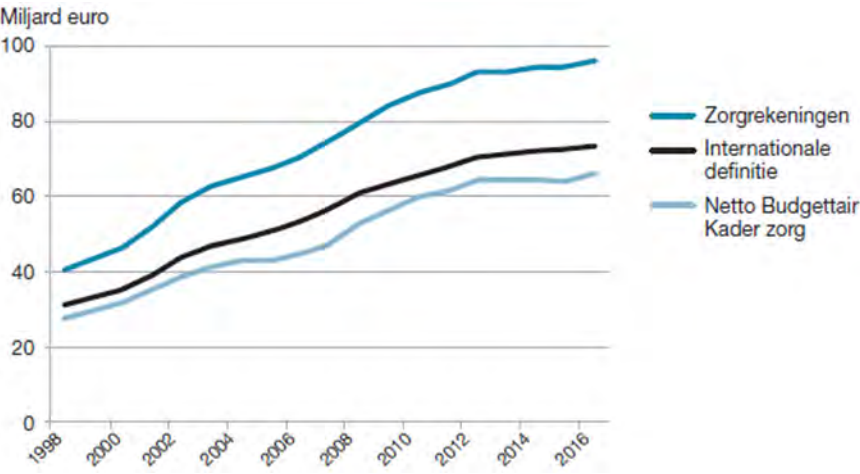
zijn) en de huishoudenssituatie. Mensen met een hoger dan gemiddeld inkomen betalen zo meer dan gemiddeld, mensen met een lager inkomen minder dan gemiddeld.

Figuur 3.2 Collectieve uitgaven voor de zorg per hoofd van de bevolking en per volwassene, uitgesplitst naar financieringsbron, 2018



Bron: CBS (2019).

Figuur 3.3 Drie benaderingen van de zorguitgaven, 1998-2016.

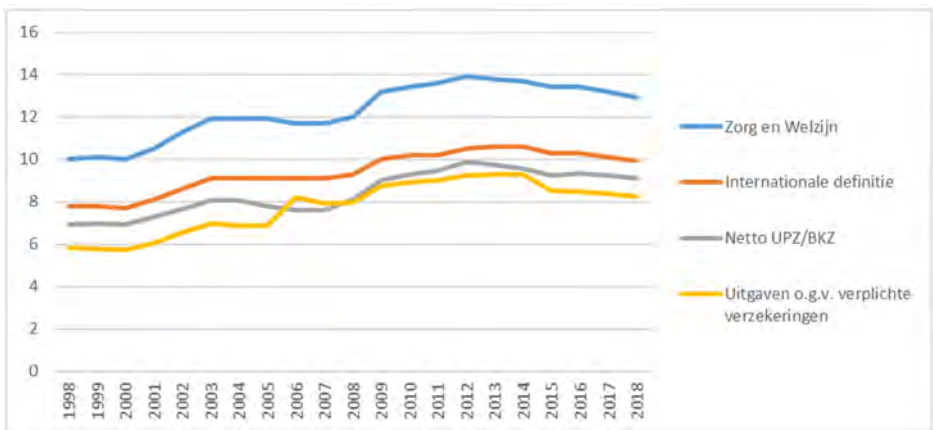


Bron: CBS (2019).

De macro-zorguitgaven

De uitgaven voor de zorg nemen over een langere termijn gezien toe, maar lijken de laatste jaren te stabiliseren of zelfs licht te dalen. Dit laatste gaat vooral op voor de uitgaven uitgedrukt als percentage van het bbp. Dit kan enerzijds liggen aan het succes van beheersingsmaatregelen, maar ook aan een aantrekkende economische groei. Deze ontwikkeling geldt voor alle van de drie geschetste definities: CBS, UPZ/BKZ en SHA. Onderstaande figuren geven de ontwikkeling van de zorguitgaven volgens de verschillende definities voor een langere periode.

Figuur 3.4 Zorguitgaven als percentage van het bbp volgens verschillende definities



Bron: CBS

Niveau van de zorguitgaven internationaal vergeleken

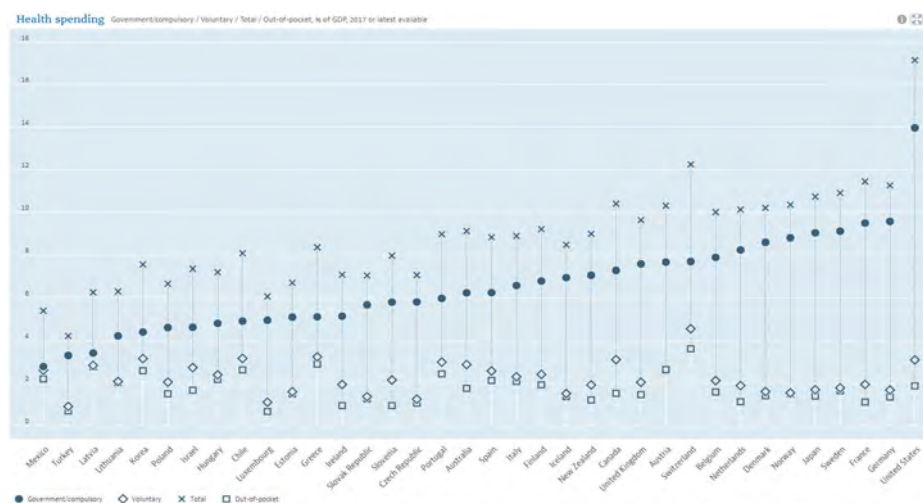
In internationaal opzicht wijkt de zorguitgavenontwikkeling in Nederland niet veel af van die van vergelijkbare landen. Volgens de cijfers van de OESO gaf in 2017 de Verenigd Staten met 17,1 procent bbp met meeste uit aan zorg, gevolgd door Zwitserland met 12,3 procent bbp en Frankrijk met 11,5 procent bbp. Nederland staat met 10,1 procent bbp op de negende plaats tussen België, Denemarken, Oostenrijk, Noorwegen en Canada.³

De OESO maakt binnen de totale zorguitgaven een onderscheid tussen de posten 'government/compulsory' (verplichte regelingen), 'voluntary', (vrijwillige verzekeringen) en 'out-of-pocket' (particuliere uitgaven). In 2018, stond Nederland bij de verplichte regelingen met 8,2 procent bbp op de achtste plaats, bij de vrijwillige ver-

3 OESO Data (2019) *Health Spending*, <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>.

zekeringen met 1,9 procent bbp op plek 15, en bij de particuliere uitgaven met 1,1 procent bbp op nummer 29. Hierbij moet echter wel worden vermeld dat een groot deel van de Nederlandse langdurige zorg binnen OESO-verband niet tot de zorguitgaven wordt gerekend, waardoor bijna 1 miljard euro aan eigen betalingen in Wlz en Wmo niet goed in deze cijfers zijn terug te vinden. Hoewel het dus lastig is een precieze aansluiting te maken tussen deze OESO-statistieken en het Nederlandse zorgstelsel, wordt vanuit internationaal perspectief een groot deel van de zorguitgaven gedekt via verplichte regelingen (82 procent) en ongeveer 7 procent via vrijwillige (aanvullende) verzekeringen en 11 procent via particuliere betalingen (inclusief eigen risico en eigen bijdrages) door burgers.⁴ Hierbij is het aandeel particuliere betalingen een onderschatting van de werkelijke eigen betalingen.

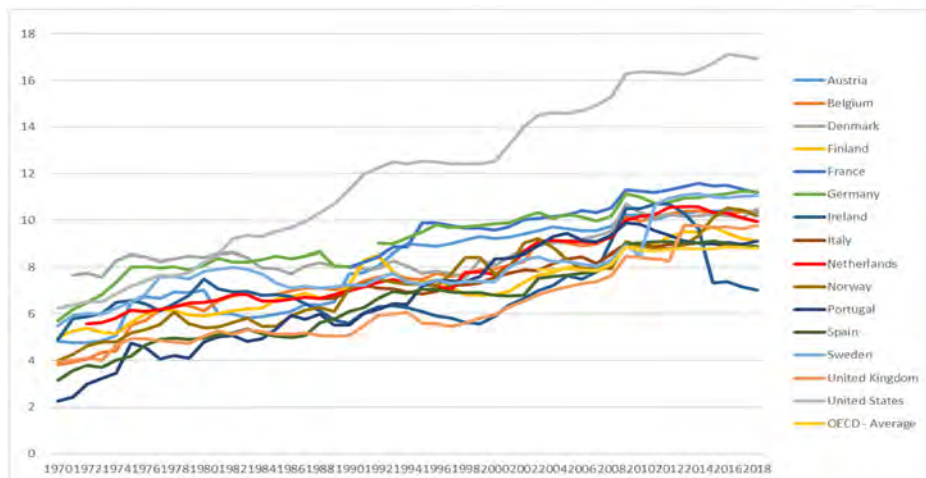
Figuur 3.5 Zorguitgaven in OESO-landen in 2017, naar ‘verplicht’, ‘vrijwillig’ en ‘particulier’



Bron: OESO

4 OEC (2020) “Health spending” (indicator), <https://doi.org/10.1787/8643de7e-en> (accessed on 26 February 2020).

Figuur 3.6 Ontwikkeling zorguitgaven als percentage van het bbp, voor een aantal OESO-landen, 1970-2018



Bron: OESO.

De ontwikkeling van de zorguitgaven over een langere termijn vergeleken

De stijging van de zorguitgaven als percentage van het bbp, zoals die in de vorige paragraaf voor Nederland is weergegeven, doet zich in de meeste westerse landen voor.⁵ Het patroon verschilt per land en wordt mede bepaald door de conjunctuur en doorbeleid, het algemene patroon is dat de uitgaven over een langere periode geleidelijk aan stijgen. De vorige grafiek geeft daarvan een beeld voor een groot aantal OESO-landen voor de periode 1970 tot 2018. Ook hier geeft de VS een duidelijk afwijkend beeld in de zin dat het niveau van de zorguitgaven vanaf de jaren zeventig al hogere zorguitgaven kent dan de andere opgenomen landen.

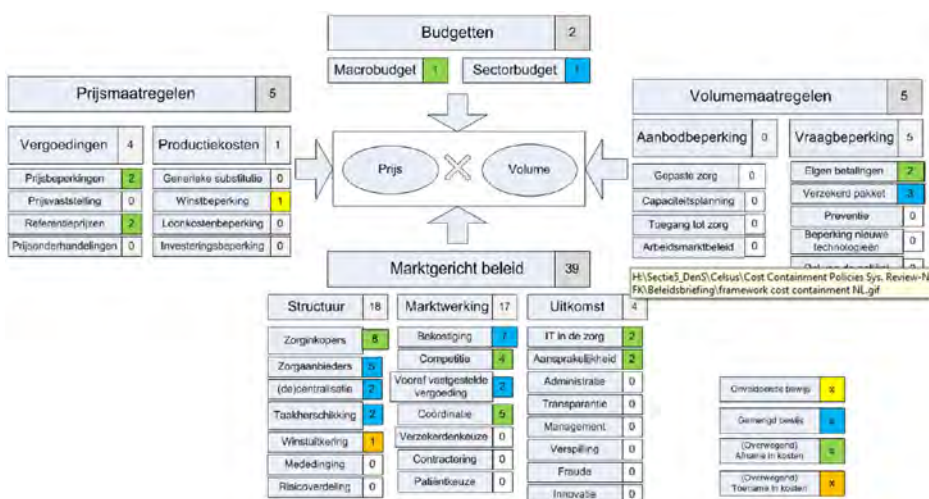
3.3 Uitgavenbeheersing

De zorguitgaven zijn de afgelopen decennia geleidelijk aan gestegen. Om de groei van de zorguitgaven beheersbaar te houden, zijn de afgelopen decennia verschillende instrumenten ingezet. Grofweg kan gesteld worden dat het zorguitgaven-beheersingsbeleid in het verleden gebruik maakte van maatregelen gericht op (een combinatie van) prijs, volume, budget, marktordering en samenwerking.

5 Polder, J.J. (2018) Zorguitgaven, in: P. Jeurissen, H. Maarse, M. Tanke, *Betaalbare Zorg*.

Dit ligt in lijn met het beleid in veel omringende of vergelijkbare landen. Hoewel landen wat betreft de inrichting en financiering van hun zorgstelsel ver uit elkaar kunnen liggen, blijkt dat ongeacht het zorgstelsel vaak gebruik wordt gemaakt van dezelfde instrumenten. Het kostenbeheersingsinstrumentarium is weinig stelselspecifiek. Onderstaande figuur toont globaal aan welke verschillende maatregelen er zijn om de uitgaven in de zorg te beheersen. Het schema is gebaseerd op een internationale meta-analyse naar de effectiviteit van verschillende kostenbeheersingsmaatregelen.⁶

Figuur 3.7 Meta-evaluatie uitgavenbeheersingsmiddelen



Uit dit onderzoek bleek dat er in de internationale wetenschappelijke literatuur veel bewijs is voor de effectiviteit van eigen betalingen, prijsbeperkingen en referentieprijzen, maar ook voor vormen van budgetteren.⁷ Ook in Nederland is de snelle zorguitgavenstijging uit de jaren zeventig van de twintigste eeuw (mede het gevolg van de 'loonexplosie' in de jaren zestig) in de jaren tachtig door strikte budgettering en prijsregulering onder controle gebracht (zie figuur 3.8 hierna). Ook het hoofdlijnenakkoord (HLA) sluit grotendeels aan bij het instrument van budgettering. Dit instrument heeft in Nederland de afgelopen jaren succesvol de uitgaven(groei) weten te beheersen.⁸ De onderzoekers concluderen verder dat er voorals-

6 Stadhouders, N., F. Kruse, J. Van Haren, G. Westert, P. Jeurissen (2017) *Reduceren van de zorgkosten: veel opties, weinig evaluaties*, Celsus academie voor betaalbare zorg.

7 Stadhouders, N., F. Kruse, M. Tanke, X. Koolman, P. Jeurissen (2019) Effective healthcare cost-containment policies: A systematic review, in: *Health Policy* 123:1, 71-79. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.10.015>.

8 SCP (2018) *Publiek voorzien. Ontwikkelingen in de uitgaven en dienstverlening van 27 publieke voorzieningen*, via: <https://digitaal.scp.nl/publiekvoorzien/curatieve-zorg/ziekenhuizen-en-medisch-specialisten/index.html>

nog voor veel andere beleidsopties *te weinig* onderzoek is gedaan om verregaande conclusies te trekken over de effectiviteit ervan.⁹ Dit noopt tot enige voorzichtigheid bij het maken van keuzes voor inzetten van instrumenten enkel op basis van wetenschappelijk onderzoek. Ook bij het zorguitgavenbeheersingsbeleid is het van belang om breder te blijven kijken naar mogelijk werkzame – maar niet altijd voldoende wetenschappelijk onderbouwde – instrumenten.

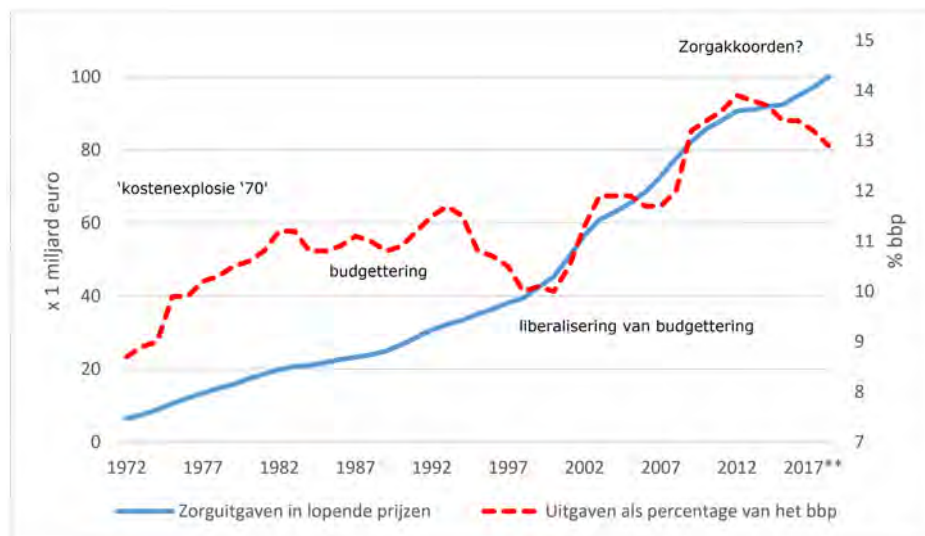
Daarnaast kan uit het uitgavenbeheersingsbeleid van de afgelopen decennia worden opgemaakt, dat de effectiviteit van beleid in zekere zin ‘tijdelijk’ is en juist daarom structureel moet worden bijgesteld. Illustratief hiervoor is het eerder genoemde succesvolle budgetteringsbeleid van de jaren tachtig. Dit leidde in de jaren negentig tot wachtlijstproblemen en personeelstekorten, en grote maatschappelijke onrust, met name in de ziekenhuiszorg en ouderenzorg. Hierop werd de bestaande budgetteringssystematiek aangepast, zodat ziekenhuizen en ouderenzorg weer konden groeien. Het gehele systeem van budgettering van de intramurale zorg werd uiteindelijk in 2004 afgeschaft waarna de groei van de zorguitgaven verder versnelde (wat vaak geweten wordt aan een ‘inhaaleffect’). Bovendien kunnen *individuele* uitgavenbeheersingsinstrumenten negatieve gevolgen hebben voor andere systeemdoelen, zoals kwaliteit en toegankelijkheid van zorg, of leiden tot strategische gedrag bij aanbieders of verzekeraars.¹⁰

Over een langere termijn gezien is het effect van het beleid, zowel in Nederland als in vergelijkbare westerse landen, in de regel dempend op de uitgavengroei. Het verleden leert ook dat het dempende effect van overheidsbeleid op de zorguitgavenontwikkeling constante monitoring én bijstelling vergt, met een open oog voor nieuwe instrumenten zoals de Hoofdlijnakkoorden.

9 Stadhouders, N., F. Kruse, M. Tanke, X. Koolman, P. Jeurissen (2019) Effective healthcare cost-containment policies: A systematic review, in: *Health Policy* 123:1, pp. 71-79.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.10.015>.

10 Een kanttekening bij de meta-evaluatie, onderliggend aan de figuur, is dat er eventueel sprake is van een publicatiebias; het is wellicht makkelijker om positieve resultaten te publiceren, hetgeen een vertekening van de werkelijkheid kan opleveren. Daarnaast komen veel van de studies naar marktgericht beleid uit de Verenigde Staten en zijn de Angelsaksische landen over het algemeen oververtegenwoordigd in de onderzoeken. Daarnaast zijn er in bovenstaand onderzoek publicaties vanaf de jaren 70 meegenomen; sommige onderzoeken kunnen daarom geda- teerd zijn.

Figuur 3.8 Zorguitgaven in lopende prijzen en % bbp 1972-2018



Bron: CBS.

4 Toekomstverwachtingen voor zorgvraag en zorguitgaven

4.1 De toekomstige vraag naar zorg

De *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018* van het RIVM geeft een prognose voor de ontwikkeling van de zorguitgaven tot 2040.¹ Het RIVM schetst voor de komende decennia een aantal positieve ontwikkelingen maar ook een aantal opgaven.

Als eerste heeft de vergrijzing een grote invloed op de volksgezondheid en de zorg. We worden ouder waardoor ook meer mensen een chronische aandoening hebben zoals artrose, diabetes en dementie. Daar komt bij dat een groeiend aantal mensen meerdere chronische aandoeningen tegelijk zal hebben. Ook op het sociale vlak zal de vraag naar zorg toenemen, het aantal eenzame ouderen stijgt. Daardoor neemt de behoefte aan formele zorg maar ook aan informele zorg toe.

Met meer gezondheid komt ook meer ziekte. De toenemende levensverwachting zijn vooral gezonde levensjaren maar ook het aantal mensen met een chronische aandoening stijgt. Wat eerder levensbedreigende ziekten waren zoals kanker en hart- en vaatziekten, worden vaker chronische aandoeningen.

Steeds meer mensen ervaren druk in het leven wat weer tot stress en gezondheidsproblemen kan leiden. Jongeren ervaren prestatiedruk, werkenden voelen de 24-uurseconomie met flexibele arbeidsrelaties, wie werk en zorg voor kinderen combineert ziet ook de druk voor mantelzorg toenemen.

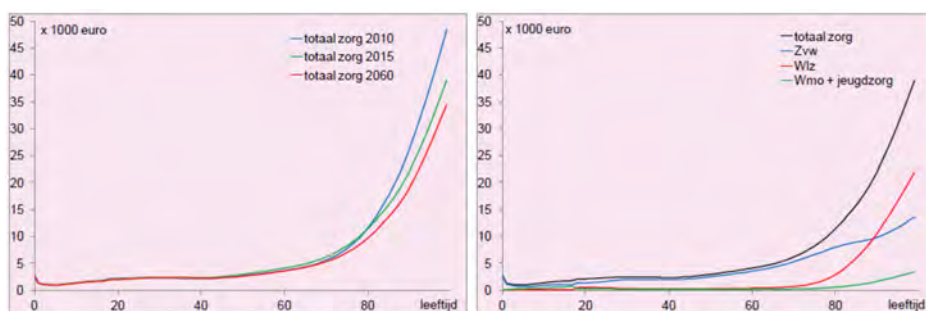
De leefstijl van mensen en de leefomgeving hebben invloed op de gezondheid. Op het gebied van leefstijl zijn er gunstige en ongunstige ontwikkelingen te verwachten. Het aantal rokers daalt langzaam verder maar het aantal mensen met overgewicht stijgt verder door. Ongezonder gedrag is volgens het RIVM goed voor ongeveer twintig procent van de ziektelast. Bij deze ontwikkelingen zijn er verschillen tussen bevolkingsgroepen, voor mensen met een lagere sociaal-economische status is het beeld ongunstiger. De kwetsbare groep met een opeenstapeling van gezondheidsproblemen en sociale problemen neemt in omvang toe. Zij combineren een ongezonde leefstijl, sociale problemen en onzekerheid op de arbeidsmarkt.

1 RIVM (2018) *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018*, Trendskenario.

Het gebruik van de zorg naar leeftijd

Het gebruik van de collectieve zorg hangt zeer sterk af van de leeftijd, zoals de onderstaande figuur laat zien. Tot de leeftijd van 50 jaar liggen de gemiddelde zorguitgaven onder de 3000 euro per jaar. Daarna beginnen ze steeds sterker te stijgen.

Figuur 4.1 Leefstijdsprofiel van zorguitgaven in 2010, 2015 en 2060, en met onderverdeling in 2015

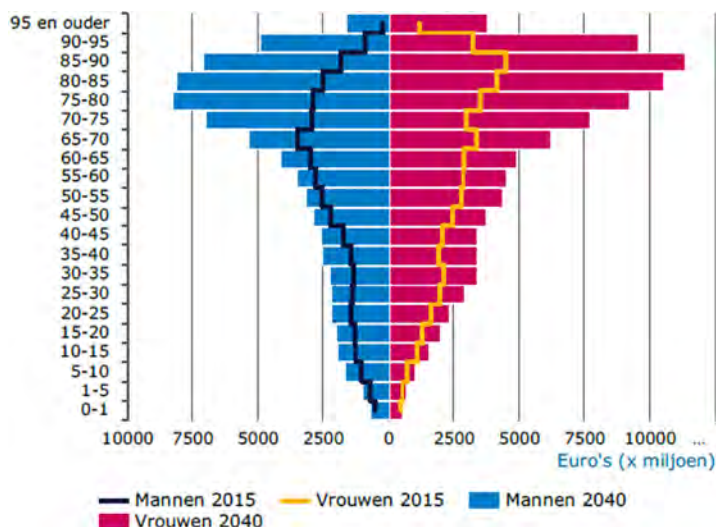


Op 70-jarige leeftijd zijn de zorguitgaven gemiddeld bijna 6000 euro, voor een 80-jarige 13.000 euro, en voor een 99-jarige 50.000 euro. Die hoge zorguitgaven zitten vooral in de langdurige institutionele zorg (Wlz). Een 'gezondere' bevolking die langer (in goede gezondheid) leeft is niet gemiddeld goedkoper. Dit komt mede doordat de levensverwachting van vrouwen sterker stijgt dan van mannen, waarbij vrouwen minder lang zonder matige/ernstige fysieke beperkingen en in goed ervaren gezondheid leven.² Mede omdat vrouwen vaker zijn aangewezen op formele zorg door het overlijden van hun man³ zijn hun zorguitgaven gemiddeld hoger.

2 CBS (2018) *Projecties gezonde levensverwachting 2018 en 2014*, <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2018/12/projecties-gezonde-levensverwachting-2018-en-2014>

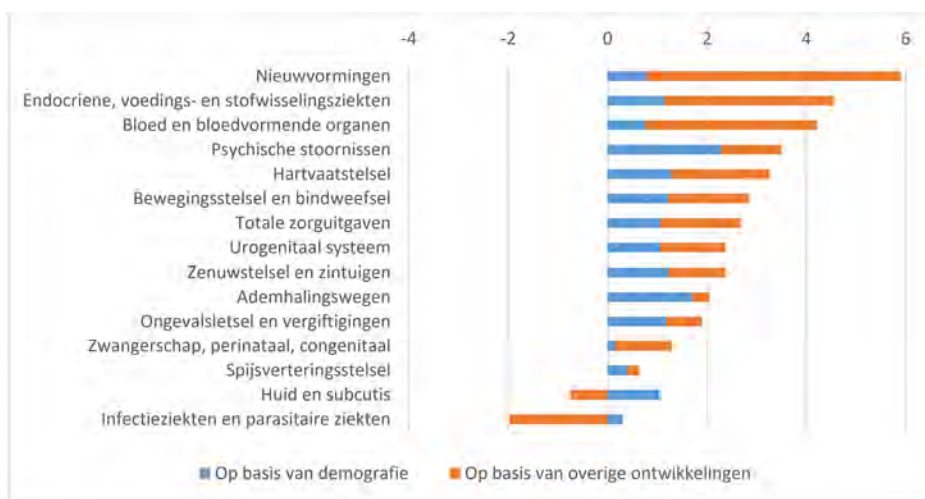
3 Wong, A., G.J. Kommer & J.J. Polder (2001) *Levensloop en zorgkosten; Solidariteit en de zorgkosten van de vergrijzing*, RIVM-publicatie.

Figuur 4.2 De uitgaven aan zorg voor vrouwen zijn hoger dan voor mannen, en dit verschil neemt toe in de toekomst



Bron: RIVM

Figuur 4.3 De uitgavengroei tot 2040 voor de behandeling van kankers komt vooral door technologische ontwikkelingen



Bron: RIVM

De uitgaven aan de ziektegroep ‘kankers’ (nieuwvormingen: goedaardige en kwaadaardige) zullen het meest toenemen, met gemiddeld 6 procent per jaar, vooral door technologische innovaties. Het aandeel van deze diagnosegroep stijgt van 6,5 procent in 2015 naar 14 procent van de totale zorguitgaven in 2040. In 2015 waren psychische stoornissen (inclusief dementie en een deel van de gehandicaptenzorg) en hart- en vaatziekten aandoeningen met de hoogste zorguitgaven.⁴

Verder zullen de uitgaven aan de sector ouderenzorg door de vergrijzing het sterkst toenemen, met 3,8 procent per jaar. Driekwart van deze toename is toe te schrijven aan de demografische ontwikkelingen en minder dan een kwart aan stijgende inkomens en technologische innovaties. Het aandeel van de uitgaven aan zorg voor 65-plussers neemt door de vergrijzing toe van 44 procent naar 59 procent. Het is al langer bekend dat technologische innovaties bovenal drijvers zullen zijn van de zorguitgaven in de geneeskundige medische zorg (cure), niet zozeer in de verpleegkundige en ouderenzorg (care).⁵

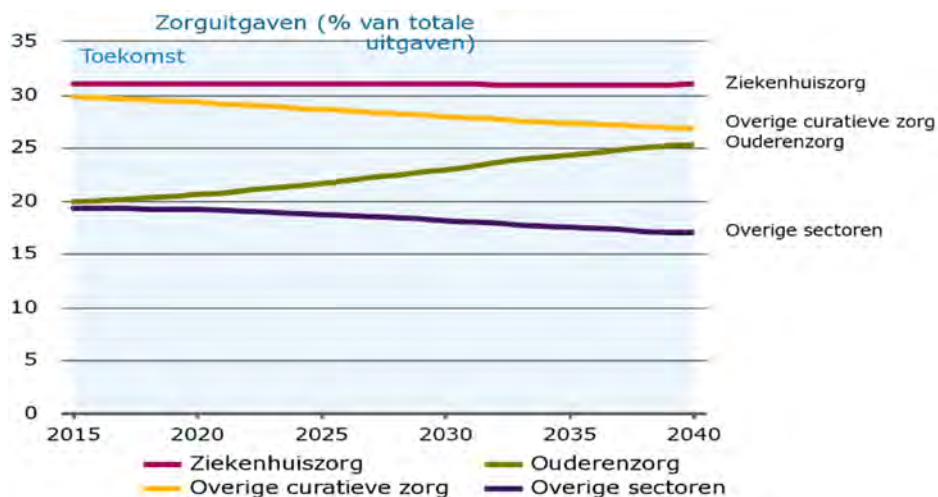
Ook recent benadrukt het CPB dat voortdurende ontwikkeling van nieuwe behandelmethoden vooral belangrijk is in de curatieve zorg. In de langdurige zorg leidt de combinatie van een hoge arbeidsintensiteit met geringe productiviteitsstijgingen tot bovengemiddelde prijsstijgingen. Ten opzichte van de rest van de economie wordt de gezondheidszorg daardoor steeds duurder (Baumoleffect).⁶ Wel kan technologische verbetering de gezonde levensverwachting verhogen en het thuis wonen verlengen, waardoor de hoge kosten in de laatste levensfase aan ziekenhuiszorg en (intramurale) ouderenzorg uitgesteld worden.

4 RIVM Statline (2017) *Kosten van ziekten 2015*, <https://statline.rivm.nl/#/RIVM/nl/dataset/50040NED/table?ts=1549539200482>

5 Kommer, G.J., A. Wong, I.C.J. Slobbe (2010) *Determinanten van de volumegroei in de zorg*, RIVM Briefrapport 270751021/2010. Koopmanschap, M., C. de Meijer, B. Wouterse, J.J. Polder (2010) *Determinants of Health Care Expenditure in an Aging Society*, Netspar Panel Papers.

6 Wouterse, B., H. ter Rele & D. van Vuuren (2016) *Financiering van de zorg op lange termijn*, CPB Policy Brief 2016/10.

Figuur 4.4 Het aandeel van de uitgaven aan ouderenzorg neemt toe van 20 procent in 2015 naar 25 procent in 2040



Bron: RIVM

4.2 Factoren achter de groei van de zorguitgaven

Uit de literatuur komen een aantal factoren naar voren als verklaring voor de stijging van de zorguitgaven.⁷ De bevindingen voor de onderliggende factoren voor de Nederlandse zorg zijn in overeenstemming met de bevindingen uit de internationale literatuur. De zorguitgaven groeien over een langere termijn gezien met name door het gebruik van nieuwe medische technologie en innovaties, dit in samenspel met demografische en epidemiologische veranderingen. De vergrijzing en nieuwe ziektebeelden spelen een rol in de groei van de zorguitgaven, maar zijn beperkte drijvende factoren. De OESO concludeert dat de groei van de zorguitgaven voor 46 procent wordt verklaard door technologische ontwikkeling, voor 42 procent door een stijging van de welvaart en voor 12 procent door demografische factoren.⁸

Stijgend welvaarts- en inkomensniveau

Met het stijgen van de welvaart hebben mensen een voorkeur om een groter deel van hun inkomen aan zorg te besteden. Met een hoger inkomen en een hoger wel-

⁷ Zie SER (2000) *Advies 'Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen'*, SER (2005) *Advies 'Van Alle Leeftijden'*, SER (2008) *Advies 'Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ'*, SER (2012) *Advies 'Naar een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg: een tussenadvies op hoofdlijnen'*.

⁸ OECD (2015) *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*.

vaartniveau nemen aldus de zorguitgaven toe. Op persoonsniveau is de gezondheidszorg een noodzakelijk goed, op samenlevingsniveau en in economische termen is zorg een 'luxegoed': een goed waarvan mensen meer gaan van gaan gebruiken als het inkomen stijgt. Met een stijging van het inkomen nemen de uitgaven aan zorg sneller toe. Voor Nederland wordt deze zogenaamde inkomenselasticiteit gemiddeld tussen de 1,2 en 1,6 geschat.⁹ De zorguitgaven stijgen in nagenoeg alle landen sterker dan het bruto binnenlands product, waardoor het zorgaandeel in het bbp in de loop van de tijd toeneemt. Er blijken bijvoorbeeld steeds meer 'lichtere' behandelingen te worden uitgevoerd in de cure en de care; de volumestijging gaat fors uit boven de onderliggende demografisch-epidemiologische trend.¹⁰

Demografische veranderingen

Door de algemene bevolkingsgroei, de toenemende vergrijzing en de stijgende levensverwachting stijgen de zorguitgaven. Meer mensen betekent in de regel meer zorguitgaven. Oudere mensen gebruiken in de regel meer zorg dan jonge mensen (zie ook paragraaf 4.1). De stijgende levensverwachting gaat ook gepaard met hogere ziektekosten tijdens het leven door bijvoorbeeld meerdere chronische aandoeningen. Het leidt er ook toe dat de hoge ziektekosten van de laatste levensfase naar een later moment in het leven verschuiven. Demografische veranderingen zorgen voor een jaarlijkse uitgavenstijging van de totale zorguitgaven van 1 procent, maar hierbinnen voor een stijging van 2,5 procent van de kosten van ouderenzorg.

Verbeteringen in technologie

Nieuwe technologie is over het algemeen, mede door bescherming van patenten, duurder dan bestaande technologie. Op langere termijn dalen kosten van innovaties in producten en medicijnen wel. Alleen bestaat er in de zorg niet snel een rem op de toepassing van nieuwe technologieën (zowel aan de vraagkant als aan de aanbodkant). Daarbij zijn nieuwe technologieën vaak complementair van aard. Er komen behandelingen, technieken, materialen en middelen bij, in plaats van dat zij bestaande zorg vervangen. Ook zorgen nieuwe, verfijndere technieken ervoor dat er nieuwe patiënten geholpen kunnen worden, waardoor er meer zorg verleend wordt. Tot slot neemt het (latere) zorgvolume in de regel toe als er succesvolle nieuwe technologie wordt toegepast en de levensverwachting verhoogt. Verbeteringen in medische technologie leveren zo veel gezondheidswinst op, maar verhogen per saldo de zorguitgaven sterk.¹¹

9 Getzen, T. (2000) Forecasting health expenditures: short, medium and long (long) term, in: *Journal of Health Care Finance*, 26(3), pp. 56-72.

10 Trienekens, J., G. van der Vlugt, P. Jeurissen, M. Germin (2012) Analyse stijging zorguitgaven, in: *Economische Statistische Berichten* 97(4643), pp. 534-537.

11 Polder, J.J. (2018) Zorguitgaven, pp. 44-45, in: P. Jeurissen, H. Maarse, M. Tanke, *Betaalbare Zorg*.

De zorgsector is arbeidsintensief

De gezondheidszorg is een arbeidsintensieve sector, net als andere publieke diensten. Tijd en aandacht voor de patiënt zijn een wezenlijk onderdeel van het 'product' zorg. Het is daardoor niet mogelijk en in veel gevallen ook *niet wenselijk* om mensen in de zorg te vervangen door technologie of om de 'productiviteit' van zorgpersoneel te verhogen door 'stopwatchzorg'. Dit betekent dat er bij een groeiende zorgvraag ook meer mensen nodig zullen zijn om dezelfde kwaliteitszorg te blijven leveren. Bovendien zullen de lonen van zorgpersoneel concurrerend moeten zijn met andere sectoren om voldoende personeel te krijgen en deze ook te behouden. De loonkosten vormen daardoor een steeds groter onderdeel van de totale kosten. Deze uitgaven kunnen niet worden opgevangen door technologie, waardoor ook de prijs van zorg relatief snel stijgt. Dit zogenaamde Baumoleffect¹² draagt in Nederland voor naar schatting bij aan de toename van de zorguitgaven met 0,5 tot 1,0 procent per jaar.¹³

4.3 Prognoses voor de ontwikkeling van de zorguitgaven

Voor zowel de middellange termijn als voor de lange termijn is de verwachting dat de uitgaven voor zorg stijgen. Voor de periode 2022-2025 verwacht het CPB een stijging van de collectieve zorguitgaven met in totaal 16 miljard euro tot het niveau van 100 miljard euro in 2025. Uitgedrukt als aandeel van het bbp is komt dit neer op een stijging van 9,8 procent in 2021 naar 10,4 procent in 2025 (zie tabel 4.1).¹⁴ De grootste groei komt, in euro's uitgedrukt, van de uitkeringen uit hoofde van de Zorgverzekeringswet. Gerelateerd aan het bbp komt de hoogste groei voor rekening van de Wlz-uitkeringen. De relatief sterkere groei van de langdurige zorg ten opzichte van de Zorgverzekeringswet en het gemeentelijk domein komt ook duidelijk tot uitdrukking als de groei van de zorgdomeinen in de afgelopen decennia wordt vergeleken (zie tabel 4.2).

12 Baumol, W.J. (1967) Macroeconomics of unbalanced growth: the anatomy of urban crisis, in: *American Economic Review* 57, pp. 415-426.

13 Pomp, M., S. Vujić (2008) *Rising health spending, new medical technology and the Baumol effect*, CPB Discussion Paper No 115.

14 CPB (2019) *Verkenning Middellangetermijn 2022-2025*.

Tabel 4.1 Niveau van de collectieve zorguitgaven 2017-2025

	2017	2021	2025	2021-2025
	<i>in miljarden euro's (lopende prijzen)</i>			
Totale zorg	68	84	100	+16
Wlz-uitkeringen	18	25	30	+5
Zvw-uitkeringen	41	48	56	+8
Overig waaronder Wmo/jeugd	9	12	13	+1
	<i>in procenten bbp</i>			
Totale zorg	9,2	9,8	10,4	+0,6
Wlz-uitkeringen	2,5	2,9	3,2	+0,3
Zvw-uitkeringen	5,5	5,6	5,8	+0,2
Overig waaronder Wmo/jeugd	1,2	1,3	1,4	+0,1

Bron: CPB (2019) *Verkenning Middellangetermijn 2022-2025*.

Tabel 4.2 Groei van de collectieve zorguitgaven 1991-2025

	1991-2018	2018-2021	2022-2025
	<i>Nominale groei in procenten per jaar</i>		
Totale zorg	4,9	5,4	4,2
AWBZ/Wlz-uitkeringen	5,6	8,3	5,1
Zvw-uitkeringen	4,6	4,2	3,8
Overig waaronder Wmo/jeugd	4,8	4,8	4,1
	<i>Reële groei in procenten per jaar</i>		
Totale zorg	3,0	3,4	2,7
AWBZ/Wlz-uitkeringen	3,7	6,2	3,6
Zvw-uitkeringen	2,7	2,2	2,3
Overig waaronder Wmo/jeugd	3,0	2,7	2,5

Bron: CPB (2019) *Verkenning Middellangetermijn 2022-2025*.

In deze ramingen stijgen de zorgpremies en het eigen risico tussen 2022 en 2025. Dit draagt er toe bij dat er ondanks cao-loonstijgingen nauwelijks sprake is van stijging van de koopkracht.¹⁵

Het *Trendscenario* van het RIVM voorziet op basis van eerder geschetste veronderstellingen dat zorguitgaven met gemiddeld 2,9 procent per jaar zullen stijgen. De maatschappelijke zorguitgaven zullen in 2040 uitkomen op 174 miljard euro, een verdubbeling ten opzichte van 2015. De zorguitgaven omgerekend per persoon van

¹⁵ In de actualisering van de middellangetermijnraming van maart 2020 is sprake van beperkte ruimte voor koopkrachtstijging. Zie CPB (2020) *Centraal Economisch Plan*.

5.100 euro in 2015 nemen in het scenario toe tot 9.600 euro in 2040.¹⁶ Deze stijging betreft uitgaven die deels collectief gefinancierd worden en deels op andere manieren gefinancierd worden. Die laatste zijn voor een belangrijk deel eigen bijdragen van burgers voor de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg, en aanvullende zorgverzekeringen. De collectieve uitgaven stijgen in het *Trendscenario* van 3.800 euro per persoon in 2015 naar 7.700 in 2040, de overige uitgaven van 1.200 euro in 2015 naar 1.900 in 2040.

In de meest recente houdbaarheidsstudie van het CPB is de verwachting dat de collectieve zorguitgaven stijgen van 9,6 procent bbp nu naar 12,7 procent in 2040 en naar 13,5 procent in 2060.¹⁷ Hierbij is uitgegaan van wat in de houdbaarheidsstudie heet ‘constante arrangementen’. Centrale vraag daarbij is of onze kinderen en kleinkinderen in de toekomst van dezelfde sociale zekerheid en dezelfde overheidsvoorzieningen gebruik kunnen maken zoals wij die nu kennen, zonder dat daarvoor de belastingen moeten worden verhoogd. Een houdbaarheidstekort geeft aan dat er zonder aanvullend beleid sprake is van een herverdeling tussen generaties: toekomstige generaties zullen dan van minder sociale zekerheid en overheidsvoorzieningen gebruik kunnen maken en/of meer belasting moeten betalen dan wij nu doen. De studie laat zien dat zonder aanvullend beleid de schuld op lange termijn gaat oplopen, de uitgaven van de overheid stijgen harder dan de inkomsten van de overheid. Er is daardoor sprake van een houdbaarheidstekort.

In het verleden zijn de collectieve zorguitgaven echter meer toegenomen dan volgens de aanname van het constante arrangementen het geval zou zijn. Dit kan het gevolg zijn van hogere kwaliteitseisen of de beschikbaarheid van nieuwe technologieën. In het basispad van de houdbaarheidsstudie groeien de collectieve zorguitgaven gemiddeld met 2 procent per jaar. Daar staat tegenover dat tussen 1990 en 2018 de reële collectieve zorguitgaven gemiddeld met 3 procent per jaar zijn toegenomen. Als de trendmatige groei van de collectieve zorguitgaven uit het verleden ook in de toekomst wordt verondersteld, komt dat neer op een jaarlijks 1 procent hogere groei van de collectieve zorguitgaven tussen 2026 en 2060. Het houdbaarheidssaldo verslechtert dan met 4,4 procent van het bbp.

¹⁶ In de VWS-begrotingen staat dat de *gemiddelde volwassene* ruim 5.000 euro betaalt. Het verschil komt doordat het RIVM rekent in personen en VWS in volwassenen.

¹⁷ CPB (2019) *Zorgen om morgen. Vergrijzingsstudie 2019*.

Tabel 4.3 CPB-ramingen voor collectieve uitgaven 2020-2060 (in % bbp)

	2020	2025	2040	2060
Zorg	9,6	10,4	12,7	13,5
AOW	5,0	5,1	6,5	5,9
Overheidsuitgaven	42,3	42,6	46,2	46,3
Overheidsinkomsten	43,3	42,6	45,0	45,4
EMU-saldo	0,4	-0,2	-3,5	-5,2
EMU-schuld	48	44	54	100

Bron: CPB (2019) *Zorgen om morgen. Vergrijzingsstudie 2019*.

Bij alle prognoses dient bedacht te worden dat zij per definitie met onzekerheden zijn omgeven. Naarmate het moment waarvoor de prognose is gemaakt verder weg in de toekomst ligt, is de uitkomst ook met meer onzekerheden omgeven. Ook dient bedacht te worden dat prognoses uitgaan van de kennis die op dit moment beschikbaar op basis van kennis van de ontwikkelingen uit het verleden en de kennis benodigd voor de inschatting van de ontwikkelingen in de toekomst. Niet alle ontwikkelingen in de toekomst kunnen nu worden voorzien. Zo is voor de aard en de omvang van het beroep op zorg een van de onbekenden: de gevolgen van het veranderende klimaat, en daarmee ook wat het veranderende klimaat voor gevolgen heeft voor de prognoses voor de hoogte en de samenstelling van de toekomstige zorguitgaven.

4.4 Internationale prognoses voor de zorguitgaven

Twee publicaties presenteren prognoses in de vorm van scenario's voor de ontwikkeling van de zorguitgaven in internationaal perspectief. In beide prognoses is de verwachting dat de uitgaven voor de zorg de komende decennia sneller toenemen dan het nationaal inkomen, en dat daarmee het aandeel van de zorguitgaven in het nationaal inkomen stijgt.

In scenario's van de OESO groeien de uitgaven voor de zorg iets minder hard dan in de afgelopen decennia, maar nog steeds meer dan de economie gemiddeld.¹⁸ Daardoor nemen de zorguitgaven in de OESO-landen in het basispad toe van 8,8 procent bbp in 2015 naar 10,2 procent bbp in 2030. De uitkomsten van de vier scenario's voor het jaar 2030 liggen tussen 9,6 procent bbp en 10,8 procent bbp.

¹⁸ Lorenzoni L. [et al.] (2019) Health Spending Projections to 2030: New results based on a revised OECD methodology, in: *OECD Health Working Papers*, No. 110, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/5667f23d-en>.

In het basisscenario draagt inkomensgroei bij voor de helft bij aan de groei, demografie voor een kwart, en de rest komt uit arbeidsproductiviteit en technologische veranderingen.

De zorguitgaven in Nederland lagen in 2015 met 10,4 procent boven het OESO-gemiddelde van 8,8 procent. De zorguitgaven nemen het in basisscenario toe met 1,6 procentpunt bbp tot 12,0 procent in 2030, met een marge voor de scenario's van 11,3 tot 12,5 procent bbp.

In de scenario's van de Europese Commissie uit 2018¹⁹ nemen voor Nederland de uitgaven voor health care en langdurige zorg toe in procenten van het bbp. Voor health care nemen de uitgaven, in 2016 6,2 procent van het bbp, tot 2040 toe met 0,6 procentpunt bbp. Tussen 2040 en 2070 komt daar nog 0,2 procentpunt bij. Voor langdurige zorg nemen de uitgaven, in 2016 3,5 procent van het bbp, tot 2040 toe met 1,6 procentpunt bbp. Tussen 2040 en 2070 komt daar nog 0,7 procentpunt bij. Voor 2040 komen de uitgaven voor health care en langdurige zorg dan uit op 12,1 procent van het bbp, voor 2070 komt het uit op 13,0 procent van het bbp.

4.5 De urgentie van de problematiek

In de voorgaande paragrafen zijn de verwachte ontwikkelingen in de vraag naar zorg en de uitgaven voor de zorg geschetst. Daaruit volgt dat er sprake van zorgelijke problematiek met grote urgentie. De urgentie speelt op de korte termijn, op de middellange termijn en op de lange termijn.

Op dit moment is sprake van grote personeelstekorten in verschillende sectoren in de zorg, met alle zorgen voor de kwaliteit en de continuïteit voor de zorg van patiënten. Deze personeelstekorten zullen de komende jaren naar verwachting nog groter worden. Voor het jaar 2022 wordt in de meest recente prognose van mei 2019 een tekort van 80.000 zorgmedewerkers verwacht waarvan ruim 60.000 weer in de verpleging, verzorging en thuiszorg.²⁰ Voor de middellange termijn leidt het stijgend beroep op zorg er in de prognoses toe dat er ondanks ruimte voor stijgingen van de bruto inkomens er beperkte ruimte voor netto koopkrachtverbetering wordt voorzien. De reële loonstijging zal naar verwachting grotendeels opgaan aan met de stijging van de financieringslasten van met name de zorg.²¹ Op de lange termijn is in de prognoses voor het jaar 2040 sprake van een verdubbeling van de uitgaven

¹⁹ European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs (2018) *The 2018 Ageing Report Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2016-2070)*, EUROPEAN ECONOMY Institutional Paper 079.

²⁰ Ministerie van VWS (2019) *Voortgangsrappportage Werken in de Zorg*, december 2019; Ministerie van VWS (2019) *Monitor Actieprogramma Werken in de Zorg*, mei 2019.

²¹ CPB (2019) *Verkenning Middellange Termijn 2022-2025*; CPB (2020) *Centraal Economisch Plan*.

voor de zorg.²² Door de vergrijzing stijgt het aantal ouderen die meer zorg gebruiken dan gemiddeld. Hierdoor stijgen de zorguitgaven en ook de overheidsuitgaven in de toekomst meer dan de overheidsinkomsten. Er is aldus sprake van een nu al acuut personeelstekort en van een te verwachten aanhoudende stijging van de vraag naar en de uitgaven voor de zorg.

De onderstaande tabel vat de ontwikkelingen in de zorg de komende decennia samen en geeft een aantal kengetallen voor de ontwikkelingen in de bevolking en de zorg. De gegevens illustreren de urgentie van de zorgen. De ontwikkelingen in de prognoses betreffen verwachtingen voor de toekomst zonder dat het beleid veranderingen ondergaat.

Tabel 4.4 Ontwikkelingen in de zorg tussen nu en 2040

	Nu*	2040
Levensverwachting bij geboorte	81,5 jaar	86 jaar
Levensverwachting in goede gezondheid		
vrouwen	63,4 jaar	67,0 jaar
mannen	65,0 jaar	69,5 jaar
Aandeel mensen dat zich gezond voelt		
lagere sociaal-economische status	60,4 procent	52,7 procent
hogere sociaal-economische status	86,2 procent	84,9 procent
Aantal 65-plussers	3,1 miljoen	4,8 miljoen
Aantal 80-plussers	0,7 miljoen	2 miljoen
Aantal mensen met meerdere chronische aandoeningen tegelijk	4,3 miljoen	5,5 miljoen
Aantal mensen met dementie	154.000	330.000
Aantal mensen met kanker	547.000	970.000
Aantal mensen met hart- en vaatziekten	1,9 miljoen	3,0 miljoen
Aandeel volwassenen dat rookt	25 procent	14 procent
Aandeel volwassenen met overgewicht	49 procent	66 procent
Aantal werkenden per AOW-gerechtigde	3,7	2,6
Verhouding tussen aanbieders en vragers van mantelzorg	10 op 1	4 op 1
Aandeel werkenden in de zorg op totaal aantal werkenden	1 op 7	1 op 4
Zorguitgaven macro	86,8 miljard euro	173,6 miljard euro
Zorguitgaven per volwassene	5.600 euro	9.600 euro
* Meest recente jaar waarvoor vergelijkbare gegevens gepubliceerd zijn.		

Bronnen: CBS, RIVM, VWS.

De komende twee decennia stijgt de behoefte aan zorg sterk. De zorg heeft de komende decennia evidente baten, in de vorm van de verder stijgende levensverwachting en voorheen dodelijke ziekten die steeds vaker behandelbaar zijn. Het

22 RIVM (2018) *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018*.

aantal mensen met ouderdomsziekten stijgt daardoor ook, net als het aantal mensen met een of meer chronische aandoeningen.

Leefstijlgerelateerde ziekten geven een wisselend beeld. Het aantal mensen dat rookt daalt naar verwachting verder, het aantal mensen met overgewicht stijgt verder. Verschillen in gezondheidsbeleving tussen mensen met een lagere en mensen met een hogere sociaal-economische status nemen toe.

Het sterk stijgende beroep op zorg heeft ook tot gevolg dat de vraag naar personeel in de zorg sterk stijgt, van zo'n bijna 1,4 miljoen werkenden naar ruim 2 miljoen werkenden. Op dit moment werkt ongeveer een op de zeven werkenden in de zorg, in 2040 zal dat bij ongewijzigd beleid ongeveer een op de vier zijn.²³

Het beroep op informele zorg of mantelzorg zal ook toenemen, daar staat tegenover een afname van het aantal mensen dat informele zorg of mantelzorg kan verlenen.²⁴

Het ligt verder ook in lijn van de verwachting dat er door technologische innovaties nieuwe diagnosemethodieken en nieuwe medicijnen beschikbaar komen.

Deze ontwikkelingen vertalen zich door naar het beroep op zorg en de zorguitgaven. De prognose is dat de uitgaven voor de zorg, bij ongewijzigd beleid, de komende twee decennia ongeveer verdubbelen.²⁵ Dat geldt zowel op macroniveau in de zin van bijvoorbeeld de collectieve uitgaven voor de zorg, als ook op microniveau, in de vorm van de uitgaven voor burgers en bedrijven.

Bij deze prognoses is het van belang te gedenken dat het 'beleidsarme' prognoses zijn, er wordt geen nieuw beleid verondersteld. Ontwikkelingen uit het verleden worden hierbij doorgetrokken naar de toekomst, met de veronderstelling dat de ontwikkelingen uit het verleden een goede indicatie kunnen vormen voor de ontwikkelingen in de toekomst. De mogelijke effecten van beleidsvoorstellen die op die ontwikkelingen in de toekomst aangrijpen kunnen dit beeld veranderen. De uitkomsten van de prognoses zijn daarmee geen indicatie van de realisaties in de toekomst.

Het bovenstaande beeld van de prognoses voor de komende decennia zonder aanvullend beleid brengt grote zorgen met zich mee, ingegeven vanuit een algemene zorg over de mogelijke tekorten aan zorg in de toekomst en vanuit de belangen van werknemers en werkgevers over de te verwachten financiële gevolgen van de ontwikkeling van de zorg. Dit laatste richt zich met name op effecten voor premies, eigen bijdragen en besteedbaar inkomen, het beroep op mantelzorg in relatie tot de balans werk-privé, en chronisch zieke werkenden. Deze verkenning

23 Ministerie van VWS (2019) *Begroting 2020*.

24 PBL Planbureau voor de Leefomgeving (2019) *Regionale ontwikkelingen in het aantal potentiële helpers van ouderen tussen 1975-2040*, Achtergrondstudie.

25 RIVM (2018) *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018*.

richt zich op de achtergronden van deze ontwikkelingen en de vraag hoe hier mee kan worden omgegaan.

De zorguitgaven, de zorgarbeidsmarkt en de inhoud van de zorg dienen daarbij, zoals de raad in eerdere adviezen heeft gesteld, in samenhang te worden gezien.²⁶ Kwalitatief goede zorg, voldoende zorgpersoneel en uitgavenbeheersing zijn de essentie van het streven naar betaalbare en toegankelijke zorg. De toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid van het zorgstelsel staan hiermee voor de publieke belangen.

Bij betaalbaarheid kiest de raad er voor dit te definiëren als betaalbaarheid voor burgers, werknemers, werkgevers en overheid. Betaalbaarheid in de vorm van beheersing van de collectieve uitgaven voor de zorg is daarbij een van de invalshoeken. De raad kiest daarmee voor het bredere perspectief van de houdbaarheid van de zorg, waarbij draagvlak voor het stelsel, de vormen van solidariteit in het stelsel, de prestaties van het stelsel, de baten en de uitgaven, de toegankelijkheid (financieel en fysieke bereikbaarheid), de kwaliteit en de betaalbaarheid van het Nederlandse zorgstelsel in samenhang worden gezien. In de volgende hoofdstukken worden een aantal lijnen verkend die kunnen bijdragen om die houdbaarheid van het zorgstelsel op lange termijn te versterken.

²⁶ Zie SER (2012) *Naar een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg: een tussentijds advies op hoofdlijnen*, Advies 12/06.

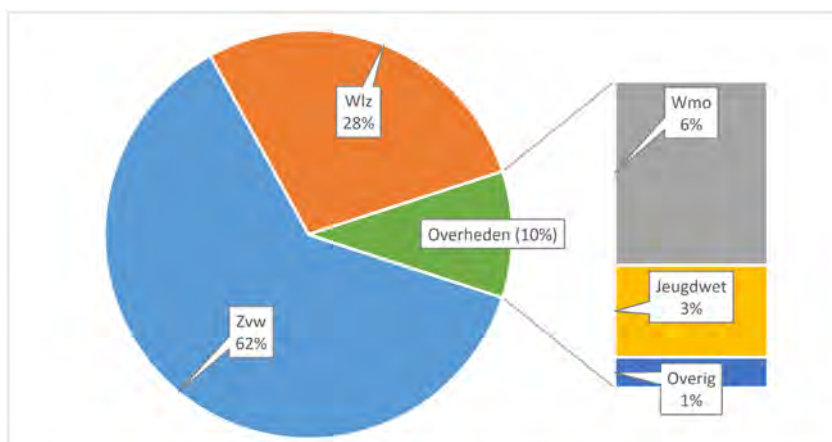
5 Uitgavenbeheersing

5.1 Inleiding

Naar verwachting zullen de komende decennia de zorguitgaven toenemen. Tegenover deze stijgende zorguitgaven staan echter ook grote baten.¹ Zoals eerder is besproken, levert de gezondheidszorg een belangrijke bijdrage aan de Nederlandse samenleving, de arbeidsmarkt én de economie. We leven langer én met een hogere kwaliteit van leven dan enkele decennia geleden.

In dit hoofdstuk verkennen we de mogelijkheden om binnen de kaders van het huidige stelsel van bij te dragen aan financiële houdbaarheid van de gezondheidszorg op de lange termijn. De raad kijkt hierbij nadrukkelijk breder dan alleen geneeskundige zorg. Het gaat naar mening van de raad om alle zorg die mensen nodig hebben om een zo zelfstandig en betekenisvol leven te leiden als mogelijk is. Hiervoor gaven we in Nederland in 2018 ongeveer 80 miljard euro uit, verdeeld over de verschillende verzekeringen en voorzieningen, zoals de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet. In de onderstaande figuur is de verhouding in zorguitgaven tussen deze verschillende domeinen weergegeven.

Figuur 5.1 Uitgaven per domein als aandeel in de totale collectieve zorguitgaven (bruto-BKZ) in 2018.



Bron: Rijksbegroting VWS 2018.

¹ Zie Hoofdstuk 2.

De aard van de zorg en ondersteuning die binnen deze verschillende domeinen wordt geleverd, loopt sterk uiteen. In de Zorgverzekeringswet ligt de nadruk op curatieve (geneeskundige) zorg gericht op behandeling en genezing van acute en chronische lichamelijke of psychische aandoeningen. De langdurige zorg (Wlz) daarentegen concentreert zich hoofdzakelijk op continue intensieve zorg voor ouderen, chronisch zieken, mensen met een beperking en mensen met langdurige psychische problemen. Dit betekent dat ook uitgaven aan huisvesting in een verpleeghuis of instelling en de daar geleverde huishoudelijke verzorging, vervoer en sociale hulp door de Wlz gefinancierd worden. Maatschappelijke ondersteuning via de Wmo dekt vormen van niet-medische ondersteuning en begeleiding gericht op zelfredzaamheid en sociaal functioneren, zoals huishoudelijke hulp, vormen van dagbesteding, woningaanpassingen en vervoer. De Jeugdzorg (Jeugdwet) omvat het geheel van preventie, ondersteuning, hulp en zorg aan jongeren (18-) en ouders bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen.

Vergeleken met andere West-Europese landen wordt in Nederland een relatief groot aandeel van de zorguitgaven gefinancierd via verplichte verzekeringen en publieke regelingen en een klein aandeel via vrijwillige verzekeringen en particuliere betalingen. Bovendien heeft Nederland in internationaal opzicht een ruime verzekering voor langdurige zorg. De uitgaven voor langdurige zorg liggen in Nederland daarom hoger dan in veel vergelijkbare landen.²

Dit hoofdstuk concentreert zich op de bestaande directe instrumenten die binnen deze zeer diverse domeinen bestaan voor uitgavenbeheersing en de aanknopingspunten die hier liggen voor de toekomst. Dit betekent dat in dit hoofdstuk achtereenvolgens wordt gekeken naar:

- de 'cure' (Zvw) en instrumenten als pakketbeheer en het stimuleren van gepast gebruik door middel van eigen risico, richtlijnen en zorgstandaarden, het tegengaan van verspillingen het stimuleren van substitutie;
- de 'care' (Wlz) en het instrumentarium van budgettering, eigen betalingen, indicatiestelling, kwaliteitsstandaarden en pakketbeheer;
- het 'gemeentelijke domein' (Wmo en jeugdzorg), met instrumenten als versobering van voorzieningen en aanbestedingen.

Ook andere vormen van organisatie van zorg kunnen nadrukkelijk bijdragen aan uitgavenbeheersing. Elke verandering in de organisatie van zorg heeft immers

2 OECD Health Statistics (database) *Long-term care resources and utilisation*, <https://doi.org/10.1787/data-00543-en>; OECD Health Statistics (database) *Health expenditure and financing: Health expenditure indicators*, <https://doi.org/10.1787/data-00349-en>

gevolgen voor de financiering en creëert nieuwe (on)mogelijkheden voor uitgavenbeheersing. In dit hoofdstuk zal hier kort bij worden stilgestaan.

5.2 Zorguitgavenbeheersing: plaatsbepaling

Zorguitgavenbeheersing krijgt praktisch vorm door het inzetten van maatregelen gericht op kwaliteit, prijs, volume (het aanbod), budgetten, marktordering en samenwerking in de zorg. Deze opsomming geeft al aan dat zorguitgavenbeheersing meer is dan ingrijpen in de kostenformule (prijs x hoeveelheid) of het beschikbare *budget* voor zorgvoorzieningen. Zorguitgavenbeheersing richt zich ook op de *effectiviteit* (geen onzinnige zorg) en de *efficiency* (meer zorg of gezondheid voor dezelfde euro). Een terugblik op het beleid maakt duidelijk dat de afgelopen decennia verschillende instrumenten zijn ingezet om de groei van de zorguitgaven beheersbaar te houden. Dit beleid heeft vaak ook tot vermindering van de zorguitgavengroei geleid.³

Beheersingsmaatregelen zijn interventies in een complex en dynamisch systeem van curatieve, langdurige en maatschappelijke zorg, inclusief de jeugdzorg. Er ontstaan nieuwe prikkels en nieuwe mogelijkheden om uitgaven af te wentelen op andere sectoren, financieringssystemen of financiers. Daarom vergt zorguitgavenbeheersing ook constante bijstelling, om eventuele ongewenste neveneffecten, zoals verminderde toegankelijkheid of kwaliteit of knellende bedrijfsvoering (bijvoorbeeld beperkte ruimte voor arbeidsvoorwaardenverbetering bij zorginstellingen) te voorkomen of te mitigeren. Dit betekent ook dat elke vorm van zorguitgavenbeheersing effect heeft op het maatschappelijk draagvlak voor de zorg. Als de ongewenste effecten van uitgavenbeheersing niet in evenwicht zijn met de gevoelde resultaten (bijvoorbeeld in premies) dan erodeert het draagvlak.

5.3 Uitgavenbeheersing in de cure

Het zorguitgavenbeheersingsinstrumentarium voor wat betreft de curatieve zorg in de Zorgverzekeringswet bestaat uit pakketbeheer, eigen risico/eigen betalingen, het stimuleren van gepast gebruik en innovaties in de organisatie zorg.

5.3.1 Pakketbeheer

Juist omdat de zorg gebaseerd is op brede solidariteit, is pakketbeheer noodzakelijk. Zorg betaald uit collectieve middelen moet effectief zijn (zinnig) en niet te duur (zuinig). Het Zorginstituut Nederland speelt als adviseur van de minister van Volks-

³ Zie paragraaf 3.3.

gezondheid, Welzijn en Sport bij deze afweging een belangrijke rol. Maar niet alle zorg die vergoed wordt uit de basisverzekering wordt ook op voorhand beoordeeld. Het verzekerde pakket bestaat uit een aantal subsystemen. Zo is er een 'gesloten' systeem voor extramurale geneesmiddelen (geneesmiddelen die verstrekt worden via de openbare apotheek, exclusief de ziekenhuisapotheek): het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Binnen dit systeem worden veel geneesmiddelen⁴ op voorhand beoordeeld op kosteneffectiviteit, de gezondheidswinst per euro, voordat een beslissing over toelating tot het pakket wordt genomen.⁵

Een groot deel van het verzekerde pakket valt echter onder het 'open' systeem van medisch-specialistische zorg. Binnen dit open systeem worden behandelingen niet afzonderlijk op voorhand beoordeeld. In principe worden alle behandelingen binnen dit segment die voldoen aan de 'stand van wetenschap en praktijk' vergoed uit de basisverzekering. Beroepsgroepen bepalen welke zorg voldoet aan de 'stand van wetenschap en praktijk' en zorgverzekeraars toetsen dit op het individuele niveau van een verzekerde. Pas bij onduidelijkheid of een meningsverschil tussen deze groepen wordt het Zorginstituut Nederland om een (bindend) oordeel gevraagd.⁶

In principe vallen ook de geneesmiddelen die in het ziekenhuis worden gebruikt (intramurale geneesmiddelen) onder het 'open systeem' van medisch-specialistische zorg. Om hier toch grip op te houden, bestaat er voor 'dure (add-on)geneesmiddelen' de zogenaamde 'sluis'. Dit betekent dat geneesmiddelen met een hoog financieel risico (omdat ze bijvoorbeeld duur zijn of omdat ze door veel mensen gebruikt zullen worden) niet automatisch in het basispakket instromen. De minister kan deze geneesmiddelen tijdelijk buiten het pakket houden. In de periode dat een geneesmiddel 'in de sluis' zit, brengt het Zorginstituut een advies uit en onderhandelt VWS met farmaceuten over de prijs.⁷ De geneesmiddelenluis is een vorm van risicogericht pakketbeheer. Dit houdt in dat het Zorginstituut Nederland alleen behandelingen en geneesmiddelen met een hoge budgetimpact of omstreden kwaliteit beoordeelt. Dit oordeel is bindend. Risicogericht pakketbeheer vindt enerzijds plaats op basis van *horizonscans* – het systematisch bijhouden van nieuwe innovaties voordat ze de zorgpraktijk bereiken. Anderzijds wordt ook gebruik gemaakt van de

4 Alleen geneesmiddelen met therapeutische meerwaarde en een budgetimpact boven de 10 miljoen euro worden binnen het GVS op kosteneffectiviteit beoordeeld. Hiervoor kan ook een vergoedingslimiet gelden (de zogenaamde Bijlage 1A).

5 <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/werkwijzen-en-procedures/adviseren-over-en-verduidelijken-van-het-basispakket-aan-zorg/beoordeling-van-geneesmiddelen/vergoeding-van-extramurale-geneesmiddelen-gvs>

6 Zorginstituut Nederland (2015) *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk*.

7 Zie: <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/programmas-en-samenwerkingsverbanden/horizonscan-geneesmiddelen/sluis-voor-dure-geneesmiddelen>

signaleringsfunctie van medische beroepsgroepen en zorgverzekeraars. Deze manier van pakketbeheer heeft twee redenen:

1. Het is praktisch onmogelijk om alle nieuwe therapeutische of diagnostische innovaties op voorhand te beoordelen;
2. Het houdt het zorgsysteem responsief: nieuwe, innovatieve behandelingen kunnen snel worden gebruikt.

Of zorg in het basispakket thuishoort, wordt door Zorginstituut Nederland beoordeeld aan de hand van vier criteria: noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid.⁸

Pas nadat aan de eisen van *noodzakelijkheid* (gaat het om een belangrijk gezondheidsprobleem?) en *effectiviteit* (werkt de behandeling?) is voldaan, wordt er gekeken naar de kosteneffectiviteit. Hierbij spelen QALY's (Quality Adjusted Life Years) een belangrijke rol. Eén QALY is een levensjaar in volledige gezondheid. De effectiviteit blijkt uit het aantal QALY's dat behandeling een patiënt oplevert. Die effectiviteit moet blijken uit de wetenschappelijke literatuur of de medische praktijk. Kosteneffectiviteit zegt iets over de mate van gezondheidswinst die uit een zorgeuro gehaald wordt. Dit betekent dat als een behandeling veel kost en weinig effectief is de kosteneffectiviteit laag is. Dat is problematisch, want een zorgeuro kan maar één keer worden uitgegeven. Dat betekent dat door het vergoeden van niet kosteneffectieve zorg andere behandelingen niet vergoed kunnen worden uit de basisverzekering.⁹

Om te kijken tegen welke uitgaven gezondheidswinst wordt behaald, moeten effectiviteit van de behandeling, de daarmee gemoeide uitgaven en de gezondheidswinst tegen elkaar worden afgezet. Gezondheidsverlies en gezondheidswinst kunnen uitgedrukt worden in verloren en gewonnen QALY's. De kosteneffectiviteit wordt dan uitgedrukt in euro's die een gewonnen QALY kost. Het Zorginstituut hanteert voor de bepaling van gunstige of ongunstige kosteneffectiviteit ten opzichte van de standaardbehandeling – al naar gelang de ziektelast die met een aandoening gemoeid is – een referentiewaarde van 10.000 tot 80.000¹⁰ euro per gewonnen QALY. Dit betekent bijvoorbeeld dat als bij een behandeling van een aandoening tien QALY's worden gewonnen, deze behandeling in totaal (over een heel mensenleven) 800.000 euro (10 keer 80.000) meer zou mogen kosten dan de huidige behandeling.¹¹ Het bovenstaande voorbeeld laat tegelijkertijd ook zien dat kosteneffectieve zorg nog steeds dure zorg kan zijn.

8 Zorginstituut Nederland (2017) *Pakketadvies in de praktijk. Wikken en wegen voor een rechtvaardig pakket*.

9 Radboudumc [et.al.] (2018) *Verdringingseffecten binnen het Nederlandse zorgstelsel*.

10 Zorginstituut Nederland *Ziektelast in de praktijk*, p 4; De waarde van 80.000 €/QALY is in 2006 geopperd door de toenmalige Raad voor de Volksgezondheid en Zorg: RVZ (2006) *Zinnige en duurzame zorg*.

11 Zorginstituut Nederland, *Pakketadvies in de praktijk*, pp. 15-16.

Belangrijk is op te merken dat de 80.000 euro per QALY een referentiewaarde is. Er kan van worden afgeweken als hiervoor een goede reden is, bijvoorbeeld het feit dat er voor die bepaalde aandoening geen enkele andere behandeling beschikbaar is. Ook worden negatieve adviezen van het Zorginstituut geregeld gebruikt om bijvoorbeeld voor dure geneesmiddelen te onderhandelen over de prijs. Uit de onderhandeling komt vaak een aanpaste prijs die geheim is en waardoor het geneesmiddel alsnog in het verzekerden pakket komt. De daadwerkelijke kosteneffectiviteit van deze middelen is vanwege de geheime prijs niet te onderzoeken.¹²

Pakketbeheer ‘aan de poort’ klinkt eenvoudiger dan het is. Het gaat om meer dan alleen het kijken naar (kosten)effectiviteit. Beslissingen om behandelingen of geneesmiddelen niet meer te vergoeden, hebben in verleden vaak tot maatschappelijke onrust of zelfs rechtszaken geleid. Die onrust beïnvloedt op zijn beurt vaak weer de besluitvorming. Denk hierbij aan de maatschappelijke controverse rond het niet-vergoeden van dure geneesmiddelen als die voor de ziekte van Pompe en Fabry of Orkambi[®] voor mensen met taaislijmziekte.¹³

5.3.2 Pakketbeheer; zinnige zorg

Pakketbeheer gaat niet alleen om controle aan de voorkant (wat komt er wel en niet in het verzekerde pakket). Het heeft ook betrekking op het structureel onderhouden van het verzekerde pakket. Niet alle zorg die vergoed wordt, is immers ook bewezen kosteneffectief. Dat betekent echter niet direct dat deze zorg daarmee ook onzinnig is. Voor veel vormen van gebruikelijke zorg zijn geen kosteneffectiviteitsstudies voorhanden. Deze vormen van zorg zijn meestal al zo ingeburgerd dat het verzamelen van dit bewijs niet meer gedaan kan worden volgens de (ethische) voorschriften die daarvoor staan. Om het niet-(kosten)effectieve kaf van het koren te scheiden, licht Zorginstituut Nederland het basispakket samen met zorgverleners, patiënten, zorginstellingen en zorgverzekeraars systematisch door. In het in 2013 gestarte programma Zinnige zorg wordt beoordeeld of diagnostiek en therapeutische interventies op een patiëntgerichte, effectieve en doelmatige manier worden ingezet. Dit gebeurt periodiek, en per diagnosegebied.¹⁴

12 Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017) *Ontwikkeling nieuwe geneesmiddelen. Beter, sneller, goedkoper*.

13 Medisch Contact (2012) ‘Discussie rond Pompe/Fabry loopt hoog op’, <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/discussie-rond-pompefabry-loopt-hoog-op.htm>; ‘EBM voor de rechter’, in: NTvG 160 (2016) C3274; Moes, F.B. (2019) *Experts and idiots: an ethnography of epistemic practices in Dutch social health insurance*, Maastricht: Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/dis.20190308fm>

14 Zorginstituut Nederland (2019) *Werkwijze systematische doorlichting programma Zinnige Zorg*, via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/publicaties/publicatie/2019/01/31/werkwijze-systematische-doorlichting-programma-zinnige-zorg>

Een relatief nieuw instrument bij het stimuleren van zinnige zorg is de voorwaardelijke toelating van zorg tot het verzekerde pakket. Bij sommige veelbelovende behandelingen of geneesmiddelen is niet altijd op voorhand zondermeer duidelijk of de zorg ook zinnig is. Toch kan het medisch-inhoudelijk soms wenselijk zijn dat patiënten toegang hebben tot deze vormen van innovatieve zorg. De minister van VWS kan dan beslissen om deze zorg tijdelijk toe te laten tot het verzekerde pakket, op voorwaarde dat in de periode van de tijdelijke toelating gegevens worden verzameld over de effectiviteit en de kosteneffectiviteit van de zorg. In de laatste zes maanden van de periode van tijdelijke toelating gebruikt het Zorginstituut die gegevens om vast te stellen of de betreffende zorg definitief onderdeel kan zijn van het basispakket.¹⁵ De voorwaardelijke toelating is in 2019 vervangen voor de subsidieregeling *veelbelovende zorg*. Deze subsidieregeling maakt het mogelijk een tijdelijke financiering via een apart fonds beheerd door ZonMw. Voorwaarde is dat binnen de subsidieperiode van maximaal zes jaar onderzoeksgegevens van voldoende kwaliteit worden verzameld over de effectiviteit en kosteneffectiviteit van de nieuwe zorg.¹⁶

5.3.3 Het stimuleren van gepast gebruik

Er wordt steeds meer gestuurd op Zinnige zorg en Gepast Gebruik, het inzetten van zorg alleen daar waar het nodig en effectief is. Vooral Gepast Gebruik vraagt om monitoring en medewerking van de behandelaars. Deze twee programma's moeten de groei van de zorguitgaven beheersbaar houden, door de zorg zo effectief mogelijk in te zetten. Gepast gebruik heeft vooral betrekking op het tegengaan van allocatieve verspilling¹⁷, ook wel overbodige (klinische) zorg, ofwel zorg die geen of te weinig gezondheidswinst oplevert.

Het tegengaan van 'overbodige zorg' (allocatieve verspilling) hangt sterk samen met pakketbeheer. Pakketbeheer controleert enerzijds 'aan de voorkant'. Anderzijds gaat het ook om het beperken van 'overbodige zorg' in de dagelijkse praktijk. Het landelijk programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik screent het basispakket op vormen van zorg waarvan de effectiviteit nog onbekend is. Daarnaast moet het zorg laten verdwijnen waarvan bekend is dat het niet effectief is.

¹⁵ Zorginstituut Nederland (2019) *Beoordeling voor voorwaardelijke toelating*, zie: <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/werkwijzen-en-procedures/adviseren-over-en-verduidelijken-van-het-basispakket-aan-zorg/beoordeling-voor-voorwaardelijke-toelating-van-zorg>

¹⁶ 'Subsidieregeling Veelbelovende zorg', via: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0041816/2020-02-01>

¹⁷ OECD (2017) *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>.

Ook het verplichte eigen risico is in de kern bedoeld om onnodige zorgconsumptie te ontmoedigen. Omdat in Nederland – en veel andere West-Europese landen – de kosten van medische zorg worden gedekt door een collectieve verzekering, is de financiële rem om zorg te gebruiken voor mensen veel minder sterk aanwezig dan wanneer ze die zorg zelf zouden moeten betalen. Dit wordt vaak het ‘verzekeringseffect’ genoemd.¹⁸ Het verzekeringseffect kan in potentie leiden tot een overconsumptie. Het eigen risico is bedoeld als rem op die overconsumptie door een (klein) deel van het financiële risico terug te leggen bij de gebruiker. Vergeleken met andere Europese landen is het verplichte eigen risico in Nederland betrekkelijk laag.

Het verplichte eigen risico is een politiek en maatschappelijk controversieel instrument. Het is immers ook mogelijk dat het remmende effect leidt tot ongewenste zorgmijding – waarbij mensen afzien van noodzakelijke zorg juist omdat ze een deel zelf moeten betalen. Uit onderzoek blijkt echter dat in Nederland directe zorgmijding door het eigen risico (nog) niet omvangrijk is.

Naast het verplichte eigen risico helpen ook de behandelrichtlijnen van beroepsgroepen bij het tegengaan van onnodige zorg. Behandelrichtlijnen bevatten aanbevelingen voor diagnostiek en behandeling voor de dagelijkse praktijk idealiter gebaseerd op de stand van wetenschappelijke kennis. Ze geven weer wat er volgens de beroepsgroep voor bepaalde aandoeningen de beste zorg is, waarbij soms ook gekeken wordt naar kosteneffectiviteit. Het afwijken van de richtlijnen kan wijzen op onnodige zorg. Dit krijgt vaak vorm in praktijkvariatie – behandelverschillen tussen artsen, ziekenhuizen of regio’s die niet te verklaren zijn uit de verschillen in de case mix. Maar niet in alle gevallen is het afwijken van richtlijnen ook onwenselijk. In individuele gevallen is het voor betere zorg-op-maat soms nodig om niet te handelen volgens de richtlijn. Die ruimte is binnen het huidige stelsel ook aanwezig. Toezien op het zo goed mogelijk volgen van richtlijnen helpt bij het bestrijden van vormen van ongewenste praktijkvariatie. Dit kan in termen van kostenbeheersing veel opleveren. Het gaat hier immers vaak om aanbodgeïnduceerde vraag, overbehandeling of overdiagnostiek en dus om vormen van ‘onnodige zorg’.

5.3.4 Operationele verspilling, prijsmaatregelen, budgetten en substitutie

Naast allocatieve verspilling (‘onnodige zorg’) is er ook sprake van operationele verspilling, ofwel de inzet van onnodig duur personeel, geneesmiddelen of technologie. Operationele verspilling heeft raakvlakken met inkoop, bijvoorbeeld waar het gaat om de inzet van geneesmiddelen of technologie. Het preferentiebeleid voor

¹⁸ In verzekeringsjargon ook wel ‘moral hazard’ genoemd.

geneesmiddelen heeft er bijvoorbeeld toe geleid dat de zorguitgaven in de openbare farmaceutische zorg (geleverd door apotheken, exclusief ziekenhuizen) de laatste jaren flink zijn gedaald. Voor de inkoop en vergoeding van dure geneesmiddelen, heeft het ministerie van VWS de beschikking over instrumenten als de ‘geneesmiddelenluis’. Ook onderhandelt Nederland samen met België, Luxemburg en Oostenrijk en Ierland (Beneluxa-verband¹⁹) met geneesmiddelenfabrikanten over de prijs van dure geneesmiddelen.

Binnen het stelsel van de zorgverzekeringswet zijn zorgverzekeraars, namens hun verzekerden, verantwoordelijk voor de inkoop van zorg. Dat betekent in theorie dat zorgverzekeraars alleen betaalbare zorg van goede kwaliteit inkopen waarbij ze er tevens op toezien op hun zorgplicht, namelijk dat verzekerden de zorg krijgen die ze nodig hebben. Het gaat bij zorginkoop daarom niet alleen om de inhoud, omvang en prijs van zorg, maar ook om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid. In de praktijk kan de mate waarin zorgverzekeraars selectief zorg inkopen behoorlijk verschillen. Het wordt nu nog vaak mondjesmaat toegepast, hoewel zorgverzekeraars de laatste jaren wel meer werk van selectieve zorginkoop zijn gaan maken. De redenen hiervoor zijn divers. Er is onder verzekerden en zorgverleners weinig draagvlak voor selectieve zorginkoop door zorgverzekeraars, zorgverzekeraars kunnen patiëntenstromen moeilijk sturen en hebben niet altijd inzicht in de geleverde kwaliteit van zorg – belangrijke randvoorwaarden voor selectieve contractering – en de wetgeving voorziet in een mogelijkheden²⁰ voor zorgverleners en verzekerden om selectieve contractering te omzeilen.²¹ Er is één belangrijke uitzondering: het preferentiebeleid bij de inkoop van geneesmiddelen heeft wel degelijk geleid tot grote besparingen.

De inkoop/productieafspraken die zorgverzekeraars met individuele zorgverleners en zorginstellingen maken, zijn een vorm van budgettering en kostenbeheersing. Hoewel dit beleid op macroniveau kan leiden tot zorguitgavenbeheersing, werkt het systeem niet altijd vlekkeloos voor zorgaanbieders. Hoewel de contractafspraken zorgaanbieders vooraf duidelijkheid geven over bijvoorbeeld de ruimte om nieuw personeel aan te trekken, zien we dat bij het overschrijden van de contract-

¹⁹ <http://www.beneluxa.org/>

²⁰ Het zogenaamde ‘hinderpaalcriterium’ (artikel 13 van de Zvw) dat bepaalt dat de vergoeding van een zorgverzekeraar niet dusdanig laag mag zijn dat daardoor een feitelijke hinderpaal voor verzekerden ontstaat om zich tot een zorgaanbieder te wenden die niet door de zorgverzekeraar gecontracteerd is.

²¹ Curfs, E. (2018) *Regierol zorgverzekeraar: een fictie? Zorgverzekeraars en hun regierol in het zorgstelsel*, pp. 19-28, via: https://www.ou.nl/documents/40554/111640/Afscheidsrede_Emile_Curfs_web_2018.pdf/c11a06e9-8deb-4656-7983-0a8fabe21881; RVS (2017) *Zorgrelatie centraal. Partnerschap leidend voor zorginkoop*, via: <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2017/10/02/zorgrelatie-centraal>

afspraken er bij zorgaanbieders toch onzekerheid kan ontstaan omdat de overproductie kan worden nagecalculeerd en tot lagere vaststellingen achteraf kan leiden. Naast inkoopbeleid, levert ook het afspreken van groeinormen, het stellen van budgetten en het stimuleren van substitutie, ofwel het verplaatsen van zorg uit de specialistische tweedelijns- naar de eerstelijnszorg, bijvoorbeeld door middel van de hoofdlijnakkoorden, een bijdrage aan de betaalbaarheid van de zorg.²² In de nieuwe hoofdlijnakkoorden is bijvoorbeeld afgesproken dat de volumegroei in de medisch-specialistische zorg en de GGZ idealiter daalt tot respectievelijk 0,0 procent en 0,7 procent in 2022. Voor de wijkverpleging staat een maximale jaarlijkse volumegroei van 2,4 procent, terwijl voor de huisartsenzorg een maximale volumegroei is afgesproken van 2,5 procent in 2019-2020 en 3,0 procent in 2021-2022. Daarnaast omvatten de hoofdlijnakkoorden ook zorginhoudelijke afspraken gemaakt over het verbeteren van de zorg. Volgens de Algemene Rekenkamer hebben de hoofdlijnakkoorden een belangrijke bijdrage geleverd aan de lagere uitgaven-groei tussen 2012 en 2015. Over de realisatie van de zorginhoudelijke afspraken die in het kader van de hoofdlijnakkoorden zijn gemaakt, oordeelt de Algemene Rekenkamer minder positief. Veel van deze afspraken worden niet of nauwelijks gerealiseerd, waardoor de mogelijke positieve bijdrage van inhoudelijke afspraken en kwaliteitsverbetering aan de realisatie van de financiële afspraken vooralsnog uitblijft. Dit heeft ertoe geleid dat bij de uitvoering van de hoofdlijnakkoorden vooral bezuinigd is, met onder andere een hogere werkdruk, lagere werktevredenheid en afwenteling van zorg tot gevolg.²³

Er is de afgelopen decennia op het gebied van substitutie juist in de curatieve zorg veel beleid gemaakt. Substitutie van zorg gaat niet vanzelf en is niet beperkt tot de cure. Substitutie gaat immers vaak over de klassieke grenzen van zorgdomeinen heen. De bewijzen voor de kostenbesparende effecten hiervan nog niet ruimschoots voorhanden. KPMG signaleert in het rapport *Juiste zorg op de Juiste Plek* dat er vaak (onrealistisch) hoge verwachtingen zijn van de kostenbesparingen die door substitutie kunnen worden gerealiseerd.²⁴ Ook de Algemene Rekenkamer stelt dat 'de uitvoering van de substitutieafspraken (...) tot dusverre moeizaam [is] verlopen. Op basis van uitkomsten van de Substitutiemonitor voor 2015 concluderen we daarnaast dat de substitutieprojecten in dat jaar per saldo niet meer dan een beperkt financieel effect kunnen hebben gehad.'²⁵

22 <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2015/08/31/substitutiemonitor-rapportage-afsprakenmonitor-juli-2015/substitutiemonitor-rapportage-afsprakenmonitor-juli-2015.pdf>

23 Algemene Rekenkamer (2016) *Zorgakkoorden: Uitgavenbeheersing in de zorg deel 4*, pp. 13-14.

24 KPMG (2018) *Juiste zorg op de juiste plek*, p. 7.

25 Algemene Rekenkamer (2016) *Zorgakkoorden: Uitgavenbeheersing in de zorg deel 4*, pp. 13-14.

Substitutie lijkt in de praktijk vooral te stikken doordat geen van de betrokken partijen er echt baat bij lijkt te hebben om de zorg anders te organiseren, niet alleen uit financieel oogpunt (wrong-pocketproblemen), maar ook op basis van werkdruk. Bovendien wordt vaak een voorschot genomen op de afbouw van bijvoorbeeld klinische capaciteit, terwijl het opbouwen van de ambulante capaciteit die deze zorg moet opvangen vertraagd of niet plaatsvindt. Ook de huidige manier van (digitale) informatie-uitwisseling en informatiebeschikbaarheid is een knelpunt voor substitutie.²⁶

5.3.5 Organisatie van zorg en zorguitgavenbeheersing

Er is de afgelopen jaren in Nederland geëxperimenteerd met alternatieve organisatie- en bekostigingsmodellen in de curatieve zorg, zoals integrale bekostiging, samenwerking in zorgketens en zorgnetwerken, populatiebekostiging (al dan niet met *shared savings*), meerjarige budgetafspraken en uitkomstbekostiging. Hier staan we uitgebreider bij stil in hoofdstuk 7 over organisatie en digitale transformatie. Evaluatie van deze organisatie- en bekostigingsmodellen laat zien dat er veel positieve effecten zijn, zoals: substitutie, verbeterde coördinatie en communicatie tussen zorgverleners en kwaliteitsverbetering. Er zijn ook nadelen, in de vorm van bijvoorbeeld strategisch gedrag, overinclusie van patiënten en ‘opvuleffecten’ die de behaalde substitutie vaak weer teniet doen.²⁷

5.3.6 De-medicalisering

Ook processen als medicalisering – medische oplossingen bieden voor niet-medische problemen – leiden tot het leveren van ‘onnodige zorg’ omdat maatschappelijke problemen vaak onterecht een medisch etiket krijgen, terwijl de onderliggende vraag niet per se medisch van aard is. De-medicalisering kan daarom ook een bijdrage leveren aan de financiële houdbaarheid van de gezondheidszorg. De-medicalisering neemt daarbij wel een bijzondere plaats in. Het is geen direct beheersinstrument en vergt primair een culturele omslag. Het gaat immers ook om hoge maatschappelijke verwachtingen, ideeën rond maakbaarheid en de drang om te helpen bij zorgprofessionals.²⁸ Een verhoogde inzet op integrale preventie (hoofdstuk 6) en het stimuleren van welzijnswerk, waarbij de mens en zijn hulpvraag meer in maatschappelijke context wordt gezien, kan echter via het afvangen van vormen van ‘gemedicaliseerde’ zorgvraag veel bijdragen aan het beheersen van de zorguitgaven.

26 In de recente position paper van Zorgverzekeraars en Zorgkantoren wordt substitutie en taakherschikking én regionale samenwerking als speerpunten geïdentificeerd. Zie: ZN (2020) *Arbeidsmarkttekort noodzaakt tot versnelling van de zorgvernieuwing*. Position paper ZN, 18 februari 2020. Via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/02/18/position-paper-arbeidsmarkttekort-zorgsector>

27 Eijkenaar, F., E. Schut (2015), *Uitkomstbekostiging in de zorg: een (on)begaanbare weg?*; RIVM Monitor Proeftuinen Populatiemanagement, via: <https://www.rivm.nl/proeftuinen-toekomstbestendige-zorg>

28 RVS (2017) *Recept voor maatschappelijk probleem: Medicalisering van levensfasen*.

5.4 Uitgavenbeheersing in de langdurige zorg

De Wet langdurige zorg is de voornaamste financieringsbron voor de formele langdurige zorg in een verpleeghuis, een GGZ-instelling²⁹ en instellingen voor mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking. Zorguitgavenbeheersing komt voor wat betreft deze sector vooral terecht bij³⁰:

1. de Rijksoverheid, die jaarlijkse het macrobudget voor de Wlz vaststelt;
2. de NZa die de maximumtarieven voor Wlz-zorg vaststelt en het macrobudget over zorgkantoren verdeelt;
3. regionale zorgkantoren, die de zorginkoop voor de Wlz voor hun rekening nemen;
4. Zorginstituut Nederland dat de minister adviseert over het verzekerde pakket van de Wlz.

5.4.1 Budgettering, indicatiestelling en eigen bijdrages

Budgettering is binnen de Wlz het primaire instrument voor uitgavenbeheersing. Anders dan bij de Zorgverzekeringswet voor curatieve zorg, kent de Wlz echter geen Macrobeheersinstrument (MBI). Hierdoor kunnen overschrijdingen van het macrobudget in principe niet worden teruggevorderd op zorgverleners, maar moeten de tekorten worden gedekt via de begroting. Zorgkantoren dienen met het beschikbare budget en maximumtarieven zoveel mogelijk zorg in te kopen bij zorgverleners.³¹

Daarnaast kan uitgavenbeheersing in de Wlz ook vorm krijgen via het beïnvloeden van de vraag. Hiervoor beidt de huidige situatie twee mogelijkheden: 1. Het verscherpen van de indicatiestelling en daarmee de toegang; 2. De hoogte van de eigen bijdrages. De eerste route is praktisch lastig. De indicatiestelling is belegd bij een apart Centrum Indiciestelling Zorg (CIZ), juist om financiële motieven bij het al dan niet toekennen van een indicatie voor Wlz-zorg te voorkomen. Ook het verhogen of meer differentiëren van eigen bijdrages in de Wlz zijn maatschappelijk controversieel. Bovendien kan het verschil in omvang eigen bijdrages in de Wlz (afhankelijk van het inkomen en vermogen liggen die tussen de 168 euro en 2.419,40 euro per maand) en de Wmo (maximaal 17,50 euro per maand) zorgen voor een afwenteling van (zware) zorg op gemeenten en de Zorgverzekeringswet.³²

²⁹ Per 2021 zal de toegang voor langdurige GGZ-zorg in de Wlz worden uitgebreid. Zie: <https://www.informatielangdurigezorg.nl/veranderingen/vanaf-2021/ggz-naar-wlz>

³⁰ Arugmentenfabriek (2014), *Zo werkt de zorg in Nederland*, pp. 100-101.

³¹ Brief van de minister van VWS (2019), Tweede Kamer (2018-2019) 34104 *De veranderende rol van zorgkantoren in de Wet langdurige zorg*, nr. 244.

³² 'Help gemeenten zorg betaalbaar te houden', *Trouw*, 23 oktober 2019.

5.4.2 Het Persoonsgebonden Budget (PGB)

Het Persoonsgebonden Budget (PGB) – waarmee cliënten zelf zorg-op-maat kunnen inkopen – neemt bij uitgavenbeheersing een bijzondere plaats in. Hoewel ook bij het PGB budgettering en maximumtarieven voor zorg de instrumenten zijn waarmee de uitgaven in bedwang worden gehouden, speelt hier nog een andere kwestie. Omdat de PGB-financiering via de cliënt zelf loopt, is het – in tegenstelling tot de gebruikelijke zorg in natura – veel lastiger om te controleren of zorg:

- a. ook daadwerkelijke geleverd wordt; en
- b. van voldoende kwaliteit is.

Dit maakt het PGB-systeem fraudegevoelig. Het kan betekenen dat cliënten in sommige gevallen niet de zorg krijgen waar ze recht op hebben en waarvoor ze ook betalen, maar ook dat cliënten zorggeld kunnen gebruiken om zaken te financieren waarvoor dit geld niet bedoeld is. In beide gevallen wordt zorggeld verspild. Volgens het Openbaar Ministerie en Zorgverzekeraars Nederland is een van de kernproblemen bij de controle op het gebruik van het PGB het gemak waarmee onder de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) een zorgonderneming kan worden opgericht – er worden nauwelijks voorwaarden gesteld in de wet. Maar ook het gebrek aan controle op de levering en de kwaliteit van zorg.³³

5.4.3 Pakketbeheer in de Wlz

Het Zorginstituut Nederland adviseert de minister van VWS ook waar het gaat om het pakketbeheer voor de Wet langdurige zorg. De zorgaanspraken voor de Wlz zijn vastgelegd in de wet. Het verzekerde pakket omvat naast geneeskundige zorg, ook alle uitgaven verbonden aan een verblijf in een instelling, zoals eten en drinken, huishoudelijke hulp, kleding, vervoer en persoonlijke verzorging.³⁴ Gezien de aard van de zorg onder de Wlz heeft een deel van het pakketbeheer ook betrekking op de vraag wie er toegang krijgen tot Wlz-zorg. Zo is 2019 besloten dat vanaf 2021 ook de zorg voor cliënten die hun leven lang intensieve geestelijke gezondheidszorg nodig hebben onder de Wlz valt.³⁵ Bij pakketbeslissingen in de Wlz wordt op dit moment vaak niet gekeken naar kosteneffectiviteit van zorg, hiervoor zijn ook nog nauwelijks instrumenten ontwikkeld.

³³ <https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2317099-controle-zorgfraude-faalt-om-en-verzekeraars-luiden-noodklok.html>

³⁴ De aanspraken zijn opgenomen in artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg, zie: https://wetten.overheid.nl/BWBR0035917/2020-01-01/#Hoofdstuk3_Paragraaf1_Artikel3.1.1

³⁵ Zorginstituut Nederland (2019) *Handreiking behandeling in de Wlz per 1 januari 2021*, via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/ggz-in-een-wlz-instelling/documenten/rapport/2019/12/09/handreiking-behandeling-in-de-wlz-per-1-januari-2021>

5.4.4 Doelmatigheid, samenwerking en preventie

Wat betreft het bevorderen van doelmatigheid, kwaliteitsverbetering en preventie in de langdurige zorg zijn de taken verdeeld over verschillende partijen. De Zorgkantoren hebben als inkoper van Wlz-zorg de taak om productie- en kwaliteitsafspraken met zorgverleners te maken en toe te zien op de doelmatigheid van de geleverde zorg. Daarnaast bieden ze (actieve) zorgbemiddeling als het gaat om wachtlijsten voor verpleeghuiszorg of gehandicaptenzorg.³⁶

Het Zorginstituut Nederland en de Kwaliteitsraad – een onafhankelijke raad van deskundigen op het gebied van kwaliteit van zorg – faciliteren zorgverzekeraars, patiëntengroepen en beroepsgroepen bij het maken van Kwaliteitsstandaarden, zowel in de Wlz als de Zvw. Deze standaarden geven aan wat cliënten en hun naasten mogen verwachten van langdurige (of curatieve) zorg, maar ook wat zorgverleners en zorgorganisaties kunnen doen om samen de kwaliteit te verbeteren en het lerend vermogen te versterken.³⁷ Deze kwaliteitsstandaarden zijn niet vrijblijvend en hebben vaak budgettaire consequenties die bij het opstellen van de standaarden niet altijd worden meegenomen. Een recente wetswijziging heeft de minister van VWS de bevoegdheid gegeven om kwaliteitsstandaarden met ‘substantiële financiële gevolgen’ tegen te houden.

Daarnaast hebben vooral gemeenten en zorgorganisaties een rol als het gaat om preventieve maatregelen, zoals op maat gesneden woningaanpassingen en domotica die zorgbehoevende ouderen in staat stellen om op een veilige en verantwoorde manier thuis te blijven wonen. Dit kan in potentie de instroom in formele langdurige zorg verminderen. Voorbeelden van succesvolle interventies op dit gebied zijn voorhanden.³⁸

5.5 Uitgavenbeheersing in het gemeentelijk domein

De Wmo en de Jeugdwet worden primair gefinancierd door gemeenten. Een (steeds) klein(er) deel van de uitgaven komen uit het rijksbudget. Gemeenten zijn daardoor ook primair verantwoordelijk voor de uitgavenbeheersing in deze sectoren. Hiervoor hebben gemeenten een aantal instrumenten: 1. het verscherpen van de ‘indicatiestelling’; 2. het aanpassen van de geboden zorg of ondersteuning; 3. het regu-

36 Nza (2016) *Doelmatige zorg in de Wlz. Hoe bevorderen zorgkantoren doelmatige zorg?*.

37 <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/commissies/kwaliteitsraad-kr/taken-van-de-kwaliteitsraad>

38 Zie bijvoorbeeld het programma ‘Langer Thuis’ van Aedes:

<https://www.aedes.nl/artikelen/klant-en-wonen/wonen-en-zorg/langer-thuis-wonen/programma-langer-thuis-bestaat-een-jaar.html>; vergelijk ook de ‘Handelingsopties zelfstandigwonende ouderen: leefomgeving’ uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Een gezond vooruitzicht, via:

<https://www.vtv2018.nl/handelingsopties-zelfstandigwonende-ouderen-ouderen-vriendelijke-leefomgeving>

leren van de tarieven (de prijs) van zorgverleners. Hierbij moet gezegd worden dat deze instrumenten door wetgeving en jurisprudentie in reikwijdte zijn beperkt.³⁹

Zo wordt de mogelijkheid voor scherpere indicatiestelling beperkt door de zorgplicht van gemeenten, zij moeten hun inwoners ondersteunen zodat ze blijvend kunnen participeren in de maatschappij. Er moet dus in alle gevallen worden *onderzocht* of hulp en ondersteuning geboden moet worden. Er is echter wel een groot verschil tussen de Wmo en de Jeugdwet. Bij de Wmo is de gemeente niet alleen de inkoop van zorg maar ook de indicatiesteller, via de zogenaamde ‘keukentafelgesprekken’ wordt gekeken wat inwoners en hun netwerk nog zelf kunnen regelen en waar gemeentelijke ondersteuning nodig is. Bij de Jeugdwet is de gemeente weliswaar zorginkoper, maar niet de (enige) indicatiesteller. Ook jeugd- of wijkteams, de centra voor Jeugd en Gezin, scholen, huisartsen en jeugdartsen kunnen een indicatie voor jeugdzorg afgeven. Ook dit maakt in de praktijk een scherpe toezicht op de instroom onmogelijk.

Gemeenten hebben echter wel de mogelijkheid om de aard en omvang van de geboden hulp zelf te bepalen, afgestemd op de individuele vraag. De rechter heeft hieraan wel grenzen gesteld, zodat het voor gemeenten steeds moeilijker wordt om autonoom beleid te maken en uitgaven te beheersen.⁴⁰

Tot slot kunnen gemeenten als zorginkoper via in- of aanbestedingen ook tot uitgavenbeheersing komen, met name door het stellen van scherpe tarieven in de aanbestedingsopdracht. De praktijk heeft geleerd dat dit weliswaar werkt, maar gepaard gaat met grote negatieve gevolgen. Door de forse bezuiniging die bij de invoering van de Wmo 2015 (40 procent minder budget) én de Jeugdwet (15 procent minder budget) door de Rijksoverheid werd ingeboekt, is de focus in de gemeentelijke aanbestedingsopdrachten vooral komen te liggen op de financiën. De aangeboden tarieven lagen veelal net op en vaak onder de kostprijs, waardoor zorgaanbieders gestimuleerd werden om met elkaar te concurreren. Uitgavenbeheersing kwam daarmee in feite te liggen bij de zorgaanbieder. Dit heeft ertoe geleid dat daardoor samenwerkingsverbanden uit elkaar zijn gevallen en zorgorganisaties failliet zijn gegaan.⁴¹ Dit heeft weer een negatief effect gehad op de continuïteit en kwaliteit van ondersteuning en zorg. Bovendien leidde het stellen van tarieven onder de kostprijs tot een *race to the bottom* onder zorgorganisaties, die dit vervolgens afwentelde

39 Vereniging Nederlandse Gemeenten (2017) *Aanbesteden Wmo 2015 en Jeugdwet. Een Handreiking*.

40 ‘Burger wint vaak rechtszaak over recht op Wmo-hulp’, NRC, 18 mei 2019, via:

<https://www.nrc.nl/nieuws/2019/05/18/burger-wint-vaak-rechtszaak-over-recht-op-wmo-hulp-a3960738>

41 CPB (2018) *Naar een effectieve inkoop binnen het sociaal domein*.

op hun werknemers. Inleveren van salaris, kleinere en tijdelijke contracten en ontslagen hebben mede gezorgd voor een grote uitstroom van werknemers en een slechter imago van de Wmo-sector als werkgever.⁴² Als reactie hierop is sinds 1 juni 2017 is de Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) 'Reële prijs Wmo 2015'.⁴³ Die maatregel lijkt vooralsnog redelijk succesvol in het tegengaan van tarieven onder de kostprijs, maar zorgt tegelijkertijd ook voor hogere uitgaven aan zorg.⁴⁴

Uit het bovenstaande blijkt dat gemeenten veelal beperkte mogelijkheden hebben om de uitgaven aan Wmo en Jeugdzorg te beheersen. Dit is terug te zien in de zorgen over het beslag dat de financiering van Jeugdzorg en maatschappelijke ondersteuning (Wmo) legt op gemeentelijke begrotingen die de afgelopen jaren stelselmatig de kop op staken.⁴⁵

Een andere bron van onbegrip en zorg is de omvang van de zogenaamde 'coördinatiekosten' in de Wmo en Jeugdzorg (Figuur 5.2 en 5.3). Dit is een direct gevolg van de decentralisatie van Wmo en Jeugdzorg. Doordat deze vormen van zorg lokaal georganiseerd worden, moeten gemeenten en zorgaanbieders ook lokaal contracten afsluiten. Dit betekent dat duizenden zorgaanbieders en ongeveer 355 gemeenten jaarlijks met elkaar moeten onderhandelen over de aard, omvang en prijs van Wmo- en Jeugdzorg en dat deze afspraken in contracten zijn weerslag moet krijgen. Die contracten moeten vervolgens ook weer worden uitgevoerd en gemonitord. Dit is arbeidsintensief. Hoewel dit onderdeel van de organisatie van zorg ook voor de decentralisaties bestond, hebben de decentralisaties wel voor een enorme uitbreiding van deze werkzaamheden gezorgd. Dit zien we terug in het grote aandeel van coördinatiekosten.⁴⁶

42 'Gemeenten willen jeugdzorg onder de kostprijs', *Trouw*, 13 september 2018, via: <https://www.trouw.nl/samenleving/gemeenten-willen-jeugdzorg-onder-de-kostprijs-a04c7694/>;

'Weg vrij voor ingrijpende verandering in jeugdzorg', *NRC*, 5 december 2018, via:

<https://www.nrc.nl/nieuws/2018/12/05/weg-vrij-voor-ingrijpende-verandering-in-jeugdzorg-a3059622>

43 Officieel: 'Besluit van 10 februari 2017, houdende regels ter waarborging van een goede verhouding tussen de prijs voor de levering van een voorziening en de eisen die worden gesteld aan de kwaliteit van de voorziening en de continuïteit in de hulpverlening tussen de cliënt en de hulpverlener', via:

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/besluiten/2017/03/20/besluit-van-10-februari-2017-houdende-regels-ter-waarborging-van-een-goede-verhouding-tussen-de-prijs-voor-de-levering-van-een-voorziening-en-de-eisen-die-worden-gesteld-aan-de-kwaliteit-van-de-voorziening-en-de-continuïteit-in-de-hulpverlening-tussen-de-client-en-de-hulpverlener>

44 Berenschot (2019) *Cao-afspraken*. Zie ook de conclusies van de Minister van VWS in zijn brief naar de Tweede Kamer, Tweede Kamer (2018-2019) 29538 *Zorg en maatschappelijke ondersteuning*, nr. 276.

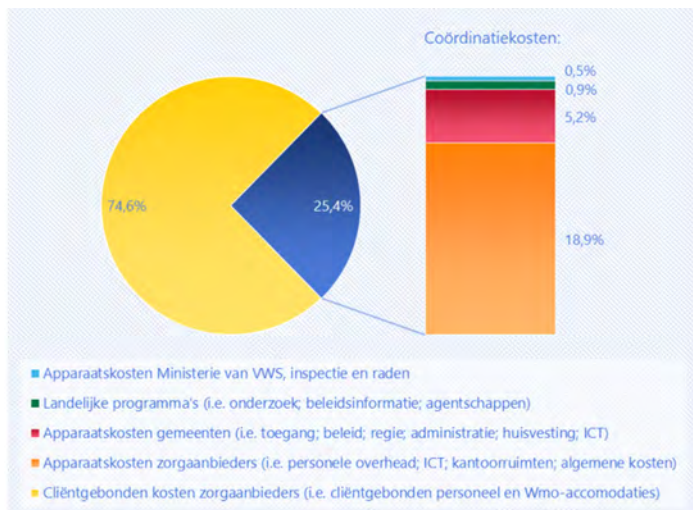
45 Enkele voorbeelden: 'Gemeente Den Haag in problemen door stijgende kosten in jeugdzorg', *Trouw*, 12 september 2019, via: <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/gemeente-den-haag-in-problemen-door-stijgende-kosten-in-jeugdzorg-b4090b4c/>;

'Gelderse gemeenten komen 69 miljoen euro tekort op jeugdzorg', *De Gelderlander*, 26 februari 2019, via:

<https://www.gelderlander.nl/arnhem/gelderse-gemeenten-komen-69-miljoen-euro-tekort-op-jeugdzorg-ad525207/>

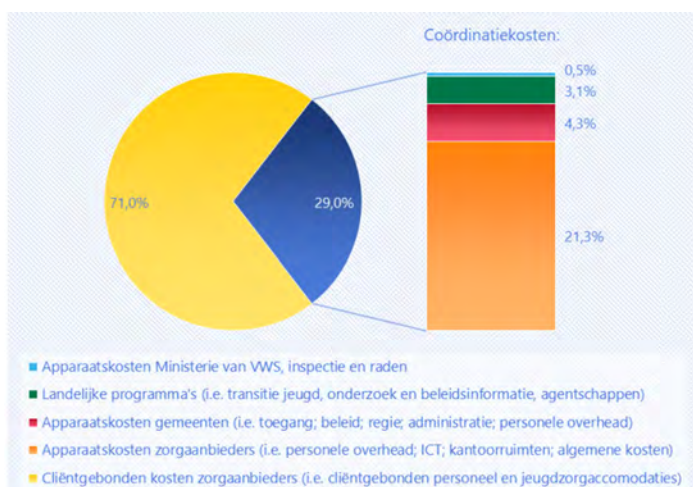
46 Intrakoop (2019) *Jaarverslagenanalyse Jeugdzorg 2018. De financiële positie, uitgaven, capaciteit en productie van zorgorganisaties in de jeugdzorg*, Berenschot. <https://www.berenschot.nl/actueel/2019/september/ruim-25-totale-gemeentelijke/>

Figuur 5.2 Hoe wordt het budget Wmo 2015 besteed?



Bron: Berenschot 2019.

Figuur 5.3 Hoe wordt het jeugdzorgbudget besteed?



Bron: Berenschot 2019.

5.6 Conclusies

Zorguitgavenbeheersingsmaatregelen grijpen in een complex en dynamisch systeem van curatieve, langdurige en maatschappelijke zorg en jeugdzorg. Ze leiden vaak tot het gewenste financiële resultaat, minder uitgaven in een bepaalde sector, maar er ontstaan vaak ook nieuwe prikkels en nieuwe mogelijkheden om uitgaven af te wentelen op andere sectoren, financieringssystemen of financiers. Bovendien kunnen beheersingsmaatregelen ook leiden tot verminderde toegankelijkheid of kwaliteit van zorg of knellende bedrijfsvoering – bijvoorbeeld door druk op de rentabiliteit en solvabiliteit van zorginstellingen – dat vaak weer effect heeft op het zorgpersoneel. Als de ongewenste effecten van uitgavenbeheersing niet in evenwicht zijn met de gevoelde resultaten (bijvoorbeeld in premies) erodeert bovendien ook het maatschappelijk draagvlak. Juist daarom moeten zorguitgavenbeheersingsmaatregelen naar de mening van de raad primair worden vormgegeven vanuit de behoefte aan zorg. Dit heeft gevolgen voor zorguitgavenbeheersing en de inzet van beheersingsinstrumenten.

In dit hoofdstuk is primair gekeken naar de directe instrumenten voor zorguitgavenbeheersing binnen de cure, care en het gemeentelijke domein. Per saldo concludeert de raad dat directe maatregelen gericht op prijs, volume, budgetten, marktoriening en samenwerking in het verleden hebben gezorgd voor zorguitgavenbeheersing. Dit wil echter niet zeggen dat de genoemde maatregelen gericht op zorguitgavenbeheersing nu en in de toekomst dezelfde resultaten zullen geven. De effecten en neveneffecten dienen voortdurend gemonitord en bijgestuurd te worden. Zorguitgavenbeheersingsmaatregelen die te veel ongewenste neveneffecten hebben dienen te worden vervangen of ingeperkt.

Hiervoor geeft de raad het volgende ter overweging.

Actief pakketbeheer én stimuleren van zinnige zorg en gepast gebruik in cure en care

De raad constateert dat binnen de huidige inrichting de gezondheidszorg verschillende systemen van pakketbeheer naast elkaar bestaan. De raad ziet pakketbeheer nadrukkelijk breder dan alleen als toetsing ‘aan de poort’ – wat wordt vergoed en wat niet. Pakketbeheer gaat *ook* om het structureel doorlichten van het verzekerde pakket op zinnige en effectieve zorg én om het stimuleren van gepast gebruik in de dagelijkse praktijk van zorg en ondersteuning.

De raad pleit daarom voor risicogericht en actief pakketbeheer waarbij de gehele zorg valt onder hetzelfde regime. Dit versterkt de legitimiteit van beslissingen over

wel of niet vergoeden van zorg. Dit vergt ook een goed ingericht systeem van *horizon scanning* (vroegsignalering van geneesmiddelen, technologie en behandelingen met hoge budgetimpact). De legitimiteit kan volgens de raad verder worden versterkt door naast beroepsgroepen ook burgers actief te betrekken bij pakketbeslissingen. Het Zorginstituut Nederland experimenteert al met deze vorm van burgerparticipatie. De raad juicht dit toe.

De raad is van mening dat meer en actief sturen op *gepast gebruik* en *zinnige zorg* onontbeerlijk is. Dit dient sterker te worden gestimuleerd, zowel in de curatieve als in de langdurige zorg. Hiervoor is volgens de raad ook constante monitoring én een meer sturend optreden van het Zorginstituut Nederland nodig, in samenwerking met zorgverzekeraars en beroepsgroepen. Er kan meer gebruik gemaakt worden van bestaande instrumenten als voorwaardelijke toelating, het structureel evalueren van zorg (*Zorgevaluatie en gepast gebruik*) en het stoppen van vergoedingen van niet-effectieve zorg. Bovendien kunnen Zorginstituut Nederland, zorgverzekeraars en beroepsgroepen op basis van richtlijnen en praktijkvariatie strikter en minder vrijblijvend toezien op gepast gebruik. Als zorg bewezen ineffectief is, moet die ook niet meer worden geleverd.

Het Persoonsgebonden Budget (PGB) vormt een bijzonder vraagstuk. Hoewel het PGB de autonomie van patiënten/cliënten vergroot, is de controle op gepast gebruik vaak lastig te organiseren. Het ligt volgens de raad in de rede om vooral het toezicht op het aanbod te verscherpen, bijvoorbeeld door binnen de bestaande wettelijke kaders (WTZi) extra eisen te stellen aan de oprichting en toelating van zorginstellingen.

Voorts concludeert de raad dat pakketbeheer binnen de kaders van de Wet langdurige zorg (Wlz) niet optimaal functioneert. Bij de Wlz zal nadrukkelijker gekeken moeten worden naar de omvang, aard én het gebruik van zorg onder de Wlz en de verhouding tussen kwaliteit en uitgaven. De raad ziet hiervoor al aanknopingspunten, bijvoorbeeld bij het steeds meer betrekken van doelmatigheidscriteria in de zorginkoop door zorgkantoren. Tegelijkertijd zou naar mening van de raad het Zorginstituut Nederland meer werk kunnen maken van pakketbeheer in de Wlz.

Meer regie op het verplaatsen van zorg

Het verplaatsen en vervangen van zorg vergt naar mening van de raad meer regie. Er moeten niet alleen werkbare oplossingen worden gevonden voor de (soms vermeende) financiële en organisatorische schotten binnen én tussen zorgdomeinen. Ook de (financiële) prikkels voor afwenteling of verkeerde-bed-problemen moeten actief worden weggenomen. Nu wordt het vervangen en verplaatsen van zorg vaak

op een negatieve manier gestimuleerd, bijvoorbeeld door het verschil in eigen bijdrages tussen Zvw, Wlz en Wmo. Het terugbrengen van zorg naar de ‘juiste plek’ moet volgens de raad ook consequent in beleid worden doorgevoerd. Als de afbouw van klinische voorzieningen in het ene domein niet parallel loopt met het opbouwen capaciteit in het andere domein (inclusief de veranderingen op de arbeidsmarkt) loopt deze verplaatsing – en daarmee uitgavenbesparing – dood. Dit is ook van groot belang voor bewegingen als de digitale transformatie en de Juiste zorg op de juiste plek.

Experimenteer met nieuwe organisatie- en bekostigingsmodellen

De organisatie van zorg geeft ook aanknopingspunten voor uitgavenbeheersing. De raad is echter van mening dat er geen organisatorische blauwdruk bestaat die alle vormen van zorg dekt. Gezondheidszorg is immers een complex en dynamisch systeem. Daarom moet er ruimte zijn voor flexibiliteit en pluriformiteit. Per deelsysteem kan bekeken worden welke organisatievorm het meest geschikt is, zowel in termen van uitgavenbeheersing als in termen van toegankelijkheid en kwaliteit. Zo is de raad van mening dat delen van de acute zorg en Jeugdzorg gebaat zijn bij een samenhangend en regionaal georganiseerd aanbod, waarbij beschikbaarheid en toegankelijkheid centraal moet staan. Aan de andere kant kunnen vormen van uitkomstbekostiging bij de beheersing van de uitgaven bij vormen van zorg die niet om acuut ingrijpen vragen en daardoor goed in te plannen zijn.

Het vinden van het juiste organisatie- of bekostigingsmodel voor de juiste plek vergt naar mening van de raad in veel gevallen ook meer juridische en financiële mogelijkheden om te experimenteren en te leren van elkaar. Want het blijkt dat succesvolle innovaties die in één regio goed werken niet altijd goed werken in de andere regio. Succesvolle bekostigingsmodellen moeten door de regio of de beroepsgroep zelf worden gedragen. De raad acht het daarom wenselijk dat er binnen de verschillende zorgstelsels ruimte komt voor pluriformiteit. Verschillende typen zorg kunnen verschillende bekostigingsmodellen vergen. Het vergt ook geduld. Nieuwe manier van organiseren kosten in beginsel de eerste jaren meer geld. Pas na een aantal jaar kan duidelijk worden of het ook tot kostenbeheersing leidt.

Stimuleer samenwerking binnen het gemeentelijk zorgdomein

Wat betreft de maatschappelijke ondersteuning en Jeugdzorg, ziet de raad dat de meeste gemeenten niet meer kunnen en willen snijden in de toegankelijkheid en kwaliteit van deze vormen van zorg. De hoge uitgaven aan ‘coördinatiekosten’ bij Wmo en Jeugdzorg zijn moeilijk uit te leggen aan burgers, maar zijn ook nadrukkelijk een direct gevolg van de decentralisatie. Decentralisatie leidt onvermijdelijk

tot meer overleg en afstemming. De raad acht het wenselijk de coördinatiekosten te laten dalen door:

- a. gemeenten, rijk en zorginstellingen te laten sturen uit vertrouwen en minder op verantwoording;
- b. gemeenten (boven)regionaal te laten samenwerken bij de contractering van zorg;
- c. gemeenten en zorgverleners te laten werken met meerjarige contracten waarin ook vormen van uitkomstbekostiging worden meegenomen.

Dit zorgt niet alleen voor meer rust en (financiële) continuïteit van zorg, maar ook voor een verschuiving van de focus naar de gewenste zorginhoudelijke uitkomsten van zorg in plaats de financiële resultaten.

Effecten van beheersingsbeleid op betaalbaarheid en houdbaarheid van de zorg

Om de gezondheidszorg ook voor de toekomst betaalbaar en houdbaar te houden, is een aanhoudend zorguitgavenbeheersingsbeleid noodzakelijk. Het hoort in feite bij het 'onderhoudswerk' van de gezondheidszorg als geheel. Dit beleid heeft in het verleden gezorgd voor een in financiële zin beheersbare groei van de zorguitgaven en daarmee heeft het ook zijn nut bewezen. Beheersbare groei is echter ook groei, en de ruimte voor zorguitgavengroei is niet onbeperkt. Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in de gezondheidszorg grijpen als tandwielen in elkaar. Het kan het naar mening van de raad dan ook niet anders dan dat beleid dat *eenzijdig* als doel heeft om zorguitgaven te dempen in de groei of *te laten dalen* vrijwel altijd ten koste zal gaan van de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg.

6 Preventie

De komende decennia stijgt het beroep op zorg sterk. Een oplossingsrichting die in dit hoofdstuk wordt verkend om de houdbaarheid van het zorgstelsel op langere termijn te waarborgen, is preventie. Het voorkomen of uitstellen van ziekten of verzorging kan immers bijdragen aan beperking van de groei van de vraag naar zorg. Preventie heeft in het verleden grote bijdragen geleverd aan de gezondheid en de levensverwachting. Vraag is in hoeverre, in welke vorm en onder welke voorwaarden, preventie in de toekomst hier verder aan kan bijdragen.

6.1 Inleiding

Het RIVM definieert preventie als alle maatregelen die genomen kunnen worden om ziekten (en de complicaties van ziekten) te voorkomen en de gezondheid van mensen te beschermen en te bevorderen.¹ Volgens de Rotterdamse (emeritus) hoogleraar maatschappelijke gezondheidszorg Johan Mackenbach is in theorie meer dan de helft van alle ziektegevallen in Nederland vermijdbaar door (primaire) preventie. Zoals uiteindelijk de meeste ziekten van de negentiende eeuw zijn uitgebannen, zouden ook de ziekten van nu grotendeels kunnen worden voorkómen.²

In de algemene beeldvorming wordt preventie vaak gereduceerd tot gezondheidsbevordering en leefstijlinterventies. Preventie omvat echter een zeer breed terrein, waarbij het niet alleen gaat om het individu en zijn of haar gezondheid, gedrag of specifieke risicokenmerken (gezondheidsbevordering), maar ook om het gezond maken en houden van de sociale én fysieke leefomgeving.³ Naast leefstijl, gaat het dus ook om ziektepreventie, ofwel het voorkomen van ziektes (bijvoorbeeld via het Rijksvaccinatieprogramma) én het vroeg opsporen van aandoeningen (bijvoorbeeld via het Nationaal Programma voor Bevolkingsonderzoek), én om het beschermen van de bevolking tegen gezondheidsbedreigende factoren in de fysieke of sociale omgeving, zoals de bewaking van de kwaliteit van drink- en zwemwater, huisvesting of voeding, afvalverwijdering, verkeersveiligheid en het zorgdragen voor een veilige en gezonde werkplek. Van deze laatste maatregelen valt een groot deel buiten het domein van de gezondheidszorg en wordt nu nauwelijks meer geassocieerd

1 RIVM, *Wat verstaan we onder preventie*, Volksgezondheidszorg.info, via: <https://www.volksgezondheidszorg.info/verantwoording/preventie-volksgezondheidszorginfo/wat-preventie#node-wat-verstaan-we-onder-preventie>

2 Geciteerd in: D. Ruwaard (2012) *De weg van nazorg naar voorzorg. Inaugurele rede 20 april 2012*, p. 19.

3 RIVM, Volksgezondheidszorg.info, via: <https://www.volksgezondheidszorg.info/verantwoording/preventie-volksgezondheidszorginfo/wat-preventie#node-wat-verstaan-we-onder-preventie>

De verschillende invalshoeken hangen met elkaar samen. Zo zijn omgevingsfactoren zowel direct als indirect (via leefstijl) van invloed op de volksgezondheid. Bovendien hangt preventie niet alleen samen met gezondheid, maar nadrukkelijk ook met welbevinden. Gezondheid en kwaliteit van leven gaan hand in hand. Bovendien is een gezonde, schone en veilige sociale en fysieke omgeving niet alleen goed voor de gezondheid, maar het is ook een omgeving waar mensen graag wonen, werken, naar school gaan of recreëren. In figuur 6.1 is te zien hoe de verschillende invalshoeken van invloed zijn op de volksgezondheid en hoe zij met elkaar samenhangen.

The diagram illustrates the Conceptueel kader preventie (Conceptual framework for prevention). It shows a central box labeled 'Individu' (Individual) containing 'Leefstijl' (Lifestyle) and 'Eigenschappen (Genetisch of verworven)' (Traits (Genetic or acquired)). This central box is flanked by 'Omgeving' (Environment) on both sides, with 'Fysiek' (Physical) on the left and 'Sociaal' (Social) on the right. Above the central box are three stacked boxes: 'Gezondheidsbescherming' (Health protection), 'Ziektepreventie' (Disease prevention), and 'Gezondheidsbevordering' (Health promotion). Arrows indicate interactions: 'Gezondheidsbescherming' and 'Gezondheidsbevordering' point to the 'Omgeving' boxes. 'Ziektepreventie' points to the 'Individu' box. 'Leefstijl' points to 'Eigenschappen'. 'Fysiek' and 'Sociaal' point to 'Eigenschappen'. 'Eigenschappen' points to 'Volksgezondheid' (Public health) at the bottom. 'Volksgezondheid' is flanked by two 'Welzijn' (Welfare) boxes.

In Nederland is in 2015 ongeveer 12,5 miljard euro aan preventie uitgegeven (tabel 6.1). Dit komt overeen met 1,8 procent van het bbp. In 2003 was dit 2,5 procent en in ongeveer 2,1 procent van het bbp (in 2015 prijzen). De uitgaven aan preventie zijn

92

dus relatief en geleidelijk gedaald. Het grootste deel van dit bedrag omvat uitgaven aan gezondheidsbescherming, ongeveer 9,5 miljard euro (76 procent), met name aan riolering, drinkwater- en luchtkwaliteit, afvalverwijdering en verkeersveiligheid. Aan ziektepreventie – bijvoorbeeld door screeningsprogramma's, vaccinaties, gebitscontroles en infectieziektenbestrijding – werd 2,3 miljard euro (19 procent) uitgegeven. Aan gezondheidsbevordering (gezond gedrag, leefstijl) wordt relatief weinig geld besteed: 600 miljoen euro (5 procent).⁵

Tabel 6.1 Uitgaven aan preventie in miljarden euro's, geïndexeerd naar het prijsniveau van 2015

Jaar	Ziekte-preventie	Gezondheids-bevordering	Gezondheids-bescherming	Totaal	% BBP
2003	2,4	0,5	12,2	15,1	2,5
2007	2,9	0,5	11,6	14,9	2,1
2015	2,3	0,6	9,5	12,5	1,8

Bron: RIVM, nog te publiceren.

De werkelijke uitgaven aan preventie-activiteiten liggen overigens hoger dan in de bovenstaande tabel wordt weergegeven. Binnen de bovenstaande preventie-uitgaven zijn de uitgaven voor schuldhulpverlening, investeringen in verbeteringen in leefbaarheid in wijken en investeringen in onderwijs niet meegenomen omdat deze primair een ander doel dienen. Dit geldt ook voor zorggerelateerde preventie, omdat dit in de praktijk en zorgregistraties niet te scheiden is van behandeltrajecten. Dit betekent niet dat deze investeringen geen effecten hebben op gezondheid. Integendeel, deze investeringen dragen indirect vele bij aan de verbetering van de gezondheid van de Nederlandse bevolking.

Het RIVM concludeert op basis van de Kosten van Preventie-studie bovendien dat onder gezondheidsbevordering in de verschillende peiljaren geheel verschillende activiteiten en programma's plaatsvonden. Specifieke gezondheid bevorderende activiteiten lijken kortdurend, projectmatig en ingegeven door actuele thema's, zoals campagnes voor meer bewegen of tegen pesten op het werk.⁶

⁵ Deze cijfers zijn afkomstig uit de nieuwe Kosten van Preventie-studie die binnenkort in TSG en volksgezondheidenzorg.info openbaar zullen worden gemaakt.

⁶ Gebaseerd op conceptartikel Kosten van Preventie 2015, te verschijnen in TSG.

6.2 Investeren in preventie loont

Preventie levert veel op. Het gaat daarbij *niet alleen* om gezondheidseffecten, maar ook om effecten in de zorg en economische en maatschappelijke baten. Het overzicht in tabel 6.2 biedt geen optelsom. Niet alle effecten van preventie kunnen zomaar bij elkaar worden opgeteld of in geld worden uitgedrukt.

Tabel 6.2 Effecten van preventie

Type effect	Kosten	Baten
Gezondheidseffecten	Uitgaven aan preventie	Gezondheidswinst (langer gezond leven)
Effecten in de zorg	Meer zorgconsumptie vanwege gewonnen levensjaren	Minder zorgconsumptie door grotere gezondheid
Economische en maatschappelijke effecten	Meer AOW en eventuele andere uitkeringen vanwege gewonnen levensjaren	Hogere inzetbaarheid van mensen op de arbeidsmarkt (langer doorwerken, minder verzuim en hogere productiviteit)
		Hogere inzetbaarheid van mensen om te kunnen zorgen voor medemens (mantelzorg, vrijwilligerswerk)
		Gezondheid beïnvloedt kennisontwikkeling en -gebruik in positieve zin
		Mensen werken meer en langer, met positieve gevolgen voor overheidsfinanciën en pensioenfondsen

Bron: Tabel op basis van o.a. *Gezond gedrag bevorderd*. Eindrapportage van de werkgroep IBO preventie

Gezondheidseffecten

De belangrijkste baten van preventie is gezondheid: zowel in de vorm van langer leven als in de vorm van een betere kwaliteit van leven. De directe baten van preventie voor het individu zijn groot (tabel 6.2). Recent onderzoek heeft laten zien dat het Rijksvaccinatieprogramma naar schatting tussen 1953 en 1992 heeft gezorgd voor 6.000 tot 12.000 voorkomen sterfgevallen. Ook het aantal gemelde ziektegevallen is sterk verminderd door vaccinatieprogramma's, bijvoorbeeld met 50 procent voor rubella (Rodehond) en met 90 procent voor polio.⁷ Tegelijkertijd zijn de baten lang niet altijd zeker. Zo neemt de levensverwachting van iemand die stopt met roken gemiddeld met vierenhalf jaar toe. Maar stoppen met roken *vermindert* alleen de kans op longkanker, het neemt deze kans niet geheel weg. De causale relaties tussen

⁷ Van Wijhe, M. (2018) *The public health impact of vaccination programmes in the Netherlands: A historical analysis of mortality, morbidity, and costs*, PhD Thesis, Rijksuniversiteit Groningen; <http://hdl.handle.net/11370/29a46600-ad10-447d-a38c-df8f1bdc7ed1>

ongezonde leefgewoonten en ziekte zijn uitermate complex. Zo is roken een belangrijke oorzaak van longkanker, maar ruim 85 procent van de rokers krijgt deze ziekte niet. Ook genetische factoren en of omgevingsinvloeden spelen daarbij een rol.⁸ Johan Mackenbach, gaf een aantal jaar terug (2011)⁹ de onderstaande schatting van de effecten op ziekte- en sterfgevallen van enkel preventieve maatregelen (tabel 6.3).

Tabel 6.3 Overzicht van (geschatte) effecten van preventieve maatregelen

Preventieve maatregel	Invoering op grote schaal	Vermeden (ernstiger) ziektegevallen per jaar	Vermeden sterfgevallen per jaar
Preventie Rhesusziekte	1970	1.000	65
Hieprikscreening	1974	200	30
Screening JGZ	1965	2.200	20
Preventie wiegendood	1987	-	170
Preventie tandbederf	1975	220	-
Preventie arbeidsongevallen	-	500	50
Preventie arbeidsziekten	-	≥ 1.000	-
Veiligheid auto-inzittenden	1974	10.000	1.000
Veiligheid overige verkeersdeelnemers	1975	10.000	1.000
Verwijdering transvetzuren uit voeding	1995	4.000	1.500
Bestrijding tabaksgebruik	1963	≥ 18.000	≥ 6.900
Opsporing en behandeling hoge bloeddruk	1970	9.000	3.000
Verlaging cholesterol	1995	2.000	750
Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker	1985	330	175
Bevolkingsonderzoek borstkanker	1989	700	700

Bron: Mackenbach (2011).

Maatschappelijke en economische effecten van preventie

Naast individuele baten heeft preventie ook belangrijker maatschappelijke en economische baten. Deze baten komen echter voornamelijk buiten het gezondheidszorgdomein terecht. Volgens het CPB doen deze maatschappelijke baten van een gezonde leefstijl zich vooral voor op het terrein van betaalde arbeid, onbetaalde arbeid en onderwijs. Een goede gezondheid draagt bij aan hogere inzetbaarheid van mensen op de arbeidsmarkt, minder verzuim en (blijvende) uitval en tot hogere productie en betere werk- en onderwijsprestaties. Op langere termijn maakt een betere gezondheid ook een langere inzetbaarheid van werknemers mogelijk terwijl een goede gezondheid een noodzakelijke voorwaarde is om aan het werk te blijven.¹⁰ Bovendien heeft een goede gezondheid positieve invloed op de productiviteit

8 Polder [et.al.] (2012) Zorgkosten van ongezond gedrag en preventie, in: Schut, F.T, M. Varkevisser (red.), *Een economisch gezonde gezondheidszorg. KVS preadviezen 2012, Een economisch gezonde gezondheidszorg*, p. 113.

9 Mackenbach, J.P. (red.) (2011) *Successen van preventie, 1970-2010*, p. 15.

10 Wouterse, B., *Economic Consequences of Healthy Aging*.

van werknemers. Daarnaast stelt een goede gezondheid mensen in staat om vrijwilligerswerk en mantelzorg te verlenen. Daarnaast levert een goede gezondheid een belangrijke bijdrage aan het rendement van investeringen in onderwijs en kennisontwikkeling (een leven lang leren); door de grotere inzetbaarheid kan de opgedane kennis langer worden ingezet.¹¹

Preventie heeft mede hierdoor ook consequenties voor de overheidsfinanciën. Het CPB laat aan de hand van berekeningen zien dat de overheid profiteert als iemand langer leeft, leert en werkt, maar de netto inkomsten zijn ook al positief als iemand langer leeft zonder meer te leren en werken.¹² In alle varianten (langer leven, langer leven en werken, langer leven, leren en werken) stijgen zowel de uitgaven van de overheid als de inkomsten. De uitgaven stijgen doordat iemand die langer leeft, meer AOW en andere uitkeringen ontvangt. De inkomsten stijgen, doordat het looninkomen en de consumptie toenemen waarover premies en belastingen afgedragen worden.

Kort geformuleerd, preventie loont, vooral omdat preventie leidt tot gezondheidswinst. De baten van gezondheid strekken ver buiten het domein van ziekte en zorg. Preventie draagt bij aan een vitale beroepsbevolking en daarmee aan productiviteitswinsten en andere maatschappelijke baten die op hun beurt weer kunnen worden ingezet om de houdbaarheid van de gezondheidszorg.¹³

Effecten van preventie op zorguitgavenbeheersing onzeker

Of preventie ook leidt tot een vermindering van de groei van de zorguitgaven is onzeker en afhankelijk van een veelvoud aan andere factoren. Preventie grijpt in op de vraag naar zorg, maar de vraag naar zorg verdwijnt niet als mensen langer gezond leven. Op de middellange termijn zal preventie een remmend effect op de zorguitgavenstijging hebben, omdat acute ziektes (bijvoorbeeld longkanker of een hartinfarct) én bepaalde chronische aandoeningen (bijvoorbeeld diabetes of hartfalen) worden voorkomen of in ernst beperkt blijven. Naar verwachting leidt dit echter op de langere termijn tot meer zorguitgaven, omdat er meer – vaak langdurige – zorg nodig is voor ouderdomsaandoeningen als dementie als mensen langer leven.¹⁴ Empirisch onderzoek laat zien dat preventie (een gezonde leefstijl)

¹¹ CPB (2013) *Toekomst voor de Zorg*, p. 156.

¹² CPB, *Toekomst voor de Zorg*, p. 161. Netto inkomsten zijn gedefinieerd als het verschil tussen extra inkomsten en hogere uitgaven als gevolg van de verhoging van de levensverwachting.

¹³ Ruwaard, *De weg van nazorg naar voorzorg*, p. 32.

¹⁴ Polder, J. (2018) Zorguitgaven, in: Jeurissen, P. Maarse, M. en Tanke M. (eds.) *Betaalbare Zorg*, pp. 38-39.

de zorg vraag vertraagt maar zeker niet wegneemt.¹⁵ Er kan door preventie ook sprake zijn zogenaamde compressie van morbiditeit: we blijven langer gezond en actief, maken beperkt gebruik van kostbare voorzieningen en sterven na een kort ziekbed.¹⁶ Dit fenomeen zien we vooralsnog vrijwel uitsluitend bij hoog-opgeleiden.¹⁷ Of preventie vooral vertraging of compressie van zorgvraag oplevert neemt niet weg dat een gezonde populatie en de daarmee gepaard gaande vertraging en/of vermindering van zorg en zorguitgaven een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de houdbaarheid van de zorg op de middellange termijn.

6.3 Knelpunten en kansen voor preventie

Teneinde de potentie van preventie ten volle te benutten, is er ook aandacht nodig voor de knelpunten in de huidige manier waarop preventie georganiseerd, gefinancierd en gewaardeerd wordt.

Hardnekkige sociaal-economische gezondheidsverschillen

Gezondheid is ongelijk verdeeld over de bevolking (figuur 6.2). Dit ligt voor een deel aan verschillen in genetische (overerfbare) factoren tussen mensen, maar het hangt ook nadrukkelijk samen met de sociaalmaatschappelijke positie van mensen. Verschillen in inkomen (arm en rijk), beroepsstatus (werkend/niet werkend) of opleidingsniveau (hoog en laag opgeleid) hebben een effect op de gezondheid. Dit laatste wordt vaak gevangen onder de noemer sociaal-economische gezondheidsverschillen. Veel preventiebeleid is er van oudsher op gericht om juist deze sociaal-economische gezondheidsverschillen terug te dringen.¹⁸ Ondanks deze inspanningen zijn de sociaal-economische gezondheidsverschillen de afgelopen decennia erg hardnekkig gebleken. Het verschil in levensverwachting tussen hoger en lager opgeleide Nederlanders lag de afgelopen jaren rond de zes jaar. De verschillen in *gezonde levensverwachting* tussen beide groepen waren zelfs aanzienlijk groter, zo'n 15,5 jaar.¹⁹ Hoewel deze verschillen lange tijd stabiel waren, lijkt de kloof de laatste jaren weer toe te nemen.²⁰

15 Polder, J., A. Wong en B. Wouterse (2011) Vergrijzing: kosten en baten, in: J.H.M. Donders, C.A. de Kam (red.) *Zorg verzekerd? Naar houdbare financiering voor de gezondheidszorg*, p. 21.

16 Lucht, F. van der, J.J. Polder (2010) *Van gezond naar beter. Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomstverkenning 2010*, RIVM.

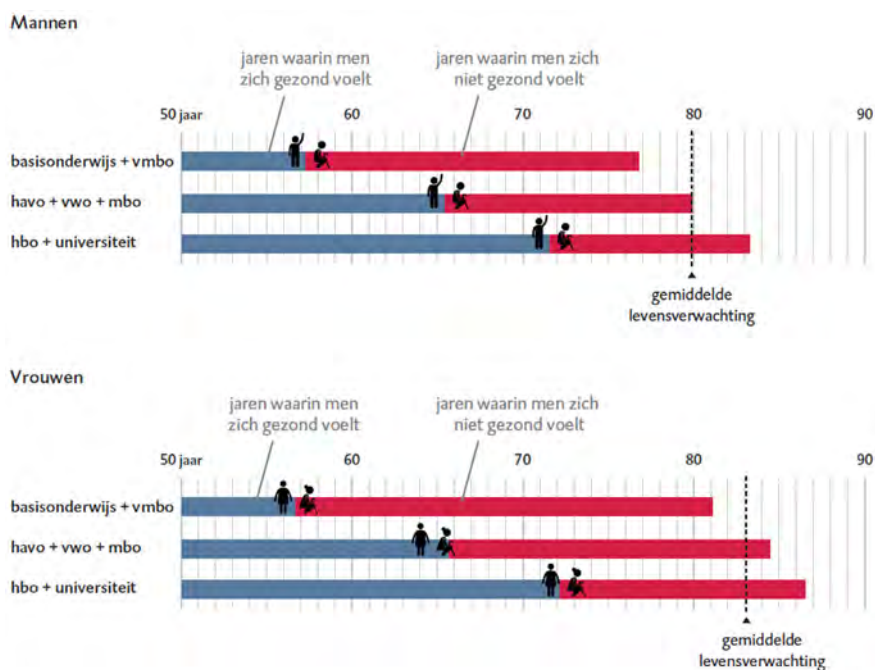
17 Koot, J. (2012) Healthy aging: leven aan jaren toevoegen, in: *TSG*, nr. 4, pp. 199-200.

18 WRR (2018) *Van verschil naar potentieel. Een realistisch perspectief op de sociaal-economische gezondheidsverschillen*, pp. 23-28.

19 WRR, *Van verschil naar potentieel*, p. 11; zie ook: <https://www.vtv2018.nl/gezondheidsverschillen>

20 Raleigh, V. (2019) *Trends in life expectancy in EU and other OECD countries: Why are improvements slowing?* OECD Health Working Papers, No. 108 (Paris 2019). <https://doi.org/10.1787/223159ab-en>.

Figuur 6.2 Verschillen in levensverwachting en gezonde levensverwachting voor mannen en vrouwen verdeeld naar opleidingsniveau



WRR & RIVM | Bron: Volksgezondheidszorg.info 2018, cbs Statline

De grote vraag is of sociaal-economische gezondheidsverschillen met klassiek preventiebeleid effectief kunnen worden aangepakt. In het preventiebeleid van de Rijksoverheid is de afgelopen jaren veel nadruk gelegd op het tegengaan van ongezond gedrag. Het is echter bekend dat leefstijlinterventies vaak niet goed werken bij mensen met een lagere sociaalmaatschappelijke positie. Dit komt meestal doordat bij deze groep andere, vaak veel grotere (welzijns)problemen aan de orde zijn, zoals schulden, werkloosheid, onveiligheid in de buurt, lichamelijke beperkingen, mentale klachten, laaggeletterdheid, instabiele gezinssituaties, slechte huisvesting en (chronische) stress. Dit heeft vaak ook invloed op de leefstijl. Het inzetten op arbeidsbemiddeling of schuldhulpverlening helpt hier vaak beter dan het primair aanpakken van leefstijlfactoren.²¹

²¹ Muijsenbergh, M. van den (2018) *Verskil moet er zijn! Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Gezondheidsverschillen en persoonsgerichte integrale eerstelijnszorg aan de Radboud Universiteit/het Radboudumc op vrijdag 9 maart 2018*, Nijmegen: http://www.pharos.nl/documents/doc/oratie_maria_muijsenbergh_lr.pdf; Phillips G, C. Bottomley, E. Schmidt, P. Tobi, S. Lais, G. Yu [et.al.] 'Well London Phase-1: results among adults of a cluster-randomised trial of a community engagement approach to improving health behaviours and mental well-being in deprived inner-city neighbourhoods'. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech-2013-202505>

Ook gendersverschillen zijn van belang voor zorg en preventie

Naast sociaal-economische gezondheidsverschillen, zijn ook gendersverschillen van belang als het gaat om zorg en preventie. Mannen en vrouwen verschillen op het gebied van gezondheid en ziekte ook in vele opzichten van elkaar, zowel biologisch, psychisch, sociaal als cultureel.²² Dit betekent ook dat zorg en preventie bij mannen en vrouwen waar relevant ook anders moet zijn. Ook de ontwikkeling van gezondheidsrisico's van vrouwen tijdens de levensloop is grotendeels onbekend. Zo hebben vrouwen voor de overgang minder risico op hart- en vaatziekten en diabetes dan mannen, maar na de overgang is dit verdwenen. Ook zijn er aanwijzingen dat zowel roken als luchtvervuiling meer gezondheidsschade bij vrouwen oplevert dan bij mannen. Bij het ontwikkelen van psychische aandoeningen is een complex samenspel gaande waarin sekse- en gender-gerelateerde factoren een duidelijke rol spelen.²³

Integraal beleid in potentie waardevol, maar komt moeizaam van de grond

De focus van het preventiebeleid van de Rijksoverheid is de afgelopen jaren ook verschoven in de richting van een meer integrale benadering van preventie, waarbij niet alleen meer wordt ingezet op leefstijlinterventies, maar op een breder palet van maatregelen. Het Nationaal Preventieakkoord (2018) past in deze lijn. In het Preventieakkoord staan afspraken tussen meer dan 70 verschillende organisaties, uit de zorg, het bedrijfsleven, gemeenten en onderwijsinstellingen, om roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik tegen te gaan. Dit betekent dat de maatregelen in het akkoord niet alleen 'eigendom' zijn van de Rijksoverheid en gemeenten, maar van een veel breder veld van belanghebbenden. Toch komt de verbinding tussen publieke gezondheidszorg en preventie, het zorgdomein en welzijnsvoorzieningen vaak niet of moeizaam van de grond, terwijl juist een integrale domeinoverstijgende benadering van gezondheid en welzijn de meeste vruchten afwerpt.

Integraal beleid loopt tegen de schotten tussen preventie, zorg en welzijn aan

Het verbinden van preventie, zorg en welzijn op lokaal niveau komt vaak moeilijk tot stand door gebrek aan regie, tijd en middelen. De verschillende stelselwetten (Wet publieke gezondheid, Zorgverzekeringswet, Wet langdurige zorg, Wet maatschappelijke ondersteuning, Jeugdwet) waarmee gemeenten, zorgverleners, zorgverzekeraars en welzijnswerkers mee te maken hebben, hebben allemaal een andere definitie van preventie. Hierdoor is het onduidelijk wie welke rol heeft en wat de inzet oplevert. De curatieve zorg is vaak niet (goed) aangesloten op de wel-

22 ZonMw (2020) Kennisagenda Gender en Gezondheid, via: <https://publicaties.zonmw.nl/kennisagenda-gender-en-gezondheid/>

23 ZonMw (2018) Gender en Preventie. Een eerste inventarisatie, via: https://publicaties.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Preventie/Gender_en_preventie._Een_eerste_inventarisatie.pdf

zijnsvoorzieningen en de publieke gezondheid die vallen onder verantwoordelijkheid van de gemeenten. Voor gemeenten geldt dat preventie soms een lage prioriteit heeft binnen het collegeprogramma met als gevolg dat er weinig capaciteit en middelen zijn om een samenwerking met zorgverzekeraars en zorgprofessionals tot stand te brengen. Gemeenten zijn weinig bekend met de regelgeving waarbinnen zorgverzekeraars en zorgkantoren functioneren en ervaren ook problemen als gevolg van regimeverschillen, doordat een project bijvoorbeeld niet vanuit één budget kan worden gefinancierd. Bovendien hebben zorgverzekeraars vaak geen structurele financieringsmogelijkheden, terwijl preventieprojecten veelal een langdurige looptijd hebben.²⁴

Om preventie effectief te laten zijn, is een inzet van lange adem noodzakelijk. Tijdelijke financiering leidt tot tijdelijke inzet, ook van betrokken professionals, waardoor ervaring en kennis niet structureel wordt verankerd in organisaties, nog afgezien van het feit dat tijdelijke financiering in een krappe arbeidsmarkt kan leiden tot wervingsproblemen, en daarmee ook tot beperkingen bij de uitvoering van preventieprojecten.

Ook zorgprofessionals ervaren problemen bij het aansluiten van zorg op preventie en welzijn, bijvoorbeeld doordat de tijd voor overleg en samenwerking ontbreekt, of omdat de tijd die per patiënt beschikbaar is te kort is en de initiële kosten van preventie niet worden gefinancierd.²⁵

Maar samenwerking loopt niet alleen vast op verschillen in regelgeving en structurele financiering.²⁶ Er is ook sprake van wederzijdse onbekendheid en (soms grote) verschillen in werkwijze en cultuur. Zo vindt een deel van de zorgverleners bijvoorbeeld preventie niet tot hun takenpakket horen. Een hiermee samenhangend struikelblok zijn zogenaamde *wrong-pocket*vraagstukken. De gezondheidsbaten die eventueel door preventie worden gerealiseerd vergen investeringen in andere domeinen, bijvoorbeeld schuldhulpverlening, huisvesting of werk. Aan de andere kant, komen de baten van preventie soms deels of volledig bij derden

24 RIVM (2018) *Factsheet Evaluatie Preventie in het Zorgstelsel 2017*, via: <https://www.rivm.nl/evaluatie-preventie-in-zorgstelsel>; Research voor Beleid (2011) *Samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars rond preventie. Motievenmatrix. Eindrapportage*, p. 26.

25 RVZ (2011) *Preventie van welvaartziekten. Het perspectief van gemeenten en gezondheidsdienst. Achtergrondstudie*, p. 72.

26 RVZ (2011) *Preventie van welvaartziekten Effectief en efficiënt georganiseerd*, p. 8.

terecht, terwijl de schade van niet ingrijpen vaak weer wel bij de gezondheidszorg terecht komt. Het is dus moeilijk om één ‘probleemeigenaar’ aan te wijzen.²⁷

6.4 Plaatsen van preventie

Er zijn verschillende plaatsen waren verschillende lijnen van preventie, gezondheid en welbevinden samenkomen, zoals de school, de werkplek en de wijk. Deze plekken vormen in zekere zin ‘natuurlijke werkplaatsen’ voor preventie.

Samenhangende inzet van jeugdvoorzieningen

Het effect van preventie in de zin van ‘opbrengst’ voor individuen en de samenleving is groter naarmate preventie eerder in het leven wordt ingezet, en naarmate de samenhang in de inzet van middelen en instrumenten groter is.²⁸ Dit geldt niet alleen voor de lichamelijke gezondheid, maar ook voor de mentale gezondheid en welbevinden van kinderen. Het is bekend dat de meeste psychische aandoeningen, zoals depressie, angst- en persoonlijkheidsstoornissen, zich voor het 24e levensjaar openbaren.²⁹ Juist door mentale gezondheids- of ontwikkelingsproblemen bij kinderen in een vroeg stadium op te sporen, kan dure (jeugd)zorg later in het leven worden voorkomen. Zo kan een samenhangend stelsel van voorzieningen voor jonge kinderen, naast dat een belangrijk arbeidsmarktinstrument vormt voor de ouders, ook een belangrijke bijdrage leveren aan de ontwikkeling van kinderen zelf, het verminderen van achterstanden en het bevorderen van gelijke kansen. Op lange termijn kunnen kindvoorzieningen zo de arbeidsparticipatie en onderwijsresultaten vergroten, afhankelijkheid van uitkeringen verkleinen, de gezondheid en het welbevinden bevorderen en het beroep op zorg en ondersteuning verminderen. Een meer integraal preventiebeleid met name met domeinen buiten de zorg kan zo een belangrijke bijdrage leveren aan de maatschappij. De vormgeving en uitvoering daarvan in beleid en in de dagelijkse praktijk van preventie, zorg en samenhangende domeinen loopt echter tegen belemmeringen op. Samenhang tussen jeugdgezondheidszorg,

27 Hagenaar en Klazinga, Betaalbaarheid door meer preventie, pp. 208-210; Van den Muijsenbergh, M. (2018) *Verskil moet er zijn! Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Gezondheidsverschillen en persoonsgerichte integrale eerstelijnszorg aan de Radboud Universiteit/het Radboudumc op vrijdag 9 maart 2018*: http://www.pharos.nl/documents/doc/oratie_maria_muijsenbergh_lr.pdf; Phillips G, C. Bottomley, E. Schmidt, P. Tobin, S. Lais, G. Yu [et.al.] ‘Well London Phase-1: results among adults of a cluster-randomised trial of a community engagement approach to improving health behaviours and mental well-being in deprived inner-city neighbourhoods’. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech-2013-202505>

28 Zie onder andere SER (2016) *Gelijk goed van start*; SER (2017) *Opgroeien zonder armoede*; WRR (2019) *Van verschil naar potentieel. Een realistische perspectief op de sociaal-economische gezondheidsverschillen*.

29 Kessler, R.C., M. Angermeyer, J.C. Anthony, R. de Graaf, K. Demyttenaere, I. Gasquet, [et.al.] (2007) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative, in: *World Psychiatry*, 6(3), 168-176.

kinderopvang, jongerenwerk en onderwijs, verloopt vaak moeizaam door beleidsmatige en financiële schotten. Bovendien hebben de bezuinigingen op het jongerenwerk ook gezorgd voor een hiaat in het ondersteuningsnetwerk rond jongeren, waardoor kinderen vaak pas in beeld komen als er formele (dure) jeugdzorg nodig is.³⁰

De school en preventie

Gezondheid en het bevorderen van gezondheid komt op diverse manieren op scholen aan bod. Scholen werken bijvoorbeeld aan een veilige en gezonde schoolomgeving, door de inrichting van een gezond en veilig schoolplein en -gebouwen en een verantwoord productaanbod in kantines en automaten. Bovendien wordt er voorlichting gegeven over voeding, roken alcohol, drugs en seks én en staan er gymnas-tiek- en zwemlessen op het programma. Daarnaast signaleren scholen vaak als eerste problemen bij kinderen.

Scholen zijn wettelijk verplicht hun leerlingen een periodiek gezondheidsonderzoek aan te bieden. Ook hebben scholen zich te houden aan velerlei wettelijke bepalingen op het gebied van hygiëne, veiligheid en aanbod en inhoud van vakken zoals biologie, verzorging en lichamelijke oefening.

Scholen worden bij het opzetten en uitvoeren van hun preventieve activiteiten ondersteund door regionale en lokale organisaties zoals GGD'en, gezondheidsfondsen (bijvoorbeeld een rookvrij schoolplein) en thema-instituten (bijvoorbeeld Trimbos, Voedingscentrum, Rutgers, etcetera). Ook specifieke professionals zoals onderwijsbegeleidingsdienst of schoolpsychologen zijn hierbij betrokken. De landelijke overheid speelt een stimulerende en faciliterende rol bij preventie op school. Het ministerie van VWS is bijvoorbeeld opdrachtgever van het programma Gezonde School van het RIVM. Dit programma ondersteunt onderwijsprofessionals bij het opzetten en uitvoeren van integrale en structurele gezondheidsbevordering op scholen in het primair, voortgezet en middelbaar beroepsonderwijs. De gezonde school aanpak is ook beschikbaar voor kinderopvangcentra (Gezonde Kinderopvang). Daarnaast biedt de landelijke overheid financiële ondersteuning bij preventieprojecten.³¹

Tegelijkertijd geven steeds meer leerkrachten, scholen en adviesorganen aan dat er heel veel van het onderwijs verwacht wordt als het gaat om het aanpakken van maatschappelijke problemen en uitdagingen.³² De vraag is in hoeverre scholen dit zelfstandig kunnen aanpakken. Zoals het SCP in 2005 al signaleerde: "De school

30 Participe (2019) *Maatschappelijke Business case Jongerenwerk*; S.E. Abdallah (2017) *Struggles for Success. Youth Work Rituals in Amsterdam and Beirut*.

31 <https://www.gezondeschool.nl/> en <https://www.gezondekinderopvang.nl/>

32 Onderwijsraad (2018) *Onderwijs en maatschappelijke verwachtingen. Scholen kiezen zelfbewust positie*.

is weliswaar een vindplaats van problemen maar niet altijd de plaats waar ook de oplossing moet worden gevonden.”³³ De school moet nadrukkelijk gezien worden in een breder verband van kind en jeugdvoorzieningen.

Werk en preventie

Er zijn veel raakvlakken tussen werk, de werkplek en preventie. Werken is een bron van gezondheid, maar aan werk en de werkplek zijn ook risico's voor de gezondheid verbonden. Denk hierbij aan beroepsziekten, arbeidsongevallen en ziekte door onvoldoende goede arbeidsomstandigheden bijvoorbeeld door blootstelling aan gevaarlijke en kankerverwekkende stoffen en andere factoren in de arbeidsomgeving zoals zware fysieke en/of psychische belasting.

Het gaat daarbij om serieuze aantallen. Dit kan geïllustreerd worden aan de hand van de volgende getallen. Volgens de meest recente schattingen van het RIVM kregen in 2017 bijna 400.000 mensen een beroepsziekte. Dat is ongeveer 4,7 procent van de Nederlandse beroepsbevolking. Er overleden in dat jaar ongeveer 4.100 mensen als gevolg een beroepsziekte.³⁴ Uit de Nederlandse Enquête Arbeidsomstandigheden blijkt dat in 2017 242.000 werknemers lichamelijk of geestelijk letsel opliepen door een ongeval tijdens het werk. Dat komt neer op 3,4 procent van alle werknemers.³⁵ De Inspectie SZW kreeg in 2019 4.474 meldingen binnen van bedrijfsongevallen, waarvan 69 met dodelijke afloop. Het aantal meldingen van arbeidsongevallen is tussen 2016 en 2019 volgens de gegevens van de Inspectie SZW met 18 procent gestegen.³⁶ Burn-out en werkgerelateerde stress – vaak gekoppeld aan flexibel werk en gebrek aan autonomie op het werk – hebben zich ontwikkeld tot een belangrijke beroepsziekte.³⁷ Ongeveer 40 procent van het werkgerelateerde ziekteverzuim is toe te schrijven aan psychosociale arbeidsbelasting. Wat betreft burn-out en werkgerelateerde stress scoort Nederland volgens de cijfers van het Europees Agentschap voor veiligheid en gezondheid op het werk (EU-OSHA) opvallend slechter dan het Europese gemiddelde.³⁸

33 SCP (2005) *Grenzen aan de maatschappelijke opdracht van de school. Een verkenning*.

34 RIVM (2018) *Beroepsziekten: cijfers en context*, via

<https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/beroepsziekten>; Inspectie SZW, *Staat van arbeidsveiligheid*.

35 TNO (2019) *Arbobaalans 2018. Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland*, pp. 107-112.

36 Inspectie SZW (2018) *Staat van arbeidsveiligheid*; en Inspectie SZW (2020) *Aantal arbeidsongevallen neemt toe: Inspectie SZW gaat strenger toezien op preventie*, via:

<https://www.inspectieszw.nl/actueel/nieuws/2020/02/27/aantal-arbidsongevallen-neemt-toe-inspectie-szw-gaat-strenger-toezien-op-preventie>

37 Werknemers met een dienstverband voor onbepaalde tijd lopen minder fysieke risico's dan flexibele werknemers, maar in mentaal en sociaal opzicht regelmatig juist meer risico (blz. 34 SER (2019) *Verkenning Diversiteit arbeidsrelaties en arbeidsomstandigheden*, op basis van rapport van Inspectie SZW 'Staat van eerlijk werk 2019' en het rapport van TNO (2019) *Trends in kwaliteit van de arbeid van flexibele en vaste werknemers en multi-jobbers*.

38 Zie: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/overspannenheid-en-burn-out/regionaal-internationaal/internationaal#node-internationale-vergelijking-werkgerelateerde-stress>

Het RIVM schat dat ongeveer 4,6 procent van de *totale ziektelast* in Nederland toe te schrijven is aan werk en werkomstandigheden.³⁹ Van de 1,8 miljard euro die in 2017 aan arbeidsgerelateerde aandoeningen en beperkingen werd uitgegeven, ging het grootste deel naar COPD, coronaire hartziekten, huidkanker, slechthorendheid, nek- en rugklachten, artrose, depressie en longkanker.⁴⁰

De bevordering van gezondheid op het werk begint met werk bieden voor mensen, borgen van gezonde en veilige werkomstandigheden, en vervolgens met aandacht voor de vitaliteit van werkenden. Betere en veiligere werkomstandigheden kunnen (deels) voorkomen dat mensen door hun werk ziek worden of arbeidsongeschikt raken. Het gaat daarbij in de eerste plaats om het voorkomen van blootstelling aan gevaarlijke en kankerverwekkende stoffen of machines, lawaai, (fysieke) overbelasting en stress. Daarnaast om goede, ergonomisch ingerichte werkplekken met daglicht en uitzicht, en heldere werkafspraken, goede werksfeer en -verhoudingen. Ook comfort, sociale veiligheid en vitaliteit spelen een rol bij gezond werken. Een groot deel van deze factoren wordt gedekt door Arbowetgeving.⁴¹

Uit recent onderzoek door Capgemini in opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid blijkt echter dat niet alle werkgevers zich aan de wettelijke kaders van de Arbowetgeving houden. In de praktijk ligt de focus bij arbocuratieve zorg hoofdzakelijk op de gevolgen van ongezond en onveilig werken, namelijk op verzuimbegeleiding en re-integratie, en veel minder op preventie en het voorkomen van arbeidsongevallen en ziekte door werk. Blootstelling aan gevaarlijke stoffen, kankerverwekkende en mutagene stoffen, biologische agentia, lawaai en straling op individueel niveau wordt nauwelijks geregistreerd.⁴² Bovendien blijkt dat ongeveer 70 procent van de bedrijven die met (zeer) gevaarlijke stoffen werken geen beeld hebben van de risico's en de hoogte van de blootstelling. Daarnaast heeft ongeveer de helft van de werkgevers een wettelijk verplichte geregistreerde risico-inventarisatie & -evaluatie (RI&E). Deze RI&E's dekken evenwel ongeveer tweederde van de werknemers in Nederland. Ook is er bij veel werkgevers nauwelijks sprake

39 RIVM (2018) *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Een gezonder Nederland*.

40 RIVM (2020) *Kosten van Ziekten-notitie Zorguitgaven en determinanten*, verschijnt eind maart 2020.

41 WRR (2020) *Werk, zaligmakend of ziekmakend? De relatie tussen arbeid en gezondheid*, via: <https://www.wrr.nl/binaries/wrr/documenten/working-papers/2020/01/15/werk-zaligmakend-of-ziekmakend/WP39-Werk-zaligmakend-of-ziekmakend.pdf>; Inspectie SZW (2016) *Arbo in Bedrijf 2016. Een onderzoek naar de naleving van arboverplichtingen, blootstelling aan arbeidsrisico's en genomen maatregelen in 2016*. Arbowetgeving dekt alle risico's die naar grootte van verzuim het beste kunnen worden ingedeeld naar psychosociaal, gevaarlijke stoffen en fysieke belasting.

42 Capgemini Consulting (2017) *Wettelijk kader in de praktijk. Praktijkbeeld van de omgang met arbeidsgerelateerde (medische) gezondheidsgegevens en gegevens over beroepsmatige blootstelling aan gezondheidsrisico's*, via: <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-sociale-zaken-en-werkgelegenheid/documenten/rapporten/2018/02/02/wettelijk-kader-in-de-praktijk>

van samenwerking tussen preventiemedewerkers, bedrijfsartsen en andere kern-deskundigen (veiligheidskundige, arbeidshygiënist en arbeids- en organisatiekundige). Dit ligt gedeeltelijk ook aan het grote tekort aan bedrijfsartsen.⁴³ Betrokkenheid van alle partijen, waaronder ook het medezeggenschapsorgaan, is van groot belang. Omdat in eenderde van de or-plichtige bedrijven een or ontbreekt, kan in deze bedrijven de gewenste betrokkenheid onvoldoende invulling krijgen.

De SER heeft in de adviezen *Stelsel voor gezond en veilig werken* (2012), *Betere zorg voor werkenden* (2014) en recentelijk nog in de verkenning *Diversiteit arbeidsrelaties en arbeidsomstandigheden* (2019) met kracht onderstreept dat een goed werkend stelsel voor gezond en veilig werken van grote sociaal-economische waarde is.⁴⁴ Een goed werkend stelsel voor gezond en veilig werken is nodig om ervoor te zorgen dat werkenden duurzaam en productief inzetbaar blijven op de arbeidsmarkt. Preventie is cruciaal voor die inzetbaarheid. Preventie voorkomt dat mensen door hun werk en/of arbeidsomstandigheden gezondheidsschade oplopen en daardoor (blijvend) uitvallen. Dit is, zoals de raad in 2019 betoogde, een gedeelde en gezamenlijke verantwoordelijkheid van overheden, werknemers en werkgevers, waarbij de laatste op dit gebied nadrukkelijk ook een verantwoordelijkheid hebben voor ingehuurde zelfstandigen en werknemers met een contract voor bepaalde tijd. Deze drie partijen hebben eigen verantwoordelijkheden bij de uitvoering en handhaving van de regelgeving op het gebied van arbeidsomstandigheden en moeten die ook nemen om gezond en veilig werken te realiseren.⁴⁵

In aanvulling op het zorgen voor veilige en gezonde werkomstandigheden, kunnen werkgevers faciliteren bij de vitaliteit van hun werknemers. Steeds meer werkgevers richten zich, al dan niet in samenwerking met zorgverzekeraars, op gezondheidsbevordering en vitaliteit bij hun werknemers, bijvoorbeeld via het aanmoedigen van stoppen met roken, het subsidiëren van sportschoolbezoek, het beperken van alcoholgebruik en het aanbod van ongezonde voeding in de bedrijfskantines of het aanbieden van digitale vitaliteitsplatforms.⁴⁶ Veel grote werkgevers bieden hun werkenden digitale (en goed afgeschermd) vitaliteitsplatforms aan, waarbij wer-

43 'Vraag naar bedrijfsartsen groeit en dat blijft zo', *Medisch Contact*, 28 november 2018, via:

<https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/vraag-naar-bedrijfsartsen-groeit-en-dat-blijft-zo.htm>

44 SER (2012) *Stelsel voor gezond en veilig werken*, Advies 12/08; SER (2014) *Betere zorg voor werkenden. Een visie op de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg*, Advies 14/07; SER (2019) *Verkenning Diversiteit arbeidsrelaties en arbeidsomstandigheden*, Verkenning 19/07.

45 SER (2019) *Verkenning Diversiteit arbeidsrelaties en arbeidsomstandigheden*, Verkenning 19/07.

46 RIVM (2015) *Factsheet Gezond Werk*, Bilthoven, via:

<https://www.loketgezondleven.nl/documenten/factsheet-gezond-werk>; zie ook de Richtlijnen van het Voedingscentrum voor een gezonde (bedrijfs)kantine: <https://www.voedingscentrum.nl/professionals/productaanbod-en-levensmiddelendatabank/horeca-catering-en-kantines/richtlijnen-gezondere-kantines.aspx>

kenden zelf aan de slag kunnen gaan met hun eigen gezondheidsdoelen én zij desgewenst ook snel tijdig professionele zorg vinden.

Tegenover het feit dat werk en de werkplek voor werkenden risico's voor de gezondheid met zich mee brengen, staat dat het verkrijgen van betaald werk voor mensen *zonder werk* in veel gevallen een sterk positief effect heeft op de fysieke en mentale gezondheid van mensen en zorgt voor een lagere zorgvraag en lagere zorguitgaven (figuur 6.3).⁴⁷ Uit onderzoek is bekend dat werkloosheid vaak samenhangt met een slechte fysieke en mentale gezondheid en hogere sterfte.⁴⁸

Hierin zijn ook grote sociaal-economische verschillen te zien. Dit zou bijvoorbeeld kunnen betekenen dat als werkloosheid onder laagopgeleiden zou dalen naar niveau bij hoogopgeleiden hun levensverwachting met twee jaar zou kunnen stijgen.⁴⁹ Het weer aan het werk helpen van mensen met een lagere sociaal-economische status zou daardoor een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen.⁵⁰ Om dit potentieel te realiseren is een inclusieve en toegankelijke arbeidsmarkt echter essentieel.

Figuur 6.3 De waarde van werk voor gezondheid



Bron: Centrum Werk Gezondheid.

47 Van der Noordt, M., H. IJzelenberg, M. Droomers en K. Proper (2014) Health effects of employment: a systematic review of prospective studies', in: *Occupational and environmental medicine*, 71:10, pp. 730-736. <http://dx.doi.org/10.1136/oemed-2013-101891>

48 Laditka, J.N. and S.B. Laditka, Unemployment, disability and life expectancy in the United States: A life course study, in: *Disability and Health Journal* 9 (2016), pp. 46-53. 10.1016/j.dhjo.2015.08.003; Van Rijn, R.M., S.J.W. Robroek, S. Brouwer, A. Burdorf (2014) Influence of poor health on exit from paid employment: a systematic review, in: *Occupational and Environmental Medicine* 71:4, pp. 295-301; Roelfs, D.J., E. Shor, K.W. Davidson, J.E. Schwartz (2011) Losing life and livelihood: A systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality, in: *Social Science & Medicine* 72:6, pp. 840-854. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.01.005>

49 Persoonlijke communicatie prof.dr. Lex Burdorf.

50 WRR (2020) *Werk, zaligmakend of ziekmakend? De relatie tussen arbeid en gezondheid*, pp. 11-13, via: <https://www.wrr.nl/binaries/wrr/documenten/working-papers/2020/01/15/werk-zaligmakend-of-ziekmakend/WP39-Werk-zaligmakend-of-ziekmakend.pdf>

De wijk en preventie

In de wijk of buurt komen veel aspecten van preventie samen. Gezondheid en welzijn van mensen wordt door veel factoren beïnvloed, zoals opleidingsniveau, inkomen, leefstijl, woon- en leefomstandigheden en toegang tot (zorg)voorzieningen of participatie. Daarom richt preventie zich steeds vaker niet alleen op het individu, maar ook op zijn of haar fysieke en sociale omgeving (ook een ‘community-based aanpak’ genoemd). Deze integrale aanpak en de bijbehorende samenwerkingsverbanden zijn vaak georganiseerd op wijk- of buurniveau, dichtbij de mensen én de omgeving waarom het gaat.⁵¹ Hierbij spelen niet alleen gemeenten en GGD'en een rol. Het gaat expliciet ook uit van een netwerk van beleidsmakers, zorgverleners, welzijnsprofessionals, thuiszorg, buurtverenigingen, scholen en bedrijven (figuur 6.4).

Wijkgerichte gezondheidsbevordering richt zich traditioneel op mensen in wijken waar veel problemen samenkomen en mensen met een lagere maatschappelijke positie. Gezondheidsproblemen die te maken hebben met de fysieke en sociale leefomgeving komen hier meer dan gemiddeld voor. Om de gezondheidswinst te boeken bij deze groepen, is volgens de WRR inzet nodig op terreinen zowel binnen als buiten de volksgezondheid, waarbij niet alleen gekeken wordt naar leefstijl. Maar ook naar mentale gezondheid, woon- en werkomstandigheden en toegang en kwaliteit van gezondheidszorg.⁵² Maar preventie in wijk of buurt richt zich niet alleen op wijken of buurten met multiproblematiek. Er is de afgelopen jaren veel kennis ontwikkeld – onder andere op initiatief van Agenda voor de Zorg en ZonMW⁵³ – over de samenhang tussen omgeving en gezondheid. Zo worden de centra van grote en middelgrote steden vaak gekenmerkt door andere problematiek dan kleine dorpen of Vinex-wijken.⁵⁴

51 RIVM (2018) *Toolkit Preventie in de Wijk. Samen werken aan gezondheid en welzijn van inwoners*, via: https://www.rivm.nl/sites/default/files/2019-05/RIVM_TOOLKIT_V25_TOEGANKELIJK_10052019_0.pdf

52 WRR (2018) *Van verschil naar potentieel: een realistisch perspectief op sociaal-economische gezondheidsverschillen*.

53 ZonMw, *Gezonde wijk en omgeving*: <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/preventie/gezonde-wijk-en-omgeving/>

54 RIVM, *Toolkit Preventie in de Wijk*.

Figuur 6.4 Wie speelt een rol bij preventie in de buurt?



Bron: RIVM.

6.5 Conclusies

Hoewel preventie vaak wordt gereduceerd tot gezondheidsbevordering en leefstijl-interventies, omvat preventie veel meer. Het gaat niet alleen om het individu en zijn of haar gezondheid, welbevinden, gedrag en risicokenmerken, maar ook over de 'gezondheid' van de sociale en fysieke werk- en leefomgeving van mensen: individueel gedrag komt tot stand in een fysieke en sociale omgeving. Een belangrijke factor daarin is (het hebben van betaald) werk. Kortom, preventie draait om het lichamelijk én mentaal gezond maken en houden van mensen én van hun omgeving: de stad, de wijk, de school én de werkplek. De raad onderschrijft dit standpunt volledig. Het uitgangspunt van preventie is de gezondheid en welbevinden van mensen. Dit vergt naar mening van de raad ook een gecombineerde én langdurige

inzet in alle geledingen van de samenleving en onderstreept het belang van een inclusieve samenleving en arbeidsmarkt. Immers, het grootste verbeterpotentieel op het gebied van preventie en welzijn ligt in het verkleinen van sociaal-economische gezondheidsverschillen.

Naast dat mensen meer gezondheid ervaren, levert preventie veel op voor de samenleving. Op basis van de analyses in dit hoofdstuk concludeert de raad dat de baten van preventie in verleden en heden groot zijn. We leven langer in goede gezondheid en vaak ook met een betere kwaliteit van leven dan decennia geleden. Bovendien heeft preventie ook grote maatschappelijke en economische baten gehad, waarvan we nu en in de toekomst de vruchten kunnen plukken. Effectieve preventie vergroot immers de inzetbaarheid van mensen op de arbeidsmarkt. Gezonde mensen kunnen meer en langer werken, ze hebben een lager ziekteverzuim en vallen minder vaak (blijvend) uit. Een goede fysieke en mentale gezondheid heeft bovendien een positief effect op de onderwijsprestaties van jongeren en ouderen – van essentieel belang in een flexibel wordende arbeidsmarkt waar een leven lang leren centraal staat. Bovendien bevordert een goede mentale gezondheid ook het effectief gebruik van de opgedane kennis. Via deze wegen heeft preventie een duidelijk positief effect op de arbeidsproductiviteit van mensen. Daarnaast dragen mensen als ze langer aan het arbeidsproces kunnen deelnemen, ook meer bij aan belastingen en sociale premies.

De baten van preventie strekken echter verder dan de arbeidsmarkt. Gezonde mensen zijn beter in staat om voor hun medemensen te zorgen. Preventie en inzetten op gezond ouder worden versterken ook de informele zorg, zeker onder net-gepensioneerden en jonge ouderen (75-) – de groep die traditioneel het meeste mantelzorg verleent.

De raad concludeert daarnaast dat het inzetten op de gezondheid en het fysieke en mentaal gezond houden van kinderen en jongeren nu op de langere termijn de zorgvraag voor een groot aantal chronische en psychische aandoeningen zal doen verminderen. Er is naar mening van de raad geen reden om *niet* in te zetten op een gezonde jeugd.

Naar mening van de raad moet preventie vooral ingezet worden voor meer gezondheid (en het bereiken van de hierboven genoemde baten). Of preventie leidt tot een vermindering van de groei van de zorguitgaven is immers onzeker en afhankelijk van een veelvoud aan andere factoren. Preventie grijpt in op de vraag naar zorg, maar de vraag naar zorg verdwijnt niet als mensen langer gezond leven. Empirisch onderzoek laat zien dat preventie de zorgvraag vertraagt of verkort maar zeker niet

wegneemt. Dit neemt echter niet weg dat een gezonde populatie en de daarmee gepaard gaande vertraging en/of vermindering van zorg en zorguitgaven een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de houdbaarheid van de zorg op de middellange termijn. Ook hier ziet de raad geen reden om *niet* in te zetten op preventie.

De raad ziet tevens dat er op het gebied van preventie in een aantal geledingen van de samenleving al veel gebeurt: op populatieniveau, in de wijk, in de school en kinderopvang, én in de leefomgeving. Op andere terreinen valt een wereld te winnen. Zo wordt in deze verkenning opgemerkt dat preventie op de werkplek nog onvoldoende tot stand komt. Tegelijkertijd signaleert de raad dat preventiebeleid op dit moment vaak tegen gepercipieerde en reële bestuurlijke en financiële schotten aanloopt. Preventie is vaak versnipperd, soms onsamenhangend en vaak tijdelijk van aard. Er is weinig geld beschikbaar voor lokale algemene preventieve voorzieningen in de wijk. Preventief en vroegtijdig aanbod bereikt mensen nu vaak erg laat, namelijk als het vraagstuk een serieus probleem is geworden en er een zwaardere zorg nodig is. Ook de samenwerking tussen rijk, gemeenten en verzekeraars om preventie lonend te maken, komt te stroef van de grond.

Tot slot concludeert de raad dat slechts voor een klein deel van de bestaande interventies bekend is of zij effectief zijn. De meest ingrijpende maatregelen zijn het beste onderbouwd en hebben ook het meeste bewijs voor effectiviteit: strenge regelgeving, accijnsverhogingen, herformulering van voedingsmiddelen. Daarnaast is er verhoudingsgewijs meer bekend over leefstijlinterventies en minder over interventies gericht op maatschappelijke en sociale problematiek onder jongeren en ouderen. Dit geldt nog sterker voor integrale interventies; hiervoor is er slechts op (kleine) onderdelen informatie beschikbaar. Naar mening van de raad is echter het gebrek aan bewijs in dit geval zeker geen bewijs dat het niet werkt.

Gegeven het bovenstaande, geeft de raad het volgende ter overweging.

Preventie vergt een langetermijnvisie

Naar mening van de raad vergt preventie een visie die verder reikt dan één kabinetsperiode: het is een kwestie van geduld en doorzettingsvermogen. De resultaten van preventieve interventies liggen (ver) in de toekomst en de baten daarvan meestal ook. Als preventie wordt beoordeeld op kortetermijnresultaten, is het bij voorbaat kansloos. Het gaat immers bij preventie om het bijsturen van individueel en collectief gedrag, maatschappelijke normen en waarden en ingrepen in de leefomgeving. Dit zijn per definitie langetermijnprocessen. Preventie vraagt naar oordeel van de raad dus per definitie om een langetermijnvisie, langetermijnfinanciering en

bestuurlijk doorzettingsvermogen. Bij structureel doorgezet beleid, kunnen de resultaten over een periode van tien, twintig of dertig jaar namelijk – zoals ook het preventiebeleid in Finland laat zien – wel degelijk spectaculair zijn. Deze aanpak vormt naar mening van de raad ook een goed vertrekpunt voor de nodige verbreding van preventie naar sociale en mentale gezondheid en welbevinden.

Zet structureel in op het versterken van lokale gemeenschappen en integrale preventieprogramma's

Naar de mening van de raad moet de mens altijd in sociaal-maatschappelijk perspectief worden gezien: gezin, familie en vrienden; buurt, school en sportvereniging, werk, lokale en landelijke overheid. Een *community-based* aanpak versterkt de weerbaarheid van mensen en voorkomt dat maatschappelijke problemen gemedicaliseerd worden. In het verlengde daarvan moet vooral ingezet worden op integrale preventieprogramma's. Integrale programma's richten zich op zowel individuele leefstijl als de fysieke en sociale leefomgeving van mensen. Onderzoek laat zien dat het *gelijktijdig* inzetten van *meerdere* integrale maatregelen vaak meer effect hebben dan individuele (leefstijl)interventies. Alleen een *samenhangend geheel* van wet- en regelgeving, economische prikkels en 'nudging', veranderingen in de fysieke omgeving, publiekscampagnes, voorlichting en individuele ondersteuning zorgt voor blijvende veranderingen in individueel gedrag, de leefomgeving en sociale normen.

Integrale preventie betekent aandacht voor werk, huisvesting, veiligheid en schulden

Om de potentiële gezondheidseffecten van preventie te maximaliseren en sociaal-economische gezondheidsverschillen te verkleinen is er naar mening van de raad vooral bij kwetsbare groepen structurele aandacht nodig voor achterliggende sociale problematiek. Dat betekent dat preventie bij mensen met een lagere sociaal-maatschappelijke status ook – of soms juist vooral – draait om schuldhulpverlening, het vinden van werk of het verbeteren van huisvesting en de inrichting van wijk of buurt. Pas dan ontstaat er mentale en financiële ruimte voor het verbeteren van de eigen leefstijl. Een goed voorbeeld hiervan is naar mening van de raad het initiatief van CZ en het Sociaal Hospitaal om in Den Haag bij 250 multiprobleemgezinnen de schulden over te nemen. Hierdoor valt bij deze gezinnen een groot deel van de stress weg en dat leidt weer tot een daling van de zorgvraag.⁵⁵ Ook voor het stimuleren van de gezondheid, welzijn en gelijke kansen van kinderen is schuldhulpverlening naar mening van de SER een cruciale factor.⁵⁶

55 Eidhof, B., S. Harchaoui (2017) Sociaal Hospitaal, in: *Tijdschrift voor Schuldsanering*, pp. 8-9; zie ook: ad.nl/economie/cz-gaat-schulden-overnemen-van-probleemgezinnen-a0d16416/

56 SER (2017) *Opgroeien zonder armoede*, Advies 17/03.

Ook ouderen zijn gebaat bij integrale preventie. Het moet dan *niet alleen* gaan om valpreventie, of het stimuleren van beweging en cognitieve functies, maar ook om woningaanpassingen en aanpassingen in de buurt, maar ook om goede faciliteiten, zoals winkels en zorgvoorzieningen. Dit kan juist bij deze groep een onnodige instroom in formele zorg voorkomen.

Integrale preventie vergt betere samenwerking, geen verkokering

Integrale preventie vergt volgens de raad niet alleen samenwerking op lokaal niveau, of tussen verschillende soorten professionals. Het vergt *ook* betere en intensievere samenwerking *binnen* en *tussen* ministeries. Integraal beleid gaat op departementaal niveau nu nog te vaak de ‘verkokeringsmachine’ in. Het feit dat er verschillende invullingen worden gegeven aan preventie in de verschillende zorgstelselwetten bevordert de samenwerking tussen verschillende zorgdomeinen en -professionals niet. Dit kan vereenvoudigd worden door preventie in alle domeinen (Wpg, Zvw, Wlz en Wmo) meer uit te laten gaan van wat mensen en groepen in samenleving nodig hebben, dan te redeneren vanuit stelselperspectief. Maar niet alleen binnen de wereld van Zorg, Welzijn en Preventie moet meer samengewerkt worden rond het *noden van burgers*. Ook interdepartementale samenwerking tussen ministeries kan naar mening van de raad intensiever en beter georganiseerd worden om *echt* verschil te maken in het continuüm tussen werk, bestaanszekerheid, huisvesting, leefomgeving en gezondheid. Dit loopt nu nog te vaak stuk op wrong-pocketproblemen en stelseldiscussies.

Zet in op de gezondheid en het welbevinden van de jeugd

De opbrengst van preventie is naar mening van de raad groter naarmate die eerder in het leven wordt ingezet.⁵⁷ Samenhangende en gerichte preventie verbetert niet alleen de fysieke en mentale gezondheid van kinderen, het verkleint ook achterstanden, verbetert schoolprestaties, mentaal kapitaal en mentale weerbaarheid *en* het bevordert gelijke kansen. Preventie bevordert daarmee niet alleen de gezondheid, maar ook het welbevinden van jongeren. Een samenhangend stelsel van voorzieningen voor jonge kinderen en gerichte inzet op (mentale) gezondheidsvaardigheden kan hier een belangrijke bijdrage aan leveren. Zo ontwikkelen de meeste psychische aandoeningen, zoals depressie, angst- en persoonlijkheidsstoornissen, zich voor het 24ste levensjaar openbaren.⁵⁸ Juist door eventuele (mentale) gezondheids- of ontwikkelingsproblemen bij kinderen in een vroeg stadium op te sporen, kan

57 SER (2016) *Gelijk goed van start. Visie op het toekomstige stelsel van voorzieningen voor jonge kinderen*, Advies 16/01.

58 Kessler, R.C., M. Angermeyer, J.C. Anthony, R. de Graaf, K. Demeyttenaere, I. Gasquet [et.al.] (2007) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative, in: *World Psychiatry*, 6(3), pp. 168-176.

dure (jeugd)zorg in een later stadium worden voorkomen. Hier liggen naar mening van de raad vooral kansen als het gaat om de samenwerking tussen de jeugdgezondheidszorg (consultatiebureaus, schoolartsen, etcetera), formele jeugdzorg én nadrukkelijk ook het Jongeren(welzijns)werk en schoolmaatschappelijk werk. Door middel van Jongerenwerk – dat vooral gericht is op het ondersteunen kinderen en jongeren bij duurzame gedragsontwikkeling op het gebied van school, werk, vrijetijd en gezonde en sociale leefstijl – kan voorkomen worden dat sociale problemen waar jongeren tegenaan lopen, worden gemedicaliseerd.⁵⁹

De raad betreurt dat de aandacht en waardering voor Jongerenwerk de laatste jaren is afgenomen. Naast de school spelen immers ook ondersteuning en voorzieningen in de wijk én in lokale gemeenschappen een belangrijke rol bij het aanleren van een gezonde leefstijl en het ondersteunen van kinderen in een gezonde ontwikkeling. Hierbij gaat het om speelplekken, sportverenigingen, culturele activiteiten, sociale relaties met vrienden, steun van ouders en andere volwassenen in de omgeving van jeugdigen, zoals pedagogisch medewerkers in peuterspeelzalen, kinderopvang, kinder- en jongerenwerkers en volwassenen in de buurt.

School belangrijke bij gezondheid en welzijn jongeren

Ook de school en het onderwijs nemen een belangrijke plaats in bij de gezondheid en het welzijn van kinderen. De overheid stimuleert dit in Nederland ook, bijvoorbeeld via programma's als Gezonde School en Gezonde Kinderopvang. De raad signaleert ook dat er tal van goede voorbeelden in het buitenland voorhanden zijn waarvan kan worden geleerd. Zo kan bijvoorbeeld het Finse onderwijsmodel als inspiratiebron dienen voor een 'gezonde' inrichting van het onderwijs.⁶⁰ Daarbij gaat het niet alleen om de inrichting van het schoolgebouw, maar nadrukkelijk ook om de inrichting van het *hele* curriculum. Uit recent wetenschappelijk onderzoek naar scholen in Finland blijkt bijvoorbeeld dat regelmatig bewegen (om de 45 minuten onderwijs) niet alleen goed is voor de gezondheid, maar dat het ook een positieve bijdrage levert aan leerprestaties.⁶¹ Bovendien is in Finland ook ervaring opgedaan met het introduceren van 'Gezondheid' als verplicht vak waarbij kinderen wordt geleerd om informatie over gezondheid zelf te kunnen vinden en begrijpen en om op basis daarvan zelf beslissingen te nemen. De raad realiseert zich ook dat er nu al heel veel van de onderwijssector wordt verwacht. De raad ziet de school dan ook nadrukkelijk als onderdeel van een breder geheel aan kind- en jeugdvoorzie-

59 Nederlands Jeugdinstituut (2019) *Het groeiend jeugdzorggebruik. Duiding en aanpak*, pp. 15-21.

60 LIKES - Research Center for Sport and Health Sciences, 'School make you move and sit still. Finnish Schools on the Move research results 2010 to 2015', via: https://liikkuvakoulu.fi/sites/default/files/liikkuvakoulu_schoolmakesyoumoveandsitstill.pdf

61 OECD, Obesity & Educational outcomes, in: *Fit Not Fat 2* (nog te verschijnen).

ningen. Invoering van dit soort integrale gezondheidsprogramma's in het onderwijs betekent naar mening van de raad ook dat hiervoor ruimte en randvoorwaarden moeten worden geschapen.

De werkvloer is een van de belangrijkste plekken voor preventie

De raad stelt vast dat werk een bron van zowel gezondheid is als risico's voor de gezondheid met zich mee brengt. Preventie op de werkvloer verloopt naar mening van de raad in drie lijnen: veilig en gezond werken, collectieve preventie op de werkplek en ondersteuning van de vitaliteit van individuele werknemers.

Het begint bij het borgen van veiligheid en gezondheid op het werk. De ziektelast, zorguitgaven en kosten van verzuim en arbeidsongeschiktheid veroorzaakt door ongevallen of ziekten als gevolg van blootstelling aan chemicaliën, fysieke overbelasting lawaai en stress, zijn hoog. De focus in arbocuratieve zorg moet niet langer liggen op het behandelen van *de gevolgen* van ongezond en onveilig werken (verzuimbegeleiding en re-integratie), maar op het *voorkomen* van arbeidsongevallen en ziekte door werk. De rol van de bedrijfsarts dient, naast begeleiding bij verzuim en re-integratie, met name ook gericht te zijn op preventie. Het startpunt hiervoor is naar mening van de raad een betere en bredere naleving en striktere handhaving van reeds bestaande Arbowetgeving met gebruikmaking van innovatieve wijzen van die handhaving. Zoals in eerdere SER-adviezen en -verkenningen als is benadrukt⁶², liggen hier belangrijke gedeelde verantwoordelijkheden voor zowel overheid, werknemers als werkgevers.

De raad ziet bovendien dat langdurig ziekteverzuim vaak wordt veroorzaakt door mentale klachten, zoals burn-out en depressie.⁶³ Burn-out en werkgerelateerde stress heeft zich in de loop van de tijd ontwikkeld tot een belangrijke beroepsziekte, waarbij Nederland opvallend slechter scoort dan het Europese gemiddelde.⁶⁴ Deze klachten hangen vaak samen met welbevinden, baanzekerheid, de mate van autonomie op en plezier in het werk en de sfeer op de werkvloer en werkdruk. Maar ook met de steeds vaker voorkomende druk op werknemers door combinatie van werk en zorgtaken, zoals het zorgen voor kinderen én het tegelijkertijd verlenen van

62 SER (2012) *Stelsel voor gezond en veilig werken*, Advies 12/08; SER (2014) *Betere zorg voor werkenden. Een visie op de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg*, Advies 14/07; SER (2019) *Verkenning Diversiteit arbeidsrelaties en arbeidsomstandigheden*, Verkenning 19/07.

63 Psychosociale belasting is één van de belangrijke oorzaken van langdurig verzuim, naast fysieke belasting en omgaan met gevaarlijke stoffen.

64 Zie: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/overspannenheid-en-burn-out/regionaal-internationaal/internationaal#node-internationale-vergelijking-werkgerelateerde-stress>

mantelzorg aan partner of ouders.⁶⁵ Meer aandacht van werkenden en werkgevers voor mentale gezondheid op de werkvloer kan hier naar mening van de raad een belangrijke preventieve rol spelen. Hoewel werkgevers de druk niet helemaal kunnen wegnemen, kan er met goede maatwerkafspraken een groot deel van de druk wel worden verlicht. Dit leidt tot minder uitval en een hogere productiviteit.

Tegelijkertijd signaleert de raad dat preventie op de werkvloer een stimulans kan krijgen door een betere samenwerking tussen kerndeskundigen (bedrijfsartsen, veiligheidskundigen, arbeidshygiënist en arbeids- en organisatiekundigen) van de bedrijven waar preventiemedewerkers een belangrijke rol spelen. Dat betekent echter ook een investering in expertiseontwikkeling, scholing van preventiemedewerkers en bedrijfsartsen in fysieke én mentale gezondheidsaspecten en een goede taakverdeling. Ook stelt de raad vast dat de samenwerking tussen de arbo-curatieve zorg en de regulier gezondheidszorg niet soepel verloopt. Er is een groot tekort aan bedrijfsartsen en de overdracht van patiënten en informatie-uitwisseling tussen bedrijfsartsen en bijvoorbeeld huisartsen of specialisten verloopt, al dan niet vanwege digitale barrières, vaak moeizaam. Ten slotte kunnen arbodiensten hun dienstverlening ook slimmer digitaal organiseren.

Preventie op het werk vergt een goed (re-)integratiebeleid

Met preventie kunnen evenwel niet alle arbeidsgerelateerde aandoeningen en beperkingen worden vermeden. Er is naar mening van de raad blijvende aandacht nodig voor (re-)integratie en baanroulatie binnen het bedrijf om uitval, arbeidsongeschiktheid of langdurig ziekteverzuim te voorkomen. Een groot deel van de werknemers die uitvallen met burn-outklachten geven immers aan niet goed in hun huidige functie te kunnen functioneren. Ook bij fysiek of mentaal zware beroepen (in de bouw of de zorg) kan bijvoorbeeld structureel gekeken worden of mensen nog goed op hun plek zitten, of dat een andere functie beter past. Ook re-integratie in een andere functie na langdurige ziekte of bij mensen met chronische aandoening past naar mening van de raad binnen dit streven.⁶⁶ Zo is bekend dat veel ex-kankerpatiënten blijvend last hebben van vermoeidheids- en concentratieklachten, waardoor ze vaak niet op hun oude functie kunnen terugkeren.

Meer ondersteuning nodig voor preventie op de werkvloer

De mate van betrokkenheid bij collectieve en individuele preventie verschilt tussen werkgevers. Betrokkenheid van alle partijen waaronder het medezeggenschapsor-

⁶⁵ SER (2016) *Een werkende combinatie. Advies over het combineren van werken, leren en zorgen in de toekomst*, Advies 16/08 en SER (2018) *Optimalisering verlof na geboorte kind*, Advies 18/01.

⁶⁶ SER (2016) *Werk: van belang voor iedereen. Een advies over werken met een chronische ziekte*, Advies 16/02.

gaan, is van groot belang. Omdat bij eenderde van de bedrijven een medezeggenschapsorgaan ontbreekt wordt een wettelijke gezamenlijke verantwoordelijkheid bij de uitvoering van een goed arbobeleid bemoeilijkt.⁶⁷ Naast en na preventie en gedegen arbobeleid is het naar mening van de raad belangrijk dat er op de werkvloer samengewerkt wordt aan vitaliteit. Dit kan bijvoorbeeld vorm krijgen door het (financieel) stimuleren van bewegen, gezonde voeding in de kantine, of het ondersteunen van werknemers bij het stoppen met roken of bij afvallen. Daarmee kan veel gezondheidswinst worden geboekt. Er zou naar mening van de raad veel kunnen worden gewonnen door preventie financieel aantrekkelijker te maken voor werkgevers, bijvoorbeeld door intensievere samenwerking tussen werkgevers en zorgverzekeraars. In dit verband wijst de raad op de 6,2 miljoen werknemers die via hun werkgever hun zorgverzekering hebben lopen, en waar de werkgever regelmatig uitgebreide afspraken hebben gemaakt om vitaliteit te stimuleren en ziekteverzuim te voorkomen. Door het afsluiten van meerjarige collectieve contracten kan naar mening van de raad ook ruimte ontstaan voor structurelere vormen van preventie op de werkvloer waarvoor een lange adem nodig is.

Werk als medicijn

Het verkrijgen of hebben van (betaald) werk heeft ook een positief effect op de gezondheid, met name bij mensen die (langdurig) werkloos zijn.⁶⁸ Het weer aan het werk helpen van mensen met een lagere sociaal-economische status zal daardoor een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Om dit potentieel te realiseren is een inclusieve en toegankelijke arbeidsmarkt essentieel.

Digitalisering en e-health geven nieuwe mogelijkheden voor vitaliteit en preventie

In ons dagelijks leven gebruiken we vaak de vele mogelijkheden van nieuwe technologieën: we navigeren naar onze bestemming, we zoeken een gezond gerecht dat we snel kunnen bereiden en we staan continu in verbinding met onze familie en vrienden. Maar dat dezelfde technologie ook een belangrijke bijdrage kan leveren aan een gezonde leefstijl is nog niet voor iedereen bekend. Terwijl de mogelijkheden eindeloos zijn: denk bijvoorbeeld aan gepersonaliseerde leefstijl- en boodschappenadviezen, persoonlijke gezondheidschecks en de verschillende *wearables*. Maar ook zijn er vele mogelijkheden om de mentale gezondheid te verbeteren, met apps en online tools om weerbaarheid te vergroten of GGZ-zorg online te ondersteunen.

67 Nalevingsonderzoek van de Inspectie geeft aan dat het nalevingspercentage recent is teruggelopen van 71 naar 67.

68 De relatie is niet helemaal onomstreden, zie: WRR (2020) *Werk, zaligmakend of ziekmakend? De relatie tussen arbeid en gezondheid*, via: <file:///nas01/serhomes/vonk/Downloads/WP39-Werk-zaligmakend-of-ziekmakend.pdf>

De raad constateert dat deze innovatieve toepassingen mensen beter in staat stelt gesteld om actief met hun eigen leefstijl en gezondheid aan de slag te gaan. Veel van deze toepassingen worden echter nog beperkt gebruikt en daarmee wordt de gezondheidspotentie nog niet gerealiseerd. Bovendien constateert de raad dat in de snel groeiende consumentenmarkt met gezondheidsgerelateerde diensten (apps en wearables) de publieke belangen nog niet goed geborgd zijn: zo is er veel kaf onder het koren in deze nieuwe markt. Daarom ondersteunt de raad van harte de voorstellen vanuit de Tweede Kamer om deze kansen beter te benutten én de publieke belangen te borgen.⁶⁹

Ook in de werksituatie ziet de raad hier kansen, uiteraard rekening houdend met privacywetgeving: veel grote werkgevers bieden hun werkenden digitale (en goed afgeschermd) vitaliteitsplatforms aan, waarbij werkenden zelf aan de slag kunnen gaan met hun eigen gezondheidsdoelen (of dat nu een gezonde leefstijl betreft of het voorkomen dat psychische klachten toenemen) én dat zij waar nodig tijdig professionele zorg nodig hebben. Omdat zo veel werkenden via hun werkgever de zorgverzekering hebben lopen, zijn juist zorgverzekeraars bij uitstek in staat om dit type oplossingen bij grote groepen werkenden te organiseren.

Structurele financiering van preventie noodzakelijk

Een van de knelpunten voor structurele aandacht voor preventie is de verbrokkelde financiering. Er is naar oordeel van de raad een mismatch tussen tijdelijke financiering en de veelal een langdurige looptijd van preventieprojecten. Financiering loopt nu nog vaak via verschillende stelsels. Er zijn verschillende binnen- en buitenlandse voorbeelden die de financiële ruimte voor preventiebeleid kunnen vergroten. Hierbij wordt vaak een preventiefonds geopperd, met een publiek-private governance. Voor de financiering hiervan kan gekeken worden naar buitenlandse voorbeelden. In Litouwen en Portugal is het bijvoorbeeld mogelijk voor burger en/of bedrijven om een bepaald percentage van hun inkomstenbelasting of btw te oormerken voor bepaalde preventieprogramma's – dit zou ook een ingang kunnen zijn voor de financiering van een centraal preventiefonds. In Duitsland zijn de *Krankenkassen* sinds een aantal jaar wettelijk verplicht om per verzekerde een bepaalde bedrag (7 euro) te reserveren voor het opzetten en ondersteunen van preventieactiviteiten.

⁶⁹ Zie 'Initiatiefnota van het lid Veldman over modern preventiebeleid: mensen ondersteunen bij een gezonde leefstijl', Kamerstuk 351821 en 351822 en de kabinetsreactie daarop (Kamerstuk 351823), via: <https://www.parlementairemonitor.nl/9353000/1/j9vvij5epmj1ey0/vkxig1rokwfwr>

Meer ruimte voor private investeringen in preventie

Ook *private investeringen* in preventie kunnen worden gestimuleerd. Zo word in Nederland geëxperimenteerd met Health Impact Bonds (bijvoorbeeld voor het Sociaal Hospitaal). Deze investeringsvorm stelt private partijen in staat om te investeren in preventie. Als de vorm van preventie leidt tot kostenbesparing, bijvoorbeeld doordat er minder valincidenten zijn en daardoor dure ziekenhuiszorg is voorkomen, dan krijgt de investeerder vanuit dit bespaarde bedrag de investering plus rente terug. Ook de gemeente of zorgverzekeraar profiteert van de gezondheidswinst. Met het bespaarde bedrag kunnen immers weer nieuwe investeringen worden gedaan. Het kan ook anders. In Frankrijk al enige tijd ervaring met het stimuleren van private investeringen door burgers en bedrijven in preventieprogramma's of andere maatschappelijke projecten via een door de overheid gegarandeerd keurmerk (Finansol). Ten slotte kan worden gekeken hoe investeringen in preventie financieel aantrekkelijker worden gemaakt voor werkgevers en werkenden, bijvoorbeeld door verruiming van de werkkostenregeling.

Meer aandacht voor gendersverschillen in preventie en zorg

De raad pleit voor meer aandacht voor gendersverschillen bij onderzoek, preventie diagnose en behandeling. Er zijn sterke aanwijzingen dat man-vrouwverschillen een belangrijke rol spelen bij het ontstaan – en dus ook het voorkomen – van lichamelijke en psychische aandoeningen. Dit vraagt ook om genderspecifieke vormen van preventie. In gezondheidsbeleid zou structureel rekening moeten worden gehouden met gendersverschillen. Dit levert niet alleen een grote bijdrage aan de kwaliteit van leven van vrouwen en mannen, maar het voorkomt het onnodig gebruik maken van zorg.

Preventie vraagt om andere vormen van bewijs en experimenteerruimte

Er is nog weinig bekend over de effectiviteit van integrale preventieprogramma's. Dit komt door twee zaken: a. er wordt weinig onderzoek naar gedaan; b. we onderzoeken het op de verkeerde manier. Complexe problemen waarbij niet alleen het individu maar ook zijn of haar sociale en fysieke omgeving een rol speelt vragen om een andere, meer op actieonderzoek gerichte aanpak dan de gebruikelijke Randomized Clinical Trial (RCT). Bij deze nieuwe aanpak moet niet alleen informatie over effecten op gezondheid worden verzameld, maar ook over het proces en contextuele factoren.

Dit is ook belangrijk omdat het vaak lang duurt voordat de effecten van interventies zichtbaar worden in gezondheidsuitkomsten. Als er alleen maar op gezondheidsuitkomsten wordt gefocust, kan er naar mening van de raad ten onrechte de conclusie worden getrokken dat een interventie geen effect heeft. Dit betekent ook een

herijking van het onderzoek naar de kosten en baten van preventie: van een focus op kosteneffectiviteit naar een meer maatschappelijke kosten-batenanalyse. Hierbij moet breder moeten worden gekeken dan alleen de effecten van preventie op het gebruik van zorg en de daarmee samenhangende zorguitgaven, maar ook op de maatschappelijke winsten die dit elders in de maatschappij oplevert, zoals in onderwijs of op de arbeidsmarkt en kwaliteit van leven.

Daarnaast vergen nieuwe manieren van onderzoek naar mening van de raad ook meer experimenteertruimte, waarbij mislukken *ook* een optie is, én structurele ont-sluiting, bijvoorbeeld via de RIVM-database over effectieve preventie.

Effecten van preventie op betaalbaarheid en houdbaarheid van de zorg

Zoals eerder in dit hoofdstuk is gememoreerd is het onzeker of meer inzet op pre-ventie ook direct leidt tot een vermindering van de groei van de zorguitgaven. Pre-ventie grijpt immers in op de vraag naar zorg, maar de vraag naar zorg verdwijnt niet als mensen langer gezond leven.⁷⁰ Dat neemt niet weg dat preventie naar mening van de raad een onschatbare bijdrage levert aan de gezondheid en het wel-bevinden van de Nederlandse bevolking. Ook ziet de raad nog genoeg verbeterpo-tentieel als het gaat om de gezondheidswinst, welzijnsverbetering en maatschappe-lijke en economische baten die door middel van preventie kunnen worden bereikt, vooral bij mensen met een lage sociaalmaatschappelijke positie. Deze verbeterin-gen in gezondheid dragen volgens de raad vooral *indirect* bij aan de betaalbaarheid (door meer welvaartsgroei en premieopbrengsten) en houdbaarheid van de gezond-heidszorg (door langere inzetbaarheid van mensen).

⁷⁰ Polder, J., A. Wong, B. Wouterse (2012) Vergrijzing: kosten en baten, in: J.H.M. Donders, C.A. de Kam (red.) *Zorg verzekerd? Naar houdbare financiering voor de gezondheidszorg*, p. 21.

7 Organisatie en digitale transformatie

7.1 Inleiding

De samenleving wordt steeds digitaler.¹ Technologische ontwikkelingen hebben invloed op ons leven, op ons werk en daarbuiten. De digitalisering van de samenleving wordt wel de ‘vierde industriële revolutie’ genoemd.² Steeds opnieuw moeten werkgevers en werknemers, beleidsmakers en burgers bepalen hoe zij met sterk veranderende omstandigheden willen omgaan. De meest recente grote verandering – de ‘derde industriële revolutie’ – was de komst van de informatie- en communicatietechnologieën (ICT). Die zijn inmiddels doorgedrongen tot alle sectoren van economie en maatschappij. De komende jaren volgt een nieuwe, ingrijpende ontwikkeling, als ICT-toepassingen verder worden geïntensiveerd. Juist hun brede toepasbaarheid maakt deze technologieën tot drager van deze vierde revolutie, waarin nog veel verdergaande, met elkaar samenhangende technologische toepassingen ontwikkeld worden. Denk aan apparaten die met elkaar communiceren (het ‘internet der dingen’), robots die door een combinatie van ICT en sensoren (deels) zelfstandig taken kunnen uitvoeren, digitale platforms die vraag en aanbod samenbrengen en technieken om grote hoeveelheden informatie te vergaren en te analyseren (‘big data’). Nieuwe digitale technologieën maken niet alleen nieuwe verdienmodellen mogelijk, maar kunnen in beginsel ook bijdragen aan de oplossing van maatschappelijke vraagstukken. De gezondheidszorg ondervindt voordeel van de verdergaande ICT-ontwikkeling. Die draagt bij aan de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg. ‘Big data’ kunnen bijvoorbeeld bijdragen aan het vinden van effectieve remedies en protheses komen binnenkort wellicht uit de 3D-printer. Dit hoofdstuk verkent de mogelijkheden van deze digitale transformatie om in de zorg te komen tot hogere kwaliteit en lagere uitgaven.

Onder digitale transformatie wordt in het algemeen verstaan de verreikende invloed van digitale informatie- en communicatietechnologieën op alle aspecten van onze samenleving; op ons gedrag, op ons emotionele en intellectuele welzijn, op het sociaal-culturele leven. In alle maatschappelijke domeinen – economie, onderwijs, politiek, opvoeding, vrijetijdsbesteding, sport, politiek, kunst enzovoorts – heeft de opkomst van het internet, mobiele telefoon en andere digitale apparatuur geleid tot ingrijpende veranderingen, wat ook geldt voor gezondheid en gezondheidszorg. Ook daar werd gesproken van een ‘digitale revolutie’ vanwege de

¹ SER (2016) *Verkenning mens en technologie, samen aan het werk*.

² Schwab, K. (2017) *The fourth industrial revolution*, Crown Publishers.

transformatieve effecten van het gebruik van technologie op het primaire proces van de hulpverlening; preventie en diagnostiek, zorg en therapie, en de nazorg. En vanzelfsprekend ook op het secundaire proces dat vooral de organisatie en coördinatie van de zorg betreft inclusief de onderliggende IT-systemen, Elektronische Patiëntendossiers (epd) en Elektronische Cliëntendossiers (ecd), datasystemen, gegevensuitwisseling, inkoop en administratie.

Er is geen strikte, alom geaccepteerde, definitie van digitale transformatie in de zorg. Tegenwoordig worden ook allerlei soorten medische en zorgtechnologie daarvoor begrepen omdat zij binnen een technologisch universum verbonden zijn met elkaar, met andere apparaten en andere mensen. Kenmerkend is dat het gebruik onafhankelijk van tijd en locatie kan plaatsvinden, wat een grote invloed heeft op de informatiestroom en de wijze van communiceren voor alle betrokkenen. De grens tussen thuisomgeving van de patiënt, de werkvloer van de zorgprofessional, vrije tijd van de burger en zorglocatie van de zorgaanbieder is vervaagd en ook is het gebruik van consumentenelektronica en professionele technologie niet meer strikt gescheiden van elkaar.

De verwachtingen van de digitale transformatie in de zorg zijn hooggespannen, in termen van invoering in de zorg, acceptatie door burgers en patiënten, en opbrengst in de vorm van gezondheidswinst en minder zorguitgaven. Uit onderzoeken en evaluaties blijkt dat de feitelijke opbrengst achterblijft bij de verwachtingen en dat ook maatschappelijke en economische kansen onbenut blijven. Er blijkt in de praktijk sprake te zijn van een aantal belemmeringen en randvoorwaarden voor een succesvolle implementatie. Dit hoofdstuk verkent de digitale transformatie in de zorg op een aantal van deze aspecten. Daaronder valt ook Juiste zorg op de juiste plek. Bij zowel de digitale transformatie als in Juiste zorg op de juiste plek is een belangrijke rol weggelegd voor de inzet van technologische innovaties bij het anders organiseren van de zorg, met behoud van de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg.

7.2 Plaatsbepaling: digitalisering in de zorg

Met de ‘digitale transformatie’ worden de onomkeerbare veranderingen aangeduid die gepaard gaan met de snelle opkomst van informatie- en communicatietechnologieën. De digitale revolutie betreft alle domeinen van de samenleving dus ook gezondheid, zorg en biomedisch onderzoek. Zorgactiviteiten met behulp van deze digitale technologieën worden wel aangeduid met termen als e-health, telemedicine, telehealth of digitale zorg. De betekenis daarvan verandert nu ook de meeste

medische hulpmiddelen en andere zorgtechnologieën gedigitaliseerd zijn. Via bluetooth of andere draadloze verbindingen kunnen ze worden ingezet en uitgelezen, onafhankelijk van plaats of tijd. Bovendien kunnen ze worden gekoppeld aan elkaar, waardoor er een medisch ‘internet of things’ is ontstaan. Daarin vallen e-health en medisch technologie steeds meer samen, en ook professionele en consumententechnologie convergeren omdat de zorg steeds vaker buiten het ziekenhuis plaats kan vinden. Voor een groot deel wordt die verandering al mogelijk gemaakt door digitale ontwikkelingen buiten de zorg. De mobiele telefoon omvat minstens alle voorgaande communicatiemiddelen van verfkwest en typemachine tot en met krant en bioscoop, en is alomtegenwoordig, sociaal, goedkoop, modieus, *many-to-many*, hier en nu (*real time*). Informatie- en communicatietechnologie maakt onderdeel uit van ons dagelijks leven, en beïnvloedt ons denken, voelen en doen. Ook in de zorg gebeurt er al veel meer dan veel mensen beseffen.

Digitalisering is meer dan technologie

De digitale technologie maakt niet alleen een andere organisatie en coördinatie van zorg mogelijk, maar vooral een andere manier van denken over de zorg als systeem, en de positie van patiënten/cliënten daar in.³ Ook in ons land: “(...) hoewel de naam het tegendeel doet vermoeden gaat digitale transformatie niet over technologie. Het gaat om hoe je een organisatie wordt waarbij de klant centraal staat. En digitaal de norm is.”⁴ In feite gaat het om een sociale innovatie die van de betrokkenen, uitdrukkelijk ook van zorgprofessionals, nieuw gedrag en nieuwe vaardigheden vraagt. Het gaat er om de ervaring die burgers en bedrijven in andere domeinen hebben, succesvol toe te passen op het terrein van gezondheid en zorg:

*E-health is de toepassing van zowel digitale informatie als communicatie om de gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen en/of te verbeteren.*⁵

Deze breedloppige definitie omvat weliswaar een diversiteit aan oude en nieuwe technologieën maar impliceert ook de vraag hoe gezondheid en zorg dan daarmee verbeterd kunnen gaan worden. Het aanbod aan technologieën neemt nog steeds toe, en genereert ook een vraag.

3 Eysenbach, G. (2001) What is e-health?, in: *Journal of Medical Internet Research* 2001;3(2):e20 <https://www.jmir.org/2001/2/e20>

4 Wit, P. de (2016) <https://www.computable.nl/artikel/opinie/development/5683279/1509029/wat-houdt-digitale-transformatie-eigenlijk-in.html>

5 <https://www.nictiz.nl/wp-content/uploads/E-health-Wat-is-dat.pdf> (maart 2019).

Trends in digitalisering in de zorg

De beschikbare literatuur biedt een relatief eenduidig beeld van de belangrijkste trends voor de zorg.⁶ Vier majeure ontwikkelingen kunnen daar een disruptieve doorbraak veroorzaken, of brengen op kleinere schaal al verbeteringen teweeg:

- het gebruik van kunstmatige intelligentie (*AI: artificial intelligence*) en data (*deep medicine*) maakt de zorg preciezer en meer ‘op maat’;
- de toepassing van telemonitoring ondersteunt zelfmanagement in de thuissituatie en zorg-op-afstand;
- het gebruik van *augmented reality/virtual reality*⁷ kan een effectief en doelmatig alternatief vormen voor conventionele zorg;
- en robotica vervult een ondersteunende rol in allerlei vormen en locaties van zorg.

Om hiervan optimaal te profiteren zou de zorg anders georganiseerd moeten worden. Zodanig dat deze technologieën in de kernprocessen van de zorgverlening worden geïntegreerd. In de Nederlandse zorg zijn van alle vier trends, op kleine schaal, vele voorbeelden te vinden zoals telemonitoring, interactieve websites, zorgrobots, gezondheidsapps, teleconsultatie, platforms of *serious gaming*.⁸

De markt voor zorgtechnologie

De markt voor zorgtechnologie neemt gestaag in belang toe en is een belangrijke economische sector voor Europa en voor Nederland.⁹ Europa is na de VS de grootste producent van zorgtechnologie-producten, en staat zelfs bovenaan als belangrijkste exporteur. De totale omzet van zorgtechnologieproducten in Europa wordt geschat op 100 miljard euro, waarmee bijna 600 duizend banen zijn gemoeid. Nergens worden zoveel patenten aangevraagd: ruim 11 duizend per jaar; het gaat om een innovatieve groeiemarkt. De geschatte omvang van de Nederlandse markt voor zorgtechnologie ligt tussen de 2,4 en 4,1 miljard euro.¹⁰ KPMG¹¹ schat de Nederlandse medisch-technologische markt op circa 4,7 miljard euro. De markten voor intra-

6 Voor een uitgebreidere toelichting op de beschreven trends zie RIVM (2018) *Horizon Scan of Medical Technologies*; Ecorys (2018) *The Future of the Medical Technology Market*; VNO-NCW en MKB-Nederland (2017) *Vooruit met de zorg: beter, slimmer, menselijker*; Kool, T. (2019) Maakt e-health de toekomstige zorg betaalbaar, in: Jeurissen, P. [et.al.] *Betaalbare zorg*; Stichting Toekomstbeeld der Techniek (2015) *Beter?: Toekomstbeelden van technologie in de zorg*.

7 AR = aangevulde realiteit geeft een beeld van de werkelijkheid waaraan elementen door de computer zijn toegevoegd (bijv. op het beeld van de camera op de mobiele telefoon worden locaties van defibrillators in de openbare ruimte toegevoegd).

VR = door de computer gesimuleerde werkelijkheid die bijvoorbeeld met een speciale bril zintuiglijk ervaren kan worden.

8 Serious gaming = gebruik van computerspellen voor andere doelen dan vermaak, zoals het opdoen van kennis en vaardigheden over bijvoorbeeld preventie, gezondheid en ziekte.

9 MedTech Europe (2015) *The European Medical Technology Industry in Figures*.

10 Zie *De waarde van de zorgtechnologie*, p. 11. De cijfers zijn gebaseerd op onderzoek van Ecorys en geciteerd onderzoek van Gupta Strategists en MedTech Europe.

11 KPMG (2018) *The MedTech Market of The Netherlands*.

murale (2,4 miljard euro) en extramurale hulpmiddelen (2,3 miljard euro) zijn daarbij ongeveer gelijk. Dat is zo'n 5 procent van de totale zorguitgaven in Nederland. Zo'n 500 tot 700 bedrijven in Nederland zijn actief op de medisch-technologische markt waarvan zo'n 95 tot 97 procent een midden- of kleinbedrijf is. Gupta Strategists stelt op basis van eigen onderzoek dat de inkoopkosten van Nederlandse ziekenhuizen exclusief dure medicijnen jaarlijks met 5 procent toenemen. Het overgrote deel van deze groei wordt veroorzaakt door de toenemende inkoop van medische producten en ICT.¹²

Bijgestelde verwachtingen

Aanvankelijk waren de verwachtingen over de impact van digitalisering in de zorg hooggespannen. Digitale zorg zou de effectiviteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg voorgoed verbeteren, de positie van patiënten versterken, de professionaliteit en het werkplezier van zorgverleners vergroten. De overtuiging dat digitalisering een enorme belofte inhoudt voor alle aspecten van zorg en een disruptieve impact heeft op het gehele zorgstelsel wordt door velen gedeeld. Dat komt mede doordat ontwikkelingen in de digitale industrie snel gaan en soms zeer spectaculaire toepassingen vinden die het bovendien goed doen in de marketing. Veel innovaties zijn direct gebonden aan de behandeling van bepaalde aandoeningen zoals pacemakers bij hartproblemen. Maar een deel van de nieuw ontwikkelde technologieën biedt de mogelijkheid om zorg op een fundamenteel andere wijze te organiseren. Inmiddels zijn die verwachtingen bijgesteld. De werkelijkheid van de zorg is trager en vraagt om aandacht voor de patiënt en ruimte voor de zorgprofessional. In andere sectoren heeft die transformatie grote consequenties gehad voor hoe organisaties hun kernprocessen inrichten en heeft dat geleid tot een ander verdienmodel, een hogere kwaliteit en arbeidsproductiviteit. In de preventie, en de curatieve en langdurige zorg is zo'n disruptieve beweging vooralsnog beperkt zichtbaar.¹³

De afgelopen tijd zijn er veel beleidsenergie en budget gezet op het stimuleren van e-health. Desondanks heeft het gebruik ervan door zorgprofessionals en patiënten in de praktijk nog geen grote vlucht genomen. Uit de respectieve e-health-monitors¹⁴ sinds 2014 blijkt dat vraag en aanbod door de bank genomen weliswaar gestaag toenemen, maar dat deze beweging tamelijk marginaal is en beperkt is geïntegreerd in de reguliere zorgprocessen. De meest recente monitor laat zelfs een daling in beeldbellen door verpleegkundigen zien (15 procent), en bijvoorbeeld

12 Gupta Strategists (2017) *Waardegedreven inkoop*, p. 11.

13 McKinsey Global Institute (2016) *Digital Europe: Pushing the Frontier, Capturing the Benefits*, p. 11.

14 Nictiz/Nivel, e-health monitor 'Op naar meerwaarde' (2014); 'Tussen vonk en vlam' (2015); 'Meer dan techniek' (2016); 'Kies bewust voor e-health' (2017); 'e-health in verschillende snelheden' (2018); 'Samen aan zet!' (2019), Den Haag: Nictiz.

slechts een gering percentage zorggebruikers dat gebruikmaakt van patiëntenportalen (10 procent) ondanks de sterke toename in het aanbod. Hoewel steeds meer huisartsen de mogelijkheid bieden, maken patiënten ook nog maar weinig gebruik van teleconsultatie. De eerder gestelde ambitieuze landelijke beleidsdoelen zijn nauwelijks gehaald.

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat vormen van *blended care* op dit moment het meest veelbelovend zijn.¹⁵ Dit gaat om conventionele zorg gecombineerd met het gebruik van digitale technologie zoals internet of mobiele telefoon. Daarvoor bestaat kennelijk voldoende draagvlak onder zorgprofessionals en patiënten. Met name bij welomschreven chronische ziekten als COPD en hartfalen, en in de geestelijke gezondheidszorg. In verschillende specialismen wordt op kleinere schaal van geavanceerde toepassingen gebruikgemaakt. Het gebruik van VR bij pijnbestrijding bijvoorbeeld, schedeloperaties met behulp van 3D-printing of sociale robots in de ouderenzorg. In het algemeen bestaat er nog gebrek aan goed uitgevoerd wetenschappelijk onderzoek over de werkzaamheid en doelmatigheid van innovatieve zorginterventies.

De introductie van nieuwe technologieën geeft ook aanleiding tot maatschappelijk onbehagen over privacyschending, gevoelens van onveiligheid, wantrouwen of uitsluiting. De vraag is dan of deze innovaties ook werkelijk verbeteringen zijn voor de patiënt om wie de zorg tenslotte draait. Kan iedereen er ook goed genoeg mee omgaan? De kwetsbaarheid van digitale systemen die alle met elkaar samenhangen is onmiskenbaar toegenomen, net als (internationale) cybercrime en de moedwillige inbreuk op datasystemen, ook in de zorg.

Nederland doet het wat digitale zorg aangaat tegenwoordig minder goed dan landen als Spanje, Portugal, Engeland, Zweden en Denemarken. De Digital Health Index¹⁶ positioneert Nederland op de achtste plaats in Europa. De gewenste ondersteuning van zelfmanagement en regie loopt hierdoor vertraging op. Juiste zorg komt minder makkelijk op de juiste plek. En Nederland mist in bredere betekenis kansen voor burgers, bedrijven, samenleving en economie.

¹⁵ <https://doi.org/10.1016/j.cej.2018.01.001>

¹⁶ https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Der_digitale_Patient/VV_SHS-Studie_EN.pdf

7.3 Juiste zorg op de juiste plek

Juiste zorg op de juiste plek kan worden omschreven als een overkoepelend plan om de zorg meer integraal in te richten waarbij de nadruk ligt op samenwerken en regionaliseren, waarbij de inzet van digitale innovaties een grote rol speelt. Er is een sterke samenhang tussen de bewegingen van de digitale transformatie en van de Juiste zorg op de juiste plek. Bij de invulling wordt duidelijk dat er bovendien sprake is van relaties met andere terreinen waaronder substitutie (zie hoofdstuk 5), preventie (zie hoofdstuk 6) en de positie van de zorgprofessional (zie hoofdstuk 8).

In het Regeerakkoord van het huidige kabinet staat het als volgt omschreven: “Uitgangspunt is goede zorg voor iedereen op de juiste plek op het juiste moment.” In een onderzoek van KPMG¹⁷ wordt de Juiste zorg op de juiste plek omschreven als:

- zinnig (gepast), aansluitend bij de richtlijnen;
- toegankelijk voor iedereen die dat nodig heeft binnen de normen voor maximaal aanvaardbare wachttijden;
- van dezelfde of betere kwaliteit te bepalen op basis van uitkomsten van zorg en ondersteuning op zowel klinisch niveau als op patiëntervaring;
- voor de laagst mogelijke integrale kosten (over de hele keten).

Onder de noemer van de Juiste zorg op de juiste plek wordt voorts een breed palet aan beleidsopties en maatregelen begrepen. Het betreft een transitie waarbij een verschuiving van tweede- naar eerstelijnszorg plaatsvindt (substitutie, zie hoofdstuk 5) en naar de burger/patiënt. Dit past in een langere trend van het leveren van zorg dichterbij huis. Zo is bijvoorbeeld het aantal dagbehandelingen tussen 1996-2012 met 34 procent toegenomen en is de gemiddelde ligduur tussen 2008-2012 met 20 procent afgenomen.¹⁸ Huisartsen hebben veel kleinere verrichtingen overgenomen van het ziekenhuis. Patiënten doen daarnaast steeds meer zelf, en nieuwe technologieën als *e-health*, kunnen hen daarbij helpen en faciliteren zorg op maat. De Taskforce¹⁹ die de uitvoering van de Juiste zorg op de juiste plek ondersteunt, hanteert het volgende kader:

- Preventie: voorkomen dat mensen ziek(er) worden;²⁰
- Voldoende zorg bieden in de nuldelijn (thuis, e-health);
- Het bevorderen van zelfmanagement van patiënten (ook via e-health);

¹⁷ KPMG (2018) *Juiste zorg op de juiste plek; Onderzoek naar condities en consequenties*.

¹⁸ Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (2016) *25 jaar patiënt in beeld. Brancherapport algemene ziekenhuizen*.

¹⁹ VWS (2018) *Taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek*.

²⁰ Zie ook de Initiatiefnota modern preventiebeleid en de kabinetsreactie daarop:
<https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/amendementen/detail?id=2019D29811>

- Goede overgang tussen Zvw/Wmo- en Wlz-zorg;
- Verplaatsing van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn, en het sociaal domein;
- Goede samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars als financiers;
- Het verplaatsen van zorg van de derde naar de tweede lijn en binnen de tweede lijn;
- Taakherschikking binnen verschillende sectoren en het bevorderen van gepast gebruik;
- Netwerkvorming (of samenwerking) rondom de patiënten.

Er zijn verschillende projecten die aangeven dat Juiste zorg op de juiste plek positief uitwerkt in de zin van gezondheidswinst voor burgers, beter welzijn, efficiënte zorgverlening en minder zorguitgaven. Bovengenoemd kader met de betrokken partijen en de condities laten zien dat afstemming en samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders en zorgfinanciers cruciaal is (zie kader). Dit vraagt bijvoorbeeld om investeringen waarbij de opbrengsten later komen. Regionale zorgnetwerken spelen daarin een steeds belangrijker rol. Verder is ook taakverdeling en concentratie in de ziekenhuiszorg nodig daar waar het de kwaliteit van zorg verbetert. Ook op dit domein is afstemming en samenwerking geboden. Ondersteuning van burgers/patiënten met diverse vormen van e-health is hier onderdeel van. Voor het succesvol implementeren van de Juiste zorg op de juiste plek is het belangrijk dat er aan een aantal condities wordt voldaan:²¹

- Burgers en professionals zijn voldoende toegerust op de nieuwe ontwikkelingen;
- ICT die over sectorgrenzen heen werken mogelijk maakt;
- Beschikbaarheid en inzet van technologie;
- De juiste organisatiegraad en infrastructuur;
- Financiering die op zijn minst niet hindert;
- Leiders die over hun schaduw heen stappen.

Samenwerking conditio sine qua non

Sinds 2015 loopt in het Limburgse Afferden het eerstelijns zorginnovatieproject Meer tijd voor de patiënt. Het begon als experiment om de normpraktijk te verlagen (naar 1800 pts/1 fte huisarts) maar met een integrale visie op 'positieve gezondheid' ontleend aan Machteld Huber c.s. Door een bijdrage van zorgverzekeraar VGZ konden huisartsen meer tijd besteden aan patiëntencontact en dat leidde tot minder zorgkosten omdat problemen van patiënten vaker op niet-medische manier werden opgelost. Zo waren er in drie jaar tijd 25 procent minder verwijzingen naar de tweede-

21 KPMG (2018) *Juiste zorg op de juiste plek; Onderzoek naar condities en consequenties*.

lijnszorg (landelijk steeg dit cijfer met 4 procent in die periode). Ervaren kwaliteit van zorg en ook het werkplezier namen ondertussen toe. Dit veelgeprezen initiatief past naadloos bij de juiste zorg op de juiste plek, bij de HLA MSZ (minder druk op de tweede lijn) en de Hoofdlijnakkoorden (HLA) Huisartsenzorg (meer tijd voor de patiënt). De niet-uitgegeven zorgkosten (in 2017: ca. 500 duizend euro) zouden in een 'dorpsfonds' worden gestort om in eigen beheer welzijn en preventie mee te financieren. Eind 2019 bleek dat de pilot niet kon uitbreiden met andere huisartsenpraktijken die graag wilden aansluiten. De opschaling werd door VGZ afgeremd omdat de daling van het aantal verwijzingen leidde tot een daling van de omzet van Maasziekenhuis Pantein in het nabijgelegen Boxmeer dat financieel in zwaar weer verkeerde. Zonder samenwerking door overheden, verzekeraars, zorgaanbieders, burgers kunnen de schijnbaar tegenstrijdige belangen niet worden overstegen, en stagneert de noodzakelijke transformatie. Dat is in niemands belang.

Versterking van de positie van patiënten

Het verplaatsen van zorg naar de thuisomgeving van de patiënt is onderdeel van de strategie om zorg anders te organiseren. Zelfzorg en zelfmanagement kunnen in beginsel goed plaatsvinden wanneer deze ondersteund worden met daartoe ontwikkelde technologie. Afhankelijk van de aandoening kan het gaan om telemonitoring, teleconsultatie, mobiele technologie of domotica. Dit vraagt om begeleiding en instructie van de patiënt, want ook digitale vaardigheden moeten worden aangeleerd. Ook van de zorgverlener wordt gevraagd zich aan te passen en het zorgproces daar op in te richten. Zelfregie van patiënten kan verder bijdragen aan het voorkomen van zorguitgaven. Een deel van de ziekenhuiszorg zou mogelijk ook thuis geleverd kunnen worden,²² het raadplegen van de site Thuisarts.nl heeft aantoonbaar tot minder (telefonische) consulten geleid, en ook de gezondheidswebsite Apotheek.nl wordt door een breed publiek gebruikt en gewaardeerd. In deze ontwikkelingen komen digitale transformatie, Juiste zorg op de juiste plek en meer regie voor patiënten samen. Daar liggen een aantal ontwikkelingen in de zorg aan ten grondslag. Het aantal mensen met chronische aandoeningen zal in de toekomst verder stijgen.²³ Het aandeel ouderen met meerdere chronische aandoeningen zal in de komende 25 jaar met ongeveer 30 procent toenemen. Het gaat dan met name om ziekten als artrose, diabetes, COPD, hartfalen en reuma.²⁴ Patiënten komen zo

22 <https://gupta-strategists.nl/studies/no-place-like-home>

23 RIVM (2018) *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018*; Jeurissen, P., H. Maarse, M. Tanke (2018) *Betaalbare Zorg*, p. 237.

24 Taskforce Zorg op de juiste plek (2018) *De juiste zorg op de juiste plek*, p. 11.

vaker in aanraking met meerdere zorgverleners, waaronder ook mantelzorgers. Er komt daardoor ook meer nadruk te liggen op de ‘eigen regie’ van de patiënt. De vraag naar een meer individuele benadering van gezondheid neemt toe.²⁵ Patiënten zullen zich ook buiten de verzekerde zorg begeven, op een consumentenmarkt waar allerlei producten worden aangeboden die hen in staat stelt de eigen gezondheid te bewaken onder meer met behulp van technologie.

Werkbezoek Haaglanden Medische Centrum (HMC) | Ziekenhuiszorg

Op werkbezoek in april 2019 spraken we met bestuurders, managers, huisartsen en specialisten over wat de juiste zorg op de juiste plek voor hen betekent. HMC neemt deel aan het project Gezond en gelukkig Den Haag, een regionaal netwerk van gemeente, zorg- en welzijnspartners, LUMC-Campus Den Haag, burgerinitiatieven, kennisinstituten en zorgverzekeraars. Hier wordt samengewerkt door de hele zorgketen heen en vanuit een gezamenlijk regionale visie: *shared decision making*, zorg dichterbij de patiënt organiseren, gezondheidsverschillen verkleinen en kosten verminderen. Minder ziekenhuiszorg betekent meer beroep op de eerste lijn. Daarom zijn er verschillende initiatieven rondom bijvoorbeeld de anderhalflijszorg, preventie en ouderenzorg. Specialisten zien hun patiënten bij de huisarts. Daarover is met verzekeraars afspraken gemaakt. Goed voor iedereen. Aan vier ‘thematafels’ (herontwerp systemen, e-health/ICT, arbeidsmarkt en preventie) wordt de aanpak besproken. Obstakels zijn er ook: ICT-systemen die niet op elkaar aansluiten en gegevensuitwisseling belemmeren, maar ook: gebrek aan regie bij het doelmatiger en beter maken van de zorg. Hier was eerder sprake van een probleem doordat er verschillende zorgverzekeraars bij betrokken zijn, inmiddels hebben betrokken partijen hiervoor een oplossing gevonden.

Dit laatste kan worden geïllustreerd aan de hand van de groei van aanbod en het gebruik van apps en *wearables*. In 2017²⁶ waren er ongeveer 325 duizend gezondheidsapps verkrijgbaar voor consumenten. Voor elk denkbaar gezondheidsprobleem is wel een specifieke app beschikbaar. Nederland wordt door ontwikkelaars gezien als een aantrekkelijke markt voor gezondheidsapps. De helft van de Nederlanders gebruikt een of meerdere gezondheidsapps. Het gebruik van wearables,

²⁵ Taskforce Zorg op de juiste plek (2018) *De juiste zorg op de juiste plek*, p. 11.

²⁶ Research2Guidance (2017) *mHealth App Economics 2017/2018: Current Status and Future Trends in Mobile Health*. De cijfers die volgen komen allen uit dit rapport, tenzij anders aangegeven.

gezondheidsmeters die op het lichaam gedragen worden, is de afgelopen jaren sterk gegroeid. Smartwatches en andere slimme armbandjes zijn inmiddels een bekende gadgets, maar sensortechnologie kan ook verwerkt worden in bijvoorbeeld ringen, oordopjes, kleding of pleisters. De voornaamste functie van dit soort technologie is het, soms continu, meten van allerlei biologische variabelen, zoals temperatuur, houding, hartslag of bloedsuiker.

Bij deze ontwikkelingen zijn kanttekeningen te plaatsen. De meeste apps en wearables zijn niet of nauwelijks wetenschappelijk onderzocht. Meestal is het niet duidelijk of een app de beweerde effecten heeft of hoe dat zou zijn aangetoond. Hun klinisch nut, betrouwbaarheid of effectiviteit is over de gehele linie twijfelachtig.²⁷ De onderzoekers concluderen verder dat aan het privacybeleid van veel apps nog veel te verbeteren valt. Ook hier zijn consumenten niet altijd voldoende van op de hoogte. Onder andere het Centrum voor Ethiek en Gezondheid pleit daarom voor terughoudendheid bij het aanmoedigen van apps en wearables ook vanwege neveneffecten die zich kunnen voordoen bij de interpretatie van de metingen door de gebruiker wanneer ze wél betrouwbaar zijn.²⁸ Ook hier liggen dus uitdagingen voor toegankelijkheid, gebruiksgemak, veiligheid, privacy en het toezicht daarop.²⁹ De raad constateert elders (zie hoofdstuk 6) dat in de snel groeiende consumentenmarkt met gezondheidsgerelateerde diensten (apps en wearables) de publieke belangen nog niet goed geborgd zijn: zo is er veel kaf tussen het koren in deze nieuwe markt. Daarom ondersteunt de raad van harte de voorstellen vanuit de Tweede Kamer om deze kansen beter te benutten én de publieke belangen te borgen.³⁰

Het proces Samen beslissen is een mooi voorbeeld van verandering binnen de kaders. Voor zorgprofessionals staat de zorg voor de patiënt centraal. De patiënt zelf is steeds beter ingevoerd in de gezondheidsproblematiek en vraagt om meer eigen regie en betrokkenheid bij de keuze voor een behandeling. Vanuit die invalshoek wordt vaak gepleit voor sterker inzetten op Samen beslissen in de reguliere zorg. Dat betekent dat zorgverleners een meer coachende rol krijgen. Gezamenlijk beslissen heeft effect op zowel de assertiviteit als het kennisniveau van de patiënt en patiënten zijn tevredener met het besluitvormingsproces en ervaren minder spijt over de gemaakte beslissing. Er zijn aanwijzingen dat Samen beslissen effect heeft

27 Singh, K. [et.al.] (2016) Many Mobile Health Apps Target High-Need, High-Cost Populations, But Gaps Remain, in: *Health Affairs* 35. De onderzoekers concluderen verder dat er ook aan het privacy-beleid van gezondheidsapps over het algemeen nog veel te verbeteren valt. Ook hier zijn consumenten niet altijd voldoende van op de hoogte.

28 <https://www.gezondheidsraad.nl/actueel/nieuws/2020/01/30/niet-blind-vertrouwen-op-gezondheidsapps-en-wearables>

29 Yetisen, A.K. [et.al.] (2018) Wearables in Medicine, in: *Advanced Materials* 30.

30 Zie 'Initiatiefnota van het lid Veldman over modern preventiebeleid: mensen ondersteunen bij een gezonde leefstijl', Kamerstuk 351821 en 351822 en de kabinetsreactie daarop (Kamerstuk 351823), via: <https://www.parlementairemonitor.nl/9353000/1/j9vvij5epmj1ey0/vkxig1rokwfwr>

op kwaliteit van leven, gezondheid en kosten. Zo leidt het ook tot minder operaties. Samen beslissen wordt evenwel niet primair ingezet om kosten te verlagen of gezondheid te verhogen, maar om patiënten meer te betrekken in het besluitvormingsproces zodat een individueel passende behandeling kan worden gegeven. Uit onderzoek blijkt overigens dat Samen beslissen niet zonder slag of stoot wordt geïmplementeerd. Het leidt bijvoorbeeld, door minder operaties, tot onbenutte ok-capaciteit en inkomensverlies voor ziekenhuizen of maatschappen. Het systeem van betaling voor behandelingen geeft een perverse prikkel aan opties om niet te behandelen te negeren.³¹ Kunstmatige intelligentie en big data worden momenteel in talrijke pilotstudies onderzocht voor toepassing in preventie en diagnostiek. Van opschaling is nog geen sprake.

Werkbezoek Academy Het Dorp | Langdurige zorg

In mei 2019 op werkbezoek bij Academy Het Dorp, onderdeel van Siza. Deze zorgorganisatie biedt ondersteuning en zorg aan mensen met een lichamelijke, verstandelijke of meervoudige beperking en aan mensen met autisme of niet-aangeboren hersenletsel: van thuiszorg tot aan 24-uurs zorg in een woongroep en van behandeling tot begeleiding naar werk. Er zijn 150 locaties verspreid over Gelderland en Midden-Brabant. Het Dorp is een woongemeenschap voor mensen met een beperking die bekend staat om zijn vernieuwende aanpak. Er is een enorme ambitie. Wij waren benieuwd naar hoe technologische en sociale innovatie hier tot stand komt. Dat gebeurt in samenwerking tussen (tech)bedrijven, zorgorganisaties, onderzoekers, zorgprofessionals en patiënten of andere



31 Savelberg, W., D. de Bruijn (2019) *Samen Beslissen: ziekenhuis & zorgverzekeraar in gesprek*. Rapport, Maastricht: Maastricht UMC.

ervaringsdeskundigen (sociale innovatie). Er zijn vele projecten en initiatieven op het gebied van robotica, domotica (meedenkende woning), kunstmatige intelligentie (roostering) of sensortechnologie (valdetectie). Het doel is om het leven van cliënten makkelijker/leuker/vrijer te maken maar ook om de zorg betaalbaar te houden, wat een hele klus is gezien de krapte op de arbeidsmarkt en de steeds complexer wordende zorgvragen.

Bron: Academy Het Dorp (2019) *Verslag werkbezoek SER*.

Overgangen over de grenzen van zorgsystemen

Een doel van Juiste zorg op de juiste plek is om de overgangen van patiënten tussen de verschillende wetten, regelingen en domeinen binnen en buiten de zorg te vergemakkelijken. De zorg kent vele wettelijke kaders, systemen en regelingen (zie ook hoofdstuk 2). Elke zorgsector heeft zo een eigen financiering, uitvoering, kwaliteitseisen en toezicht. Voor burgers met een zorgvraag is niet zozeer het systeem relevant maar levert de overgang van zorg vanuit een bepaald zorgdomein naar een ander zorgdomein nog wel de nodige problemen op. Belemmeringen zijn onder meer te vinden in de schotten tussen de verschillende zorgstelsels (Zvw, Wlz, Wmo).

Met de introductie van de zorg via de Wmo ontstaan problemen bij de overgang van zorg uit hoofde van de Wlz naar zorg via de Wmo. Dat is voor burgers onoverzichtelijk. Wie bijvoorbeeld vanuit de langdurige intramurale zorg onder de Wlz de stap wil maken naar thuis wonen met zorg vanuit de Wmo, stuit bijvoorbeeld op het punt dat niet alle voorzieningen die wel onder de Wlz vallen ook onder de Wmo vallen. Persoonlijke verzorging valt wel onder de Wmo maar financiering van technische voorzieningen die noodzakelijk zijn om zelfstandig te kunnen wonen weer niet. Dat werpt een drempel op voor mensen om hun eigen leven in te richten met passende zorg.³²

Ook bestaat er nog een probleem rond huisvesting tussen Wlz en Wmo. Het verschil in huisvesting in beide voorzieningen is voor sommigen eenvoudig te groot. Hier ligt een taak voor het volkshuisvestingsbeleid. De aansluiting tussen verpleeghuis en palliatieve zorg is in de praktijk evenmin optimaal. Belemmeringen door de schotten tussen de verschillende zorgstelsels moeten door afstemming tussen zorgaanbieders, zorgprofessionals, financiers en gebruikers worden weggenomen. De zorg voor ouderen valt op zich onder verschillende wetten, waarbij de Wet maatschappelijke ondersteuning de afgelopen jaren belangrijk is geworden. Algemene

³² Zie Academy Het Dorp (2019) *Verslag werkbezoek SER*.

lijn in het beleid is om ouderen zo lang als dat mogelijk en verantwoord is en zo lang zij dat zelf wensen, in hun vertrouwde eigen huis te laten wonen. Dat vraagt om inzet op een vitale en levensloopbestendige leefomgeving voor ouderen. De fysieke omgeving en de (nieuw te bouwen) woningen sluiten nog onvoldoende aan bij de wensen van ouderen, wat met de vergrijzing een groeiende noodzaak is.³³ Ook zijn er mogelijkheden om de huidige ouderenzorg meer toekomstbestendig te maken en beter te laten aansluiten bij de behoefte aan zelfregie bij ouderen.

In de jeugdzorg, de ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg zijn er ernstige knelpunten in de overgangen die patiënten maken tussen wetten en regelingen. Voorbeelden zijn de indicatiestelling en doorverwijzing, toegankelijkheid en kwaliteit in relatie tot de decentralisaties, de problematiek rond de gemeentelijke aanbestedingen (zie hoofdstuk 5), huisvesting en de relatie tot het beleid rond welzijn en onderwijs (zie hoofdstuk 6). Het gaat hier om zeer kwetsbare groepen mensen. Hier kan met anders organiseren en inzet van digitale innovaties veel bereikt worden, bijvoorbeeld in samenwerking met onderwijs, sociaal werk en maatschappelijke dienstverlening.

7.4 Mogelijkheden en belemmeringen voor de digitale transformatie

Kansen en mogelijkheden

Nederland staat sinds jaar en dag hoog in top 5-lijstjes waar het gaat om digitalisering. Connectiviteit, beschikbaarheid, toegankelijkheid van het internet en de aanleg van glasvezelkabel zorgden, samen met een relatief welvarende, hoogopgeleide, technologisch vaardige bevolking, voor uitstekende sociaal-technologische voorwaarden voor het gebruik van technologie. De vorige paragrafen maken duidelijk dat er vanuit de digitale transformatie en de daarmee verweven bewegingen van de Juiste zorg op de juiste plek, grote kansen liggen om de zorg slimmer te organiseren, de positie van de patiënt te versterken en impact op de zorguitgaven te genereren. Deze transformatie heeft gevolgen voor de aard van de hoofdtaken van veel zorgprofessionals (zoals van huisartsen, verpleegkundigen, medisch specialisten) die meer coachend zullen gaan werken; er zullen nieuwe beroepen ontstaan waarvoor nieuwe vaardigheden moeten worden aangeleerd (*re-skilling*); levenslang leren hoort bij werken zoals een menu bij een diner. Er is een snel groeiende consumentenmarkt van social media, apps, sensoren en wearables ontstaan. Gericht op leefstijl, gezondheid en zorg, maar ook op vrije tijd, relaties, huishouden, financiën enzovoort. In een internet der dingen communiceren deze apparaten met elkaar,

33 Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen (2020) *Oud en zelfstandig in 2030. Een reisadvies*.

met andere personen, ook zonder menselijke tussenkomst. Voor bedrijven liggen hier kansen om in te spelen op de groeiende behoefte aan in het dagelijks leven passende medisch-technologische innovaties.³⁴

Daar staat tegenover dat er ook een aantal factoren te identificeren zijn die belemmerend zijn voor een succesvolle en effectieve implementatie van de innovaties. Deze paragraaf verkent die belemmeringen nader.

Belemmeringen voor opschaling

Doel van de Nationale Implementatie Agenda e-health uit 2011³⁵ was de opschaling van e-health in Nederland. Deelnemende partijen besloten gezamenlijk te werken aan de oplossing van een viertal geïdentificeerde belemmeringen voor opschaling, te weten:

- de onbekendheid onder patiënten en professionals;
- het gebrek aan interoperabiliteit en standaardisering in de gegevensuitwisseling;
- kwesties rond bekostiging en financiering; en
- gebrek aan regie.

Het initiatief is inmiddels opgeheven omdat de activiteiten ondertussen voldoende belegd waren bij andere organisaties, en in regelgeving en via subsidies konden worden uitgevoerd.

In 2017 was de conclusie van onderzoek evenwel: “[...] veelbelovende innovaties [komen] niet altijd goed van de grond [...]. Zij blijven vaak steken in pilots, proeftuinen en lokale initiatieven.”³⁶ Bij bewezen effectiviteit en doelmatigheid is opschaling van deze initiatieven naar (bij voorkeur) landelijke implementatie een van de belangrijke uitdagingen voor de gewenste digitale transformatie. Daarbij is regie op landelijk niveau nodig om te zorgen dat innovaties daar terechtkomen waar dat nodig is en effectief is. Dergelijke belemmeringen bestaan na ruim tien jaar in de praktijk van de zorg nog steeds. Digitale zorg is daarom nog geen algemeen geaccepteerde en geadopteerde vorm van zorg, voor zorgverleners noch patiënten.

Risico's reiken verder dan alleen ICT

Haperende ICT zorgt niet alleen voor meer werkdruk. Ook de patiëntveiligheid is in het geding, bijvoorbeeld wanneer door gebrekkige uitwisseling de medicatiegege-

³⁴ <https://www.fme.nl/nl/zorg>

³⁵ <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2012Z11432&did=2012D24252>

³⁶ IBO (2017) *Innovatie in de zorg*.

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/04/24/ibo-innovatie-in-de-zorg>

vens van nieuwe of acute patiënten niet bekend zijn.³⁷ Dat leidt met regelmaat tot hachelijke situaties of sub-optimale zorg. Het vergroot de risico's op fouten met medicatie, wekt irritatie en onbegrip bij patiënten, veroorzaakt dubbele diagnostiek, inefficiënte tijdsbesteding, extra administratieve lasten, verspilling van zorggeld en vermindering van werkplezier (FMS, 2019).³⁸ Uitwisseling met andere deelsectoren in de zorg verloopt eveneens nog lang niet optimaal. Dat is een gevolg van gebrekkige interoperabiliteit van systemen en een onvoldoende mate van standaardisatie. Deze problemen zijn al jaren bekend en een bron van ergernis en verbazing voor verpleegkundigen, artsen en specialisten. Daarnaast komen incidenteel storingen, datalekken en aanvallen (hacks) voor in de ICT die het primaire proces in ziekenhuizen kunnen platleggen. De kwetsbaarheid daarvoor is toegenomen door de onderlinge verbondenheid van digitale systemen.³⁹

De praktijk van het Elektronisch Patiëntendossier

In de praktijk blijkt de inzet van informatie- en communicatietechnologie het werk van zorgprofessionals lang niet altijd te verlichten. Veel zorgprofessionals geven aan dat ICT eerder een last is omdat zij bijvoorbeeld niet makkelijk kunnen beschikken over patiëntgegevens. Dat kost (te) veel werktijd. Een pregnant voorbeeld daarvan is het Elektronisch Patiëntendossier (epd). Uit de dialoogbijeenkomst die de SER in maart 2019 organiseerde, kwam dit onderwerp nadrukkelijk naar voren als bron van ergernis en frustratie voor zorgprofessionals, en als belemmering voor snel en efficiënt werk.⁴⁰ Er zijn verscheidene epd-versies, ook per zorgaanbieder. Verschillende organisatieonderdelen hebben de ruimte om hier eigen beslissingen in te nemen. Bij ontwikkeling en (lokale) inrichting van epd's is de focus tot nu toe gericht geweest op het zo goed als mogelijk is voldoen aan de wensen van gebruikers en veel minder op het kunnen uitwisselen van gegevens met andere zorgaanbieders. Zorginstellingen met hetzelfde epd kunnen door de onderling afwijkende inrichtingen maar moeizaam digitaal gegevens uitwisselen waardoor noodzakelijkerwijs gegrepen wordt naar gedateerde middelen als fax en cd-rom bij de uitwisseling van patiëntgegevens, zelfs binnen een en dezelfde organisatie, het overtypen van medicatiegegevens of het inzetten van een koerier naar een andere instelling. Dit leidt tot veel irritatie en onnodig kostbare communicatie en levert privacy- en beveiligingsrisico's op. Veel organisaties zien hier het probleem maar vinden het lastig om de stap naar meer afstemming en uitwisseling te zetten.

37 <https://nos.nl/artikel/2250725-haperende-ict-in-de-zorg-verkeerde-medicatie-foute-beslissingen.html>;
<https://nos.nl/artikel/2250664-verpleegkundigen-zijn-faxen-en-overtikken-van-patientgegevens-zat.html>

38 <https://nos.nl/artikel/2301859-ict-problemen-zijn-risico-voor-patientveiligheid.html>

39 <https://www.universiteitleiden.nl/nieuws/2019/09/daan-weggemans-in-de-stentor-over-de-impact-van-ict-storingen-op-ziekenhuizen>

40 SER (2019) *Verslag van de dialoogbijeenkomst Ruimte voor de Zorgprofessional van 27 maart 2019*.

Vanuit het ministerie van VWS wordt – naast het langer bestaande Informatie-beraad – ingezet op meer afstemming, coördinatie en centrale regie rond gegevensuitwisseling.⁴¹ Vraag daarbij is of en in hoeverre het ministerie actief dringend of dwingend kan zijn naar de sector. Op dit moment is de lijn vooral inzetten op betere communicatie tussen de verschillende epd-/epc-systemen via bijvoorbeeld meer eenheid van taal en begrippen. Of deze inzet voldoende (snel) resultaat oplevert voor zorgprofessionals is nog onduidelijk. Daarom is het goed dat het bedrijfsleven, de ICT-leveranciers, zich breed heeft geschaard achter het datamanifest Samen Vooruit om standaarden af te dwingen en onderling gegevens te delen.⁴² Bedrijfsleven en het ministerie van VWS hebben vervolgens een taskforce ingesteld om leveranciers onderlinge afspraken te laten maken over onderlinge gegevensuitwisseling en nutsvoorzieningen die de hele zorgsector tot voordeel kunnen zijn (zoals een open zorgadressenboek). Daarmee moet ook de zogenaamde *vendor lock-in*-problematiek tot het verleden gaan behoren. VWS bereidt zelfs een wettelijke verplichting tot gegevensuitwisseling voor.⁴³ De Autoriteit Consument en Markt is een ‘sector-onderzoek’ gestart naar de zorg-ICT-markt met zijn vele bedrijven, naar gegevensuitwisseling en operabiliteit tussen ICT-systemen in de zorg, inclusief epd’s.⁴⁴

Organisatorische, sociale en financiële drempels bij implementatie van e-health
 Uit de jaarlijkse *e-health Monitor 2019* van Nictiz en Nivel⁴⁵ blijkt dat verbeteringen en gebruik van mogelijkheden maar langzaam gaan. Onbekendheid en financiering worden vaak als belemmeringen voor opschaling genoemd maar er is de laatste jaren toch veel geïnvesteerd in een grotere bekendheid van e-health-toepassingen, bijvoorbeeld door de e-health-week en -campagnes. Er is voorts een aanzienlijke hoeveelheid publiek en privaat geld geïnvesteerd in onderzoek, ontwikkeling en implementatie van e-health.⁴⁶ En de Nederlandse Zorgautoriteit stelt zich actief op bij het faciliteren van experimenteren met innovaties in de zorg en het structureel bekostigen daarvan. Bekostiging vindt plaats op volume in plaats van op uitkomsten. Verzekeraars kunnen uiteraard met meerjarige of innovatieve contractering selectief inkopen en samenwerking veel bereiken maar deze vorm van financiering is uiteindelijk volume-gestuurd en vormt nauwelijks een stimulans voor innovatie.

41 Kamerbrief VWS over rapport *Governance van beheer en onderhoud van informatiebouwstenen in de zorg* (16 december 2019); Kamerbrief VWS over aanbieding e-health-monitor en stand van zaken slimme zorg (1 november 2019).

42 <https://www.icthealth.nl/nieuws/zeven-ict-leveranciers-committeren-zich-aan-samen-vooruit/>

43 Zie <https://www.icthealth.nl/nieuws/bruins-mikt-op-2021-voor-regulering-gegevensuitwisseling/> en <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2019/04/09/kamerbrief-over-elektronische-gegevensuitwisseling-in-de-zorg>

44 <https://www.acm.nl/nl/organisatie/missie-en-strategie/onze-agenda/acm-agenda-2020-2021/digitale-economie>

45 Nictiz/Nivel (2019) *Samen aan zet. e-health monitor 2019*, Den Haag: Nictiz.

46 Algemene Rekenkamer (2020) *Verantwoordingsonderzoek VWS 2019*, nog te verschijnen.

Draagvlak onder zorgprofessionals

Draagvlak onder alle betrokken blijkt in de praktijk een belangrijke voorwaarde voor een succesvolle implementatie.⁴⁷ Dat vraagt om een zorgvuldig proces van afstemming en samenwerking tussen alle betrokken, innovatieve ondernemers, zorgaanbieders, zorgprofessional en patiënten. In de praktijk zijn veel innovaties nog aanbod-gestuurd en raken niet ingebed in de kernprocessen van de zorg want zijn onvoldoende uitgedacht met de eindgebruikers. Vaak ook worden ze top-down geïmplementeerd of worden ze belemmerd door formele regels die samenwerking in de weg staan. Technologische innovatie dient altijd samen te gaan met sociale innovatie.⁴⁸ Alle betrokken partijen moeten de bereidheid hebben en de vaardigheden hebben om ermee om te gaan. Zo verandert het werk van zorgprofessionals, en velen zullen bijvoorbeeld een meer coachende, begeleidende rol krijgen waarbij thuiszorgtechnologie of teleconsultatie functioneel kan zijn. Zij moeten steeds weer de nodige nieuwe vaardigheden opdoen hetgeen past bij het concept van levenslang leren. Daarvoor is ook een attitudeverandering nodig, en ook kennis. Dat geldt in brede zin ook voor onze Europese burens.⁴⁹ Initiatieven, zoals de coalitie Digivaardig in de zorg, spelen daarop in en ontwikkelen leermiddelen daarvoor. Er is tijd en capaciteit nodig voor de introductie van nieuwe technologie op de werkvloer. Degelijke veranderingen vragen om tijd en rust, vertrouwen en focus. Voor aankomende professionals is het van belang dat zij tijdig kennismaken met de kansen die de digitale transformatie biedt op de verschillende toepassingsgebieden in zorg en welzijn. Digitale technologie kan beter ingebed worden in de beroepen en de opleidingen van nu en straks.⁵⁰ Daardoor raken zorgverleners voorbereid op toekomstige taken en kunnen ze profiteren van de potentiële voordelen van digitale zorg. Daarbij is sprake van wederkerigheid, waarbij technologie en rolopvatting elkaar beïnvloeden. Zorgorganisaties kunnen profiteren van mogelijke effecten op productiviteitsverbetering, arbeidsbesparing en aantrekkelijkheid van zorgberoepen in de toekomst.

Niet iedereen is klaar voor de digitale transformatie

Lang niet iedereen heeft op dit moment voldoende vaardigheden om mee te kunnen met de digitale transformatie. Verschillende groepen in de samenleving vragen daarbij om specifieke aandacht.

47 Zie SER (2016) *Verkenning mens en technologie, samen aan het werk*. Zie ook SER (2006) *Welvaartsgroei door en voor iedereen Thema Sociale innovatie*, Advies 06/08.

48 Zie hoofdstuk 8; Academy Het Dorp (2019) *Verslag werkbezoek SER*; SER (2016) *Verkenning mens en technologie, samen aan het werk*.

49 <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/digital-skills-jobs-coalition>

50 Van Vliet K, A. Grotendorst, P. Roodbol (2017) *Anders kijken, anders leren, anders doen (Grensoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk)*, Diemen: Zorginstituut Nederland.

In Nederland hebben naar schatting 2,5 miljoen mensen moeite met taal en rekenen. Deze relatief grote groep van laaggeletterden moet eveneens worden meegenomen in de transitie. Laaggeletterdheid is vaak ook een oorzaak van andere problemen zoals schulden, slechte gezondheid, armoede of een slechte woonsituatie. De SER adviseert om de problematiek van de laaggeletterdheid langs verschillende lijnen aan te pakken.⁵¹

Voor de (gezondheids)zorg spelen daarbij een aantal specifieke zaken. Er is ook een aanzienlijke groep mensen met beperkte digitale vaardigheden.⁵² Deze groep is in omvang aanzienlijk groter dan de groep laaggeletterden. De beperkte digitale vaardigheden vormen een belemmering om de gezondheid te verbeteren. Van de volwassen Nederlanders heeft 29 procent beperkte gezondheidsvaardigheden; het vinden, begrijpen en gebruiken van e-health-toepassingen is voor velen van hen een grote opgave. e-health-toepassingen zijn vaak te ingewikkeld en lastig te hanteren voor lager opgeleiden en andere kwetsbare groepen zoals ouderen, migranten en mensen met beperkingen. Onder laagopgeleiden heeft ruim 13 procent nog nooit internet gebruikt. Uit schattingen van de Europese Commissie en andere organisaties blijkt dat 30 tot 40 procent van de huidige beroepsbevolking al niet genoeg digitale vaardigheden en bewustzijn heeft. Daarnaast zal bij de verdere ontwikkeling van de digitalisering een steeds groter deel (richting 60 procent) in de problemen kunnen komen, ongeacht leeftijd en opleidingsniveau.⁵³ Ook veel e-health-toepassingen worden daardoor niet of slecht benut. Terwijl alle mensen baat kunnen hebben bij het gebruik van e-health. Dit vraagt ook aandacht voor de digitale transformatie in zorgopleidingen en voor de mensen die nu al in de zorg werken.

Onduidelijkheden rond kosten en opbrengsten

Door technologie behaalde efficiëntiewinst wordt door zorgaanbieders niet altijd gebruikt om arbeid en faciliteiten terug te schalen, maar juist om het zorgvolume te vergroten. De zorgvraag is bovendien geen op zichzelf staand feit, maar past zich aan het zorgaanbod aan, en andersom. Ook andere factoren kunnen de kosten opdrijven.⁵⁴ Verruiming van behandelmogelijkheden, bijvoorbeeld door gepersonaliseerde zorg, en complexe, onderhoudsgevoelige ICT-infrastructuur, brengen grote kosten met zich mee. De betere toegang en beschikbaarheid tot medische informatie kan tijdelijk of structureel tot een grotere zorgvraag leiden. Nieuwe technologie kan goedkoper en effectiever uitpakken maar schept ook weer vraag

51 SER (2019) *Samen werken aan taal. Een advies over laaggeletterdheid*, Advies 19/02.

52 <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/digital-skills-jobs-coalition>

53 <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/human-capital>
<https://dutchdigitaldelta.nl/nieuws/gezond-en-eerlijk-digitaal-samenleven-gaat-niet-vanzelf-3-miljoen-nederlanders-niet-digitaal-vaardig-90-heeft-dit-niet-in-de-gaten>
<http://aims.fao.org/activity/blog/digital-skills-and-digital-literacy-european-union-policy-actions>

54 Zie paragraaf 4.2.

onder patiëntengroepen die eerder niet geholpen konden worden. De relatie tussen kosten en opbrengsten van technologie in de zorg is bepaald complex. Investeren in innovatie genereren vaak pas later waarde. In geld, in gezondheid, in kwaliteit van leven, in productiviteit, in geluk. Opbrengsten vallen soms elders dan waar die investering aanvankelijk werd gedaan. Ook blijft de gewenste substitutie van ‘oude’ zorg uit of verandert de procesorganisatie niet optimaal mee waardoor opbrengsten achterblijven en de perceptie van hoge uitgaven blijft.

Ontbrekend eigenaarschap en regie

De zorg kent een groot aantal partijen dat betrokken is bij de organisatie en de uitvoering van de zorg, zorgaanbieders, zorgprofessionals, zorgverzekeraars, innovatieve ondernemers, gemeenten, zorgkantoren, lokale en regionale samenwerkingsverbanden rond arbeidsmarkt en onderwijs. Het ontbreekt in dit omvangrijke en brede overzicht primair aan een overkoepelende, gedragen visie, en vervolgens aan eigenaarschap en regie; een onmisbare conditie voor succes. Voorwaardelijk is dat dit regionaal kan worden georganiseerd, met aandacht voor de wensen van zorgverleners en patiënten maar met behoud van centrale mechanismen voor sturing en kwaliteit. Pas dan kunnen de mogelijkheden van de digitale transformatie in de gezondheidszorg op grote schaal worden gerealiseerd. Dan kan ook het vaak on-eigenlijke ‘not invented here’-bezwaar vervallen. Er zijn op dit moment evenwel 25 GGD-regio’s, 32 zorgkantoorregio’s, 42 jeugdzorgregio’s, vele verzorgingsgebieden van instellingen, veiligheidsregio’s, arbeidsmarktregio’s, groei regio’s, krimp regio’s, topregio’s, vervoersregio’s, energieregio’s, ressorten en andere indelingen waarmee de zorg te maken heeft. De regionale zorginnovatienetwerken werken hier dwars doorheen. In de praktijk zoeken de partijen naar nieuwe samenwerkingsverbanden die een antwoord bieden op de veranderende zorgvraag en de krappe arbeidsmarkt.

7.5 Randvoorwaarden voor succesvolle implementatie

De kennis over belemmeringen en mogelijkheden die de digitale transformatie biedt voor het anders organiseren van de zorg, is waardevol. Nederland beschikt over een goed opgeleide beroepsbevolking, die een positieve houding heeft tegenover digitale zorgoplossingen.⁵⁵ Gezondheid en welzijn zijn hier belangrijke waarden. Daarbij is er een functionele digitale infrastructuur, en een opkomende med-tech-industrie die bovengemiddeld goed presteert op internationaal ondernemerschap, concurrentiekracht en creativiteit. Ons land heeft in het buitenland een

⁵⁵ Mercer Marsh Benefits (2020) *Health On Demand Netherlands Report*.

uitstekende reputatie als het gaat om zorg-ICT. Goede voorbeelden van succesvolle implementatie van innovatieve zorg maken duidelijk dat er veel mogelijk is, ook op de schaal van individuele zorgaanbieders, op lokaal niveau of op regionaal niveau.

Succesvolle voorbeelden van innovatieve zorg in Nederland

Ksyos

Ksyos is de eerste zorgonderneming in Nederland, en in de wereld, die teledermatologie succesvol ontwikkelde en implementeerde in de zorg. In de basis gaat het om een digitale verwijzing van een patiënt met huidklachten, door de huisarts naar de dermatoloog, waarbij patiëntinformatie en huidfoto's worden meegestuurd. De patiënt hoeft zelf het ziekenhuis niet te bezoeken. De dermatoloog bekijkt de digitale informatie en verstuurt bevindingen, conclusies en adviezen weer naar de huisarts, die de patiënt dan zelf kan behandelen of alsnog fysiek doorverwijzen. Uit wetenschappelijk onderzoek* bleek dat deze innovatie leidde tot een grote afname van fysieke verwijzingen naar de dermatoloog en tot doelmatigheids- en kwaliteitsverbetering tegen lagere kosten. Het wordt tegenwoordig op grote schaal toegepast in de zorgpraktijk, aangevuld met apps, een 'dermatoscoop' en thuisconsultatie. Ksyos heeft hetzelfde principe inmiddels aangewend voor onder meer de oogheelkunde, de cardiologie en de pulmonologie. Nu werkt men samen met circa 4500 specialisten en paramedici en 7500 huisartsen die jaarlijks meer dan 300 duizend patiënten zien. Aan slimme zorg, dicht bij huis, zonder wachttijden, vernieuwend en doelmatig.

Sense Health

De eerste digitale polikliniek waar je geen patiënten tegenkomt. Gericht op het voorkomen en behandelen van geestelijke gezondheidsklachten. Het aanbod bestaat uit een service aan werkgevers om werkstress onder hun personeel te voorkomen of re-integratie te ondersteunen. Met slimme *high tech tools* waaronder apps wordt zelfmanagement ondersteund. Ze worden ook ingezet in de geestelijke gezondheidszorg, op een nu nog beperkt aantal indicatiegebieden: depressie, angst- en stemmingsstoornissen en burn-out. Ook daar is zelfmanagement en gedragsverandering essentieel om tot een verbetering van de kwaliteit van leven te komen. Via de smartphone (app, beeldbellen) krijgt de cliënt gepersonaliseerde ondersteuning en coaching aangeboden waarbij gebruikt wordt gemaakt van *sensor technology* en kunstmatige intelligentie waardoor 24/7 monitoring, interactie en feedback mogelijk is. Cliënten zijn tevreden en de uitkomsten van zorg zijn uitstekend. Het concept is inmiddels

* Nederlands Tijdschrift Geneeskunde (2012) 156:A4253.

opgeschaald naar PsQ, onderdeel van de Parnassia Groep, Indigo en andere zorgorganisaties. Veel professionals en patiënten werken momenteel met deze innovatieve technologie.

Tante Louise

Met 17 locaties, 1800 medewerkers en 850 vrijwilligers is Tante Louise een grote instelling in de Brabantse ouderenzorg. Die zorg wordt verleend in zorgcentra en verpleeghuizen, maar ook bij de mensen thuis. Op het gebied van innovatie is men hier erg actief: anders denken, anders doen. Het testen van producten en mee-ontwikkelen van nieuwe technologie is nodig om voorbereid te zijn op de toekomst; een tijd waarin het aantal ouderen die zorg nodig hebben groeit, en het aantal medewerkers om die zorg te leveren, achterblijft. Mensen met dementie dragen er bijvoorbeeld een polsbandje waarmee de deur van de juiste afdeling of kamer opent. Dat zorgt voor minder frustratie of verwarring. Wanneer iemand gaat dwalen, is via gps-technologie de veiligheid gewaarborgd; medewerkers krijgen automatisch een seintje en komen zo nodig in actie. Er wordt incontinentiemateriaal gebruikt die via tablet of smartphone laat weten wanneer die aan vervanging toe is: geen natte bedden of kleding, minder onnodig storen van cliënten. Tante Louise werkt mee aan de ontwikkeling van een bril om via augmented reality medicatiefouten te verminderen. Heup-airbags om fracturen te voorkomen, testen van een bril met camerafunctie waarbij het consulteren van een arts-op-afstand mogelijk is, smartwatches om gezond gedrag te stimuleren. Men schrikt nergens voor terug om zorgkwaliteit en doelmatigheid te verbeteren. Ondertussen is de tevredenheid onder cliënten en medewerkers er hoog.

Om de digitale transformatie op grotere schaal te laten slagen moeten op de volgende vlakken enkele randvoorwaarden worden vervuld: technologie, informatiestructuur, organisatie en financiering.

Technologie

Technologie met een hoog risico voor veiligheid, gezondheid en privacy van eindgebruikers moet goed onderzocht worden voordat zij wordt toegepast in de zorgpraktijk. Digitale zorg behoeft geen uitzonderingspositie ten opzichte van andere innovaties. HTA-methodologie leent zich daar uitstekend voor, blijkt uit buitenlandse voorbeelden.⁵⁶ Daarmee kan worden vastgesteld of vernieuwing ook wer-

⁵⁶ Health Technology Assessment (HTA) is een verzamelnaam voor evaluatieonderzoek in de gezondheidszorg, en dient als instrument ter onderbouwing van het wel of niet toelaten, bevorderen of daadwerkelijk gebruiken van een medische technologie waaronder medicijnen (ZonMW).

Zie ook: Evidence standards framework for digital health technologies (NICE, maart 2019): <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/evidence-standards-framework-for-digital-health-technologies>

kelijk verbetering betekent in termen van uitkomsten van zorg, patiëntervaring, kosteneffectiviteit en werkplezier van de zorgverlener (*quadruple aim*).⁵⁷ Informatie- en communicatietechnologie met een laag risico voor gezondheid en veiligheid kan worden geïmplementeerd met een lichte vorm van bewijsvoering. Voorbeelden zijn relatief eenvoudige digitale innovaties zoals mobiele afspraakherinneringen, een patiëntenportaal of teleconsultatie via e-mail. Deze hebben wellicht geen direct effect op klinische uitkomsten maar kunnen de communicatie, de participatie en de informatievoorziening zodanig verbeteren dat toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid verbeteren. Wanneer er sprake is van hogere risico's bij gebruik is meer bewijskracht nodig in verband met veiligheid en effectiviteit. Voorbeelden daarvan zijn telemonitoring bij hartfalen of mobiele advisering bij diabetes.

Informatiestructuur

Een goed functionerend zorg-ICT-infrastructuur met moderne berichtenstandaarden is noodzakelijk, daarvoor is centrale regie wenselijk op de digitale gegevensuitwisseling. Daardoor kan bijvoorbeeld een goed functionerend epd en een veilig en bruikbaar PGO (Persoonlijke Gezondheidsomgeving) worden gerealiseerd. Voor bepaalde groepen patiënten kan dit een belangrijke verbetering zijn die een hefboomwerking kan hebben voor e-health in de zorg. Er zijn (internationale) standaarden voor het presenteren en uitwisselen van data beschikbaar. Deze maken gegevensuitwisseling en communicatie tussen zorg-ICT-systemen mogelijk.

Er zijn onlangs op het vlak van het epd nieuwe stappen in de goede richting gezet, waarvan zorgprofessionals in de komende jaren tastbaar resultaat gaan ervaren: zij moeten makkelijker en veilig kunnen beschikken over alle medische data die zij nodig hebben voor hun belangrijke werk. Als dat onvoldoende het geval blijkt te zijn, zijn nieuwe stappen nodig. In ieder geval is duidelijk dat een stimulerende en coördinerende rol van de overheid nodig is en blijft, juist ook omdat hier veel potentieel op korte termijn mogelijk is voor meer werkplezier en doelmatigheid. Bovendien is een goede onderlinge gegevensuitwisseling ook een belangrijke randvoorwaarde om nieuwe toepassingen (waaronder artificiële intelligentie en big data-analyse) mogelijk te maken en Nederland koploper te maken in de digitale transformatie van de zorg.

Organisatie

De maatschappelijke opgave in dit hoofdstuk vraagt wel om een toekomstbeeld van de zorg in ons land. Een gedragen narratief, dat verschillende partijen met

⁵⁷ <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004160>

elkaar verbindt. Het thema daarvan is hoe digitalisering en organisatie de houdbaarheid van de zorg versterken. Er zijn wel elementen van dit verhaal aanwezig, maar een vergezicht ontbreekt. Bij integrale preventie én zorg voor patiënten wordt steeds vaker gekeken naar zaken buiten de zorg die van invloed zijn op de gezondheid van mensen. Wanneer iemand naar werk kan worden geleid (bijvoorbeeld door sanering van schulden) kan dit bijdragen aan een gezondere leefstijl, minder gebruik van zorg, en mogelijk een hogere levensverwachting (zie ook hoofdstuk 6). Het aantal chronisch zieken neemt toe, ook onder werkenden. Dat vraagt om aandacht van werkgevers en zorgaanbieders over de traditionele grenzen heen. Daarbij kan digitale technologie in theorie ondersteunend werken. Zo'n domeinoverstijgende aanpak zou niet moeten leiden tot ongewenste medicalisering van maatschappelijke problemen.⁵⁸ Een ander risico is het 'wrong-pocket-fenomeen' waarbij de baten van een investering terecht komen in een ander domein dan waar de kosten zijn gemaakt. Dit stimuleert samenwerking niet. Concurrentie – zowel in de curatieve en langdurige zorg als in de maatschappelijke ondersteuning – kan de bereidheid tot samenwerking verminderen. Dat vraagt om een visie, verandervermogen en leiderschap.

Het beter en meer betrekken van alle betrokkenen en hun vragen bij de ontwikkeling, de introductie en de implementatie van nieuwe technologieën is een belangrijke organisatorische randvoorwaarde.⁵⁹ De 'begeleidingsethiek' is een mooi voorbeeld van zo'n aanpak waarbij recht wordt gedaan aan waardenvol en ethisch gebruik.⁶⁰ Aan ouderen en laaggeletterden moet speciale aandacht worden besteed waar het gaat om de digitale transformatie. In het onderwijs en opleiding moeten professionals beter worden voorbereid op de digitale transitie en hoe deze de positie van de patiënt beïnvloedt en daarmee de organisatie van de zorg. Voor een integrale bundeling van deze thema's gekoppeld aan concrete doelen in de tijd, kan een gedragen, nationale routekaart worden ontworpen.⁶¹ Met duurzame innovatie als gezamenlijk streven om kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid te behouden. Gekoppeld aan een investeringsagenda opgebouwd uit publieke en private middelen. Die geeft burgers en zorgverleners een positief perspectief op nieuwe zorg en biedt langere tijd zekerheid aan de zorgorganisaties.

58 Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017) *Recept voor maatschappelijk probleem. Medicalisering van levensfasen*.

59 Zie Academy Het Dorp (2019) *Verslag werkbezoek SER*.

60 Verbeek, P.-P., D. Tijink (2019) *Aanpak begeleidingsethiek: een dialoog over technologie met handelingsperspectief*, Leidschendam: ECP | Platform voor de InformatieSamenleving.

61 Voor een voorbeeld uit het Verenigd Koninkrijk zie <https://www.digitalhealth.net/2018/02/nhs-england-digital-patient-services-plan/>

Financiering

Bij de financiering is sprake van problematiek op microniveau en op macroniveau. In het verleden heeft de ontwikkeling van nieuwe technologie in de zorg geleid tot een groei in de gebruikte zorg en de zorguitgaven. Het RIVM kenmerkte zorgtechnologie als een belangrijke factor in de volumegroei in de zorg.⁶² In het Trendscenario uit de *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018* wordt voorzien dat tweederde van de groei in zorggebruik wordt verklaard door nieuwe technologie (waaronder dure medicijnen). Volgens de OECD is medische technologie zelfs de belangrijkste oorzaak van stijgende kosten.⁶³ Reden hiervoor is dat behandelingen met gebruik van modernere technologie vaak duurder zijn dan de oudere behandelingen die vervangen worden, of omdat er zelfs helemaal geen behandelingen vervangen worden. Er zijn vele studies op deelterreinen die naast effecten van e-health op klinische uitkomsten en effectiviteit, ook effecten op kosteneffectiviteit laten zien. Maar een integrale ‘whole system-benadering’ die een causaal verband legt met lagere zorguitgaven, is in de praktijk onmogelijk. Er is wel behoefte aan betrouwbare methoden om de financiële gevolgen van de digitale transformatie voor zorg en gezondheid beter in kaart te brengen.

Voor partijen die willen investeren in innovaties dient er duidelijkheid te zijn over toekomstige kosten en opbrengsten. Onduidelijkheid is een rem op de bereidheid om geld te steken in innovaties. Onduidelijkheden liggen op het vlak van onzekerheden rond tijdpad van opbrengsten en wie de opbrengsten ontvangt. Publieke investeringen zijn vaak nog versnipperd, individueel en incidenteel van aard. Er is in het algemeen meer mogelijk dan wordt gedacht. Middels projecten als Zorg voor innoveren⁶⁴ kunnen vernieuwers in de zorg zich informeren over de mogelijkheden en de spelregels van de innovatie-arena. Eenmaal bewezen effectief staat de weg open voor digitale zorginnovaties om te worden opgenomen in het basispakket. De NZa biedt ruimte voor innovatie in haar beleidsregels. Veel experimentele vernieuwingen worden op een gegeven moment reguliere zorg, zo is gebleken.⁶⁵ Verzekeraars dienen innovaties op kwaliteit en kosten te beoordelen, mede op basis van de criteria die aan de ‘stand van wetenschap en praktijk’ kunnen worden ontleend.

62 RIVM (2018) *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018*.

63 OECD (2015) *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*.

64 Zie zorgvoorinnoveren.nl.

65 <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2019/11/25/nza-driekwart-van-innovatieve-experimenten-krijgen-structuurele-bekostiging>

Belangrijkste conclusies

De digitale transformatie biedt grote kansen om de zorg in Nederland te verbeteren door de zorg anders en beter te organiseren, met potentiële voordelen voor burgers en bedrijven die de zorg financieren, voor burgers en patiënten in termen van hogere gezondheidswinst, voor werkenden in de zorg in de vorm van meer werkplezier en in de aanpak van personeelstekorten, en ten slotte voor patiënten met het perspectief op meer eigen regie, zelfmanagement en ervaren zorgkwaliteit. De Nederlandse digitale medisch-technologische markt vertegenwoordigt een grote waarde, is creatief, competitief en vernieuwend. Verschillende sociaal-technologische randvoorwaarden voor grootschalige toepassing zijn in ons land vervuld. Er zijn deelvisies op deelterreinen, maar die moeten wel verbonden worden in een overkoepelende visie op de zorg van de toekomst. Er zijn de afgelopen decennia grote publieke en private investeringen gedaan om e-health aan te jagen en onderzoek te stimuleren. Desondanks blijft de impact van digitale zorg in de Nederlandse gezondheidszorg in de praktijk tot nu toe achter bij de verwachtingen. Daardoor mist Nederland kansen op het gebied van toegankelijkheid, de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg, alsook kansen voor het nationaal verdienvermogen op internationaal economisch terrein. Op kleine schaal zijn er vele, mooie en succesvolle toepassingen te vinden die de kansen van digitalisering demonstreren. Er wordt evenwel nog niet aan de voorwaarden voldaan om het ontwerp en de implementatie voor de digitale transformatie in de zorg op grote schaal toe te passen. De analyse geeft aanknopingspunten voor die randvoorwaarden die liggen op de terreinen van technologie, de zorg-ICT-infrastructuur, organisatie en financiering.

De meest basale voorwaarde is een naadloos functionerende informatieinfrastructuur, gebaseerd op internationale standaardisatie en de interoperabiliteit van zorg-ICT-systemen. Dat is het fundament van het digitale gezondheidshuis. Pas dan is ook bijvoorbeeld een landelijk werkzaam epd/PGO mogelijk. Pas dan kunnen de overgangen die burgers/patiënten maken tussen zorgdomeinen soepeler plaatsvinden. Goede regionale samenwerking tussen zorgaanbieders en verzekeraars, die de marktwerking overstijgt, bepaalt het succes. Een goed functionerende informatie-uitwisseling en communicatie tussen systemen van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten is daarvoor essentieel.

Digitalisering in de zorg valt te begrijpen als een sociale innovatie en niet louter als een technologische operatie. Draagvlak is nodig onder alle betrokken, allereerst onder de beoogde eindgebruikers. Zorgverleners en patiënten gaan toepassingen

accepteren en adopteren, wanneer deze aansluiten bij hun behoefte en een echte meerwaarde betekenen. Succesvolle digitale innovaties komen tot stand in samenwerking tussen bedrijven, zorgaanbieders, financierende partijen waaronder zorgverzekeraars, zorgprofessionals en patiënten/cliënten.⁶⁶ In de praktijk wordt nog niet altijd aan die voorwaarden voldaan en ook werken de bestaande schotten tussen wetten, regelingen, financieringsregimes en uitvoerders in de zorg niet altijd bevorderend voor samenwerking tussen betrokkenen en versterken de not invented here-attitude.

De markt van e-health is groot maar over de effecten is nog in beperkte mate iets bekend. Het ontbreekt vaak nog aan bewijs voor de effectiviteit en doelmatigheid van e-health-interventies, gebaseerd op degelijk wetenschappelijk onderzoek. Voor risicovolle behandelingen is een zwaardere bewijsvoering nodig dan voor eenvoudige, maar impactvolle, verbeteringen in de communicatie en informatie. In de praktijk bestaan er nog drempels waardoor e-health niet van de grond komt, onder andere in de financiering die gericht is op behandelvolume in plaats van preventie. Die kunnen door samenwerking tussen zorgaanbieder en verzekeraars, maar ook tussen bijvoorbeeld onderwijs en bedrijfsleven worden opgelost. Van goede voorbeelden kan geleerd worden. Ook op de werkvloer liggen kansen om mensen te ondersteunen bij gezondheid en vitaliteit. Er is weinig experimenteerruimte in de vorm van bijvoorbeeld leertuinen of innovatieplatforms, om preventie en zinnige zorg uit te proberen en te onderzoeken. De sleutel voor versnelling ligt in een landelijke visie, regionale regie, in samenwerking en anders organiseren.

Gebaseerd op het bovenstaand geeft de raad het volgende in overweging.

Regie en richting nodig

Om kansen en mogelijkheden van de digitale transformatie voor de zorg beter te benutten zouden zorgaanbieders, verzekeraars, zorgprofessionals en patiënten een gezamenlijk gedragen routekaart moeten opstellen inclusief een investeringsagenda. De overheid kan hier een rol spelen door het organiseren van ‘bondgenootschappen’ of coalities die deze transitie begeleiden. Dit sluit aan bij de recente voorstellen van de Adviesraad Wetenschap, Technologie en Innovatie over hoe de bijdrage van innovatie, technologie en wetenschap aan grote maatschappelijke transitie, zoals die in de zorg, beter benut kunnen worden.⁶⁷ Deze bondgenootschappen kunnen de koers uitzetten middels een *roadmap* voor zorginnovatie waaraan partijen

⁶⁶ Zie Academy Het Dorp (2019) *Verslag werkbezoek SER*.

⁶⁷ Zie Adviesraad voor wetenschap, technologie en innovatie (2020) *Versterk de rol van wetenschap, technologie en innovatie in maatschappelijke transitie*.

zich langdurig committeren. Dat zorgt voor een collaboratief en collectief eigenaarschap, geeft regie en richting aan digitalisering door de noodzaak te adresseren van een functionerende zorg-ICT-infrastructuur, van inclusiviteit, van wetenschappelijke bewijsvoering waar dat nodig is, substitutie van oude zorgvormen, betere kosten-schattingen op systeemniveau, en innovatieruimte voor zorgprofessionals. Zo komt de zorg van de toekomst eerder in beeld en wordt silo-denken doorbroken.

Doorpakken op het Elektronisch Patiëntendossier (epd) en Elektronisch Cliëntendossier (ecd)
Een specifiek dossier waar de overweging van regie en richting speelt is het epd. Hier liggen grote kansen om tot maatschappelijke winst te komen, die in de praktijk evenwel blijven liggen. De recente initiatieven van het ministerie van VWS om hier meer regie te nemen en wettelijke verankering in te zetten zijn van groot belang. Ook de voorstellen voor betere communicatie tussen systemen, het ACM-onderzoek, de Taskforce en het manifest Samen Vooruit, voor het afdwingen van standaarden en onderlinge gegevensuitwisseling, zijn gewenste stappen in de goede richting. Voor patiënten zowel als voor zorgprofessionals. Naar het oordeel van de raad moeten de genomen stappen op afzienbare termijn tot merkbaar resultaat leiden. Als in de eerste helft van een nieuwe kabinetsperiode onvoldoende merkbaar resultaat wordt gerealiseerd, dan is gewenst dat tijdig een alternatief wordt voorbereid en uitgevoerd, namelijk voorbereiding en invoering van een landelijk verplicht systeem voor de gehele zorgsector. De raad wil hiermee ook een stevig signaal geven aan alle betrokken partijen, inclusief de ICT-bedrijven, om spoedig voortgang te bereiken met veilige en makkelijke data-uitwisseling in het belang van de zorgprofessionals. Als de data-uitwisseling binnen de huidige zorg goed verloopt, dan is de logische vervolgstap om ook te kijken hoe data breder kunnen worden benut voor nieuwe toepassingen zoals met AI en big data. Om dat in goede banen te leiden is regulering noodzakelijk. In dit verband wijst de raad op de Finse wet op Secundair gebruik van data.

Doorbreken van de not invented-here-cultuur in de gezondheidszorg

De digitale transformatie kan worden versneld zodat alle partijen in de zorg een stap erbij zetten om beter gebleken zorg sneller tot de norm te maken. Daarvoor zijn nieuwe mechanismen om best practices sneller tot de nieuwe norm voor de patiënt te maken. Dat geldt regionaal maar ook landelijk via bovenregionale en thematische netwerken. Best practices moeten landelijk worden opgeschaald en tot de norm worden gemaakt in het belang van de patiënt. Daarvoor is veel meer focus gewenst op bestaande succesvol gebleken initiatieven én het opschalen daarvan. Dat vraagt om meer bereidheid van beroepsverenigingen, zorgaanbieders en zorgverzekeraars om te leren van elkaar, best practices te delen en over te nemen bij succes.

Spiegelbeeldig dient er ook bereidheid te zijn om oude, achterhaalde werkwijzen in de zorg systematisch af te bouwen en niet langer te financieren.

De vraag is dan wie de normen voor betere zorg kan vaststellen. Tot dusverre duurt het vaststellen van beroepsnormen door wetenschappelijke verenigingen (te) lang. Ook duurt het lang voordat de nieuwe richtlijn overal de standaardpraktijk is gemaakt in de zorg (wat ook niet altijd gebeurt, zie de passages over praktijkvariatie in hoofdstuk 5). De Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd is in dit verband vooral reactief. Zorgverzekeraars krijgen vooralsnog onvoldoende maatschappelijk draagvlak om via de inkoop een sturende rol te hebben.

In dit verband zijn actieve rollen voor alle hoofdrolspelers in het zorgsysteem wenselijk. Beroepsverenigingen moeten betere zorg sneller opnemen in hun richtlijnen (ook op initiatief van patiëntenverenigingen, zorgaanbieders of verzekeraars) én overal tot de werkpraktijk brengen.⁶⁸

Het Zorginstituut zou een veel actievere rol en ruimer mandaat moeten krijgen om de vrijblijvendheid weg te nemen. Het bestaande programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik van het Zorginstituut kan worden uitgebreid met Juiste zorg op de juiste plek.

Via een actieve inkoop (differentiatie in vergoedingen) kunnen zorgverzekeraars erop aansturen betere zorg te vergoeden en achterhaalde zorg af te schalen. Zorgverzekeraars moeten vanuit hun rol zorgen dat zij voldoende capaciteit hebben om deze ambitie waar te maken.

De digitale transformatie dient ten slotte meerjarig veranderkundig en praktisch te worden ondersteund. Dat moet regionaal zoals nu gebeurt, maar ook thematisch en bovenregionaal.

Regionale samenwerking organiseren en ondersteunen

Regionale samenwerking is een van de manieren om zorg anders te organiseren om met dezelfde middelen tot betere afstemming tussen vraag en aanbod van zorg te komen. Dat vraagt op dit moment nog veel van alle spelers. Er zijn op dit moment talrijke regionale platforms voor samenwerking in de zorg. Maar het is niet efficiënt dat iedere regio eigen nieuwe ‘zorgpaden’ ontwikkelt. Bewezen effectieve, dat wil zeggen, zinnige zorg, is ook hier de norm. Zonder direct te willen pleiten voor een beweging naar één dwingend platform verdient deze diversiteit volgens de raad wel aandacht. Deze bestuurlijke diversiteit is de kracht van ons stelsel voor lokaal maatwerk en innovatie, maar het kan ook de slagvaardigheid belemmeren die nodig is om de zorg toekomstbestendig te maken.

⁶⁸ Federatie Medisch Specialisten (2020) *Richtlijnen voortaan sneller actueel*, <https://www.demedischspecialist.nl/nieuws/richtlijnen-voortaan-sneller-actueel>

Overgangen tussen systemen ondersteunen

De raad meent dat er aandacht nodig is voor de overgangen die mensen, als patiënt, maken van het ene naar het andere zorgdomein (Wlz/Wmo, medisch-generalistische zorg, ouderenzorg, jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg). Hoewel tussen organisaties de schotten wellicht niet meer bestaan zijn die er wel voor de financiering, en vanuit het patiëntenperspectief is dat onwenselijk want onnodig belastend. Burgers kunnen beter betrokken worden bij de zorgorganisatie. In de zorgopleidingen kan meer aandacht worden besteed aan de rol van digitale technologie die 'slimmer organiseren' faciliteert.

De zorg anders organiseren roept mogelijk spanningen op binnen de huidige structuren van *governance*, organisatie en financiering. Bij het oplossen van 'weeffouten' zoals ongewenste productieprikkelers of de schotten tussen domeinen, moet er voor worden gewaakt dat er geen nieuwe problemen worden gecreëerd. Aanpassingen kunnen binnen of tussen de bestaande stelsels worden uitgevoerd. Centrale sturingsmechanismen, zoals toetsingskaders voor kwaliteit, standaarden in de informatievoorziening of regie, dienen in stand te blijven.

Bestaande beleidslijnen als Juiste zorg op de juiste plek en zinnige zorg doorzetten

Bestaande lijnen op het terrein van zorgevaluatie, Juiste zorg op de juiste plek, zinnige zorg en gepast gebruik dienen naar de mening van de raad te worden voortgezet en de resultaten moeten met urgentie worden geïmplementeerd in de zorgpraktijk. Daar is uithoudingsvermogen voor nodig, continuïteit en een stabiele koers. Het kost immers tijd om met alle betrokkenen vormen van onnodige en niet-effectieve zorg te identificeren. Moeilijker nog is de fase van het de-implementeren, het ontleren en vervolgens desinvesteren. Daarmee wordt onnodige zorg daadwerkelijk teruggedrongen waardoor zowel de kwaliteit toeneemt als de kosten verminderen. In de huidige organisatie- en financieringsstructuur gaat dit niet vanzelf. Innovaties waarvan onbekend is of ze effectief zijn moeten niet worden ingezet, maar worden onderzocht. Zorg die bewezen niet-effectief is moet zonder voorbehoud worden gede-implementeerd, het zijn geen verbeteringen in de zorg. Innovaties die bewezen effectief zijn moeten versneld worden opgeschaald. Dat is de norm voor alle partijen. De versterking van de regie door patiënten is volgens de raad eveneens gediend met het aanpakken van de belemmeringen in het praktische gebruik van digitale technologie, bijvoorbeeld voor zelfzorg in de thuisomgeving.

Digitale transformatie in opleidingen en leven lang ontwikkelen

In de opleidingen voor de zorg en voor de werkenden in de zorg is er op dit moment onvoldoende aandacht voor de gevolgen van de digitale transformatie voor de

hoofdtaken in de meeste zorgberoepen en de kernprocessen in de zorg. Er is evenwel permanent aandacht nodig voor digitale zorg in de opleidingen voor aankomende zorgverleners en in bijscholingen, instructie en trainingen van de huidige zorgprofessionals. Daarvoor is capaciteit, tijd, ruimte en geld nodig. Er is voorts behoefte aan een overzicht van de mogelijkheden van effectieve arbeidsbesparende technologie in de breedte van de gezondheidszorg (waaronder kunstmatige intelligentie, big data, robotica, VR en andere) inclusief de wijze waarop deze in de praktijk kan worden ingezet en wat de impact is op de vraag naar arbeid. De digitale transformatie kan zorgprofessionals ondersteunen in het voorzien in de groeiende vraag naar zorg. Veel mensen beschikken nog onvoldoende over de benodigde digitale gezondheidsvaardigheden. Voor zover dat geldt voor patiënten moeten zij daarin begeleid worden door zorgverleners. Ook het adresseren van onbehagen over de digitalisering van het bestaan kan het draagvlak versterken.

Digitale transformatie benutten voor de beweging van nazorg naar voorzorg

Er is een sterke relatie tussen de inzet op de digitale transformatie en preventie. De invloed van de digitale transformatie op leefstijl en preventie kan van grote betekenis zijn. De groeiende consumentenmarkt met gezondheidsapps en wearables faciliteert mensen bij een gezonde leefstijl⁶⁹ maar roept vragen op over veiligheid, privacy, data-misbruik en gezondheidsclaims.

Geïntegreerde zorg, vroegdiagnostiek en preventie hebben aantoonbaar bevorderlijke effecten op de volksgezondheid (toegenomen levensverwachting) en de daarmee samenhangende economische en maatschappelijke opbrengsten. Het kunnen gebruiken van een Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO) zal de autonomie van patiënten bevorderen, en de beweging naar voorzorg ondersteunen. Mensen zullen moeten worden aangemoedigd en geholpen dit digitale middel te gebruiken. Hierbij is aandacht nodig voor specifieke patiëntengroepen zoals mensen die laaggeletterd of minder digitaal vaardig zijn. Samen beslissen draagt daaraan bij door het versterken van betrokkenheid bij de behandeling en door het vergroten van kennis; deze beweging verdient ondersteuning waarbij oplossingen nodig zijn voor de ongewenste neveneffecten.

Gevolgen van digitale transformatie voor de zorguitgaven

Er zijn hoge verwachtingen van de impact van digitale transformatie op de wijze waarop die georganiseerd kan worden en op de zorguitgaven. Er zijn nog wel de

⁶⁹ Zie ook de initiatiefnota vanuit de Tweede Kamer, <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2019D14521> en de kabinetsreactie hierop <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/07/04/commissiebrief-met-reactie-op-initiatief-nota-lid-veldman-over-modern-preventiebeleid-mensen-ondersteunen-bij-een-gezonde-leefstijl>

nodige onzekerheden zijn rondom de financiële effecten van de digitale transformatie. Op dit moment wordt nog niet aan de randvoorwaarden voor een succesvolle implementatie voldaan. Daarmee laat ons land kansen liggen. Om deze kansen te benutten, en daarmee ook de verwachte impact op de zorguitgaven te hebben, zal bij de implementatie nauwkeurig moeten worden gekeken naar de vraag of innovaties aan de verschillende randvoorwaarden voldoen zoals die eerder zijn geschetst en naar de vraag of de wijze waarop de zorg nu is georganiseerd (met wetten en schotten) de gewenste vernieuwingen ondersteunt. Dat hangt niet zozeer van de technologie zelf af, maar van het beleid om de implementatie van deze technologie in goede banen te leiden, samenwerking tussen alle betrokken partijen te faciliteren, en zo de risico's te vermijden en de kansen te benutten.

8 Werken in de zorg: ruimte voor de zorgprofessional

8.1 Inleiding

De groei van de zorguitgaven, de zorgarbeidsmarkt en de inhoud van de zorg dienen in samenhang te worden gezien. Eerder heeft de raad gesteld dat kwalitatief goede zorg, voldoende zorgpersoneel en uitgavenbeheersing de essentie zijn van het streven naar betaalbare en toegankelijke zorg. De kwaliteit van de zorg staat of valt met voldoende en goed opgeleide arbeidskrachten. De relatie tussen zorgprofessional en de zorggebruiker is kern van de zorgpraktijk. In het SER-advies uit 2012 legde de raad een aantal randvoorwaarden neer om de werkenden in de zorg hun cruciale rol zo goed mogelijk te kunnen laten uitvoeren.¹ De positie van de werkenden in de zorg is aldus een blijvend punt van aandacht én van zorg.²

Die zorg wordt versterkt doordat de verwachting dat de groeiende vraag naar zorg uit de Nederlandse bevolking de komende decennia ertoe zal leiden dat de vraag naar personeel in de zorg ook fors zal stijgen. Bovenop de ongeveer 1,4 miljoen mensen die nu in de zorg werken zouden nog zo'n 700 duizend mensen extra nodig zijn de komende twee decennia. Bij deze opgave is het goed om in ogenschouw te nemen dat de arbeidsmarkt voor de zorg op dit moment ook al de nodige knelpunten kent.³

Zorgprofessionals over de Nederlandse gezondheidszorg: Laat ons gewoon zorg verlenen

Naast de dialoogbijeenkomst over ruimte voor de zorgprofessional zijn voor de verkenning ook enkele zorgprofessionals geïnterviewd over de vraag wat zorgprofessionals zelf belangrijk vinden als het gaat om de Nederlandse gezondheidszorg? Drie professionals vertellen. De interviews zijn eerder gepubliceerd in *SER-magazine*.

¹ SER (2012) *Naar een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg. Een tussentijds advies op hoofdlijnen*, Advies 12/06.

² SER (2016) *Verslag van de bijeenkomst betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg van 22 juni 2016*.

³ Zie ook paragraaf 4.4.

Meyke van Roosmalen:

‘De bezetting van onze afdeling is een structureel probleem.’

Meyke van Roosmalen is zo’n 15 jaar werkzaam als verpleegkundige op de spoedeisende hulp (SEH) in een ziekenhuis in het midden van Nederland. “Een paar keer per maand moeten we de deuren van de SEH dichtdoen. Dan zijn we gewoon met te weinig.”

“Er worden kinderen geboren, er komen 100-plussers voorbij en soms overlijden er mensen. Het is veelzijdig werk. Professionele hulpverlening in acute situaties heeft bovendien ook gezellige kanten. Ik heb jaren in de horeca gewerkt en deels komt het op hetzelfde neer: gastvrij zijn en luisteren. Daar hebben mensen behoefte aan. De bezetting van onze afdeling is een structureel probleem. De afgelopen jaren komen we consequent 3,5 tot 6 fte te kort en een paar keer per maand kunnen we geen goede patiëntenzorg meer garanderen. Dat is de grens. Dan gaan de deuren van de SEH tijdelijk op slot.”

Beveiliging

“Als je het over zorgkosten hebt, dan is er in de spoedzorg wel wat te halen. Veel te vaak komen er ’s avonds of in het weekend mensen over de vloer met klachten die best konden wachten: moet er een SEH-arts een fotootje beoordelen van een verstuurde enkel. Goede voorlichting kan dat verbeteren. Tegelijkertijd zijn er mensen die te lang wachten; hun aantal neemt toe. Ze zijn zo ziek dat we alle zeilen moeten bijzetten. Maatschappelijk gezien is er ook het nodige veranderd. Vijftien jaar geleden kon je zo binnen lopen, maar vandaag de dag hebben ziekenhuizen kogelwerend glas en is er non-stop beveiliging. Enorme kostenposten, maar dat kun je toch geen zorgkosten noemen? Het gaat om maatschappelijke kosten en die zou je ook als zodanig moeten oormerken.

Begrijp me goed: de gezondheidszorg in Nederland is prachtig geregeld en ik heb elke dag veel zin om te gaan werken. Maar we moeten onder ogen zien dat er door de vergrijzing veel meer zieke mensen zijn. Investeren in vakmensen is keihard nodig.”

Klaske van den Berg:**‘Er is veel in de zorg wat je niet kunt meten.’**

Klaske van den Berg was 18 jaar werkzaam als klinisch logopedist aan de VU. Anderhalf jaar geleden verruilde ze de kliniek voor een studie Bestuurskunde, specialisatie zorgvernieuwing, om haar loopbaan verder te kunnen verdiepen.

“Vanuit de collegebanken krijg ik een nieuw perspectief aangereikt. Ik zie bijvoorbeeld hoezeer instituties in de zorg nog los van elkaar werken.”

Patiëntendossier

Met name de digitalisering van het patiëntendossier heeft veel impact gehad op ons dagelijks werk. Twee facetten springen eruit. Het eerste is positief. Op basis van verslaglegging en data kan je evidence-based werken, waarmee de kwaliteit en de effectiviteit van zorg toenemen. Het tweede is minder positief, de controle is toegenomen: “Ik zie dat jouw spreekuur niet helemaal bezet was, hoe komt dat?” Je hebt het op een gegeven moment alleen nog over wat je meet, terwijl veel dingen niet meetbaar zijn. Je kunt wel zeggen: voor die behandeling staat een “x” aantal behandeluren, maar de ene patiënt is de andere niet.

Samenwerking

Voor verdere verbetering, ook ten aanzien van de betaalbaarheid van de zorg, is meer samenwerking nodig. Stel jezelf de vraag hoe de zorg verdergaat als de patiënt het ziekenhuis verlaat. Voer interdisciplinair overleg, blijf niet in je eigen hokje hangen en gebruik elkaars expertise om die patiënt daadwerkelijk centraal te zetten.’

Zina Louter:**‘Vertrouwen is het sleutelwoord’**

Zina Louter is sinds 2006 coach medezeggenschap bij Amerpoort, een zorgaanbieder voor mensen met een verstandelijke beperking. “Te vaak gaat de vraag over uit welk potje de zorg betaald moet worden. Zo gaat veel tijd en geld verloren.”

“Amerpoort heeft behalve cliëntenraden ook een team van ervaringsdeskundigen – cliënten en verwanten – samengesteld. Zij zijn zorgafnemer (geweest) en hun kennis en ervaring willen we benutten voor zorgverbetering. Een mooie ontwikkeling die laat zien hoe er meer oog is gekomen voor de ervaring van de mensen, om de zorg te kunnen verbeteren vanuit hun perspectief. In mijn werk loop ik veelvuldig aan tegen

administratieve rompslomp. Veelal staat niet de zorgvraag voorop, maar de vraag uit welk potje de zorg betaald moet worden. Zo gaat veel tijd en geld verloren. Waarom? Als iemand een been breekt, zorg je er toch gewoon voor dat er gips omheen komt? Vertrouwen is het sleutelwoord. Laat ons gewoon zorg verlenen, daar zijn we goed in. Dat zal ook de betaalbaarheid ten goede komen. Ik kan bijvoorbeeld, conform de taakstelling, een 'x' aantal mensen aan een dagbesteding helpen. Maar als ik twee dagen een-op-een met iemand kan werken, kan zo iemand voortaan zelfstandig met het openbaar vervoer naar z'n werk. Dat levert op de lange termijn veel meer op."

Scheef

"Ik ben ook vakbondslid. Onlangs stond ik te demonstreren voor loonsverhoging. De verhoudingen in de zorg zijn echt scheef. Hoe kan het dat gehandicaptenzorg zo slecht wordt betaald, terwijl het werk zo veeleisend is? We hebben een vak geleerd, een hbo-diploma behaald, maar een basisschoolleerkracht verdient duizend euro bruto meer dan ik. Dat schuurt natuurlijk."

Bron: SER (2019) *SER-magazine* mei 2019.

8.2 De arbeidsmarkt in de zorg

De zorg is een belangrijke sector in de Nederlandse samenleving. Eind 2018 kwam dat neer op ongeveer 1,4 miljoen werkenden. Daarmee werkt ongeveer een op de zeven mensen in de zorg.⁴ Sommige deelsectoren binnen de zorg zijn vrij stabiel qua werkgelegenheid zoals de geestelijke gezondheidszorg, andere sectoren groeien langzaam maar gestaag, zoals de UMC's en de huisartsenzorg, terwijl een sector als de verpleging, verzorging en thuiszorg een wisselend patroon van stijgingen en dalingen in de werkgelegenheid kennen.⁵

Sinds 2014 is de vacaturegraad (het aantal openstaande vacatures per duizend banen in de zorg) gestaag toegenomen, met een recordhoogte in het derde kwartaal van 2019.⁶ Ook is er sprake van moeilijk vervulbare vacatures en personeelstekorten in de zorg. Steeds meer werkgevers ervaren problemen met de vervulling daarvan. In 2017 had gemiddeld tweederde van de werkgevers in de zorg ook te maken met moeilijk vervulbare vacatures.⁷ De tekorten hebben betrekking op zorgfuncties op mbo-niveau 3

4 Zorg is hier breed gedefinieerd in de zin van zorg en welzijn.

5 CBS/AZW-info (2019) *Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn*.

6 In vergelijking met andere sectoren is de vacaturegraad in de zorg overigens relatief laag, sectoren als bouwnijverheid, horeca en informatie en technologie kenden de afgelopen jaren een, soms aanzienlijk, hogere vacaturegraad. Zie VWS (2019) *Monitor Actieprogramma Werken in de Zorg*, mei 2019.

7 VWS (2019) *Monitor Actieprogramma Werken in de Zorg*, december 2018.

en hoger. Met name (gespecialiseerde) verpleegkundigen en verzorgenden individuele gezondheidszorg zijn moeilijk te vinden, zowel op mbo- als op hbo-niveau.

Toekomstprognoses: verdere banengroei en tekorten

De vraag naar zorg neemt de komende jaren toe, voor de korte en voor de langere termijn.⁸ Daarmee neemt ook de verwachte werkgelegenheid in de zorg toe.⁹ Internationale vergelijking geeft dat op dit moment in Nederland relatief veel mensen in de zorg werkzaam zijn.¹⁰ Voor de middellange termijn zijn enkele, meer gedetailleerde prognoses beschikbaar, voor de langere termijn alleen de prognose dat het aandeel werkenden in de zorg in de totale werkgelegenheid toeneemt van een op zeven nu naar een op vier in 2040.¹¹

Voor de middellange termijn raamt het CPB de groei van de werkgelegenheid in de zorg (gemeten in uren van werknemers en zelfstandigen) op gemiddeld 2,1 procent per jaar. Dit is in lijn met de groei over de jaren 1996-2018.¹²

Het Actieprogramma Werken in de Zorg van het kabinet¹³ verwacht een tekort in 2022 van circa 80 duizend mensen. Dit tekort is lager in omvang dan eerder verwacht door de extra inspanningen in de sector, die resulteren in een hogere instroom in opleidingen, een hoger studierendement en een hogere instroom van werkenden in de zorg.¹⁴

Wisselwerking op de arbeidsmarkt tussen zorg en andere sectoren in de economie

Over de vraag of er sprake is van een effect van de groeiende vraag in de zorg op andere delen van de arbeidsmarkt, of juist andersom, is beperkte informatie beschikbaar. Ook in andere sectoren van de economie is sprake van tekorten op arbeidsmarkt en moeilijk vervulbare vacatures. Een beperkt deel van de mensen die hun baan verlaten in de zorg stromen binnen dezelfde branche in een andere baan in. Een deel gaat aan de slag in een andere zorgbranche, of buiten de zorg. Een substantieel deel van de werknemers die uitstromen ontvangt daarna een uitkering of verlaat de arbeidsmarkt. Dit geeft aan dat er sprake is van substantiële stromen binnen en tussen zorgbranches, maar ook naar andere sectoren. De voorziene extra werkgelegenheid in de zorg in de komende jaren gaat volgens het CPB, onder invloed van de krapte op de arbeidsmarkt, deels ten koste van de werkgelegenheidstoeename in andere sectoren.¹⁵

8 Zie onder andere RIVM (2018) *Volksgezondheid Toekomst Verkenning*.

9 Mot, E. K. Stuit, P. Westra en R. Aalbers (2016) *Een raming van de zorguitgaven 2018-2021*, CPB Achtergrond-document 30.

10 OECD (2019) *Health at a Glance 2019*.

11 VWS (2019) *Begroting 2020*.

12 CPB (2019) *Middellangetermijnverkenning zorg 2022-2025*.

13 VWS (2018) *Voortgang Actieprogramma Werken in de Zorg*, oktober 2018.

14 VWS (2019) *Tweede voortgangsrapportage Actieprogramma Werken in de Zorg*, mei 2019.

15 CPB (2019) *Middellangetermijnverkenning zorg 2022-2025*.

Veel kleinere deeltijdbanen in de zorg

De gemiddelde zorgprofessional werkt ongeveer 24 uur per week. Deze zogenaamde deeltijdfactor is voor de zorg als geheel al een aantal jaren redelijk stabiel op ongeveer 0,67, wel zijn er verschillen tussen zorgbranches.¹⁶ Bij academische ziekenhuizen ligt de deeltijdfactor vrij hoog op ongeveer 0,81, in de thuiszorg vrij laag op 0,54. Deeltijd is vooral een zaak van vrouwen, ruim 80 procent werkt in deeltijd. Meer dan de helft van de banen in de zorg heeft een contractomvang van 25 uur per week of minder.¹⁷

Bijna de helft van de deeltijders in de zorg is tevreden met de omvang van de baan, bijna een op de drie wil liever een kleinere baan en bijna een op de vier een grotere baan.¹⁸ De voorkeuren voor het aantal uren per week blijken mede samen te hangen met de leeftijd en de levensfase van de zorgprofessionals. Degenen die méér uren willen werken zijn de groepen tot 30 jaar (alleen of samenwonend zonder kinderen) én 45 tot 54 jaar (oudere kinderen of geen kinderen). Er lijkt behoefte aan een flexibiliteit in de levenscyclus: eerst meer uren werken, dan (met jonge kinderen) minder, en daarna juist meer.

Inzet op grotere deeltijdbanen is in de praktijk van de zorg weerbarstig, maar niet onmogelijk. Er blijkt in de praktijk sprake van een aantal belemmeringen die grotere contracten in de weg staan.

Werkgevers hebben hier een belangrijke rol maar het blijkt geen prioriteit te zijn voor zorgbestuurders, daar ligt de focus vooral op meer instroom in de organisatie realiseren. Kleinere banen bieden zorgorganisaties in de bedrijfsvoering naar hun oordeel meer flexibiliteit dan grotere banen of voltijdbanen en geven minder risico's rond roosters en ziekte. Omdat de bestuurlijke prioriteit niet bij grotere banen ligt, is de ondersteuning van werknemers vanuit management/HR om meer uren te werken ook beperkt. Werkgevers bespreken dit lang niet met werknemers. Zorgprofessionals krijgen zo nog vaak te horen dat er geen aanbod voor meer uren mogelijk is.

Voor de zorgprofessionals spelen diverse belemmeringen een rol. De wens om niet meer uren te werken hangt vaak samen met belemmeringen rond gebrek aan zeggenschap over te werken uren, onder andere vanwege de combinatie van werken en zorgen voor kinderen of zieke naasten.¹⁹ Voor wie een contract voor een halve baan heeft maar feitelijk structureel meer uren werkt, is een hoger aantal contractuele uren niet altijd aantrekkelijk. Voor werkenden met kleine banen speelt mee dat er

16 CBS/AZW-info (2020) *Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn*.

17 Stichting Het Potentieel Pakken (2020) *Het potentieel pakken in de zorg. De kansen rondom grotere deeltijdbanen*.

18 Idem.

19 SER (2016) *Een werkende combinatie. Advies over het combineren van werken, leren en zorgen in de toekomst*, Advies 16/08; SER (2019) *Diversiteit in de top Tijd voor versnelling*, Advies 19/12.

naast het beperkte aantal uren in het contract een eis van beschikbaarheid geldt voor meerdere dagen per week en een groot aantal uren buiten het contract.²⁰ Voor zorgprofessionals zelf is het vaak ook onduidelijk wat meer uren werken financieel oplevert; dat meer werken ook tot hogere pensioenaanspraken leidt blijkt vrij onbekend. Voor de korte termijn levert een vergroting van de arbeidsomvang ook negatieve financiële gevolgen op. Bijvoorbeeld het vervallen van zorg- en huurtoeslag, maar ook de meerkosten voor kinderopvang en een hogere loonbelasting kan bij stijging van het bruto-inkomen leiden tot een daling van het netto-inkomen. En ten slotte zijn de gevolgen van meer uren werken voor het rooster onduidelijk en worden die ook als nadelig ervaren (wat vaak klopt).

Meer zelfstandigen in de zorg

De afgelopen jaren is het aantal zelfstandigen in de zorg toegenomen. Volgens gegevens van de Kamer van Koophandel is het aantal zelfstandigen in de zorg gestegen van ruim 80 duizend in 2013 naar 121 duizend in 2018.²¹ Volgens het AZW-programma is het aantal zelfstandigen hoger, namelijk zo'n 145 duizend in 2018. Het aandeel van zelfstandigen in de totale werkgelegenheid is de afgelopen jaren langzaam opgelopen naar 11 procent.²²

Van de zijde van de zorgprofessionals worden verschillende motieven genoemd om als zelfstandige in de zorg aan het werk te gaan, of de overstap te maken van werknemer in de zorg naar zelfstandige in de zorg. Zo geeft werken als zelfstandige betere mogelijkheden om werk te combineren met mantelzorg of zorg voor kinderen. Vaak wordt ook genoemd dat het mensen betreft die zichzelf willen beschermen tegen de werkdruk, de administratieve lasten en de omstandigheden bij hun werkgever en daarom besluiten als zelfstandige verder te gaan.²³

Aan de kant van de zorgaanbieders worden als argumenten genoemd voor de toenemende inzet van zelfstandigen in de zorg de personeelstekorten en moeilijk vervulbare vacatures.²⁴ De grote vraag naar personeel is voor zorgorganisaties reden om via bemiddelingsbureaus zelfstandigen te werven. Dat levert een verlichting van de werkdruk op maar brengt in de praktijk nieuwe problemen met zich mee. Door de krappe arbeidsmarkt kunnen zzp'ers hoge tarieven vragen. Die hoge tarieven zorgen weer voor een financieel probleem. Bovenop de hogere tarieven komen ook nog bemiddelingskosten en btw. Zzp'ers kunnen ook selectiever omgaan met

20 Zie ook SER (2018) *De vele kanten van banen combineren*, Verkenning 18/02.

21 Trouw (2018) *Er werken meer zzp'ers in de zorg, daarvan zijn mensen in vaste dienst de dupe*, 9 juli 2018; Trouw (2018) *De zelfstandige is niet meer weg te denken uit de zorg*, 10 juli 2018.

22 CBS/AZW-info (2019) *Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn*.

23 Zie onder andere <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/snelle-toename-zorg-zzp-ers-leidt-tot-problemen-bij-ziekenhuizen-en-zorginstellingen> www.zorgvoorbeter.nl; Zorgvisie (december 2018); zie ook VWS (2020) *Flexibilisering arbeidsmarkt in de zorg*.

24 UWV (2018) *Factsheet arbeidsmarkt zorg*; VWS (2020) *Flexibilisering arbeidsmarkt in de zorg*.

de diensten die zij wel en niet willen draaien, waardoor het vaste personeel meer op ongunstige uren als in avond en weekend wordt ingezet. Dat laatste is niet gunstig voor de onderlinge verhoudingen en maakt het rondkrijgen van roosters niet gemakkelijker.

Waar zzp'ers in instellingen werken zal al gauw sprake zijn van schijnzelfstandigheid. Mensen werken dan in feite als werknemer, maar worden wel onttrokken aan de solidariteit van de werknemersverzekeringen en aan het pensioenfonds. Het is zeer de vraag of deze mensen zelf voldoende pensioen opbouwen en voldoende verzekerd zijn.

Hoge werkdruk, hoge mobiliteit

Het aantal mensen dat in de zorg gaat werken neemt toe, en ook het aantal mensen dat de zorg verlaat neemt toe in de tijd.²⁵ De uitstroom van werknemers in de zorg is gegroeid van 11,2 procent in 2014 naar 15,8 procent in 2018.²⁶ Een deel daarvan gaat binnen dezelfde branche aan de slag, een deel in een andere zorgsector, weer anderen vinden een baan buiten de zorg. Daarbij bestaan er tussen branches in de zorg grote verschillen.

Bij de relatief hoge uitstroom van werknemers uit de zorgsector wordt veelal gewezen op hoge werkdruk en gebrek aan waardering voor het werk als belangrijke motieven voor de uitstroom. Voor de jaren 2013-2017 is bij werkenden in de zorg sprake van een daling in de beleving van een aantal aspecten van het werk.²⁷ Met name de werkdruk daalt in de waardering van de werkenden in de zorg. Daarnaast scoren de algemene werkbeleving, de waardering van de organisatie en de ervaren mate van zelfstandigheid als relatief laag.

De werkdruk wordt in nagenoeg alle zorgsectoren als een probleem ervaren.²⁸

Ruim de helft van de werknemers in de gezondheidszorg geeft aan last te hebben van een (te) hoge werkdruk. Zij moeten vaak werk verzetten, extra hard en snel werken en *an sich* veel werk doen.²⁹ Het ervaren van een hoge werkdruk kan gevolgen hebben voor de mentale en fysieke toestand van de medewerker.³⁰ Een te hoge werkdruk kan leiden tot langdurige stress en dit kan op zijn beurt weer leiden tot bijvoorbeeld verzuim van de medewerker.³¹ Het ziekteverzuim in de zorg lag de

25 VWS (2019) *Monitor Actieprogramma Werken in de Zorg*, december 2019.

26 EY (2019) *Barometer Nederlandse Gezondheidszorg 2019. Rating en rendement dalen door toegenomen verzuim en verloop*.

27 CBS/AZW-info (2019) *Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn*.

28 CBS/AZW-info (2019) *Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn*.

29 Zie: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/46/werknemers-in-zorg-ervaren-hoge-werkdruk>, geraadpleegd 10 februari 2019.

30 VWS (2019) *Monitor Actieprogramma Werken in de Zorg*, mei 2019.

31 TNO (2012) *Rapport Werkdruk*.

afgelopen jaren tussen één en anderhalf procentpunt hoger dan het gemiddelde verzuim in Nederland over alle sectoren gemeten.³² Het verzuim steeg van 4,7 procent in 2014 naar 5,9 procent in 2018.³³

Tot slot neemt de gezondheidszorg de derde plek in als het gaat om de stijging van burn-outklachten, een stijging die onder andere wordt veroorzaakt door een afnemende autonomie en een stijgend percentage werknemers met hoge taakeisen.³⁴ Ruimte om het werk zelf in te richten blijkt uit onderzoek één van de determinanten van werktevredenheid.³⁵

Breed draagvlak voor en brede inzet in arbeidsmarktprogramma's voor de zorg

De tekorten op de arbeidsmarkt in de zorg zijn mede aanleiding voor partijen in de zorg om in diverse samenwerkingsverbanden de tekorten aan te pakken. De onderstaande voorbeelden illustreren de breedte van het draagvlak en in de inzet van betrokken partijen.

Het Actieprogramma *Werken in de Zorg*³⁶ zet in op meer mensen in de zorg, naast een inzet op beter en anders organiseren in de zorg. Het programma zet in op drie lijnen. Meer kiezen voor de zorg is gericht op meer leerlingen, studenten en zij-instromers in zorg en welzijn. Beter leren in de zorg is gericht op een stageplek voor iedere leerling en student. En anders werken in de zorg is gericht op betere combineerbaarheid van werken in de zorg met verantwoordelijkheden thuis, en met betere aansluiting op wensen en capaciteiten van werkenden in de zorg.

Sterk in je werk, zorg voor jezelf is een initiatief van CNV en regionale werkgevers.³⁷ VWS heeft hiervoor in de periode 2016 tot en met 2018 in totaal 3 miljoen euro subsidie verstrekt, de 5 miljoen euro per jaar van het actieprogramma komt hier bovenop.

RegioCoöp coördineert de uitvoering van het *SectorplanPlus* en is een coöperatie van regionale werkgeversorganisaties voor zorg en welzijn die zijn aangesloten bij het samenwerkingsverband RegioPlus. RegioPlus is het samenwerkingsverband van veertien regionale werkgeversorganisaties.

Met *Aan het werk voor ouderen. Arbeidsmarktagenda 2023* hebben werknemersorganisaties (CNV, FNV), werkgevers (ActiZ, BTN, NVZ), onderwijsveld (MBO Raad) en overheid (VWS) afspraken gemaakt die zich richten op behoud en instroom van

32 CBS/AZW-info (2019) *Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn*.

33 EY (2019) *Barometer Nederlandse Gezondheidszorg 2019. Rating en rendement dalen door toegenomen verzuim en verloop*.

34 TNO (2018) *Arbobaalans 2018, Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland*.

35 Soeken, K.L., G.A. Zangaro (2007) A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction, in: *Research in Nursing and Health*, 30, pp. 445-458.

36 Brief van de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor Medische zorg en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018) *Actieprogramma Werken in de Zorg*, Tweede Kamer (2018-2019) 29 282, nr. 303.

37 <https://www.sterkinjewerk.nl/>

zorgpersoneel in de ouderenzorg, met meer werkzekerheid, meer uren, goede arbeidsvoorwaarden, nieuwe instroom van jongeren met stage- en opleidingsplaatsen en inzet op innovatieve manieren om het werk slimmer te organiseren.³⁸

De intentieverklaring *Werken in zorg en welzijn* van juli 2018 van de regionale werkgeversverenigingen, ActiZ, VGN, UWV en Divosa zet in op de inzet van mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt. In diverse regio's lopen hiervoor pilots, die leiden tot meer instroom in de zorg. Een aantal zorginstellingen heeft nieuwe takenpakketten/functies gecreëerd voor mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt.

Belangrijk onderdeel van de arbeidsmarktinzet is gericht op stages. In het kader van meer kiezen voor de zorg maken werkgevers zich hard voor meer en betere stages. Werkgevers lopen daar tegen knelpunten aan van beschikbare begeleidingstijd en middelen. De vergoeding voor werkgevers is niet kostendekkend. Het huidige stagefonds kent een systematiek waarbij bij toename van het aantal aanvragen, de uitkering per aanvraag daalt. In diverse branches loopt onderzoek naar de kosten en baten van stages. Vanuit werknemersperspectief worden rond stages ook knelpunten gemeld.³⁹ Veel leerlingen en stagiairs vallen uit tijdens hun opleiding. Door de personeelstekorten worden leerlingen veelal ingezet als volledige werknemer terwijl zij eigenlijk boventallig horen te zijn. Leerlingen en stagiairs melden dat zij nauwelijks of geen begeleiding krijgen en onder druk worden gezet om handelingen te verrichten waartoe zij niet bevoegd zijn. Dit leidt onder meer tot burn-outs, studievertraging en stoppen met de opleiding tijdens de stageperiode, waardoor stagiaires blijven zitten met een grote studieschuld.

8.3 Ruimte voor de zorgprofessional

In de discussie over de verschillende knelpunten op de arbeidsmarkt neemt de ruimte die de zorgprofessional (niet) krijgt een belangrijke plaats in.⁴⁰ Zorgprofessionals zijn intrinsiek gemotiveerd om in de zorg te werken maar krijgen vaak te maken met administratieve lasten waar zij het nut niet van inzien, met personeelstekorten die leiden tot gaten in werkroosters en tot druk op de continuïteit en kwaliteit van de zorg en met moeite om werk en privé zorg te combineren.

Niet alle zorgprofessionals hebben overigens in dezelfde mate te maken met deze problemen. Tussen beroepsgroepen in de zorg zijn er verschillen in ruimte voor autonomie of in zeggenschap over werktijden. Voor artsen in medisch specialistische beroepen is er in de regel meer autonomie en veel regelruimte, maar ook

38 Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Tweede Kamer (2016-2017) 29282 *Aan het werk voor ouderen. Arbeidsmarktagenda 2023*, nr. 276.

39 FNV (2020) *Stagemisbruik in Zorg & Welzijn*.

40 Zie onder andere FNV (2019) *Klem op de werkvloer*.

hoge werkdruk, lange werktijden en hoge inkomsten. Voor artsen in loondienst geldt vaak hetzelfde, met uitzondering van het ontbreken van productieprikkelers en van inkomens onder de WNT. Zzp'ers en vrijgevestigden kennen veelal dan weer hoge autonomie en hoge tarieven. Verpleegkundigen in loondienst hebben vaak te maken met beperkte zeggenschap en weinig ervaren regelruimte, werken vaak in deeltijd, met hoge werkdruk en lage salarissen. Het is met name de beroepsgroep van verpleegkundigen die de afgelopen jaren geconfronteerd is met hogere eisen aan het werk en afname van de autonomie.⁴¹

Ruimte wordt veelal omschreven als de toegestane handelingsruimte van een medewerker in relatie tot zijn of haar leidinggevende(n) met betrekking tot de aard, hoeveelheid en kwaliteit van diensten.⁴² Medewerkers met ruimte hebben volgens deze definitie discretionaire ruimte om professioneel te handelen. Wanneer er professionele ruimte is, wordt het handelen van de medewerker niet enkel bepaald door gestandaardiseerde procedures en regels, maar ook door kennis van de medewerker zelf.⁴³ De 'ruimte' in relatie tot de professional betekent dat er sprake is van een organisatiewijze die het vakmanschap van medewerkers tot zijn recht laat komen.⁴⁴ In algemene zin wordt de ruimte voor een professional niet alleen bepaald door wat hij of zij 'mag', maar ook door wat de professional wil, weet en kan.⁴⁵

Ruimte = autonomie, zeggenschap en vertrouwen

In het programma Excellente zorg van V&VN zijn autonomie en zeggenschap belangrijke elementen van de ruimte voor de zorgprofessional. Dit programma richt zich op de positie van de zorgprofessional binnen de zorginstelling en heeft als doel om de gehele werkomgeving zo te beïnvloeden dat de positie en invloed van verpleegkundige en verzorgenden verbeteren, de kwaliteit van zorg verbetert en het beroep van verpleegkundige of verzorgende ook voor anderen aantrekkelijker wordt. Het programma richt zich op werken met vakbekwame collega's, een goede relatie tussen medisch, verplegend en verzorgend personeel, autonomie, support van de directe leidinggevers, zeggenschap over de beroepsuitoefening, opleidingsmogelijkheden, voldoende personeel en een patiëntgerichte zorgcultuur. Met autonomie wordt hier bedoeld klinische autonomie, de vrijheid om zelfstandig te handelen op basis van wat je weet.

41 WRR (2020) *Het betere werk. De nieuwe maatschappelijke opdracht*, WRR-rapport 102.

42 Hupe, P. (2009) De autonomie van de vakman (m/v). Over regeldruk en handelingsruimte, in: Jansen, T., G. van den Brink, J. Kole (red.) *Beroepstrots. Een ongekennde kracht*.

43 Idem.

44 TNO (2012) *Ruimte voor Professionals. Lessen op basis van drie organisaties die een publieke taak uitvoeren*.

45 Van den Berg, D., G. van Essen, R. Monasso (2013) *Overslaande vonk: Ruimte voor de professional*, p. 2.

Met zeggenschap wordt bedoeld werkelijke zeggenschap over de beroepsuitoefening, dat betekent naast inspraak ook beslissingsbevoegdheid. V&VN pleit voor meer vertrouwen in zorgprofessionals door het verminderen van de regels, bureaucratie en administratieve lasten.

Bron: V&VN (2018) *Handboek Excellente zorg. Werken aan de beste zorg in een gezonde werkomgeving*.

In de literatuur wordt er onderscheid gemaakt tussen enerzijds de feitelijke, objectieve handelingsruimte die professionals krijgen (gerelateerd aan staatsrechtelijke positie, wetgeving, regels en protocollen), en anderzijds de benutte of ervaren handelingsruimte van een professional. Hoeveel ruimte een professional krijgt en benut is afhankelijk van verschillende factoren, waaronder de aard van het werk, de organisatie, omgeving en de professional zelf.

Dialogobijeenkomst Ruimte voor de zorgprofessional

Op 27 maart 2019 organiseerde de SER de dialogobijeenkomst Ruimte voor de Zorgprofessional. Zo'n vijftig mensen uit de zorg namen deel aan de dialogobijeenkomst. De zorg was breed vertegenwoordigd met mensen uit verschillende beroepen waaronder verpleegkundige, verzorgende, logopedist, huisarts, coassistent, oncoloog, sociotherapeut, wijkcoach, ambulancehulpverlener, woonbegeleidster, maatschappelijk werker en specialist. De deelnemers vertegenwoordigden branches als jeugdzorg, thuiszorg, ouderenzorg, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en ziekenhuiszorg. De leden van de Commissie Sociale Zekerheid en Gezondheidszorg van de SER en het secretariaat van de SER namen deel aan en ondersteunden de bijeenkomst.

De bijeenkomst werd georganiseerd in het kader van de verkenning over de betaalbaarheid van de zorg die de SER op verzoek van de bewindslieden van VWS uitvoert. De SER heeft ruimte voor de zorgprofessional als een van de centrale thema's voor de verkenning benoemd.

SER-voorzitter Mariëtte Hamer opende de bijeenkomst met de stelling dat het terecht is dat de zorgprofessionals als experts uit de zorg aan het begin van het SER-traject worden gevraagd om hun opvattingen te geven over dit belangrijke onderwerp. Romke van der Veen, kroonlid van de SER en voorzitter van de commissie die de bijeenkomst organiseerde, ging kort in op de vragen die het kabinet aan de SER heeft voorgelegd, en op de relatie tussen betaalbaarheid van de zorg en ruimte voor de professional.



Zina Louter van zorgorganisatie Amerpoort pleitte er vanuit het perspectief van de zorgprofessional voor dat je als zorgprofessional vooral ook ruimte moest nemen. Je moet niet alleen volgens de regels en het systeem werken, maar vooral ook je gevoel en gezond verstand volgen, en kennis en ervaring van je collega's gebruiken.

Werkgeverslid Hans Helgers, illustreerde het belang van ruimte en vertrouwen met een aantal voorbeelden uit zijn praktijk. Voorbeelden waarin de inspectie geen ruimte en vertrouwen gaf voor het handelen van zorgprofessionals. Hij vertelde dat gebrek aan ruimte en vertrouwen de kwaliteit van de zorg en de motivatie van de medewerkers aantast.

Kroonlid van de SER Steven van Eijck vond de regeldruk van groot belang. Hij pleitte ervoor dat de zorg zelf het voortouw neemt op dit onderwerp en zelf een convenant zou moeten opstellen om de regeldruk te verminderen en zo de professionals in de zorg meer ruimte te bieden.

Vervolgens gingen de deelnemers volgens de methode van waarderend onderzoek in dialoog met elkaar. In twee gesprekrondes werd gesproken over vragen als wat ruimte voor de zorgprofessional in je werk betekent, wat goede en slechte ervaringen uit je dagelijkse werk zijn, hoe de ideale situatie van je werk in de toekomst eruit ziet, en ten slotte wat er nodig is om in die ideale situatie te komen en wie wat zou kunnen doen om daar te komen.

De gesprekken leverden heel veel levendige praktijkverhalen op, met veel passie voor het werk in de zorg! De gesprekken gaven goed zicht op wat volgens zorgprofessionals zelf 'ruimte' betekent voor het dagelijks werk in uiteenlopende branches in de zorg.

Romke van der Veen en Mariëtte Hamer sloten de bijeenkomst af met het ophalen van bevindingen van de tafels en met een dankwoord voor alle inbreng. De SER-commissie heeft met de opbrengst van de dialoogtafels, met zo'n 150 kaarten van de deelnemers met kansen en wensen, en enkele tientallen tekeningen, het nodige aan huiswerk meegekregen. De deelnemende zorgprofessionals gaven aan blij zijn dat zij hun verhaal kunnen vertellen.

De bevindingen van de dialoogbijeenkomst zijn opgenomen in dit hoofdstuk. Een uitgebreider verslag van de dialoogbijeenkomst is opgenomen als aparte bijlage bij deze verkenning.

Bron: SER (2019) *Verslag van de dialoogbijeenkomst Ruimte voor de Zorgprofessional van 27 maart 2019*.

Zorgprofessionals zelf voegen daar zaken aan toe die niet of nauwelijks in literatuur en onderzoek naar voren komen.⁴⁶ In hun definiëring van de term 'ruimte' komen drie punten duidelijk naar voren. In de eerste plaats tijd voor de cliënt, maar ook de collega's; als tweede het vertrouwen krijgen dat je als professional het goede doet; en ten slotte de mogelijkheid om vrij je werk in te mogen richten. Met daarbij horend eigen regie, ruimte om te innoveren en jezelf te kunnen ontplooiën. Kortom, autonomie en waardering zijn volgens zorgprofessionals belangrijk, men wil werken in een stimulerende werkomgeving, met invloed van de werknemer op werkdruk. Daarnaast is er ook een roep om stabiele roostering om zo de werk-privé-balans te kunnen hanteren.

Verder hechten de zorgprofessionals belang aan juiste zorg op de juiste plek, en de juiste professional op de juiste plek. Men vindt het belangrijk om mensgerichte zorg te kunnen leveren. Naast dat de patiënt belangrijk is of centraal staat, moet ook de professional centraal staan. Die moet 'nee' kunnen zeggen tegen bepaalde taken of tegen extra uren. Nog te vaak worden allerlei werkzaamheden bij de professional neergelegd, waardoor werk maar half gedaan kan worden, wat de werkdruk negatief beïnvloedt.

Opvallend is dat er in de literatuur weinig wordt gerept over het begrip 'tijd' terwijl het begrip juist zo nadrukkelijk naar voren komt bij de zorgprofessionals zelf; tijd voor de patiënt en voor de collega's, tijd voor reflectie en voor het leren kennen van het netwerk rond de patiënten zijn essentiële voorwaarden voor goede zorg en tevreden zorgprofessionals.

46 SER (2019) *Verslag van de dialoogbijeenkomst Ruimte voor de Zorgprofessional van 27 maart 2019*.

Ruimte voor de zorgprofessional is...

In de dialoogbijeenkomst Ruimte voor de Zorgprofessional hebben zorgprofessionals zich uitgesproken over wat naar hun oordeel 'ruimte' inhoudt. De hieronder opgenomen citaten geven een goed overzicht van hoe zij het begrip 'ruimte' invullen:

- "Dat als een cliënt vraagt of ik vandaag wel tijd heb voor samen een kop thee te drinken, ik meteen ja kan zeggen."
- "Met plezier je vak uitoefenen en goede mensgerichte zorg verlenen."
- "Vertrouwen om zelfstandig keuzes te kunnen maken en respect van de werkgever voor mijn keuzes."
- "Eigen regie vanuit eigen professie."
- "Je eigen expertise kunnen benutten, met voldoende autonomie daarvoor en vooraf betrokken worden bij veranderingen op het werk."
- "Professionaliteit, vertrouwen, betrokkenheid, minder controle."
- "Tijd om naar mijn patiënten te luisteren, en echt na te kunnen denken over diagnose en beleid. Als ik de ruimte krijg kan ik de klachten van patiënten beter begrijpen."
- "ISO-normen implementeren maar wel ruimte houden rond de uitvoering."
- "Meer tijd voor de patiënt, de patiënt heeft anno 2019 complexere zorg nodig, en goede zorg vereist meer tijd."
- "Vertrouwen in de medewerkers die de zorg uitvoeren."
- "Voldoende collega's zodat de roosters kloppen. Dat werk en privé niet gescheiden kunnen worden trekt een sterke wissel op mensen."
- "Goede balans tussen werkdruk en lasten."
- "Kunnen doen wat ik kan om goede zorg te leveren met tijd, middelen en een goed systeem."
- "Binnen de kaders van de organisatie vrij je werk mogen uitoefenen, met voldoende tijd voor reflectie, scholing, intervisie en goede salariëring."

Bron: SER (2019) *Verslag van de dialoogbijeenkomst Ruimte voor de Zorgprofessional van 27 maart 2019.*

8.4 Ruimte onder druk

Uit literatuur en onderzoek komen een aantal beperkende factoren naar voren die de ruimte voor zorgprofessionals beperken. Regeldruk en administratieve lasten zijn een belangrijk oorzaak van gebrek aan ruimte. Hieronder volgen enkele con-

crete voorbeelden van administratieve lasten in de zorg. Zorgprofessionals zelf noemen nadrukkelijk overigens ook andere factoren.⁴⁷

Controle en bureaucratie zijn tot op zekere hoogte onvermijdelijk in het zorgstelsel. Verantwoordingspraktijk is nodig voor de patiëntveiligheid, om onrechtmatigheden en fraude te voorkomen, om ongewenste praktijkvariatie te voorkomen, en om informatie te verzamelen opdat patiënten een keuze kunnen maken voor een zorgverlener.⁴⁸ Het helpt als zorgprofessionals begrijpen waarom in bepaalde gevallen over processen verantwoording (ervaren als regeldruk en administratieve last) moet worden afgelegd en als zorgprofessionals kunnen meedenken over wat er vastgelegd moet en kan worden. Dit kan het gevoel van werkdruk reduceren. Een constructief gesprek hierover tussen leidinggevende en het team (ook over hoe het eventueel anders kan) kan hierbij helpen.

Administratieve lasten in de geestelijke gezondheidszorg

In 2017 heeft GGZ Nederland onderzoek gedaan naar de top 10 van administratieve lasten in het sociale domein, in de Zorgverzekeringswet en in de forensische zorg. In het sociaal domein (Wmo en Jeugdwet) hebben ggz-aanbieders van reguliere ggz, jeugd-ggz en verslavingszorg vooral last van het ongestandaardiseerde berichtenverkeer gedurende het hele zorgproces. Dit is direct gerelateerd aan de ongestandaardiseerde inkoop en contractering van zorg. Binnen de Zorgverzekeringswet leveren de activiteiten die te maken hebben met de financiële productieverantwoording de hoogste administratieve lasten. In de forensische zorg veroorzaken alle schakelmomenten in de zorgketen samen voor de hoogste administratieve lasten. De vele wisselingen tussen strafrecht en reguliere zorg, financieringsstromen en rechtsposities veroorzaken deze lastendruk.

Bron: GGZ Nederland (2017) *Onderzoek naar de administratieve lasten in de geestelijke gezondheidszorg*.

47 Zie SER (2019) *Verslag van de dialoogbijeenkomst Ruimte voor de Zorgprofessional* van 27 maart 2019.

48 Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (2019) *Blijk van vertrouwen. Anders verantwoorden voor goede zorg*.

Ervaren regeldruk in de ouderenzorg

Vanuit het kennisprogramma Waardigheid en Trots is een onderzoek gedaan naar de regeldruk in de ouderenzorg. Verschillende respondenten brengen naar voren dat het grootste deel van ervaren regeldruk veroorzaakt wordt door zelfopgelegde regels van de organisatie en dat bovendien niet altijd (meer) duidelijk is met welk doel die regel is ingesteld.

Bron: https://www.waardigheidentrots.nl/wp-content/uploads/2018/07/WT_Eindrapportage_thema_4.pdf, p. 27.

Ergernissen van zorgprofessionals in de langdurige zorg

In de langdurige zorg blijken de grootste ergernissen van zorgprofessional het moeten invullen van niet relevante onderdelen in het zorgleefplan en het moeten registreren in verschillende (ICT-)systemen. Een deel van de ervaren lasten volgt uit het feit dat het zorgleefplan meerdere doelen kent, naast het vastleggen en evalueren van de afspraken met de cliënt, kan het zorgleefplan ook gebruikt worden voor verantwoording aan de IGZ en de zorgkantoren.

Bronnen: De rapportage van het programma "Aanpak verspilling in de zorg" van V&VN, FNV, CNV, Nu '91, Vilans en VWS; https://www.vilans.nl/docs/vilans/over_vilans/pdf/terugdringen-registratielasten-in-de-langdurige-zorg.pdf

Maar de verantwoordingspraktijk heeft ook een aantal negatieve bijwerkingen.⁴⁹ Zo wordt gesproken over een explosie van informatie-eisen zoals het onderstaande voorbeeld over richtlijnen in een ziekenhuis illustreert. Zorgverleners zijn zo steeds meer tijd kwijt aan registraties tijdens patiëntencontacten, soms wel tot 40 procent van hun tijd. Er wordt gesproken van 'georganiseerd wantrouwen', dat leidt tot hoge administratieve lasten en vermindering van de professionele autonomie.⁵⁰ Ook wordtesignaleerd dat het leidt tot minder vertrouwen van zorgverleners en van patiënten in de zorg in het algemeen; als alleen de gevallen waarin iets fout gaat naar buiten komen bepaalt dat mede het publieke beeld van een sector als geheel.

49 Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (2019) *Blijk van vertrouwen. Anders verantwoord voor goede zorg*.

50 WRR (2020) *Het betere werk. De nieuwe maatschappelijke opdracht*, WRR-rapport 102.

Meer dan 1600 richtlijnen voor het ziekenhuis

In 2010 werd het Atrium Medisch Centrum onder toezicht geplaatst. Reden was dat de organisatie tekort was geschoten bij de naleving van twee richtlijnen, te weten die voor hygiëne en die voor luchtbehandeling. In de uitwerking van een oplossing kwam het bestuur tot de conclusie dat er geen overzicht was van alle van toepassing zijnde richtlijnen. Een rondgang langs negentig ziekenhuizen en zorgorganisaties bevestigde het beeld. De verspreiding van de kennis over richtlijnen naar de zorgprofessionals bleek niet goed georganiseerd. Daarop werd een actie gestart om alle relevantie richtlijnen te verzamelen. Dat bleek een zodanig grote klus dat er een aparte database voor werd gebouwd. Uiteindelijk bleken er ruim 1600 richtlijnen te zijn voor het werk in het centrum. Het grote aantal deed de twijfel rijzen of alle richtlijnen wel bekend waren bij de professionals en of de richtlijnen wel werden nageleefd.

Bron: Blume L.H.K. [et.al.] (2015) How to manage external demands in hospitals – the case of atrium MC, in: *Healthcare*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.hjdsi.2015.03.003>

Een gevolg is ook dat zorgprofessionals terughoudend worden om informatie te delen, omdat die informatie gebruikt om je er later op af te rekenen. Het werkplezier komt het evenmin ten goede. Het toetsen op naleving leidt er ook toe dat mensen strategisch gedrag gaan vertonen om naar de letter van de regel te handelen en niet meer in de geest van de regel. Dat vermindert ten slotte weer de ruimte om te handelen op basis van inzicht en ervaring naar de aard van de situatie.⁵¹

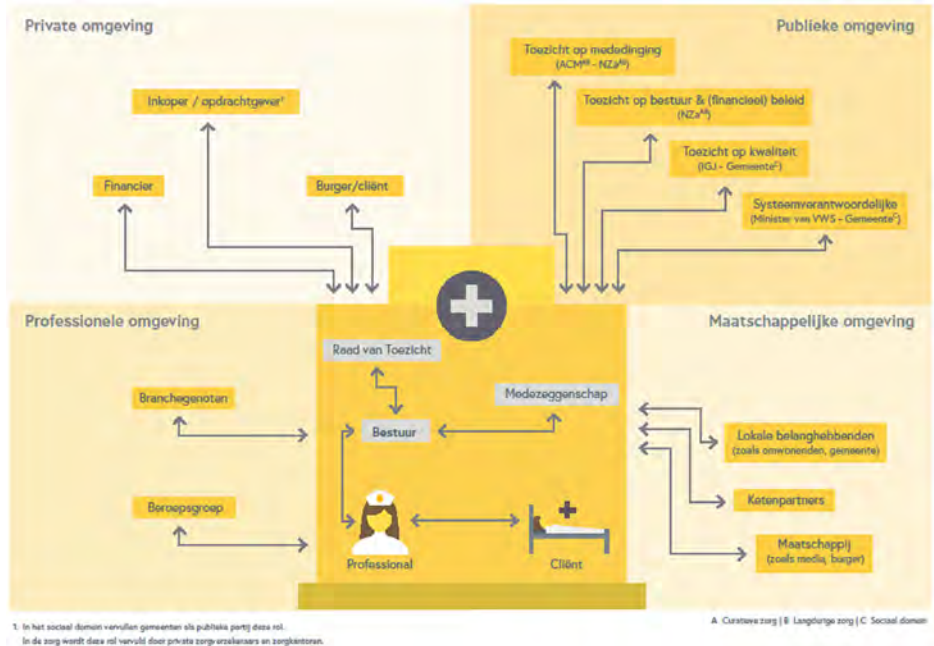
Ruimte onder druk als kenmerk van het zorgstelsel

Er is sprake van een aantal mechanismen die de ruimte voor zorgprofessionals structureel belemmeren.⁵² Als eerste de toenemende complexiteit van zorg. De behoefte aan zorg van patiënten wordt complexer door meervoudige ziekten, en de wens om te komen tot zorg op maat van het individu. Verder is sprake van een steeds complexer speelveld in de zorg. Zorgverleners zijn steeds vaker deel van formele en informele verbanden, ketens en netwerken in de zorg en het sociaal domein (zie figuur 8.1).

⁵¹ WRR (2020) *Het betere werk. De nieuwe maatschappelijke opdracht*, WRR-rapport 102.

⁵² Idem.

Figuur 8.1 Positie van de zorgprofessional in de omgeving



Bron: Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (2019) *Blijf van vertrouwen. Anders verantwoorden voor goede zorg.*

Ten tweede is er sprake van gedetailleerde sturing en controle. Beleid moet *evidence based* zijn en risico's worden steeds minder geaccepteerd. Incidenten worden vertaald naar nieuwe regels. Ook de complexiteit van de zorg leidt er toe dat beleidsmakers grip op de praktijk willen houden via gedetailleerde sturing en controle. De partijen die de regels opleggen zijn niet de partijen die de lasten dragen van de verantwoording.

Regeldruk door beleid: gemeentelijke aanbestedingen zorgen voor hogere administratieve lasten

Hoe beleid en regeldruk in de praktijk samenkomen wordt duidelijk bij de recente decentralisering naar gemeenten. Bij gemeentelijke aanbestedingen in het sociale domein blijken veel gemeenten te moeten aanbesteden volgens Europese regels. In de praktijk hanteren zij vaak feitelijk een andere vorm. De aanbestedingen leiden tot hogere administratieve lasten voor gemeenten en zorgverleners, en onzekerheid over de kwaliteit en de continuïteit van de zorg. Gemeenten en aanbieders ervaren het aanbesteden als een 'arbeidsintensieve en administratieve last'.* Onderzoek toonde aan dat de administratieve lasten en regeldruk met name zijn toegenomen na de stelselwijziging in 2015; er wordt ongeveer 250 miljoen euro besteed aan administratieve lasten van extramurale zorg (vallend onder de Wmo) en het rapport ziet mogelijkheden om dit met eenderde terug te brengen.**

Daarnaast wordt er gewezen op het gesignaleerde probleem dat gemeenten bij het aangaan van nieuwe contracten relatief matige voorwaarden bieden aan zorgverleners waardoor langdurige behandelrelaties onder druk komen te staan. Een voorbeeld van dit probleem is de terugtrekking uit de aanbestedingsprocedure van de William Schrikker Group, een grote jeugdzorginstantie die meerdere jaren zorg bood aan ongeveer 300 gezinnen, omdat gemeenten te lage tarieven voorstelden.***

Een ander hierop aansluitend voorbeeld is het kort geding dat jeugdzorginstelling Transferium heeft gestart tegen achttien gemeenten omdat zij bang zijn dat de jongeren over moeten worden geplaatst als een andere aanbieder de opdracht krijgt.**** De aanbesteding werd door de gemeenten gegund aan een zorgaanbieder van buiten de regio en de angst bestaat dat het jarenlang duurt voordat er een vertrouwensband is opgebouwd tussen de nieuwe zorgaanbieder en de hulpbehoevenden.

Tot slot blijkt dat er sinds de Wmo 2015 een aantal faillissementen zijn geweest waarbij de oorzaak werd toegeschreven aan de te lage tarieven die de gemeenten hanteerden.*****

* Gupta Strategists (2012), BMC (2017), in: CPB Policy Brief (2018): *Naar een effectieve inkoop binnen het sociaal domein*. Beide partijen wijten de uitvoeringskosten in het sociaal domein aan het arbeidsintensieve inkoopproces.

** Q-Consult (2016) De puzzel afmaken.

*** <https://www.nrc.nl/nieuws/2017/09/29/kinderen-dupe-van-tarievenslag-13251103-a1575390>

**** <https://www.gemeente.nu/sociaal/jeugdzorg/kort-geding-tegen-18-gemeenten-om-aanbesteding/>

***** CPB (2018) *Naar een effectieve inkoop binnen het sociaal domein*, CPB Policy Brief.

Daar komt bij dat een onderzoek naar de Wmo 2015 aantoonde dat ruim tweederde van de gemeenten fouten had gemaakt bij het beleid omtrent de huishoudelijke hulp*; het beleid was dan in meer of mindere mate in strijd met de Wmo 2015 en de jurisprudentie. Het bleek dat iets meer dan eenderde van de gemeenten die in de fout gingen de huishoudelijke hulp indiceerde op basis van resultaat in plaats van op uren. Het indiceren op resultaat is an sich niet verboden maar dan moet er wel een objectieve duiding zijn van een ‘schoon en leefbaar’ huis, hetgeen in veel gemeenten niet het geval was.

Daarnaast zijn er ook een aantal gemeenten geweest die de thuishulp volledig hadden afgeschaft of het overlieten aan de particuliere markt, hetgeen in strijd is met de wet.

Het kabinet onderneemt langs verschillende lijnen een inzet op verlichting van de aanbestedingsplicht en ondersteuning van gemeenten en zorgverleners gericht op ondersteuning van samenwerking. Ondanks de verschillende initiatieven om de negatieve bijwerkingen aan te pakken zijn partijen uit de sector van mening dat daarmee nog zeker niet alle problemen weg zijn.

* Jurist Wevers (2016) Onderzoek Gemeentelijk Wmo-beleid. Veel gemeenten waren in die tijd al bezig met het aanpassen van hun beleid omtrent de Wmo huishoudelijke hulp.

Kansen volgens zorgprofessionals

De deelnemers aan de dialoogbijeenkomst van maart 2019 bij de SER over ruimte voor de zorgprofessional gaven aan dat meer ruimte voor de zorgprofessional langs verschillende lijnen invulling zou moeten krijgen. Oplossingsrichtingen liggen op het vlak van het personeelsbeleid, de werkomgeving en de inrichting van de organisatie, administratieve lasten, samenwerking binnen en buiten de zorg, en ten slotte een focus op en zicht op de patiënt.

Allereerst is het belangrijk om de administratieve lasten en de ‘onnodige’ bureaucratie (sterk) te verminderen. Van regels naar reflectie, van afvinklijstjes naar waarde voor de patiënt, met minder druk op cijfers, presteren en meer zekerheid en continuïteit zonder aanbestedingsprocedures.

Daarnaast hecht men waarde aan het creëren van meer tijd zodat de zorgprofessional meer aandacht kan geven aan de cliënt, aan het terugdringen van de marktwerking en aan het beter belonen van de gehele zorgsector omwille van de aantrekkelijkheid. Daarnaast voelt de zorgprofessional zich niet serieus genomen door wat wordt genoemd het controleapparaat. Het herstellen van het vertrouwen in de zorgprofessional als een autonoom en bekwaam beroepsbeoefenaar zien de aanwezigen als een goede oplossingsrichting. Ook bij deze vraag zien de aanwezigen veel in het ver-

beteren van de onderhandelingspositie ten opzichte van de zorgverzekeraar; tevens wil men vaker worden betrokken bij beslissingen in de sector. Het ontschotten van de budgetten tussen de Wmo, Wlz en de Zvw wordt ook vaak genoemd, net als een vraag om betere (vaste) contracten.

Waar de aanwezigen aan de dialoogbijeenkomst zeer specifiek over zijn is de problematiek omtrent het Elektronisch Patiëntendossier (epd). Het blijkt dat er in meerdere beroepsgroepen binnen de zorgsector wordt gewerkt met meerdere epd's per patiënt. Soms zelfs binnen één organisatie. Er is behoefte aan gecentraliseerd epd; sommigen zien hier een rol van de overheid. Het epd werd ingevoerd om de zorg efficiënter in te richten, maar blijkt, aldus de aanwezigen, allerm minst goed te functioneren en dat dan vooral vanwege de vele verschillende epd's die er in de praktijk blijken te bestaan.

Tot slot acht men het behoud van het personeel als een belangrijke kans; om het verloop in de sector tegen te gaan moet men een manier vinden om het personeel gemotiveerd te houden.

Er lopen in de zorg verschillende trajecten om de administratieve lasten en de regeldruk terug te dringen. Een landelijk project gericht op minder lasten is het *Actieplan (Ont)Regel de Zorg* dat bij elkaar 155 concrete actiepunten in een tiental zorgsectoren bevat.⁵³ Zorgprofessionals, zorgaanbieders, gemeenten, beroepsverenigingen en andere betrokken partijen werken met elkaar samen om de actiepunten te realiseren. Voor de regeldruk bij zorgaanbieders en professionals in de Wmo en de jeugdzorg, en voor het programma i-Sociaal Domein waarin gemeenten en zorgaanbieders samen werken aan het verminderen van de regeldruk, zijn speciale adviseurs aangesteld. Het gaat om de curatieve ggz, paramedische zorg, huisartsen, wijkverpleging, farmacie, verpleeghuizen, sociaal domein, gehandicaptenzorg, medisch-specialisten, jeugdzorg en de patiënten/cliënten.

⁵³ VWS (2018) *Actieplan (Ont)regel de zorg*.

Voorbeeld uit (Ont)Regel de Zorg: experiment waardegedreven zorg

Een van de acties uit dit actieprogramma is het experiment op het gebied van waardegedreven zorg en verantwoording van ggz-aanbieder Arkin in samenwerking met Zilveren Kruis, de NZa en VWS. De behandelaar met de cliënt staat centraal en het systeem is daarop aangepast. De focus is verschoven van registratie en verantwoording naar zinnige dossiervoering en behandeluitkomsten. Medewerkers richten zich nu op zinvolle inhoudelijke verslaglegging ten behoeve van de zorgverlening aan cliënten. Daarmee is de minutenregistratie deels komen te vervallen. De vertaling naar rechtmatige declaraties wordt administratief afgehandeld.

Het doel hiervan is meer werkplezier én vakmanschap centraal stellen. Wat doe je als behandelaar met de cliënt, hoe kan je dit verbeteren, wat heb je aan ondersteuning hiervoor nodig? Zilveren Kruis heeft Arkin de ruimte gegeven te experimenteren met een nieuwe manier van registratie waarbij behandelaren alleen directe cliëntentijd registreren. Onderzoek laat zien dat medewerkers meer plezier in hun werk hebben en verzuim fors is gedaald.

De eerste evaluatie geeft aan dat het experiment werkt. Zorgverleners besparen naar eigen zeggen 51 minuten per dag, die tijd kunnen zij nu aan cliënten en afstemming met ketenpartners besteden in plaats van aan administratie. Het experiment toont aan dat de nieuwe werkwijze leidt tot een substantieel lagere werkdruk, tot werknemers die zinvol werk ervaren en het vertrouwen weer terug hebben, en tot fors lager verzuim.

Bron: Ministerie van VWS (2020).

8.5 Informele zorg en mantelzorg onder druk

In het groeiende beroep op zorg de komende decennia zal voor een deel voorzien moeten worden met meer werkenden in de zorg. Hiertoe is versterking van de positie van de werkenden in de zorg voorwaardelijk. Met het groeiende beroep op zorg zal echter ook het beroep op informele zorg en mantelzorg toenemen.

Het belang van informele zorg en mantelzorg

Een belangrijke bron van zorgverlening is informele zorgverlening en mantelzorg. Deze vorm van zorg komt niet tot uitdrukking in de formele statistieken van de werkgelegenheid in de zorg, maar is belangrijk als bron van zorgverlening, en door de recente beleidswijzigingen juist in belang toegenomen. Er zijn ruim een miljoen

vrijwilligers actief in de hulp of ondersteuning (8,5 procent van alle 16-plussers).⁵⁴ In 2016 gaf ruim eenderde van de 16-plussers (36 procent) informele hulp. Dat komt neer op circa 5 miljoen mensen. De meeste van hen geven mantelzorg (32 procent). Mantelzorg is hier ruim opgevat. Het gaat om persoonlijke verzorging, huishoudelijke hulp, maar ook om vervoer, administratieve hulp of emotionele steun.

Toenemend beroep op informele zorg, aantal potentiële zorgverleners daalt

Het beroep op mantelzorg zal de komende jaren toenemen en ook de combinatie van werk en mantelzorg zal steeds vaker voorkomen. Achterliggende redenen zijn dat het aantal ouderen sterk toeneemt, mensen met een beperking minder vaak in een instelling wonen, en er meer nadruk is op inzet van hulp uit het sociale netwerk in bijvoorbeeld de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.

Voor de toekomst wordt echter ook een sterke daling van potentiële mantelzorgers verwacht.⁵⁵ Hiervoor is gekeken naar het aantal mensen in de leeftijdsklasse 50 tot 75 gedeeld door het aantal mensen van 85 jaar en ouder (de zogenaamde zorgratio). Deze indicator wordt gebruikt als maat voor hoeveel mensen potentieel in staat zijn informele zorg te bieden aan één hoogbejaarde. De meeste mantelzorgers zijn tussen de 50 en 75 jaar oud en ouderen die mantelzorg behoeven veelal 85-plus. In 1975 stond deze zorgratio voor Nederland nog op 30, maar hierna zette een sterke daling in waardoor deze verhouding in 2015 op 15 staat. In de toekomst gaat de daling verder en zal in 2040 naar verwachting op 6 uitkomen. Dit betekent dat het aantal potentiële zorgverleners voor elke hoogbejaarde de afgelopen 30 jaren halveerde en de komende decennia nog sterker zal dalen. Er zijn overigens grote regionale verschillen in het potentieel voor het geven van mantelzorg. Vooral in sterk vergrijzende regio's zoals Zuid-Limburg en Zeeuws-Vlaanderen wordt de verhouding nog ongunstiger.

Druk op het combineren van werken en mantelzorg

Bijna 2 miljoen mensen combineren hun baan met het geven van mantelzorg. Veel werkenden in de zorg zelf zijn ook mantelzorger. De meeste werkenden die ook mantelzorger zijn, kunnen dat goed combineren en zijn tevreden met hun leven. Een deel van de werkenden ervaart echter problemen door het geven van mantelzorg. Zij komen vaak op veel uren per week (degenen die intensieve mantelzorg verlenen maken weken van ruim 50 uur). Zij ervaren vaak tijdsdruk en een psychische belasting door de zwaarte van de zorg, zitten in de 'mantelzorgklem' omdat niemand anders kan helpen, en kennen soms weinig flexibiliteit rond vrij nemen en

⁵⁴ SCP (2016) *Factsheet informele hulp*.

⁵⁵ Dit is een ontwikkeling die zich niet alleen in Nederland maar in veel landen voordoet. Zie PBL (2018) *Regionale ontwikkelingen in het aantal potentiële helpers van oudere ouderen tussen 1975-2040*, Achtergrondstudie.

werktijden. Zij maken echter lang niet altijd gebruik van de bestaande mogelijkheden om werk en mantelzorg beter te combineren.⁵⁶

8.6 Conclusies

Conclusies

De arbeidsmarkt voor de zorg kent verschillende problemen. Op dit moment is sprake van omvangrijke personeelstekorten in verschillende zorgbranches, en deze tekorten zullen naar verwachting in de toekomst groter worden. Tegenover een toenemende instroom van nieuwe zorgprofessionals, mede door de arbeidsmarktprogramma's van vele organisaties in de branches en overheid, staat een nog steeds omvangrijke uitstroom van mensen. Werkenden in de zorg hebben te maken met een hoge werkdruk, en de positie van de zorgprofessional zelf staat onder druk. Met hoge regeldruk, weinig ervaren regelruimte, veel tijd voor administratieve lasten, weinig ruimte voor werken vanuit vakmanschap en professionele kennis en oordeel. Dit leidt tot ongewenste effecten als dalende betrokkenheid bij het werk, hoog ziekteverzuim en hoge uitstroom, en vlucht in zzp-schap.

Een volwaardige positie van de zorgprofessional is evenwel noodzakelijk voor een kwalitatief goede zorg. Kern daarbij is de relatie tussen de patiënt en de zorgprofessional alsook de relatie tussen zorgprofessional en leidinggevende. Om de positie van de zorgprofessional te borgen dient aan een aantal voorwaarden te worden voldaan zoals de SER die eerder heeft geschetst.⁵⁷ De relatie tussen zorggebruiker en zorgprofessional is vooral gebaat bij ruimte voor de zorgprofessional om vanuit ervaring en vakmanschap te kunnen werken, met professionele autonomie en zeggenschap over het eigen werk en tijd. Veel zorgprofessionals ervaren dat in de praktijk niet. De zorg wordt steeds complexer en onveiligheid en agressie komen vaak voor. Dit draagt bij aan het hoge aandeel werknemers die de zorg en welzijnssector volledig verlaten.⁵⁸ Het verloopcijfer in de jeugdsector is het hoogst van alle zorgsectoren. Zorgwekkend is ook dat met name het verloop (en verzuim) onder medewerkers binnen de eerste twee jaar van het dienstverband groot is.⁵⁹

De aantrekkelijkheid van de arbeidsmarkt in de zorg, de positie van de zorgprofessional en de ruimte voor zorgwerkgevers om verantwoord werkgeverschap en goed leiderschap in te vullen worden mede beïnvloed door de financiële kaders voor de

⁵⁶ SCP (2019) *Werk en mantelzorg. Kwaliteit van leven en het gebruik van ondersteuning op het werk*.

⁵⁷ Zie SER (2012) *Naar een kwalitatief goed, toegankelijke en betaalbare zorg: een tussentijds advies op hoofdlijnen*, Advies 12/06.

⁵⁸ Commissie Werken in de Zorg (2019) *Rapportage Commissie Werken in de Zorg 2019*, december 2019.

⁵⁹ Idem.

zorgbranches. Veel zorgbranches zijn tijdens de laatste recessie geconfronteerd met beperkingen van de uitgavengroei. Daarmee werd op de korte termijn een bijdrage geleverd aan de betaalbaarheid van de zorg en het draagvlak voor de collectieve voorzieningen, er waren ook ongewenste neveneffecten. Veel werkenden zijn ontslagen wat geleid heeft tot een grote uitstroom van personeel en waarvan te voorzien was dat zij later weer nodig zouden zijn. Die ontslagen en uitstroom uit de sector leidden tot problemen in de continuïteit van de personeelsvoorzieningen en tot problemen in de continuïteit, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg.

Nu het beter gaat met de collectieve financiën komen er voor de langdurige zorg weer extra middelen beschikbaar (bovenop de trendmatige groei van de zorguitgaven). Een probleem bij de besteding daarvan is evenwel dat zorgaanbieders nu al grote moeite hebben om geschikt personeel te vinden. Wie eerder ontslagen is keert moeilijk weer terug. Dit personeelsprobleem is deels een gevolg van eerdere maatregelen. Dit speelt terwijl er ook een grote uitstroom van werkenden uit de zorgsector is door de hoge werkdruk en er de komende jaren nog een grote uitstroom van werkenden aankomt vanwege de vergrijzing van het personeelsbestand. Ook voor werkgevers leveren de financiële golfbewegingen een probleem op. Het leidt tot een onbetrouwbaar imago voor de sector, en bemoeilijkt voor individuele zorgaanbieders stabiel en betrouwbaar werkgeverschap.

Bij de informele zorg en mantelzorg ten slotte is sprake van een toenemend beroep op mensen die deze vormen van zorg verlenen, een afname van het aantal potentiële zorgverleners en knelpunten bij een deel van de mensen die een baan en informeel zorgen voor naasten combineren.

De raad komt zo tot de volgende overwegingen.

Werk structureel aan meer professionele ruimte en minder regeldruk voor zorgprofessionals. Zorginstellingen kunnen het werk in de zorg aantrekkelijker maken door – naast het hanteren van adequate prikkels en beloningsmethodieken – voldoende ruimte te geven aan de professionele beroepsbeoefenaren en waardering te tonen voor de professionele kwaliteiten van de werknemers in de sector. Dit komt niet alleen werknemers ten goede, maar ook de zorg. Zo is bijvoorbeeld de kans op een succesvolle implementatie van arbeidsbesparende innovaties in de zorg groter indien het personeel dat ermee moet werken bij de keuze en introductie betrokken is. Sociale innovatie is voorwaardelijk aan succesvolle implementatie van technologische innovatie.⁶⁰

60 Zie Academy Het Dorp (2019) *Werkbezoek SER*.

Er is structurele inzet nodig voor evenwicht tussen ruimte en regeldruk. De klachten over hoge administratieve lasten en regeldruk in de zorg bestaan al zeer lang⁶¹ en acties en programma's daarvoor ook. Desondanks staat het nog steeds bovenaan de lijst met irritaties van veel zorgprofessionals.⁶² De hoge regeldruk in de zorg hangt samen met de manier waarop de verantwoordingspraktijk is georganiseerd. Een verantwoordingssysteem dat meer uitgaat van de zorgverlener en minder vanuit de partij die verantwoording vraagt, dat gericht is op leren voor de toekomst, ingebed in de praktijk van zorgverleners doet meer recht aan de positie van de zorgprofessional. Minder regeldruk leidt vooral tot meer werkplezier bij zorgprofessionals. Maar het kan ook helpen om de productiviteit in de zorg te verhogen, en met de groeiende vraag naar zorg er in bijdragen dat iedereen de zorg kan krijgen die hij of zij nodig heeft.

Bij de formulering van nieuw beleid dient goed te worden nagedacht over wat de consequenties zijn van het beleid in termen van regeldruk voor de zorgprofessionals op de werkvloer. Wat betekenen de regels voor de zorgprofessional in termen van nieuwe verplichte handelingen, hoeveel tijd is een zorgprofessional daaraan kwijt? De gemeentelijke decentralisaties in het sociale domein zijn een voorbeeld een beleidswijziging die onbedoeld tot aanzienlijk hogere administratieve lasten voor alle betrokkenen heeft geleid, voor zorgprofessionals, zorgverleners en gemeenten (zie ook paragraaf 5.5). De recente beleidsinitiatieven om de lasten hiervan te verminderen zijn een goede stap en verdienen het met kracht te worden voortgezet, maar zijn volgens betrokkenen nog niet voldoende om de problematiek adequaat aan te pakken. Hier is vervolgactie noodzakelijk om daadwerkelijk tot minder lasten te komen.

Het verdient aanbeveling om de regels in de zorg meer systematisch en structureel in kaart te brengen en te monitoren. Er lopen op dit moment de nodige initiatieven om de administratieve lasten te verminderen en regels te schrappen zoals het *Actieplan (Ont)regel de zorg* en de acties van zorgbranches (zie paragraaf 8.4). Er ontbreekt ook een totaaloverzicht van de bronnen van regeldruk. Omdat regeldruk een kenmerk van het systeem is, ligt is er een taak bij de partij die verantwoordelijk is voor het zorgsysteem als geheel, te weten de centrale overheid, om te komen tot standaardisering en coördinatie van de elektronische informatieinfrastructuur. Dat geldt voor alle zorgdomeinen, zowel de verzekerde zorg in de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg als het gemeentelijk domein.

61 SER (2012) *Naar een kwalitatief goed, toegankelijke en betaalbare zorg: een tussentijds advies op hoofdlijnen*, Advies 12/06.

62 SER (2019) *Verslag van de dialoogbijeenkomst Ruimte voor de Zorgprofessional van 27 maart 2019*.

Omdat regeldruk uit verschillende bronnen komt (overheid/ministerie, kwaliteitsnormen en kwaliteitskaders van beroepsgroepen en patiëntenverenigingen, verantwoording van tijd en geld naar management, inspecties) is een goede afstemming tussen zorgverleners en goede registratie en informatieuitwisseling noodzakelijk. Het is niet zozeer dat zorgprofessionals tegen de verantwoording zijn maar vooral de stapeling is een probleem en dat zorgprofessionals het nut of de noodzaak daarvan niet inzien. Dit dient in de praktijk in samenspraak met zorgprofessionals en andere stakeholders te worden opgepakt, bijvoorbeeld door de benodigde verantwoordingsinformatie te delen en op elkaar af te stemmen.⁶³

In de financiering is nu geen vergoeding voorzien voor het registreren van verantwoordingseisen.⁶⁴ Voorstel is dat de partij die lasten oplegt aan een andere partij ook een vergoeding dient te geven voor de uitvoering van die lasten. Ook is het van belang om verantwoordingsregels in te vullen in samenspraak met zorgprofessionals, omdat zij goed zicht hebben op de dagelijkse praktijk en hoe regels die dagelijkse praktijk kunnen beïnvloeden. Dat geldt ook voor de invulling van samenwerking over schotten in de zorg heen. Dit sluit aan op het pleidooi dat ook in hoofdstuk 7 wordt gemaakt namelijk dat technologische innovatie samen dient te gaan met sociale innovatie.

Zorgprofessionals beter voorbereiden op ingrijpende veranderingen in hun werk
Voor de komende jaren is met name aandacht nodig voor de gevolgen van de digitale transformatie in de gezondheidszorg. Die digitale transformatie leidt nu al tot grote veranderingen van de aard van de hoofdtaken in de meeste zorgberoepen. Breder gaat het om de impact op werken in de zorg, op de relatie tussen zorgprofessional en patiënt, en op de organisatie van de zorg.⁶⁵ Naar het oordeel van de raad is gecoördineerde actie nodig om met alle partijen in de gezondheidszorg, inclusief hun opleiders, te zorgen dat in de curricula van alle zorg- en welzijnsopleidingen er meer en systematisch aandacht komt voor de ingrijpende veranderingen van digitalisering voor de aard van het werk. Ook is gewenst dat in alle opleidingen meer systematische aandacht komt voor het belang van goed samenwerken en het beter organiseren van zorgprocessen met technologie. Zorgprofessionals beter voorbereiden op de toekomst leidt tot meer draagvlak op de werkvloer én faciliteert op termijn een extra producti-

63 Recentelijk zijn verschillende ziekenhuizen gestopt met de registraties die nodig zijn voor het verkrijgen van een certificaat van patiëntenverenigingen. Deze certificaten geven patiënten inzicht in de kwaliteit van de zorg van een afdeling van een ziekenhuis. Maar vragen daarvoor ook weer registraties. Zie Pauw, S. (2019) Registratielast is nekslag voor veel keurmerken, in: *Medisch Contact* 06, 9 februari 2019.

64 SER (2019) *Verslag van de dialoogbijeenkomst Ruimte voor de Zorgprofessional van 27 maart 2019*.

65 Zie Frey & Osborne (2013); OESO (2016) alsook Hoofdstuk 7.

viteitsgroei in de zorg die hard nodig is om bij een sterk uitdijende zorgvraag ook straks te borgen dat iedereen die zorg nodig heeft, daarover kan beschikken.

Tevens is het gewenst dat voor de bijna 1,5 miljoen zorgprofessionals in hun on-the-job-training hier ook meer aandacht voor komt. Hier is het zinvol om naast formele bevoegdheden ook naar bekwaamheden te kijken.

De raad vraagt aandacht voor de certificering van de voor de arbeidsmarkt relevante leereenheden op mbo- en hbo-niveau. Met name voor herintreders is dit van groot belang. De raad ondersteunt een landelijke certificering op dit vlak.

De zorgvraag zal de komende decennia blijven veranderen door epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen. Dat zal continu tot andere eisen leiden aan de inhoud van het beroep. Dat maakt ook continu aandacht noodzakelijk voor vakinhoudelijke veranderingen (bijvoorbeeld professionalisering beroepsgroepen, opkomst specialisaties en nieuwe functies), regionale samenwerking, technologische ontwikkelingen en beleidsontwikkelingen zoals vormgeving van de eerstelijnszorg, Juiste zorg op de juiste plek, uitgavenbeheersing en efficiency. Ook agogische, communicatieve en (transmurale) samenwerkingsvaardigheden worden belangrijker, mede met het oog op groeiende culturele diversiteit in het personeelsbestand binnen zorgorganisaties en onder patiënten. Op onderdelen blijft er behoefte aan taakherschikking en functiedifferentiatie. Zo worden huisartsen ontlast van taken door de introductie van praktijkondersteuners.

Zorgopleidingen dienen aan te sluiten op veranderende eisen aan het werk en omstandigheden in de zorg. Daarvoor dienen onderwijsinstellingen, zorgwerkgevers, beroepsgroepen en overheid in onderling overleg te komen tot een adequaat opleidingsaanbod. Daarbij is aandacht nodig voor ontwikkelingen in de zorgvraag, diagnostiek en technologie, de organisatie van en toelating tot de opleiding en de inhoud van het werk (taakherschikking, vaardigheden, functiedifferentiatie, competenties en beroepsprofielen), ook in relatie tot de gewenste doelmatigheid en de noodzaak van een gezonde bedrijfsvoering. De *Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen* heeft twee adviezen uitgebracht over de gewenste ontwikkeling van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg. Hierbij heeft zij zich onder meer gebaseerd op de toekomstige vraag naar zorg en de maatschappelijke en technologische ontwikkelingen in de zorg.⁶⁶

⁶⁶ Kaljouw, M., K. van Vliet (2015) *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren*, Zorginstituut Nederland; Van Vliet K, A. Grotendorst, P. Roodbol (2017) *Anders kijken, anders leren, anders doen (Grensoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk)*, Zorginstituut Nederland.

Bied stabiliteit in beleid en financiering voor de zorg

Werken aan innovatie, scholing, goede arbeidsomstandigheden, goede arbeidsverhoudingen en aantrekkelijke en concurrerende arbeidsvoorwaarden voor alle medewerkers in de zorg is van essentieel belang, zodat medewerkers in de zorg hun vak met plezier kunnen uitoefenen en de gevraagde kwaliteit kunnen leveren. Dat betreft materiële zaken, werken in de zorg dient economische zelfstandigheid mogelijk te maken. Hier ligt een verantwoordelijkheid voor sociale partners en voor de overheid, zowel voor de arbeidsvoorwaarden en arbeidsomstandigheden van werkenden in de zorg als en voor de positie van zelfstandig ondernemers die actief zijn in de zorg.

De raad is in dit kader van mening dat meer stabiliteit in de zorgsector over de conjunctuur heen om diverse redenen (waaronder goed werkgeverschap en een betrouwbare overheid naar burgers toe) zeer gewenst is. Een voorbeeld zijn de decentralisaties naar gemeenten van Wmo en jeugdzorg die gepaard zijn gegaan met een forse verlaging van het budget. De focus van gemeenten ligt hier vooral op de financiën. De jeugdzorg heeft evenwel met een toenemende complexiteit in de problematiek te maken. Oormerking van budgetten in het Gemeentefonds kan voor gemeenten, zorgaanbieders, zorgprofessionals en patiënten stabiliteit en helderheid in de kwaliteit en kwantiteit van de zorg bieden.

Een cruciale voorwaarde is een gematigde uitgavenontwikkeling en een gematigde toenemende arbeidsvraag, die ook de politieke noodzaak verminderen om in te grijpen in slechte tijden. De huidige instrumenten (zoals bestuurlijke hoofdlijnenakkoorden) dragen per saldo hieraan onvoldoende bij.

Aandacht voor duurzame inzetbaarheid van alle werkenden

Er dient aandacht te zijn voor de blijvende en maximale inzetbaarheid van zittend personeel en het voorkomen van uitstroom van zorgmedewerkers en zorgstudenten naar beroepen buiten de zorg. Ook is het nodig de mogelijkheden voor taak- en functiedifferentiatie te onderzoeken en waar mogelijk te benutten. Belangrijk onderdeel daarvan dient te zijn de voortdurende aandacht voor opleiding en ontwikkeling van zorgprofessionals, een leven lang ontwikkelen. Het gaat hierbij ook om het gezond houden van de werknemers/zorgprofessional zelf. Het werk in de zorg is complexer en zwaarder geworden. Het werknemersbestand in de zorg is ook aan het vergrijzen en het wordt een uitdaging om de werknemers gezond naar hun pensioengerechtigde leeftijd te brengen. Technische mogelijkheden om het werk minder zwaar te maken kunnen een bijdrage leveren, maar ook mogelijkheden om minder te werken of lichter werk te gaan doen.

De raad heeft eerder geadviseerd dat onderwijsinstellingen en de overheid maatwerk zouden moeten gaan organiseren in het onderwijsaanbod voor volwassenen: het moet beter aansluiten bij de situatie van werkenden.⁶⁷ Specifiek over leven lang leren in de gezondheidszorg zijn rond de thema's 'Leerleiderschap' en 'Werkplekleren organiseren' onlangs twee rapporten uitgebracht.⁶⁸ Voorstel is om via de Actie-agenda Leven Lang Ontwikkelen van de SER goede voorbeelden op te halen van leven lang ontwikkelen in de zorg en hier succesfactoren uit te destilleren. Deze agenda richt zich onder andere op het ophalen en verspreiden van goede voorbeelden en kennisopbouw over leven lang ontwikkelen en heeft inmiddels een groot netwerk van initiatieven in Nederland opgebouwd. Thema's die spelen zijn digitale vaardigheden en eigen regie bij ontwikkeltrajecten.

De stages in de zorg vragen apart om aandacht.

Vanuit het perspectief van de stagiairs en leerlingen vraagt de hoge uitval bij stages om aandacht.⁶⁹ Een stage hoort bovendien te zijn, met voldoende en kwalitatief goede begeleiding om de studiedoelen te behalen.

Vanuit werkgeversperspectief is sprake van knelpunten in de begeleidingstijd en middelen. Een substantiële verhoging van de beschikbare middelen voor het stagefonds is wenselijk om te komen tot meer kostendekkende vergoedingen voor de kosten die werkgevers voor stages maken.

De genoemde knelpunten ondergraven de inspanningen van veel partijen voor de verschillende arbeidsmarktprogramma's op landelijk niveau en in afzonderlijke zorgbranches. Hier dienen betrokken partijen tot structurele oplossingen te komen om de hoge uitstroom tot stand te brengen.

Werken aan grotere banen

De zorg is een van de sectoren waar veel mensen in deeltijd werken⁷⁰ maar waar ook veel werkenden banen combineren.⁷¹ Om de huidige en toekomstige personeelstekorten te verminderen en om de groeiende vraag naar zorg in de toekomst in goede banen te leiden, is naar het oordeel van de raad nodig dat de werkenden in de zorg in staat worden gesteld om meer uren per week te werken. Dat kan ook bijdragen aan hun professionaliteit en productiviteit. Voor werkenden blijven behoud van autonomie en zeggenschap over arbeidstijden van groot belang.

67 SER (2017) *Leren en ontwikkelen tijdens de loopbaan Een richtinggevend advies*, Advies 17/04.

68 VUmc Academie (2019) *Leerleiderschap: als leidinggevende je invloed aanwenden om leren en werken met elkaar te verbinden*; VUmc Academie (2019) *Werkplekleren organiseren: leren en werken met elkaar verbinden*.

69 Zie FNV (2020) *Stagemisbruik in Zorg & Welzijn*.

70 McKinsey Global Institute (2018) *The Power of Parity; Het potentieel pakken: de waarde van meer gelijkheid tussen mannen en vrouwen op de Nederlandse arbeidsmarkt*.

71 SER (2018) *De vele kanten van banen combineren*, Verkenning 18/02.

Tegelijkertijd leert de ervaring dat dit moeilijk en een veel breder probleem aan de orde stelt: preferenties voor deeltijdwerk in Nederland worden ook sterk gefaciliteerd door instituties en door sociale en culturele normen over de rolverdeling tussen mannen en vrouwen.⁷² Bij de instituties gaat het onder andere over ons systeem van belastingen en premies: wie in deeltijd werkt en meer uren wil werken, merkt vaak dat de inkomensverbetering van meer uren werken grotendeels verdwijnt door de progressie in de belastingen en de verminderde aanspraak op inkomensafhankelijke toeslagen voor huur, zorg en kinderopvang, of zelfs tot inkomensdaling leidt. Ook schooltijden en sommige vormen van dienstverlening zijn onvoldoende ingericht op het twee ouders in staat stellen meer uren te werken. Dit is een problematiek die de zorg overstijgt. Voor nadere bevindingen hierover verwijzen we naar eerdere SER-publicaties op dit vlak.⁷³

De zorg kan zelf kijken naar mogelijkheden voor innovaties in de organisatie van het werk en in arbeidscontracten. Roostering, flexibiliteit, beloning en een prettige organisatiecultuur zijn de belangrijkste voorwaarden om meer te kunnen werken.⁷⁴ Onderzoek reikt oplossingsrichtingen aan voor de praktijk van zorgaanbieders en zorgprofessionals: de praktische gevolgen van meer uren uitwerken, een overtuigend verhaal richting werkenden maken, inzichtelijk maken van mogelijkheden voor beloning, roostering en flexibiliteit, duidelijkheid creëren over roosters bij grotere contracten, ‘levensfase-aanpak’ afgestemd op behoeften, en ten slotte het gesprek tussen werkgever en werknemer. Voor zorgwerkgevers is er verder de optie van samenwerking op de regionale arbeidsmarkt, die ondersteuning en facilitering verdient. Voor werkenden met kleinere deeltijdbanen blijken beschikbaarheidseisen een groot knelpunt om meer uren te werken. Voor de degenen die banen combineren is aandacht nodig voor de praktische knelpunten, wat kan bijdragen aan meer zekerheid rond werk en inkomen voor werkenden en minder uitstroom van werkenden uit de zorg. De knelpunten zijn onder andere gelegen in wet- en regelgeving rond arbeid, sociale zekerheid, pensioenen en fiscaliteit, in cao-afspraken en in individuele arbeidsovereenkomsten. De raad signaleerde eerder dat het combineren van banen voor een grote groep werkenden in een behoefte voorziet maar ook dat er een groep werkenden is voor wie het combineren van banen knelt. Voor de eerste groep ligt het in de rede de praktische belemmeringen aan te pakken. Voor de tweede

72 Zie SER (2016) *Een werkende combinatie. Advies over het combineren van werken, leren en zorgen in de toekomst*, Advies 16/08; McKinsey Global Institute (2018); Stichting Het Potentieel Pakken (2020) *Het potentieel pakken in de zorg. De kansen rondom grotere deeltijdbanen*. Ministerie van Financiën (2019) *IBO Deeltijd De(eltijd) zal het leren. Van analyse naar beleid over deeltijd*; SER (2019) *Diversiteit in de top Tijd voor versnelling*, Advies 19/12.

73 Zie onder andere SER (2016) *Een werkende combinatie. Advies over het combineren van werken, leren en zorgen in de toekomst*, Advies 16/08; SER (2019) *Diversiteit in de top Tijd voor versnelling*, Advies 19/12.

74 Stichting Het Potentieel Pakken (2020) *Het potentieel pakken in de zorg: de kansen rondom grotere deeltijdbanen*.

groep vraagt de raad ook aandacht. Voor hen acht de raad het wenselijk dat zij een zodanig aantal uren werk aangeboden krijgen dat zij daarmee een volwaardig inkomen genereren. Er zijn initiatieven van sectorale en lokale samenwerkingsverbanden waarin succesvol belemmeringen voor werkenden en werkgevers worden opgepakt. Een voorbeeld is het Dienstenpact van de facilitaire sector. Voor de zorg ligt het in de rede de mogelijkheden voor gelijksoortige initiatieven te onderzoeken, te ondersteunen en te faciliteren.

Beheers de groei van zzp-schap

De raad vraagt aandacht voor de groei van het aantal zzp'ers in de zorg. Enerzijds komt het aanbod van zorg in veel professies tot stand via het ondernemerschap, ook kiezen zorgprofessionals vanuit een behoefte aan autonomie ervoor om voor zichzelf te beginnen. Anderzijds zijn er ook de nodige signalen dat de recente groei van het aantal zzp'ers in delen van de zorg de verhoudingen binnen organisaties ontwricht. Zzp'ers en vrijgevestigden kunnen bij de roostering van te werken uren afwijzend reageren op het meedoen met bijvoorbeeld avond-, nacht- en weekenddiensten, na het draaien van de contractueel vastgelegde uren; zij kunnen soms ook een tarief vragen dat boven de gangbare salarissen van het vaste personeel liggen. Het ligt in de rede te onderzoeken of voor zzp'ers voor avond-, nacht- en weekenddiensten dezelfde regels kunnen gelden als voor werknemers in dienstverband. Een punt van zorg is verder dat er voor zzp'ers geen scholing is geregeld. Hierdoor missen zzp'ers aansluiting op ontwikkelingen in onderwijs en kwaliteitseisen in de zorg. Dit is vanuit de kwaliteit van de zorg en vanuit de borging van duurzame inzetbaarheid van de zzp'ers op de arbeidsmarkt voor de langere termijn onwenselijk. Het is niet de bedoeling schijnzelfstandigheid te legitimeren. Daarbij geldt ook dat het realiseren van meer regelruimte voor zorgprofessionals en het verbeteren van het werkgeverschap de drang naar het zzp-schap kunnen afremmen.

Ondersteun goed werkgeverschap en leiderschap en opschaling van good practises

Met de huidige personeelstekorten in de zorg en het vooruitzicht dat die nog wel enige jaren zullen aanhouden, ligt het in de rede om de huidige inzet van programma's voor werken in de zorg met kracht voort te zetten en goed werkgeverschap en de kwaliteit van leiderschap te ondersteunen. De arbeidsmarktprogramma's zijn veelal een samenwerking van landelijke, lokale en sectorale partijen uit zorg, onderwijs, gemeenten, en zijn gericht op arbeidsvoorwaarden, regeldruk, behoud van werkenden en vermindering van uitstroom, hogere instroom in onderwijs. Daarbij verdient de inzet van mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt aandacht.

Bij de uitwerking van voorstellen is aandacht gewenst voor de (rand)voorwaarden voor succesvolle implementatie van vernieuwingen. Opschaling, regie en samenwerking zijn daarvan onderdeel. Goede ideeën en projecten vinden niet automatisch hun weg naar alle zorgaanbieders en zorgprofessionals. Verspreiding van goede voorbeelden kan een belangrijke rol spelen bij de verdere implementatie. Naar het oordeel van de raad is – in het belang van de patiënt – een minder vrijblijvende aanpak nodig om succesvol gebleken voorbeelden van betere zorg sneller tot de landelijk norm te maken. Daarmee moet de not invented here-cultuur die er soms is, doorbroken worden (zie ook hoofdstuk 7 over de digitale transformatie).

Goed werkgeverschap en goed leiderschap dragen bij aan vermindering van de arbeidsmarktproblematiek in de zorg.⁷⁵ Er zijn goed practises bekend van werkgevers met een lage uitstroom zoals de Aanpak organisatieklimaat in drie stappen van IZZ en het programma Excellente zorg van V&VN.⁷⁶ Deze voorbeelden moeten breder onder de aandacht van de zorg gebracht worden.

In dit kader vraagt de raad om een aanpak van de praktische belemmeringen voor werkgevers die willen samenwerken of medewerkers willen uitlenen in het kader van arbeidsmarktprogramma's. In dat geval is sprake van btw-heffing en mededingingskwesties. Dit werpt een drempel op voor een effectieve aanpak.

Versterk de ondersteuning van informele zorg en mantelzorg

Het is wenselijk dat meer mensen informele zorg en mantelzorg kunnen verlenen. Het beroep op mantelzorg zal de komende jaren toenemen evenals de combinatie van werk en mantelzorg⁷⁷ terwijl de groep potentiële zorgverleners in omvang afneemt. Een deel van degenen die nu werken en mantelzorg combineren, ervaart problemen door die combinatie. Lang niet iedereen blijkt gebruik te maken van de mogelijkheden om problemen te verlichten.⁷⁸ Het verlenen van mantelzorg en informele zorg dient daarom te worden ondersteund. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan het vergroten van vormen van respijtzorg. Voor de groep die door de verlening van zorg overbelast is kan tijdelijke ontlasting van zorgverplichtingen de kans op overbelasting verminderen.

75 Zorgverzekeraars Nederland (2020) *Position Paper 'Arbeidsmarkttekort noodzaakt tot versnelling van de zorgvernieuwing'*.

76 Zie onder andere V&VN (2018) *Handboek Excellente zorg. Werken aan de beste zorg in een gezonde werkomgeving*; <https://www.izz.nl/zorgorganisaties/aanpak-organisatieklimaat-in-drie-stappen>; Het Financiële Dagblad (2019) *Zorgsector moet beter voor zijn eigen mensen gaan zorgen*, 5 februari 2019; Het Financiële Dagblad (2019) *Dit kunnen we leren van de beste zorgwerkgevers*, 6 april 2019.

77 Zie het onderzoeksproject *Gezond Zorgen* naar het effect van het combineren van werken in de zorg, geven van mantelzorg en gezinstaken op de gezondheid van de vrouwelijke zorgprofessionals.

78 SCP (2019) *Werk en mantelzorg. Kwaliteit van leven en het gebruik van ondersteuning op het werk*.

Wie zorg verleent krijgt ook te maken met financiële consequenties van verschillende aard. Het is belangrijk dat wie zorg wil, of moet, gaan verlenen, daar niet financieel voor gestraft wordt. Wie zorg wil gaan verlenen moet daar tijd voor vrij maken, en als daar werkuren voor worden ingeleverd betekent dit verlies van arbeidsinkomen en pensioenopbouw.

Voor sociale partners ligt er de opgave om in sectoren en cao's maatwerkafspraken te maken die dit ondersteunen. Hierbij is het wel zo dat afspraken om mantelzorg te ondersteunen beslag leggen op ruimte voor arbeidsvoorwaardenverbetering.

Voor de overheid, Rijk en gemeenten, ligt er de opgave om de mogelijkheden voor burgers om wederzijdse ondersteuning te geven, te vergroten, bijvoorbeeld door ondersteuning (Wmo) en huisvesting hierop af te stemmen. Ook technologie kan bijdragen aan het voorkomen of anders organiseren van informele zorg (zoals via platformen of domotica/sensoren die langer thuis wonen ondersteunen). Ten slotte bepleit de raad ook (zie ook de verkenning over de markt voor persoonlijke dienstverlening) dat persoonlijke dienstverlening beter betaalbaar wordt gemaakt. Dat kan ook helpen om mensen in de spitsuur van hun leven het beter mogelijk te maken om informele of mantelzorg te verlenen.

De SER zal zich nader buigen over deze problematiek naar aanleiding van de adviesaanvraag van 24 februari 2020 over ondersteuning van werkende mantelzorgers.

Effect op de houdbaarheid van de zorg en op de arbeidsmarkt voor de zorg

De positie van zorgprofessionals staat sterk onder druk. Versterking van de positie van zorgprofessionals in de brede zin zoals eerder geschetst leidt tot waardering en trots, en daarvan mag een positief effect worden verwacht op de kwaliteit en de kwantiteit van de zorg voor patiënten. Het leidt tot een grotere arbeidstevredenheid van zorgprofessionals en minder uitstroom van werkenden uit de zorg. Dit betekent meer continuïteit in het aanbod van de zorg voor patiënten en minder uitgaven voor zorgorganisaties voor werving en vervanging van personeel en minder problemen met roostering van zorgmedewerkers. Van de zorguitgaven wordt minder uitgegeven aan verantwoording en aan werving en vervanging, en meer aan zorg voor patiënten. Hiervan mag een positieve bijdrage aan de houdbaarheid van de zorg worden verwacht.⁷⁹

79 Het Financiële Dagblad (2019) *Zorgsector moet beter voor zijn eigen mensen gaan zorgen*, 5 februari 2019.

9 Samenvatting en conclusies

9.1 Urgentie, vragen en uitgangspunten

Urgentie van het probleem: zorg steeds meer onder druk

Nederland heeft een goed presterende zorg, met een solidair stelsel dat goed presteert op toegankelijk, kwaliteit en betaalbaarheid. Tegelijkertijd staat de zorg onder groeiende druk. De raad onderkent de hoge urgentie van deze problematiek. De zorg staat op dit moment al onder druk en die druk neemt op de middellange en lange termijn alleen maar toe. Zorgprofessionals hebben te maken met hoge werkdruk en hoge regeldruk. Er zijn op dit moment grote personeelstekorten in verschillende branches in de zorg, met alle zorgen van dien voor de kwaliteit en de continuïteit voor de zorg van patiënten. Deze personeelstekorten zullen de komende jaren naar verwachting nog groter worden. Voor het jaar 2022 wordt een tekort van 80 duizend zorgmedewerkers verwacht waarvan ruim 60 duizend weer in de verpleging, verzorging en thuiszorg. Dit zet de toegankelijkheid en de beschikbaarheid van de zorg onder toenemende druk.

Het stijgende beroep op zorg leidt ertoe dat in de prognoses voor de middellange termijn nauwelijks ruimte is voor koopkrachtverbetering. De beperkte reële loonstijging zal naar verwachting grotendeels opgaan aan stijgende financieringslasten van met name de zorg. In de cao-onderhandelingen tussen de sociale partners op sectoraal en ondernemingsniveau beperkt dit de ruimte voor inkomensverbetering voor werkenden in alle delen van de samenleving. Tegelijkertijd is het noodzakelijk om de zorg aantrekkelijk te houden om te werken met een marktconforme loonontwikkeling.

Op de lange termijn is in de prognoses sprake van een verdubbeling van de uitgaven voor de zorg. De behoefte aan zorg stijgt mede door de vergrijzing sterk, terwijl de groei van de beroepsbevolking afvlakt. De zorguitgaven stijgen sneller dan de overheidsinkomsten. Het beroep dat de zorg doet op de arbeidsmarkt stijgt mee, van zo'n bijna 1,4 miljoen werkenden nu naar ruim 2 miljoen werkenden in 2040. Bovendien staat tegenover het stijgende beroep op informele zorg of mantelzorg een drastische afname van het aantal mensen dat informele zorg of mantelzorg kan verlenen. Op de lange termijn komt daarmee de vraag van betaalbaarheid aan de orde, maar ook de vraag van de organiseerbaarheid en de beschikbaarheid van de zorg, en daarmee de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg.

Belangrijk bij de interpretatie en duiding van de prognoses is dat de prognoses mogelijke ontwikkelingen in de toekomst schetsen bij zogenaamd ongewijzigd beleid. De vraag is waar de ruimte te vinden is om de toekomstbestendigheid van de zorg te kunnen borgen opdat iedereen die in de toekomst zorg nodig heeft die ook kan ontvangen.

De vragen aan de raad

De bewindspersonen van VWS hebben in dat licht van het bovenstaande medio 2018 de SER verzocht een verkenning uit te voeren naar de betaalbaarheid van de gezondheidszorg in Nederland op langere termijn.¹ De kosten voor het stelsel dreigen andere belangrijke uitgaven te verdringen en zetten de koopkracht onder druk. Centraal voor de bewindspersonen staat de vraag hoe we ervoor kunnen zorgen dat iedereen ook in de toekomst de zorg krijgt die hij of zij nodig heeft. Daarvoor is een gezamenlijk gedragen beeld noodzakelijk over de mogelijkheden om de toenemende en veranderende vraag naar zorg en ondersteuning in de toekomst op te vangen en de zorguitgaven te beheersen. De vraag is ook concreet in te gaan op de gevolgen van de stijgende zorguitgaven voor onze economie en in het bijzonder onze arbeidsmarkt, de sociaal-economische consequenties van de toenemende zorguitgaven voor de solidariteit in ons zorgstelsel, de grenzen waarbinnen de zorg en de zorguitgaven zich de komende decennia kunnen ontwikkelen en ten slotte de vraag of een door de politiek vastgestelde norm voor de uitgavengroei en/of voor de druk van de zorg op de arbeidsmarkt toegevoegde waarde hebben en een bijdrage leveren aan de beheersing van de zorguitgaven, en hoe men dan zou kunnen zorgen dat een dergelijke norm op maatschappelijk draagvlak kan rekenen en institutioneel verankerd wordt.

Het verzoek is tevens de verkenning te laten gaan over de zorg in de volle breedte van de zorg en relaties met andere domeinen als onderwijs, arbeidsmarkt, huisvesting, ruimtelijke ordening en ondernemend Nederland mee te nemen. Dit alles met een brede betrokkenheid vanuit de samenleving en in afstemming met een traject van de WRR over hetzelfde onderwerp.

Keuze van de raad voor houdbaarheid

De raad kiest voor het brede en integrale perspectief van de houdbaarheid van de zorg in de zin van de toekomstbestendigheid van het stelsel. Daarbij worden verschillende aspecten van het zorgstelsel in onderlinge samenhang en verwevenheid gezien. Dit vraagt om een bredere benadering dan alleen betaalbaarheid in de zin van beheersing van de (collectieve) zorguitgaven. Betaalbaarheid kan niet los worden gezien van kwaliteit en toegankelijkheid. De zorguitgaven, de zorgarbeidsmarkt en de inhoud van de zorg dienen, zoals de raad in eerdere adviezen heeft gesteld, in samenhang te worden gezien.² Kwalitatief goede zorg, voldoende zorgpersoneel en uitgavenbeheersing zijn de essentie van het streven naar betaalbare en toegankelijke zorg. Het gaat om de publieke belangen van de zorg voor de samenleving in de toe-

¹ Zie bijlage 1.

² Zie SER (2012) *Naar een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg: een tussentijds advies op hoofdlijnen*, Advies 12/06.

komst, waarin aspecten van draagvlak voor en solidariteit in het zorgstelsel, de arbeidsmarkt voor de zorg en de organisatie van de zorg samenkomen.

Werkwijze: dialoogbijeenkomst, werkbezoeken en analyses

Ter voorbereiding van de verkenning heeft de raad in 2019 een dialoogbijeenkomst georganiseerd over ruimte voor de zorgprofessional met zo'n zeventig zorgprofessionals uit verschillende sectoren in de zorg, een werkbezoek gebracht aan een ziekenhuis met als (thema) Juiste zorg op de juiste plek, en een werkbezoek gebracht aan een zorgorganisatie waar bedrijven, kennisinstellingen en zorgprofessionals samenwerken om voor en met mensen met een beperking het leven gemakkelijker en zelfstandiger te maken door de inzet van technologische innovaties. De WRR heeft als waarnemend lid in de commissie van de raad deelgenomen.

Daarnaast heeft de raad een aantal aspecten rond de verwachte stijging van de zorguitgaven geanalyseerd, te weten het draagvlak voor het stelsel van zorg, solidariteit in het zorgstelsel, een terugblik op het beleid gericht op beheersing van de zorguitgaven, instrumenten van beheersing van de zorguitgaven, de prognoses voor de zorguitgaven voor de komende decennia, de ruimte voor de zorgprofessional, de digitale transformatie in de zorg, verspilling in de zorg en preventie voor gezondheid. De bevindingen van de dialoogbijeenkomst en de werkbezoeken zijn meegenomen in de analyses en hebben in belangrijke mate bijgedragen aan de invulling van de conclusies en de overwegingen zoals die zijn opgenomen in de hoofdstukken 7 en 8 van deze verkenning, tevens zijn verslagen opgenomen in de bijlagen bij deze verkenning.

9.2 Samenvatting van de analyses

De waarde van de zorg voor de Nederlandse samenleving

Nederland heeft een goed presterend zorgstelsel, van hoge kwaliteit en met een goede toegankelijkheid, zo constateert de raad in hoofdstuk 2. Dit staat echter wel steeds meer onder druk. Burgers zijn trots op de gezondheidszorg en het maatschappelijk draagvlak voor solidariteit in de zorg is hoog. Maar burgers maken zich ook zorgen over de toenemende wachttijden, personeelstekorten en stijgende zorguitgaven. Tegenover hoge zorguitgaven staan nadrukkelijk ook veel baten. De gezondheidszorg levert een belangrijke bijdrage aan de Nederlandse samenleving, de arbeidsmarkt én de economie door een hogere kwaliteit van leven, een hogere arbeidsproductiviteit en een hogere participatiegraad.

Uitgaven en financiering van de zorg

De uitgaven voor de zorg, onderwerp van hoofdstuk 3, nemen over een langere (historische) termijn gezien toe, maar lijken de laatste jaren te stabiliseren of zelfs licht

te dalen. Dit ligt gedeeltelijk aan het succes van beheersingsmaatregelen, maar ook aan een aantrekkende economische groei. Om de groei van de zorguitgaven beheersbaar te houden, zijn de afgelopen decennia verschillende instrumenten ingezet. Dit zijn vaak maatregelen gericht op (een combinatie) van prijs, volume, budget, marktordening en samenwerking. De inzet van deze beleidsinstrumenten is vaak gericht op demping van de uitgavengroei, belangrijk is evenwel om vast te stellen dat beleidsmaatregelen vaak tijdelijk effect hebben door dat onvoorziene neveneffecten vaak op maatschappelijke weerstand stuiten. Dit vergt constante monitoring én bijstelling, met een open oog voor nieuwe instrumenten.

Prognoses voor de vraag naar zorg en de uitgaven voor de zorg

Hoofdstuk 4 geeft een overzicht van de toekomstverwachtingen voor de vraag naar zorg en de uitgaven voor zorg in de komende decennia. In de prognoses stijgt de vraag naar zorg de komende twee decennia sterk, en verdubbelen de uitgaven voor de zorg. Factoren achter die groei zijn een stijgend welvaarts- en inkomensniveau, demografische veranderingen en dan met name de vergrijzing van de bevolking, verbeteringen in technologie en de lagere arbeidsproductiviteit in de zorg. De vergrijzing van de bevolking leidt tot meer chronische aandoeningen, meer eenzaamheid onder ouderen en meer gezondheidsproblemen door druk voor jongeren, werkenden en mantelzorgers. De prognoses voor een stijgend beroep op zorg en stijgende uitgaven voor zorg in Nederland zijn blijkens internationale prognoses in lijn met de algemene verwachtingen voor andere landen.

9.3 Vier hoofdconclusies

Hoofdconclusies

Wanneer de conclusies en overwegingen van alle afzonderlijke hoofdstukken worden overzien, komt de raad tot een viertal overkoepelende conclusies. Dit betreft een continue bezinning op welke zorg wel en niet in het verzekerde pakket wordt vergoed, een langjarige en consistente inzet op voorzorg en preventie, een goed georganiseerde digitale infrastructuur in de zorg en een stelsel gericht op meer ruimte voor de zorgprofessionals. Wat deze onderwerpen verbindt is dat naarmate zij beter op orde zijn, de problematiek rond de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg vermindert.

Blijvend onderhoud op de uitgavenbeheersing: blijven werken aan zinnige zorg

Voor de toekomst moeten we er rekening mee houden dat de uitgaven voor de zorg zullen blijven stijgen, zo wordt geconstateerd in hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 wordt geconstateerd dat die stijging kan worden beperkt door, net als in de afgelopen

decennia, steeds kritisch te blijven kijken naar welke zorg voldoende passend en zinnig is om in het verzekerd pakket te blijven (zowel in de cure als in de care als in het gemeentelijk domein), welke zorg eraan toe te voegen is dan wel eruit kan, of datgene wat we doen in de praktijk van de zorg nog wel voldoende wetenschappelijk onderbouwd en zinnig is, en of we de zorg slimmer kunnen organiseren. Dit zal voortdurend nodig blijven, ook omdat maatschappelijke omstandigheden continu veranderen en omdat een les uit het verleden is dat er niet één oplossing is die voor een langere reeks van jaren zal werken.

Daarnaast geeft de raad ter overweging om meer regie te voeren op het verplaatsen en vervangen van zorg. Dit vergt niet alleen het vinden van werkbare oplossingen voor de (soms vermeende) financiële en organisatorische schotten binnen én tussen zorgdomeinen, maar ook het wegnemen van (financiële) prikkels voor afwenteling. Ook het vinden van de juiste organisatie- of bekostigingsmodellen voor regio's en zorgsectoren vergt naar de mening van de raad in veel gevallen meer juridische en financiële mogelijkheden om samen te werken, te experimenteren en te leren van elkaar.

Dit hoofdstuk sluit af met overwegingen over actief pakketbeheer en stimuleren van Juiste zorg op de juiste plek, gepast gebruik en zinnige zorg, regie op bovenregionale en thematische samenwerking in samenhang met het verplaatsen van zorg, ontschotting tussen domeinen en wegnemen van financiële prikkels voor afwenteling, ruimte om te experimenteren met nieuwe organisatie- en bekostigingsmodellen en stimulering van samenwerking in het gemeentelijk domein.

Naar een integraal, samenhangend en ontkokerd preventiebeleid

Preventie heeft hoge opbrengsten, in termen van gezondheid én in termen van maatschappelijke baten, zoals een hogere arbeidsparticipatie en -productiviteit en een vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Hierin ligt ook de grote maatschappelijke waarde van preventie. Er is geen reden om deze waarde niet te verzilveren. Dit is nader uitgewerkt in hoofdstuk 6. Preventie is evenwel geen panacee voor de stijgende zorguitgaven. Preventie grijpt in op de vraag naar zorg, maar deze vraag en de daarbij behorende zorguitgaven verdwijnen niet als mensen langer gezond leven. Een groot deel van de opbrengsten van preventie komen niet in de zorg terecht. Dit geldt ook voor de inzet van preventie – die vindt nu al voor een belangrijk deel buiten het zorgdomein plaats. Dit zal in de toekomst nog meer moeten gebeuren. Dit vraagt om een brede visie op preventie waarin naar meerdere beleidsterreinen, zoals onderwijs, arbeid, welzijn en werk- en leefomgeving, wordt gekeken. Deze vormen van integrale preventie vergen betere samenwerking, geen bestuurlijke en professionele verkokering.

Om de grote toegevoegde waarde van preventie voor de gezondheid, welzijn, participatie en productiviteit van de bevolking optimaal te benutten, zijn een langeter-

mijnvisie, langetermijnfinanciering en bestuurlijk doorzettingsvermogen op landelijk, regionaal en lokaal niveau echt noodzakelijk. Het gaat immers om het bijsturen van individueel en collectief gedrag, maatschappelijke normen en waarden en ingrepen in de sociale en fysieke leefomgeving.

Dit hoofdstuk sluit af met overwegingen rond de langetermijnvisie voor preventie, versterking van lokale gemeenschappen en integrale preventieprogramma's met aandacht voor werk, huisvesting, veiligheid en schulden, school als belangrijke vindplaats voor bewegen, gezondheid en welbevinden van jongeren, werk als een van de belangrijkste plaatsen van preventie (met als eerste het borgen van veilige en gezonde werkomgeving, arbocuratieve en -preventieve zorg en daarna collectief en individueel vitaliteitsbeleid), en ten slotte rond structurele financiering van preventie met ruimte voor private investeringen in preventie.

Kansen voor digitale transformatie benutten

De zorg kan zeer veel baat hebben bij een goede inbedding van de digitale transformatie in de kernprocessen van de organisatie van de zorg. Dit is het onderwerp van hoofdstuk 7. Het gaat om een breed spectrum van innovaties waarmee patiënten en zorgprofessionals direct te maken krijgen zoals apps en wearables, en om innovaties achter de schermen van de organisatie van de zorg zoals de inzet van kunstmatige intelligentie ter ondersteuning van professionals en patiënten. De baten zijn nog onzeker en sterk afhankelijk van hoe de digitale transformatie wordt vormgegeven, maar zullen zich bij succesvolle implementatie voor patiënten vermoedelijk vertalen in betere en beschikbare zorg, voor zorgprofessionals in meer professionele ruimte, minder regeldruk en meer kwaliteit van het werk, voor zorgorganisaties in meer kwaliteit en continuïteit van de zorg. Een voorwaarde om de digitale transformatie in de zorg te kunnen laten slagen en de toekomstige opbrengsten ook daadwerkelijk te kunnen realiseren, is dat de zorg-ICT-infrastructuur op orde moet zijn. Dat betekent dat moet worden doorgepakt op het Elektronisch Patiëntendossier. Als in de eerste helft van een nieuwe kabinetsperiode onvoldoende geen merkbaar resultaat wordt gerealiseerd, dan is gewenst dat tijdig een alternatief wordt voorbereid en uitgevoerd: voorbereiding en invoering van een landelijk verplicht systeem waarmee de hele zorgsector werkt. De raad wil hiermee ook een stevig signaal geven aan alle betrokken partijen, inclusief de ICT-bedrijven, om spoedig voortgang te bereiken met veilige en makkelijke data-uitwisseling in het belang van de zorgprofessionals. Als de data-uitwisseling binnen de huidige zorg goed verloopt, dan is de logische vervolgstap om ook te kijken hoe data breder kunnen worden benut voor nieuwe toepassingen zoals met AI en big data. Om dat in goede banen te leiden, vergt dat ook regulering. In dit verband wijst de raad op de Finse wet op secundair gebruik van data.

Om kansen van de digitale transformatie ten volle te kunnen benutten dient de cultuur van not invented here te worden doorbroken. Goede voorbeelden van innovatieve projecten in de zorg dienen snel landelijk te worden opgeschaald en tot norm te worden gemaakt. Hiervoor is een actievere rol nodig van alle betrokkenen in de zorg, voor beroepsverenigingen om best practises in richtlijnen op te nemen en er in de praktijk mee te werken, voor het Zorginstituut, via het programma Zorg-evaluatie en Gepast Gebruik en voor zorgverzekeraars met een actieve inkoop met differentiatie in vergoedingen. Ook bovenregionale en thematische samenwerking is gewenst om goed gebleken voorbeelden van zorg sneller tot norm te maken voor de patiënt.

De digitale transformatie kan alleen tot stand te komen in samenwerking tussen alle betrokkenen, innovatieve bedrijven, zorgaanbieders, zorgprofessionals en patiënten. Technologische innovatie kan niet zonder sociale innovatie. Daarmee kunnen problemen op veel andere vlakken in de zorg worden voorkomen. Uitgaande van de prognose dat meer zorg geleverd moet worden met te weinig zorgprofessionals, zal de digitale ondersteuning zorgprofessionals moeten helpen bij het voldoen aan alle zorgvragen. Het is dus belangrijk dat zorgprofessionals nadrukkelijk worden betrokken bij het ontwikkelen van de digitale oplossingen. Op dit moment is daarvan nog onvoldoende sprake. Er zijn voorbeelden van goede en bemoedigende projecten maar het ontbreekt vaak nog aan opschaling. Daarvoor is meer regie van de overheid onontbeerlijk. Hiermee samenhangend dienen zorgprofessionals in hun opleiding veel beter te worden voorbereid op de ingrijpende gevolgen van digitale transformatie op de hoofdtaken van hun werk zodat de digitale transformatie de zorgprofessionals in hun werk optimaal kan ondersteunen. Dit hoofdstuk sluit af met overwegingen over richting en regie rond de digitale transformatie, doorpakken op het epd/ecd, opschaling en doorzetting van best practises en richtlijnen rond Juiste zorg op de juiste plek en zinnige zorg, inzet op bovenregionale en thematische samenwerking, doorbreking van de not invented here-cultuur met alle actoren, en ten slotte opname van de digitale transformatie in opleidingen en leren op de werkplek van zorgprofessionals, met aandacht voor groepen in de samenleving die moeilijk mee kunnen met de digitale transformatie.

Naar een stabiele zorgarbeidsmarkt met meer ruimte voor de zorgprofessional
Werken in de zorg en arbeidsmarkt voor de zorg zijn het onderwerp van hoofdstuk 8. Op dit moment kennen verschillende zorgbranches omvangrijke personeelstekorten die naar verwachting in de toekomst groter worden. Tegenover een toenemende instroom van nieuwe zorgprofessionals, mede door de arbeidsmarktprogramma's van vele organisaties in de branches en van de overheid, staat een nog steeds omvangrijke uitstroom van mensen. Werkenden in de zorg hebben te maken met

een hoge werkdruk, en de positie van de zorgprofessional zelf staat onder druk. Ook kampen zij met hoge regeldruk, weinig ervaren regelruimte, veel tijd voor administratieve lasten, weinig ruimte voor werken vanuit vakmanschap en professionele kennis en oordeel. Dit leidt tot ongewenste effecten als hoge werkdruk, hoog ziekteverzuim en hoge uitstroom, en vlucht in zzp-schap. Stelselherzieningen en beleidsinitiatieven versterken deze problematiek vaak nog ongewild verder. De beperkte ruimte voor zorgprofessionals is een probleem dat al veel langer speelt en komt voort uit de manier waarop we de zorg hebben georganiseerd.

Een volwaardige positie van de zorgprofessional is evenwel noodzakelijk voor een kwalitatief goede zorg. Kern daarbij is de relatie tussen de patiënt en de zorgprofessional. Om de positie van de zorgprofessional te borgen dient aan een aantal voorwaarden te worden voldaan zoals die eerder door de SER zijn geschetst.³

De relatie tussen zorggebruiker en zorgprofessional is gebaat bij ruimte voor de zorgprofessional om vanuit ervaring en vakmanschap te kunnen werken, onder goede arbeidsvoorwaarden en arbeidsomstandigheden, met autonomie en zeggenschap over het eigen werk. Dat vraagt om een structurele aanpak, die verder gaat dan de lopende initiatieven op dit vlak. Er moet gewerkt worden aan een stelsel waarin op basis van vertrouwen in de zorgprofessionals, met ruimte voor professionele autonomie, tijd voor cliënten en collega's en waardering voor het werk. Dit vergt een aanpak in samenspraak met zorgprofessionals, zorgaanbieders en patiënten.

Het (budgettaire) beleid dient over een langere termijn stabiel te zijn om goed werkgeverschap en leiderschap mogelijk te maken, en werkenden in de zorg meer zekerheid te bieden en hen te behouden. Het werken in grotere banen en het combineren van banen verdienen actieve ondersteuning. Dat kan alleen met aandacht voor de bredere culturele en institutionele aspecten van de arbeidsmarkt en de praktische belemmeringen waar zorgprofessionals en zorgorganisaties tegenaan lopen. Zorgprofessionals dienen beter voorbereid te worden op de ingrijpende veranderingen in hun werk. Speciale aandacht verdienen daarbij de digitale transformatie, samenwerken en organiseren over grenzen van de zorg heen, met aandacht voor culturele diversiteit onder zorgprofessionals en onder patiënten, zowel voor degenen die al in de zorg werkzaam zijn, als voor degenen die worden opgeleid via opname in de curricula voor zorgopleidingen.

Het beroep op informele zorg en mantelzorg neemt de komende jaren toe terwijl de groep mensen die deze zorg verlenen in omvang afneemt. De ondersteuning van informele zorg en mantelzorg verdient daarom versterking, met speciale aandacht voor degenen die werken in de zorg en informele zorg of mantelzorg combineren. De

3 Zie SER (2012) *Naar een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg*, Advies 12/06.

SER zal zich nader buigen over deze problematiek naar aanleiding van de adviesaanvraag van 24 februari 2020 over ondersteuning van werkende mantelzorgers.

Dit hoofdstuk sluit af met overwegingen over meer professionele ruimte en minder regeldruk voor zorgprofessionals, betere voorbereiding van zorgprofessionals op de ingrijpende veranderingen in hun werk (waaronder de digitale transformatie), stabiliteit in beleid en financiering voor de zorg, duurzame inzetbaarheid van zorgprofessionals, voldoende stageplaatsen en stagebegeleiding in de zorg, werken aan grotere banen in de zorg met aandacht voor de randvoorwaarden om dat te realiseren, ontwikkeling van het zzp-schap in de zorg in goede banen leiden, en ten slotte ondersteuning van goed werkgeverschap en leiderschap en opschaling van good practises.

9.4 Slotafwegingen

Consistente, langjarige inzet in beleid en samenwerking

Alle bovenstaande conclusies zijn volgens de raad kansen om op in te zetten. De inzet zal bijdragen aan de houdbaarheid van de zorg op langere termijn, zeker als er sprake is van een koersvaste en langdurige inzet van het beleid over meerdere kabinetsperiodes heen. Daarbij is een inzet nodig in een samenwerking van alle partijen in de zorg, van zorgprofessionals, centrale overheid, decentrale overheden, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgondernemers. Alle betrokkenen hebben behoefte aan duidelijkheid op de langere termijn.

Houdbaarheid, arbeidsmarkt, organiseerbaarheid

Tegelijkertijd constateert de raad dat de vraag naar zorg de komende decennia erg sterk zal stijgen. Als wordt uitgegaan van de wijze waarop de zorg op dit moment is georganiseerd, moet de conclusie zijn dat die op lange termijn niet houdbaar is. Het is vooral een vraag van organisatie en arbeidsmarkt. Dat betekent dat voor de houdbaarheid van de zorg op lange termijn een verbinding zal moeten worden gemaakt tussen de verschillende beleidslijnen, tussen de arbeidsmarkt en de digitale transformatie, een goede wijze om de vraag naar en het aanbod van zorg bijeen te brengen, en de noodzaak om op lokaal, regionaal en landelijk niveau samen te werken.

Verdere gedachtenvorming

De raad constateert ten slotte dat er een aantal onderwerpen is rond de toekomstbestendigheid van de zorg waarover verdere gedachtenvorming wenselijk is. Dit betreft vragen die raken aan de governance van de zorg. Daaronder vat de raad begrippen als organiseerbaarheid, ontschotting, samenwerking en regionalisering. Slimmer organiseren van de zorg in de vorm van samenwerking over schotten van wetten, regelingen en sectoren heen, maakt het wenselijk om na te denken hoe dit

de verhoudingen tussen de samenwerkende partijen beïnvloedt en wat er nodig is om de gewenste samenwerking te ondersteunen en vorm te geven.

Dit speelt onder andere bij de vraag hoe op de langere termijn om te gaan met de demografische gevolgen van de vergrijzing en ontgroening van de bevolking. De vergrijzing van de bevolking is in de prognoses een belangrijke factor achter de groeiende vraag naar zorg en de stijgende uitgaven. Bij de zorg voor ouderen is sprake van een maatschappelijk vraagstuk dat breder is dan de financiering en de arbeidsmarkt van de ouderenzorg. De groeiende zorgvraag van ouderen leidt tot hogere uitgaven en er zijn de komende decennia niet genoeg mensen om te voorzien in de stijgende vraag naar personeel die voortkomt uit de groeiende zorgvraag. De in deze verkenning onderzochte mogelijkheden om met deze vraagstukken om te gaan hebben gevolgen voor de governance van de zorg die nader doordacht moeten worden. Ook het financieringsvraagstuk en mogelijke nieuwe invullingen van wonen en zorg (aantallen woningen en woonvormen), die het gat dichten tussen thuis wonen en zorg ontvangen en verpleeghuis, en ruimtelijke ordening verdienen verdere doordenking.

Dergelijke vragen spelen ook bij de zorg voor jeugdigen. Hier zien we dat de toegankelijkheid en de beschikbaarheid van de zorg voor jongeren onder druk staat. Patiënten, zorgprofessionals, zorgverleners en gemeenten worden geconfronteerd met beperkingen in de toegankelijkheid, met hoge uitvoeringslasten en financiële tekorten. Dit vraagt om een doordenking van de governance van de zorg voor jeugdigen: hoe om te gaan met de verhoudingen tussen de samenwerkende partijen en wat is nodig om de gewenste zorg voor jeugdigen te ondersteunen en vorm te geven? De raad zal verkennen hoe hier invulling aan kan worden gegeven.

Om te waarborgen dat iedereen die in de toekomst zorg nodig heeft die ook krijgt, is een forse inzet nodig op de houdbaarheid van de zorg op de langere termijn. Dat betekent een consistente, krachtige en langjarig volgehouden inzet, in een samenwerking van alle betrokkenen in de zorg en daarbuiten. Daarvoor is het gewenst om een brede maatschappelijke coalitie van partijen bijeen te brengen om deze beweging voor die transitie op gang te brengen.



Bijlagen



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Sociaal-Economische Raad
Drs. M.I. Hamer
Postbus 90405
2509 LK 's-Gravenhage

Contactpersoon

A. (Arne) Jeninga
Beleidsadviseur
Directie Macro-Economische
Vraagstukken en Arbeids-
markt
Tel.: +31 6 468 66 490
E-mail: a.jeninga@minvws.nl

Bezoekadres

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Datum **6 JULI 2018**
Betreft **Uitsturen verkenningaanvraag SER betaalbaarheid**

Kenmerk

1378839-179046-MEVA

Uw brief

Bijlage(n)

Geachte mevrouw Hamer,

Kwalitatief goede, toegankelijke zorg is een groot goed in Nederland. Het draagt bij aan de stijgende levensverwachting en het aantal in goede gezondheid ervaren levensjaren. Maar ons zorgstelsel heeft ook een prijs. De Nederlandse zorguitgaven zijn de laatste decennia flink gestegen en ook op de korte termijn groeien de zorguitgaven – ondanks de verschillende inspanningen van het kabinet-Rutte III – naar verwachting harder dan de economisch groei. Zowel technologische ontwikkelingen als de ouder wordende samenleving en de daarmee samenhangende veranderende zorgvraag (stijging aandeel chronisch zieken, ouderdomsgerelateerde aandoeningen) hebben invloed op deze stijging.

Daarbij komt dat de zorguitgaven een steeds groter deel gaan innemen van de totale bruto collectieve uitgaven en hiermee andere uitgaven verdringen. Meer geld voor zorg betekent dat er relatief minder geld beschikbaar is voor bijvoorbeeld onderwijs, defensie en sociale zekerheid. Onder andere de Raad van State heeft gewezen op dit verdringingseffect, in reactie op de Miljoenennota 2018. Ook beperkt de stijging van de zorguitgaven de groei van het besteedbaar inkomen van huishoudens. Zo stijgen de zorgkosten per volwassene, door de groei van de zorguitgaven die is opgetekend in de Startnota, tussen 2017 en 2021 met circa €1300.

Verdringing speelt ook op het gebied van arbeid en mantelzorg. Als de huidige ontwikkeling van de arbeidsvraag in de zorg zich doorzet, zal de zorg een steeds groter beslag leggen op de beschikbare arbeidskrachten. Het groeiende aantal ouderen zal daarnaast ook druk zetten op de hoeveelheid beschikbare mantelzorgers. Onderzoekers van het Sociaal Cultureel Planbureau en het Planbureau voor de leefomgeving voorspellen dat in 2040 het aantal potentiële mantelzorgers per 85-plusser gehalveerd is.

Dit onderstreept het belang van beheersing van de zorguitgaven op zowel de korte termijn – onder andere via de hoofdlijnakoorden – als op de langere termijn. Het vraagt om keuzes over hoe wij als samenleving de toenemende vraag naar zorg

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*



willen opvangen en welke consequenties dit mag hebben voor ons inkomen en onze economie. Naast betaalbaarheid zijn kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg daarbij van belang. Ik wil u vragen om deze aspecten ook mee te wegen in uw verkenning, maar wel de focus te leggen op betaalbaarheid van de zorg. Daarbij moeten we rekening houden met de gevolgen van hogere zorguitgaven voor de solidariteit tussen mensen met hoge en lage inkomens en tussen mensen met een hoog en een laag zorggebruik. Deze opgave is aanzienlijk en vergt daarom brede betrokkenheid. Ik wil samen met alle partijen in de samenleving het gesprek aangaan hoe we ervoor gaan zorgen dat iedereen ook in de toekomst de zorg krijgt die hij of zij nodig heeft.

Daarvoor is het van belang om een gezamenlijk gedragen beeld te vormen over de mogelijkheden om de toenemende en veranderende vraag naar zorg en ondersteuning in de toekomst op te vangen en de kosten te beheersen. Naast de betrokkenheid van de wetenschap en de partijen in de zorg, is daarbij ook de betrokkenheid van de sociale partners van belang.

Mede namens de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, vraag ik u daarom om een verkenning uit te voeren over de ontwikkeling van de zorguitgaven op de lange termijn. Daarbij vraag ik u in uw verkenning in te gaan op de onderstaande aspecten.

- Wat zijn de verwachtingen van de raad over de gevolgen van de stijgende zorgkosten voor onze economie en in het bijzonder onze arbeidsmarkt?
- Wat zijn de verwachtingen van de raad over de sociaaleconomische consequenties van de toenemende zorgkosten voor de solidariteit die ten grondslag ligt aan ons zorgstelsel?
- Wat zijn naar de visie van de raad, vanuit het belang van economisch en maatschappelijk draagvlak en solidariteit, de grenzen waarbinnen de zorg en de zorguitgaven zich de komende decennia kunnen ontwikkelen?
- Kan een door de politiek vastgestelde norm voor de kostengroei en/of voor de druk van de zorg op de arbeidsmarkt volgens de Raad toegevoegde waarde hebben en een bijdrage leveren aan de beheersing van de zorguitgaven? Hoe zou men dan kunnen zorgen dat een dergelijke norm op maatschappelijk draagvlak kan rekenen en institutioneel verankerd wordt?

Daarbij verzoek ik u te kijken naar de zorg over de volle breedte, dus zowel curatieve zorg, langdurige zorg, preventie als de gemeentelijke zorgtaken. Hierbij zijn ook de relaties met andere domeinen van belang, zoals onderwijs, arbeidsmarkt, huisvesting, ruimtelijke ordening en ondernemend Nederland. Daarnaast verzoek ik u in uw verkenning brede betrokkenheid te organiseren vanuit de samenleving.

Ik zou graag begin 2019 met u in gesprek treden over uw eerste bevindingen. Uw uiteindelijke verkenning, waarbij ook meer specifieke thema's worden belicht, ontvang ik graag eind 2019.

Het onderwerp van deze verkenning raakt aan een andere adviesaanvraag van de minister van VWS, de minister van Financiën, de minister van Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van VWS aan de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR). Hierin wordt gevraagd om een domeinoverstijgend advies over de houdbaarheid van de zorguitgaven op de lange termijn.

SG
Dir. Macro-Eco Vraagst. en
Arbeidsmarkt
Team AEB

Kenmerk
1376839-179046-MEVA



Wij geven u in overweging om deze verkenning af te stemmen met het advies van de WRR. Het kwantitatieve vooronderzoek dat zal plaatsvinden ter ondersteuning van de (mogelijke) advisering door de WRR is hierbij ook voor u relevante informatie om te betrekken in uw verkenning.

SG
Dir. Macro-Eco Vraagst. en
Arbeidmarkt
Team AEB

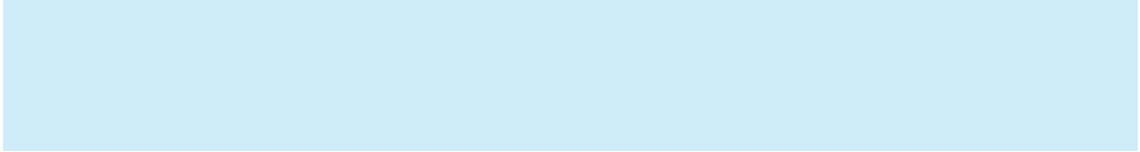
Mede namens, de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Kenmerk
1378839-179046-MEVA

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Hugo de Jonge





Verslag Dialoogbijeenkomst Ruimte voor de Zorgprofessional SER 27 maart 2019

Inhoud

1.	Inleiding	1
2.	Opening van de bijeenkomst	2
3.	Drie persoonlijke verhalen	2
4.	In dialoog over ruimte voor de zorgprofessional	3
4.1	Wat betekent ruimte voor de professional?	4
4.2	Wat zijn positieve en negatieve ervaringen?	5
4.3	Mogelijkheden/oplossingen/ideale situatie	7
5.	Afsluiting en vervolg van de bijeenkomst	10
6.	Terugkoppelingen over de gesprekken	10
7.	De gesprekken vergeleken met onderzoeken en literatuur	12

1. Inleiding

Op 27 maart 2019 organiseerde de SER de dialoogbijeenkomst Ruimte voor de Zorgprofessional. Zo'n vijftig mensen uit de zorg hebben deelgenomen aan de dialoogbijeenkomst. De zorg was breed vertegenwoordigd met mensen uit verschillende beroepen waaronder verpleegkundige, verzorgende, logopedist, huisarts, coassistent, oncoloog, sociotherapeut, wijkcoach, ambulancehulpverlener, woonbegeleidster, maatschappelijk werker en specialist. De deelnemers vertegenwoordigden branches als jeugdzorg, thuiszorg, ouderenzorg, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en ziekenhuiszorg. De leden van de Commissie Sociale Zekerheid en Gezondheidszorg van de SER en het secretariaat van de SER namen deel aan en ondersteunden de bijeenkomst.

De bijeenkomst werd georganiseerd in het kader van de verkenning over de betaalbaarheid van de zorg die de SER op verzoek van de bewindslieden van VWS uitvoert. De SER is eind vorig jaar gestart met de verkenning en de SER heeft ruimte voor de zorgprofessional als een van de centrale thema's voor de verkenning benoemd.

2. Opening van de bijeenkomst

SER-voorzitter Mariëtte Hamer opende de bijeenkomst met een woord van welkom en dank voor alle deelnemers. Zij noemde het terecht dat zij als experts uit de zorg aan het begin van het SER-traject worden gevraagd om hun opvattingen te geven over dit belangrijke onderwerp. De SER heeft veel ervaring met het bij elkaar brengen van mensen uit verschillende delen van de samenleving. Mensen met verschillende en soms tegengestelde belangen, maar wel met de opdracht om in een onderling gesprek, met respect voor elkaar, te praten over mogelijke oplossingen waar iedereen achter kan staan.



Romke van der Veen, kroonlid van de SER en voorzitter van de commissie die de bijeenkomst organiseerde, ging kort in op de vragen die het kabinet aan de SER heeft voorgelegd, en op de relatie tussen betaalbaarheid van de zorg en ruimte voor de professional. De SER spreekt van tijd tot tijd over de zorg, en ook over de betaalbaarheid daarvan. Het blijkt een moeilijke materie, waar veel kanten aan zitten, en iedereen wel wat van vindt. Daarom is het ook belangrijk om nu samen aan tafel te zitten en te spreken met de mensen die de zorg op de werkvloer een gezicht geven. Hun inbreng is nodig om tot een rapport te komen waar iedereen achter kan staan.

3. Drie persoonlijke verhalen

Daarna gaven drie vertegenwoordigers namens de SER-commissie kort hun persoonlijke kijk op het onderwerp, met kroonlid Steven van Eijck, werkgeverslid Hans Helgers, en Zina Louter van Amerpoort (vanuit het perspectief van de zorgprofessional).

Kroonlid van de SER Steven van Eijck vond de regeldruk van groot belang. Hij pleitte ervoor dat de zorg zelf het voortouw neemt op dit onderwerp en zelf een convenant zou moeten opstellen om de regeldruk te verminderen en zo de professionals in de zorg meer ruimte te bieden.

Werkgeverslid Hans Helgers, bestuursvoorzitter van stichting De Opbouw (een landelijke stichting, gericht op het verlenen van zorg aan ouderen, verstandelijk gehandicapten en jeugd), illustreerde het belang van ruimte en vertrouwen met een aantal voorbeelden uit zijn praktijk. Voorbeelden waarin de inspectie geen ruimte en vertrouwen gaf voor het handelen van zorgprofessionals. Hij vertelde dat gebrek aan ruimte en vertrouwen de kwaliteit van de zorg en de motivatie van de medewerkers aantast.



Zina Louter werkt bij Amerpoort (Amerpoort ondersteunt 2450 mensen met een verstandelijke beperking in de provincies Utrecht, Flevoland en in 't Gooi) en zij pleitte er vanuit het perspectief van de zorgprofessional voor dat je als zorgprofessional vooral ook ruimte moest nemen. Je moet niet alleen volgens de regels en het systeem werken, maar vooral ook je gevoel en gezond verstand volgen, en kennis en ervaring van je collega's gebruiken.

4. In dialoog over ruimte voor de zorgprofessional

Vervolgens gingen de deelnemers volgens de methode van waarderend onderzoek in dialoog met elkaar. In twee gespreksrondes werd gesproken over vragen als wat ruimte in je werk voor jou betekent, wat goede en slechte ervaringen uit je dagelijkse werk zijn, hoe jouw ideale situatie van je werk in de toekomst eruit ziet, wat er nodig is om in die ideale situatie te komen, en wie wat zou kunnen doen om daar te komen.

De gesprekken leverden heel veel levendige praktijkverhalen op, met veel passie voor het werk in de zorg! De gesprekken gaven goed zicht op wat volgens zorgprofessionals zelf 'ruimte' betekent voor het dagelijks werk in uiteenlopende branches in de zorg.

De gesprekken aan de tafels zijn gevoerd aan de hand van de volgende vragen:

- Wat betekent ruimte voor de professional?
- Wat zijn positieve en negatieve ervaringen?
- Wat is de ideale situatie?
- Hoe komen we daar? Wat is daar voor nodig?

Hierna volgen de bevindingen van de tafels in de woorden van de deelnemers.

4.1 Wat betekent ruimte voor de professional?

De deelnemers aan de tafels benoemen verschillende aspecten van 'ruimte voor de professional'. Autonomie en waardering zijn belangrijk, in een stimulerende werkomgeving, met invloed van de werknemer op werkdruk. Maar ook juiste zorg op de juiste plek, en de juiste professional op de juiste plek. Naast dat de patiënt belangrijk is of centraal staat, moet ook de professional centraal staan. Die moet nee kunnen zeggen tegen betaalde taken of tegen extra uren. Nog te vaak worden allerlei werkzaamheden bij de professional neergelegd, waardoor werk maar half gedaan kan worden, wat ook weer de werkdruk negatief beïnvloedt. Er moet ruimte zijn om verwachtingen uit te spreken naar cliënten en collega's. Dat vraagt ook ruimte voor reflectie.



Kaarten – wat is 'ruimte voor de zorgprofessional?'

De deelnemers hebben op de kaarten de commissie het nodige meegegeven. Op het onderwerp van de definitie van ruimte sluit het aan op wat in de gesprekken naar voren is gekomen.

In de definiëring van de term 'ruimte' komen duidelijk drie punten naar voren. Tijd voor vooral de cliënt, maar ook de collega's; het vertrouwen hebben dat je als professional het goede doet en de mogelijkheid om vrij je werk in te mogen richten. Met daarbij horend eigen regie, ruimte om te innoveren en jezelf te kunnen ontplooiën.

Waardering in het werk is ook belangrijk en dat gaat ook over het financiële aspect. Daarnaast is er ook een roep om stabiele roostering, de werk/privé-balans is voor een aantal aanwezigen niet eerlijk gewogen.

Een veelgehoord geluid is dat de ruimte wordt ingeperkt door administratieve lasten; dit wordt dan ook meermaals aangegeven als een belangrijk aspect van de ruimte. Daarnaast vindt men dat het belangrijk is om mensgerichte zorg te leveren. Controle en bureaucratie is tot op zekere hoogte onvermijdelijk in het systeem maar mag niet leidend worden.

De ruimte van de professional wordt vaak, volgens de zorgprofessionals, beperkt door de zorgverzekeraar. Een aantal aanwezigen ziet dan ook een kleinere rol van de zorgverzekeraar als een belangrijke voorwaarde voor ruimte.



Op de kaarten hebben de deelnemers veel aspecten van ruimte voor de zorgprofessional benoemd. Hieronder een aantal citaten van die kaarten.

Ruimte voor de zorgprofessional is ...

- "Dat als een cliënt vraagt of ik vandaag wel tijd heb voor samen een kop thee te drinken, ik meteen ja kan zeggen."
- "Met plezier je vak uitoefenen en goede mensgerichte zorg verlenen."
- "Vertrouwen om zelfstandig keuzes te kunnen maken en respect van de werkgever voor mijn keuzes."
- "Eigen regie vanuit eigen professie."
- "Je eigen expertise kunnen benutten, met voldoende autonomie daarvoor en vooraf betrokken worden bij veranderingen op het werk."
- "Professionaliteit, vertrouwen, betrokkenheid, minder controle."
- "Tijd om naar mijn patiënten te luisteren, en echt na te kunnen denken over diagnose en beleid. Als ik de ruimte krijg kan ik de klachten van patiënten beter begrijpen."
- "ISO-normen implementeren maar wel ruimte houden rond de uitvoering."
- "Meer tijd voor de patiënt, de patiënt heeft anno 2019 complexere zorg nodig, en goede zorg vereist meer tijd."
- "Vertrouwen in de medewerkers die de zorg uitvoeren."
- "Voldoende collega's zodat de roosters kloppen. Dat werk en privé niet gescheiden kunnen worden zijn trekt een sterke wissel op mensen."
- "Goede balans tussen werkdruk en lasten."
- "Kunnen doen wat ik kan om goede zorg te leveren met tijd, middelen en een goed systeem."
- "Binnen de kaders van de organisatie vrij je werk mogen uitoefenen, met voldoende tijd voor reflectie, scholing, intervisie en goede salariering."

4.2 Wat zijn positieve en negatieve ervaringen?

Uit de gesprekken komen vele en uiteenlopende positieve en negatieve ervaringen naar boven. Hieronder zijn die gemelde ervaringen gebundeld aan de hand van een aantal overkoepelende begrippen.

Personeel

Ruimte nemen kan leiden tot meer ruimte. Als zorgprofessional moet je *out of the box* denken. Ruimte wordt in theorie soms wel geboden, maar in de praktijk wordt dit door tijdgebrek vaak drastisch ingeperkt. De ruimte wordt ook vaak ingeperkt door het tekort

aan personeel, dat weer tot hogere werkdruk leidt, door het hoge verloop van personeel en de vele gebroken diensten.

- *"Hoe kunnen we personeel behouden? Vaak wordt personeel overbelast waardoor ze vertrekken."*

Werkomgeving en inrichting van de organisatie

Deelnemers vragen om een beter begrip van het bestuur en management voor het werk van de zorgprofessional en om meer vertrouwen. Gebrek aan ruimte zorgt zelf al voor hogere werkdruk.

Er is behoefte aan stabiliteit van de organisaties. Er is sprake van veel veranderingen en veel verloop van personeel.

Een van die veranderingen is zelfsturing. Dat leidt in de praktijk tot minder ruimte van de zorgprofessional, de professional moet dan namelijk meer doen dan voorheen. Zo krijgt de zorgprofessional dan ook alle aspecten van het (personeels)management-systeem overgeheveld. En is men daardoor veel tijd kwijt met het begrijpen van het systeem en het uitvoeren van de bijkomende taken.

Een aantal deelnemers pleiten voor een minder sterke rol van zorgverzekeraars in het stelsel en voor minder of geen marktwerking in de zorg.

- *"Het tempo van veranderingen in de zorg is (te) hoog."*
- *"Herijk of heroverweeg marktwerking in de zorg."*

Regels en administratieve lasten

De professionals geven aan veel tijd kwijt te zijn aan administratie. Een verpleegkundige geeft aan dat zij tijdens een nachtdienst per patiënt tien minuten kwijt is aan administratie. Onduidelijke processen zorgen voor gebrek aan ruimte van de zorgprofessional.

Digitalisering zou de administratieve druk nog verder kunnen vergroten, omdat procedures veelal gestroomlijnd zijn en de registraties dan niet meer kunnen worden uitgesteld. De AVG verzwaart daarbij de hoge administratieve lasten nog verder. Men geeft ook aan dat er is sprake van onzinnige regels. Het gevoel van onzinnige regels wordt versterkt door veel lagen van registratie en door regels die van bovenaf worden opgelegd.

- *"Als arts ben ik dagelijks meer dan vijf uur kwijt aan de werk achter de p.c. in plaats van te luisteren naar mijn patiënten."*

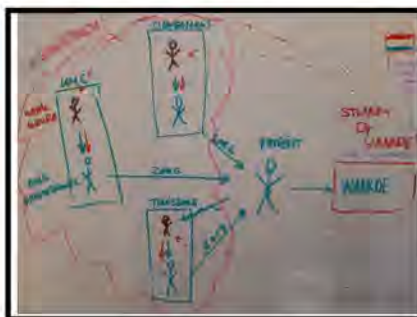
Samenwerking

Samenwerking wordt belangrijk gevonden maar in de praktijk wordt daar vaak dan weer geen tijd voor vrijgemaakt. Er wordt veel gepleit om schotten in de zorg te laten verdwijnen zodat samenwerking in de praktijk makkelijker kan worden opgepakt.

Patiënt

Deelnemers geven aan dat zij te weinig tijd hebben voor het verlenen van zorg voor de patiënt. Die zorg voor de patiënt is vaak wel de reden dat iemand voor werken in de zorg heeft gekozen.

Zelfsturende teams leiden tot vlakke organisaties. Hierdoor ontstaat er echter in de praktijk ook verwarring over bijvoorbeeld de financiële ruimte voor verandering, wat dan weer ten koste gaat van de aandacht van de patiënt.



4.3 Mogelijkheden/oplossingen/ideale situatie

Personeel

Het is volgens de deelnemers belangrijk de aantrekkelijkheid van de sector voor toekomstig personeel te vergroten. Veel genoemd worden betere arbeidsvoorwaarden, met hoger salaris, minder flexibele contracten en minder kleine contracten, meer waardering en betere opleidingsmogelijkheden.

Personeelsbeleid verdient in dit kader ook meer aandacht. Genoemd wordt dat veel hbo'ers en mbo'ers aangetrokken, wat dan ten koste gaat van de positie van helpenden of verzorgenden.



Werkomgeving en inrichting van de organisatie

Voorgesteld wordt om de kwestie rondom arbeidsomstandigheden in zelfregulerende teams te regelen, zodat de zorgprofessionals zich weer kunnen bezighouden met dingen waar ze voor zijn opgeleid. Technologie kan nuttig zijn voor de zorgprofessional en ruimte bieden. Maar het moet niet blind worden ingezet. Er moet worden nagedacht over praktische toepassing van technologie.

- *"Meer salaris om de waardering voor de zorgprofessionals te laten zien."*
- *"Meer vaste en geschoolde collega's."*
- *"Pas taken en verantwoordelijkheden aan de leeftijd van het personeel aan."*

Regels en administratieve lasten

Het nut van administratieve handelingen moet worden gezien. Er moet meer worden gekeken naar waarde, naar zaken die de cliënt helpen, niet naar productie en het afvinken van vastgestelde lijstjes.

Vanuit verschillende kanten is er een sterke druk op de prestatie naar de gemeente. Dit wordt toegeschreven aan marktwerking, dat leidt tot veel druk op cijfers en presteren. Aanbestedingsregels zorgen voor veel onzekerheid over de continuïteit van het werk en de vraag voor wie nou uiteindelijk gewerkt wordt.

Er is een pleidooi voor verschuiving van regels naar reflectie. Reflectie en dialoog met elkaar als collega's, samen met cliënten en samen met de zorgverzekeraar.

Geopperd wordt dat de zorgprofessional apart wordt betaald voor registratie, zodat de partij die om registratie vraagt, ook goed nadenkt over de vraag of de registratie en uitvraag van die gegevens ook echt nodig zijn.

- *"Verminder controlesystemen, audits, keurmerken."*
- *"Minder controledruk en controlezucht."*
- *"Minder administratie, minder bureaucratie."*
- *"Regeldrift inperken."*
- *"Meer rapporteren op resultaat, minder op handeling."*

Samenwerking

Investeren in het sociaal domein belangrijk, en daarmee ook het opbouwen van samenwerkingsketens. Dat betekent samenwerking met cliënten en de netwerken rondom een cliënt. Beter afstemmen en samenwerken binnen het systeem tezamen met een verbeterde continuïteit leidt uiteindelijk tot betere zorg.

Er worden ook kanttekeningen genoemd. Beter samenwerken met meerdere partijen op regionaal niveau leidt ook tot meer afstemming tussen de verschillende domeinen in de zorg. En bij de samenwerking dient eigenaarschap van de zorg goed te worden belegd. Geef een zorgprofessionals daarbij niet te veel op hun bordje.

- *"Hef de schotten op tussen de verschillende wetten in de zorg, en tussen 1^e, 2^e, en 3^e-lijnszorg."*
- *"Kijk naar samenwerking en vooral naar verbinding van krachten, expertise, kennis en kunde, vanuit de buurten en niet van bovenaf."*
- *"Verschuif van zorg naar welzijn."*
- *"Bestempel tien procent van het budget voor innovaties, overleg en dergelijke, de opbrengsten zijn groter dan de kosten."*

Patiënt

Een zorgorganisatie dient goed zicht te hebben op de situatie van de patiënt, dan kun je als organisatie namelijk ook beter bepalen wat de beste zorg is voor de patiënt.

Creëer situaties waarbij de familie vrijwillig een grote(re) rol speelt. Regel bijvoorbeeld een extra bed, of verleng de bezoeken. Dit geeft weer ruimte aan de zorgprofessional.

- "Professionals meer ruimte (laten) nemen voor doelmatige zorg met meer aandacht en tijd voor de cliënt."
- "Zorg voor integrale teams op wijkniveau."
- "Onderzoek de business cases voor preventie."



Kaarten – waar liggen de kansen?

De deelnemers hebben op de kaarten de commissie nog het nodige meegegeven. De antwoorden op het onderwerp van de kansen zijn uiteenlopend. Het meest terugkerende antwoord is dat de oplossing vooral moet worden gezocht in het (sterk) verminderen van de administratieve lasten en de 'onnodige' bureaucratie.

Daarnaast hecht men waarde aan het creëren van meer tijd zodat de zorgprofessional meer aandacht kan geven aan de cliënt, aan het terugdringen van de marktwerking en aan het beter belonen van de gehele zorgsector omwille van de aantrekkelijkheid.

Daarnaast voelt de zorgprofessional zich niet serieus genomen door wat wordt genoemd het controleapparaat. Het herstellen van het vertrouwen in de zorgprofessional als een autonoom en bekwaam beroepsbeoefenaar zien de aanwezigen als een goede oplossingsrichting. Ook bij deze vraag zien de aanwezigen veel in het verbeteren van de onderhandelingspositie ten opzichte van de zorgverzekeraar; tevens wil men vaker worden betrokken bij beslissingen in de sector. Het ontschotten van de budgetten tussen de Wmo, Wlz en de Zvw wordt ook vaak genoemd, net als een vraag om betere (vaste) contracten.

- "Zet technologie zo in dat het de professional ondersteunt."
- "Een centraal en overzichtelijk EPD zou enorm helpen."

Waar de aanwezigen zeer specifiek over zijn is de problematiek omtrent het Elektronisch Patiënten Dossier. Het blijkt dat er in meerdere beroepsgroepen binnen de zorgsector wordt gewerkt met meerdere EPD's per patiënt. Soms zelfs binnen één organisatie. Er is behoefte aan gecentraliseerd EPD; sommigen zien hier een rol van de overheid. Het EPD

werd ingevoerd om de zorg efficiënter in te richten, maar blijkt, aldus de aanwezigen, allerminst goed te functioneren en dat dan vooral vanwege de vele verschillende EPD's die er in de praktijk blijken te bestaan.

Tot slot acht men het behoud van het personeel als een belangrijke kans; om het verloop in de sector tegen te gaan moet men een manier vinden om het personeel gemotiveerd te houden.

5. Afsluiting en vervolg van de bijeenkomst

Romke van der Veen en Mariëtte Hamer sloten de bijeenkomst af met het ophalen van bevindingen van de tafels en met een dankwoord voor alle inbreng.

De SER-commissie heeft met de opbrengst van de dialoogtafels, met zo'n 150 kaarten van de deelnemers met kansen en wensen, en enkele tientallen tekeningen, het nodige aan huiswerk meegekregen.

De deelnemers van de bijeenkomst zullen op de hoogte worden gehouden van hoe het verder gaat met de verkenning.

- "Dank voor de uitnodiging! Ga door om met mensen vanuit het werkveld de dialoog aan te gaan."
- "Zie ons als partners in uw beleid."
- "Bij een volgende panelbijeenkomst ben ik weer graag van de partij."
- "Graag ontvang ik het verslag van de bijeenkomst, en zou ik graag aangehaakt willen blijven."



6. Terugkoppelingen over de gesprekken

De gespreksleiders van de tafels hebben een terugkoppeling gegeven van de dialoog aan hun tafel. Dat hebben zij gedaan aan de hand van de volgende punten:

- Een impressie te geven van de dialoog aan de tafel.
- Aan te geven wat de deelnemers benoemen als belangrijkste aandachts- en actiepunten.
- Wat een opvallende uitspraak was aan de tafel.
- Welke inhoudelijke punten wil je nog delen met de SER.

Impressies van de dialoog aan de tafel

De tafels kenden volgens de gespreksleiders goede, spontane en prettige gesprekken. Met levendige praktijkverhalen, passie voor het werk, respect voor elkaars verhaal en geen oordeel over verhaal van iemand anders, inhoudelijk zinvolle dialoog met veel eensgezindheid en herkenbaarheid over van wat eenieder vertelt. Geconstateerd wordt dat de deelnemers blij zijn dat zij hun verhaal kunnen vertellen.



- "Prettige gespreksrondes waar ik het gevoel van heb te zijn gehoord."

Wat benoemen de deelnemers als belangrijkste aandachts- en actiepunten

Vooral regeldruk en werkdruk worden hier genoemd. Daarnaast ook zelfsturende teams die volgens deelnemers niet tot minder maat juist tot juist meer werkdruk leiden; teams worden onvoldoende gefaciliteerd en de kaders beperken de ruimte. Verder worden diverse punten genoemd: salaris, personeelstekort, weinig samenwerking binnen en tussen organisaties (waardoor veel tijd opgaat aan regelwerk), stoppen met keurmerken en accreditaties.

Opvallende uitspraken aan de tafels

Dit leverde zeer uiteenlopende uitspraken op die moeilijk onder één noemer te brengen zijn. Het ging onder andere over betalen voor registraties, professioneler personeelsbeleid, meer slecht dan goed nieuws. De uitspraak 'kwaliteit en tijd horen bij elkaar' past wel heel goed bij de uitkomsten van de gesprekken.

Welke inhoudelijke punten wil je nog delen met de SER

Hier worden nog zaken meegegeven zie vaak al eerder zijn genoemd, zoals het regeldruk, slechte samenwerking, onvrede over salarissen en verspilling, en de wens dat technologie en meer zeggenschap niet ertoe moeten leiden dat de professionals juist meer werk krijgen.

Kaarten – Dit wil ik nog kwijt...

De deelnemers hebben op de kaarten de commissie nog het nodige meegegeven. Bij het kaartje met de tekst 'dit wil ik nog kwijt' komen veelal dezelfde zaken terug als hiervoor al gemeld. Zo is er ook bij deze vraag aandacht voor het centraliseren, of althans beter organiseren, van de EPD's. Ook het verzoek om meer tijd te creëren om betere zorg te leveren aan de cliënt komt terug. Er wordt door sommigen gewezen op een heersende angstcultuur (in verpleeg/verzorgingstehuizen) die moet worden aangepakt. Daarnaast komt hier ook naar voren dat er behoefte is van het zorgpersoneel om 'onnodige' managementlagen te schrappen; dit tezamen met een verplichting van zorgmanagers om een keer mee te lopen op de werkvloer. Beter cao-afspraken, gepaard met reële arbeidsvoorwaarden en het beter promoten van de zorg zijn tevens geuite zorgen buiten de kansen om. Hierop aansluitend het in deze sectie meest voorkomende antwoord: zorg dat er nieuw personeel komt en behoudt dit ook. De doorloop is volgens de aanwezige zorgprofessionals te groot en dit is schadelijk voor de zorgsector.

7. De gesprekken vergeleken met onderzoeken en literatuur

Uit onderzoeken en literatuur komt bij de definitie van 'ruimte' vooral de termen autonomie, vertrouwen en inspraak of zeggenschap naar boven. Het idee is dat professionals niet louter handelen op basis van gestandaardiseerde regels en procedures, maar vooral vanuit hun eigen kennis en kunde. Niet alleen wat de professional 'mag', maar ook wat de professional wil, weet, en kan. Verder komt uit onderzoek naar voren dat de organisatie dusdanig moet zijn ingericht dat het vakmanschap van de professional naar voren laat komen. Ook wordt genoemd dat er een verschil bestaat tussen de feitelijke, objectieve ruimte aan de ene kant, en de ervaren ruimte aan de andere kant.



Deze problemen en beperkingen in de literatuur hebben veelal te maken met de regeldruk en administratieve-lastendruk. Dit staat het geven van goede zorg aan de patiënten in de weg. Dat werd dit in de bijeenkomst veelvuldig onderkend door de zorgprofessionals.

De regeldruk die professionals kunnen ervaren komen volgens de literatuur uit de hoek van de rijksoverheid, toezichthouders, zorgverzekeraars, branche-beroepsverenigingen en zorginstellingen zelf. Zorgprofessionals voelen druk omdat ze naar de gemeente (overheid), naar de patiënt en naar de zorgverzekeraar verantwoording moeten afleggen voor hun beslissingen. In de bijeenkomst voegden de zorgprofessionals hier nog aan toe dat in sommige instellingen collega's elkaar ook scherp op de regels

houden, hetgeen de ervaren regeldruk kan verhogen. Ook het gebrek aan vertrouwen kwam op tafel tijdens de bijeenkomst.

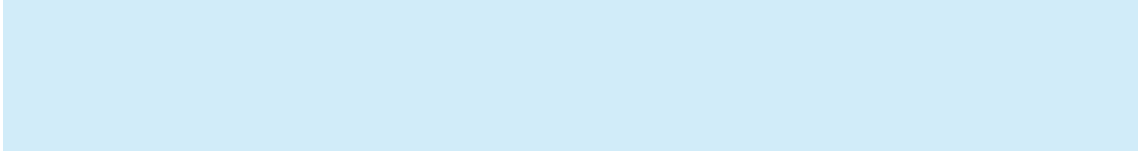
Een opvallend verschil is dat er in de literatuur weinig wordt gerept over het begrip 'tijd'. Het begrip van tijd kwam echter nadrukkelijk naar voren bij de bijeenkomst; de aanwezigen zagen tijd voor de patiënt en voor de collega's, tijd voor reflectie en voor het leren kennen van het netwerk rond de patiënten als een belangrijke voorwaarden voor ruimte. Dat de zorgprofessionals het gevoel geen tijd hebben kan ook mede worden veroorzaakt door de administratieve lasten, wat ook veel tijd kost.

De inzet van ICT kan enerzijds werkdruk verminderen en zorg verbeteren. Uit de gesprekken komt ook de kanttekening naar voren dat ICT, vanwege de vele technische mogelijkheden, er in de praktijk nog wel eens toe leidt dat de zorgprofessional er juist werk bij krijgt. De meerdere EPD's binnen organisaties zijn daarvan een voorbeeld. Zelfsturende teams komen eruit ook met twee beelden uit. Enerzijds is de bedoeling meer verantwoordelijkheid voor het werk bij de zorgprofessional te leggen, in de praktijk wordt dit in de beleving niet altijd goed ondersteund en leidt het zo tot meer werk, en juist tot minder ruimte voor de professional.

Tot slot komt in de literatuur het beeld naar voren dat veel professionals in de zorg niet lang bij dezelfde baan blijven. De doorloop is relatief hoog en dat werd ook aangegeven bij de bijeenkomst. De aanwezigen zagen echter een verband tussen de hoge doorloop en het gebrek aan ruimte. De dalende autonomie en het gebrek aan vertrouwen maakt de banen minder aantrekkelijk en kan daardoor een oorzaak zijn voor het verloop van personeel.

SER
Juli 2019







ACADEMY HET DORP SIZA WERKBEZOEK SER

WERKBEZOEK SOCIAAL
ECONOMISCHE RAAD
COMMISSIE SOCIALE ZEKERHEID
& GEZONDHEIDSZORG

29 MEI 2019

INHOUD

1	AANLEIDING WERKBEZOEK SER / COMMISSIE SOCIALE ZEKERHEID & GEZONDHEIDSZORG	4
2	ONTVANGST EN INLEIDING	5
3	PROJECTEN CARROUSSEL	8
4	AANVULLENDE NOOT DOOR SIZA / ACADEMY HET DORP	12
5	AFSLUITING	12

OVERZICHT DEELNEMERS

NAMENS DE SOCIAAL ECONOMISCHE RAAD

Mariette Hamer	VOORZITTER EN KROONLID
Anthony Stigter	ONDERNEMERSLID
Hans Helgers	ONDERNEMERSLID
Hans Koehorst	ONDERNEMERSLID
Louise Gunning	ONAFHANKELIJK LID
Maarten Lindeboom	KROONLID
Nicolette van Gestel	PLAATSVERVANGEND KROONLID
Piet van den Reijen	SENIOR BELEIDSMEDEWERKER SER
Pieter-Paul Jansen	NOTULIST
Robert Vonk	SENIOR STAFF MEMBER
Romke van der Veen	KROONLID
Sander Gerritsen	ONDERNEMERSLID
Sascha Heemskerk	WERKNEMERSLID
Sil de Vries	STAGIAIR
Stephan Neijenhuis	MINISTERIEEL VERTEGENWOORDIGER
Steven van Eljck	PLAATSVERVANGEND KROONLID

NAMENS SIZA EN ACADEMY HET DORP

Rob Hoogma	VOORZITTER RVB SIZA - ACADEMY HET DORP
Julianne Meijers	LID RVB SIZA
Brigitte Boon	HOOFD ONDERZOEK ACADEMY HET DORP - SIZA
Diana Rodenburg	PRODUCTSPECIALIST JEUGD EN GEZIN - LVB SIZA
Gijs van den Brink	BEWONER HET DORP - TEAMLID ACADEMY HET DORP
Joost ter Velde	TEAMLEIDER SIZA
Jorrit Ebben	DIRECTEUR ACADEMY HET DORP
Jos Geesken	PROGRAMMALEIDER DOMOTICA SIZA
Jurrian Henseler	BEWONER HET DORP
Linda van den Bedem	INITIATIVE LEAD ACADEMY HET DORP
Ruud de Noolj	INITIATIVE LEAD ACADEMY HET DORP
Tim Kroesbergen	ERVARINGSDESKUNDIGE - STORYTELLER ACADEMY HET DORP

GASTEN BIJ SIZA EN ACADEMY HET DORP

Dennis Moeke	LECTOR HOGESCHOOL ARNHEM NIJMEGEN
Maartje Boschman	SALES MANAGER IQ MESSENGER
Sjors Groeneveld	PRACTOR ZORG & TECHNOLOGIE - ROC RIJNJSSEL
Yvonne Koks	USER RESEARCHER - PHILIPS RESEARCH

AANLEIDING WERKBEZOEK SER / COMMISSIE SOCIALE ZEKERHEID EN GEZONDHEIDSZORG

Achtergrond

Op verzoek van de minister van VWS voert de SER op dit moment een verkenning uit naar de ontwikkeling van de uitgaven voor de zorg op langere termijn. De reden is dat op dit moment wordt voorzien dat de uitgaven voor de zorg jaarlijks harder stijgen dan het nationale inkomen. Het gevolg zou kunnen zijn dat de stijgende uitgaven voor de zorg ertoe leiden dat er minder ruimte is voor andere overheidsuitgaven zoals bijvoorbeeld sociale zekerheid en onderwijs. Daarbij is de vraag of de arbeidsmarkt voor de zorg ook een probleem zou kunnen zijn. De groeiende vraag naar zorg zou betekenen dat we de komende jaren veel extra personeel in de zorg nodig hebben. Vraag is of we daar als samenleving de komende jaren ook in kunnen gaan voorzien. Op dit moment bestaan er al personeelstekorten in de zorg.

Bezoek en discussie

De commissie heeft voor dit traject een aantal onderwerpen gekozen om te onderzoeken. Twee centrale onderwerpen daarin zijn 'ruimte voor de zorgprofessional' en 'technologie & digitale transformatie'.

Over 'ruimte voor de zorgprofessional' is eind maart 2019 een discussiebijeenkomst georganiseerd met zo'n 50 professionals uit de zorg. Dit gaat vooral over de vraag over professionele autonomie en zeggenschap, en over regeldruk en administratieve lasten.

Voor 'technologie & digitale transformatie' is een analyse opgesteld van kennis uit literatuur en onderzoek. Dit gaat vooral over de vraag hoe de inzet van nieuwe technologie en digitalisering de kwaliteit van de zorg kan verbeteren en de stijging van de uitgaven kan dempen. Denk bijvoorbeeld aan personalised medicine, e-health met app's en wearables, en big data.

De SER verzamelt allerlei materiaal uit onderzoeken, publicaties en evaluaties, maar de dagelijkse praktijk



op de werkvloer in de zorg laat nog weleens andere situaties zien. Uit de bijeenkomst met 50 professionals uit de zorg van afgelopen maart kwam bijvoorbeeld naar voren dat beleid of nieuwe technologie nog weleens van boven af wordt bedacht en ingevoerd, zonder dat goed doordacht is wat het betekent voor betrokkenen.

DE SER VOERT OP DIT MOMENT EEN VERKENNING UIT NAAR DE ONTWIKKELING VAN DE UITGAVEN VOOR DE ZORG OP LANGERE TERMIJN.

Concluderend

De commissie is vooral op zoek naar hoe bij Academy Het Dorp (AHD) in een complexe praktijk met verschillende betrokkenen, nieuwe technologie wordt ingevoerd, rekening houdend met wensen en mogelijkheden van bewoners en van zorgprofessionals. Hoe richt AHD deze in de praktijk in, wat gaat goed, waar loopt AHD tegenaan (financiering, regelgeving, personeel?), wat kan AHD aan de SER meegeven aan lessen en wensen?



ONTVANGST EN INLEIDING

Van Siza naar het ontstaan van Academy Het Dorp

Rob Hoogma verwelkomt namens Siza en Academy Het Dorp (AHD) alle aanwezigen van harte bij de mock-up en geeft een toelichting op de belangrijkste ontwikkelingen die Siza doorgemaakt heeft en wat er toe geleid heeft AHD op te richten.

HET DORP WERD SINDS 1962 BEKEND ALS DE MEEST INNOVATIEVE WOONGEMEENSCHAP VOOR MENSEN MET EEN BEPERKING IN NEDERLAND.

Het Dorp (onderdeel van zorgorganisatie Siza) werd in 1962 bekend als de meest innovatieve woongemeenschap voor mensen met een beperking in Nederland. Al decennia werd en wordt op Het Dorp bij de RTD (RevalidatieTechniek het Dorp) gewerkt aan bijvoorbeeld slimme domotica systemen voor mensen met een beperkte handfunctie en de (door)ontwikkeling van eerst mechanische en later elektrische rolstoeloplossingen. In de afgelopen tien jaar heeft Siza zich daarnaast - door de vlucht van de technologische mogelijkheden - nog verder verdiept in technologische innovatie en de validatie daarvan.

'Dit vind ik ervan'

Trots zijn op je vak, dit uitstralen en hier graag iets over vertellen, dat is iets wat bij Siza hoog in het vaandel staat, vertelt Rob Hoogma. Siza heeft als eerste in Nederland de reguliere kwaliteitssystemen afgeschaft, en veel effort gestoken in het ontwikkelen van een nieuw kwaliteitskader 'Dit vind ik ervan'. Het leven, het plezier daarin en het vak en het plezier daarin staan centraal. De dialoog tussen medewerker en cliënt vormt de basis in dit kwaliteitsdenken, waarmee het extern verantwoorden en het verbeteren van zorg samengebracht zijn door de mensen die het betreft. Inmiddels is het niet meer alleen het kwaliteitskader van

Siza, maar een landelijk geaccepteerde manier van werken en verantwoorden voor veel zorgorganisaties.

Samenwerking met de bedrijven heeft ons in staat gesteld de technologie te implementeren. Dat werd helaas niet onmiddellijk omarmd, maar stap voor stap, werd bij groot deel medewerkers zichtbaar, dat technologie het werken leuker kan maken en geen bedreiging hoeft te zijn. Wat nieuw is en door anderen aangedragen kan bedreigend zijn, daarom met zorg en stap voor stap geïmplementeerd.

De werkwijze van implementeren heeft AHD verder ontwikkeld in een programma voor derden.

De transitie naar meer technologie

Julianne Meijers vult het bovengenoemde graag aan, maar start met een boodschap:

"Laten we samen kijken hoe we het werken in de zorg leuk kunnen houden! Anders verliezen we de mensen aan andere sectoren. Het is een prachtig vak wat hier in de gehandicaptenzorg wordt gevoerd, voor heel verschillende mensen. We ondersteunen binnen Siza mensen als Tim en Gijs, maar ook mensen met een ernstig verstandelijke beperking, mensen met meervoudige beperkingen (zowel lichamelijk als verstandelijk) en mensen met licht verstandelijke beperkingen die nog thuis wonen. Die vragen allemaal iets anders van ons."

Vanuit dat kwaliteitsdenken wordt veel waarde gehecht aan nieuwsgierigheid: wie ben jij? Hoe wil je leven? Wat kunnen wij doen om je daarbij te ondersteunen? En bij elke vraag kijken we ook naar wat innovatie en technologie kan betekenen voor mensen met een beperking. Die transitie naar meer technologie om te zorgen dat mensen minder afhankelijk van zorg kunnen zijn, is jaren geleden al ingezet en heeft extra vorm gekregen sinds 2015. Een aantal young professionals - enthousiast, digi-vaardig, technology minded - bezochten elke locatie en verschillende teams, juist om te vertellen over en kennis te maken met technologie en te ondersteunen met het gebruik ervan. Vorig jaar heeft Siza 1,5 miljoen euro beschikbaar gesteld aan teams voor initiatieven voor werkdruk verlaging. Veel van deze initiatieven gingen over technologie, om leven van medewerkers en cliënten te vergemakkelijken en te veraangename.



Een aantal voorbeelden van geïmplementeerde technologie over de afgelopen jaren binnen Siza is:

- beeldcommunicatie, zodat mensen op elk moment face2face contact met hun zorgverleners kunnen hebben.
- personenalarmering voor collega's die met cliënten met complex en/of agressief gedrag te maken hebben, zodat mensen tijdig collega's in kunnen schakelen en handelen.
- Mijn Leven Mijn Ritme, waar verschillende vormen van technologie spelenderwijs overdag worden ingezet als prikkel voor mensen met een verstandelijke beperking tijdens rustige momenten. Met als gevolg dat ze actief blijven, 's avonds moe zijn en 's nachts goed slapen en hun dag/nachtritme hersteld wordt en in stand blijft.

Het kost tijd om uit te vinden wat er werkt per situatie en per persoon. Devices zelf zijn vaak niet het probleem, maar wel de implementatie, de veranderingen die het teweeg brengt in het ritme van het dagelijks handelen van de professionals en de communicatie daaromheen.

De SER geeft aan benieuwd te zijn hoe cliënten / ervaringsdeskundigen hier tegenaan kijken? Welke wensen rondom technologie hebben jullie / zij?

Gijs van den Brink, vertelt: "Vijf jaar geleden heb ik een hersenbloeding gehad, en wat ik vooral wil is zelfstandig zijn. Zelfstandig zijn, werken en leven in het eerste nieuwe gebouw van Het Dorp, ik wil privacy, en bijvoorbeeld zelf ook naar het toilet kunnen, wat ik nu nog niet kan. Je eigen momenten kunnen kiezen. Dat maakt Siza voor mij mogelijk, ook door inzet van technologie."

Academy Het Dorp

Door Academy Het Dorp, opgericht door Siza, wordt een bundeling van 10 jaar ervaring én succes bij ondersteuning van digitale transitie verder uitgebouwd. Al begin 2016 spraken Jorrit Ebben en Rob Hoogma met de toenmalige staatssecretaris van VWS Martin Van Rijn en de DG Langdurende zorg Kees van der Burg over de oprichting van een technologie centrum voor de langdurende zorg. Door de groeiende vraag van andere zorgorganisaties, cliënten, patiënten en naasten

om de digitale transitie van hun zorg te ondersteunen en groeiende vraag van het bedrijfsleven hen te ondersteunen bij de ontwikkeling en samenwerking met zorgprofessionals en ervaringsdeskundigen.

De voorhanden zijnde totale vernieuwing van Het Dorp was het juiste zetje om dit ook echt doen. Stichting Academy Het Dorp bestaat inmiddels twee jaar, heeft een eigen bestuur en Raad van Commissarissen met Pauline Meurs als voorzitter.

De ambitie van zorginstelling Siza en haar spin-out AHD resulteerde in het initiatief van de **eerste Health Deal voor de langdurende zorg**, en daarmee een erkenning voor het door Siza en AHD genomen initiatief – en de ruim 50 partijen die de health deal ook ondertekenden – voor de vernieuwing van de langdurende zorg door de Ministeries van VWS en EZ. AHD kreeg de opdracht voor de uitvoering van de Health Deal.

**"VIJF JAAR GELEDEN HEB IK EEN
HERSENBLOEDING GEHAD, EN WAT IK
VOORAL WIL IS ZELFSTANDIG ZIJN."**

In de afgelopen jaren is veel geïnvesteerd door Siza en AHD om mensen in de zorg, cliënten, naasten en zorgprofessionals te leren in het digitale tijdperk te werken en leven. Naast digitale vaardigheden zijn elementen als implementatie, ethiek van technologie en didactische vaardigheden om technologie aan de gebruiker uit te kunnen leggen van wezenlijk belang. Elementen die al onderdeel zijn van de Smart Health opleiding (HBO), praktijkleerroute en Tech@doptie (MBO). Met als gevolg dat de gebruiker op een toegankelijke en begrijpelijke manier uitgelegd krijgt hoe de technologie in te zetten is, en de waarde ziet voor de eigen situatie



Aandacht voor de overstap van cliënten van de WLZ naar de WMO

Gijs van den Brink, de aanwezige ervaringsdeskundige en bewoner van het Dorp wordt gevraagd hierover te vertellen, als actueel voorbeeld; het vanuit WLZ naar WMO gaan is een complex vraagstuk. Gijs: "Ik wil dolgraag zoveel als mogelijk zelfstandig dichterbij mijn dochter in Haarlem wonen." En hij is daar niet de enige in, daarom is de insteek bij de realisatie van het eerste nieuwe gebouw op Het Dorp de terugkeer naar een eigen woning om weer zelfstandig te wonen.

Eind 2019 wordt dit gebouw op Het Dorp opgeleverd, waar Siza 35 woningen realiseert voor cliënten met NAH (Niet Aangeboren Hersenletsel) en/of ademhalingsondersteuning. Doelstelling: mensen leren met hun beperking én technologie te werken, zodat ze weer meer zelfstandig kunnen zijn. Met als streven dat ze indien mogelijk Het Dorp weer verlaten naar een woning die ze zelf uitgekozen hebben, ondersteund met technologie (en zorg waar nodig) thuis.

In dit nieuwe gebouw op Het Dorp wordt midden tussen de appartementen de fysieke innovatieruimte van AHD gerealiseerd. Een ruimte waar bedrijven – corporates én start-ups –, kennisinstellingen en overheden midden in de zorg, tussen en samen met cliënten en zorgverleners van Het Dorp, Siza en andere zorgorganisaties aan innovatie werken. Nog meer cliënten die betrokken gaan raken bij innovatie en vernieuwing, met als resultaat dat zij beschikking kunnen krijgen over de technologie die voor hen werkt en bij hen past.

Jorrit Ebben: "Een groot deel van de Nederlandse gemeentes weet niet wat er allemaal kan met technologie in de zorg, om juist die technologie bij de mensen thuis te krijgen. Hier wijden we onderzoek aan, om aan te tonen wat werkt en wat niet. Juist hierdoor en hierom is AHD opgericht."

De SER vraagt of de WLZ optie 'volledig pakket thuis' niet voldoet aan de behoefte van de cliënt?

Rob: "Hierin, (in WLZ) wordt door de bank genomen zorg meegenomen, maar niet technologie.". De SER geeft aan dat zij hierover zouden kunnen adviseren.

Jorrit: "Welke financieringsvormen kunnen we organiseren om thuis wonen mogelijk te maken, met gebruik van technologie, dát is wat we nu in samenwerking met partijen zoveel mogelijk helder willen maken. Bij technologie thuis, door de huidige stand medische zorg, neemt het aantal dagen dat een patiënt / cliënt in het ziekenhuis is neemt af, het aantal dagen dat iemand met een chronische ziekte thuis woont neemt juist toe. De kosten van de langdurige zorg (WLZ en WMO gebundeld) zullen een steeds grotere zorgkostenpost vormen dan de zorgverzekeringswet."

Onderzoek

Brigitte Boon licht toe dat, zoals ook benoemd in de Health Deal, het onderzoek dat AHD doet draait om een aantal kernpunten:

- Doet technologie technisch gezien wat het moet doen.
- Kan de cliënt ermee uit de voeten, lukt dit met alle beperkingen, heeft hij/zij er profijt van.
- Lukt het de zorgprofessional om deze technologie in te bedden in het proces.

Het kunnen onderzoeken en meten van kwaliteit van leven en het welbevinden van de cliënt vloeit hier uit en daar gaan we longitudinaal voor meten bij de mensen thuis in de appartementen van het eerste gebouw en de woningen die daarna nog gerealiseerd worden. Naast een onderzoekslijn rondom het slimme thuis (domotica/ smart home), richt onderzoek bij AHD en Siza zich op de ontwikkeling, validatie en implementatie van robotica, sensoring, VR/serious gaming en de data science die daarbij onmisbaar is.

Bij een divers en hoogwaardig innovatie- en onderzoeksprogramma is advies vanuit verschillende disciplines en expertise onontbeerlijk, daarom is de Wetenschappelijk Advies en Ethiek Raad (WAER) opgericht en actief. Deze WAER adviseert rondom de kwaliteit en uitvoering van het onderzoek en de ethische aspecten daarvan en heeft de volgende leden: Prof. Dr. Harry van Goor (voorzitter), Drs. Anne-Miek Vroom, Prof. Dr. Ir. Maarten Steinbuch, Prof. Dr. Ir. Peter Paul Verbeek, Prof. Dr. Ir. Masi Mohammadi,



PROJECTEN CARROUSSEL

Na dit uitgebreide inleidende gesprek is een carroussel gehouden om met een aantal technologische projecten en de mensen die eraan werken kennis te maken. In alle projecten werken AHD en Siza samen met bedrijfsleven en kennisinstellingen.

MOCK-UP

Ruud de Nooij, Jos Geesken, Jurrian Henseler
Maartje Boschman

Siza heeft de innovatie uitdaging om in de nieuwbouw techniek op zo'n manier te realiseren dat er niet allemaal eilandjes gevormd worden en systemen optimaal geïntegreerd samenwerken. Dit gebaseerd op zgn. 24-uurs-cliëntjourneys. Dit voorkomt 'vendor lock in'. Siza heeft voor de structurering van dit proces AHD als procesbegeleider gevraagd.

**KERN VAN HET PROJECT IS DE
INTEGRATIE VAN VERSCHILLENDE
OPLOSSINGEN VAN VERSCHILLENDE
BEDRIJVEN TOT ÉÉN WERKBARE
EN BUIKBARE OPLOSSING VOOR
BEWONER EN ZORGVERLENERS.**

Mock-up Het Dorp: de ontwikkeling van de mock-up (model appartement ten behoeve van het testen van technologie) op Het Dorp faciliteert dat cliënten en zorgverleners continu inspraak kunnen hebben op de ontwikkeling van technologie voor de thuissituatie. In samenspraak met zorgverleners en cliënten zijn persona's en bijbehorende scenario's ontwikkeld, die voor de bedrijven de input vormen voor de oplossingen die de cliënten nodig hebben. Door het te combineren met onderzoek, wordt getoetst of de oplossingen in lijn zijn met de input die de toekomstig bewoners en zorgverleners bij de start voor ogen hadden.

Kern van het project is de integratie van verschillende oplossingen van verschillende bedrijven tot één werkbaar en



bruikbare oplossing voor bewoner en zorgverleners. Daarbij kan gedacht worden aan bedrijven die toegangsopties, camera's, connectiviteit, medische zorgalarmering, huis- en rolstoelbediening en datamanagement oplossingen leveren. IQ Messenger is het bedrijf dat een groot deel van deze complexe integratie voor haar rekening neemt, zodat die werkbaar ook ontstaat. Een project wat veel overleg vergt om bedrijven, kennisinstellingen, bewoners en zorgverleners elkaar te laten begrijpen en goed te laten samenwerken. Dat overleg, de vorming en het bijbehorende testen en onderzoek begeleiden Siza en Academy Het Dorp.

VALDETECTIE

Ruud de Nooij, Yvonne Koks

Yvonne Koks, Philips vertelt over het project Valdetectie, een samenwerking tussen Philips, Siza en AHD. In Nederland zorgen valincidenten voor 100.000 bezoeken aan de spoedeisende hulp en 830 miljoen aan medische kosten. Valincidenten hebben een grote impact, ze kunnen leiden tot ernstig en blijvend letsel. In Nederland wordt redelijk wat valdetectie apparatuur – ook voor om de pols – verkocht en ingezet, echter hebben die een (te) hoog vals negatief (echte vallen worden gemist) en vals positief (struikelen of snel gaan zitten wordt gedetecteerd als val). Dat heeft weer tot gevolg dat mensen minder geneigd zijn deze behulpzame vorm van technologie in te zetten. Philips, Siza en AHD hebben de handen ineen geslagen om dit probleem op te lossen.



Samen ontwikkelen zij een algoritme (in app) geschikt voor smartwatches om vallen beter te detecteren, voor een beter inzicht in valgedrag en op termijn minder letsel.

De SER vraagt naar het doel van de samenwerking, wat levert deze partijen op en wil je op termijn niet alleen voorspellen, maar ook corrigeren?

PHILIPS, SIZA EN AHD HEBBEN DE HANDEN INEEN GESLAGEN. SAMEN ONTWIKKELEN ZIJ EEN ALGORITME (IN APP) GESCHIKT VOOR SMARTWATCHES OM VALLLEN BETER TE DETECTEREN, VOOR EEN BETER INZICHT IN VALGEDRAG EN OP TERMIJN MINDER LETSEL.

Deze samenwerking levert Siza inzicht in wanneer cliënten vallen, en mogelijkheden tot het achterhalen van de oorzaak. Belangrijk oogmerk voor Philips is vooral het genereren van valdata om algoritmes te kunnen verbeteren. Juist door voorspellende data kun je uiteraard ook leren wanneer mensen vallen, door onderzoek kun je mogelijk op termijn ook corrigeren.

De SER stelt vragen over het uitwisselen van data, hoe het bedrijfsleven maar ook Siza/AHD daar naar kijken en hoe zich dat verhoudt tot de AVG.

Jorrit Ebben licht dit toe. Juist door alle data van de verschillende sensoren (en producenten) te verzamelen en te combineren kunnen we steeds meer doen. Doelstelling daarbij is dat de data als een soort "whisper in your ear" voor de bewoner en/of zorgverlener fungeert, zodat ze ondersteuning krijgen bij de beslissingen die ze moeten nemen, Siza maakt hier met al haar cliënten vooraf afspraken over, en heeft in die zin dan weinig "last" van de AVG. Met bedrijven afspraken maken over de data die van hun technologie en sensoren af komen, is lastiger. Dat is eerder een probleem dan de AVG zelf.

TECH@DOPTIE

Sjors Groeneveld

Sjors Groeneveld, practor Zorg & Technologie aan het ROC RijnIJssel vertelt over het samenwerkingsverband tussen zorg- en welzijnsinstellingen, onderwijs en overheid uit de regio Arnhem-Nijmegen. Binnen het practoraat is een spel ontwikkeld om op een toegankelijke manier met zorg- en welzijnsmedewerkers het gesprek aan te gaan over technologie in de zorg. Sjors Groeneveld: "We zien dat op veel verschillende plekken in zorg en welzijn nieuwe technologie haar intrede doet. Vaak worden deze technologieën met de beste bedoelingen aangeschaft, maar voor de medewerkers die dagelijks met de technologie werken is het gebruik hiervan niet altijd vanzelfsprekend. Door dit spel te spelen doen we onderzoek naar de vragen die zorg- en welzijnsmedewerkers zelf hebben rondom dit thema."

BINNEN HET PRACTORAAT IS EEN SPEL ONTWIKKELD OM OP EEN TOEGANKELIJKE MANIER MET ZORG- EN WELZIJSMEDEWERKERS HET GESPREK AAN TE GAAN OVER TECHNOLOGIE IN DE ZORG.

De SER is benieuwd naar de belangrijkste bevindingen tot nu toe, en of er verschillen te zien zijn tussen de groepen.

Sjors Groeneveld licht toe dat elke keer als het spel gespeeld wordt een beter beeld van de leervraag ontstaat, soms kennis en instructie, maar vaker aan uitproberen en experimenteren. En vult aan dat de geleerde lessen ook gebruikt worden om het onderwijs in de regio voor toekomstig zorg- en welzijnsmedewerkers én technologie studenten te verbeteren, zodat ook zij klaar zijn voor een toekomst waarin technologie in zorg en welzijn vanzelfsprekend is."



Het spel wordt gespeeld in verschillende omgevingen, maar we zien geen duidelijke verschillen. Het gaat vooral om een onderzoekende houding, nieuwsgierigheid en een organisatie cultuur die faciliterend is. Ruimte om vragen te stellen, waarin je mag falen.

De SER: over opleiding, wat zou je nu in die opleidingen voor artsen/verpleegkundigen bijvoorbeeld anders doen?

Jorrit licht toe dat AHD en Siza elk jaar tweedejaars geneeskunde studenten van het RadboudUMC kennis laten maken met zorg, technologie en natuurlijk de cliënten waar het om gaat. Ook is in samenwerking met HAN de Smart Health opleiding, een Associate Degree (2-jarig HBO) ontwikkeld, met als doel dat zorgverleners beter geëquipeerd raken om technologie in hun dagelijkse werk en zorg toe te passen. Vanaf september 2019 beschikbaar als opleiding aan de HAN, inclusief een erkend diploma.

PROEFTUIN ROBOTICA

Linda van den Bedem, Diana Rodenburg

Ontwikkeling Robotica proeftuin

Bedrijven willen graag samenwerken met zorgorganisaties, maar weten niet altijd hoe. Siza/AHD hebben een proeftuin robotica ontwikkeld, waar bedrijven hierin ondersteuning krijgen. Daarin valt te denken ontwikkeling business case,

marktonderzoek, ontwikkeling en uitvoering van testtrajecten bij zorgorganisaties. Voor deze proeftuin is een EFRO subsidie gehonoreerd en werkt een consortium van kennisinstellingen (HAN, Hogeschool Zuyd, Roessingh) en bedrijven Tinybots (Tessa), Mijnrobots.nl (Pepper), Gable Systems (Looprobot) onder leiding van Siza / AHD aan de uitwerking.

Linda en Diana lichten toe hoe het implementatie onderzoek met Tinybot Tessa zal lopen. Tessa de Tinybot is een kleine sociale robot in de vorm van een bloempot die mensen kan helpen bij het aanbrengen en volgen van hun dagstructuur. Tessa is ontwikkeld voor mensen met

**SIZA/AHD HEBBEN EEN PROEFTUIN
ROBOTICA ONTWIKKELD, WAAR
BEDRIJVEN ONDERSTEUNING
KRIJGEN IN DE SAMENWERKING MET
ZORGORGANISATIES.**

dementie, maar wordt ook ingezet voor mensen met NAH (Niet Aangeboren Hersenletsel) of autisme. Bijvoorbeeld bij autisme nemen we aan dat het beter werkt voor de cliënt omdat de robot zo consequent is, met dezelfde manieren en werkwijzen, altijd op precies dezelfde manier.

Implementatie onderzoek Tessa de Tinybot

Siza heeft in eerste instantie Tessa getest samen met twee cliënten met NAH. In 2019 vindt een implementatieonderzoek op grotere schaal plaats met 13 Tinybots. Gekeken wordt naar de effectiviteit bij cliënten en zorgverleners. Het implementatie onderzoek, draait om twee zaken; 1) verbetert het daadwerkelijk het leven van de cliënt en 2) hoe kan de zorgprofessionals het accepteren en in zijn/haar werkproces invlechten.

Robotica proeftuin ondersteunt op deze wijze zowel de bedrijven bij hun business case als de zorgorganisaties, zorgverleners en cliënten bij hun implementatie proces.



TONOS

Dennis Moeke, Joost ter Velde

TONOS-care is een startup binnen AHD, die werkt aan een tool waarmee zorgprofessionals makkelijk en in enkele minuten goede, cliënt-gestuurde werkroosters kunnen maken. We hebben het dan over cliëntgerichte capaciteitsplanning op basis van een wiskundig model. Het algoritme onder de motorkap van de TONOS-care tool lost die problemen op en houdt zelfs rekening met niet-planbare (maar toch voor 80% voorspelbare) zorg. Het algoritme is ontwikkeld door de Vrije Universiteit Amsterdam en wordt nu verder verfijnd met de Hogeschool Arnhem-Nijmegen en een viertal zorgorganisaties, uiteraard in samenwerking met gebruikers (roosteraars, managers en zorgprofessionals).

Joost ter Velde en Dennis Moeke vertellen aanvullend: "De uitgangspunten van de ontwikkelde applicatie zijn sowieso de gebruikersvriendelijkheid, dat het rooster ervoor zorgt dat wachttijden worden geminimaliseerd, meer verspreid worden over de dag. De medewerker kan handmatig tweakken, maar ziet direct wat het effect zal zijn van roosterwijziging op de desbetreffende dag."



De SER vraagt of de inhoud van de shift ook meegenomen kan worden in de applicatie.

Dennis licht toe dat er eerst inzicht in shifts nodig is, daarna kunnen taken worden toegewezen per shift.

De task scheduling (loop routes, what to do etc.) is per instelling verschillend. Dus e.e.a. zal hiermee zeker in de toekomst voor sommige organisaties worden uitgebreid.

De SER: als je het hebt over werkdruk, waarop is dit inzicht gestoeld?

Dennis: "Er zijn taken geformuleerd in de shift, welk percentage in de shift ben je bezig met directe cliënttijd. Dit percentage bepaalt de hoogte van de omschreven werkdruk. Ook dit wordt uiteraard samen met gebruikers bepaald."



AANVULLENDE NOOT DOOR SIZA / ACADEMY HET DORP

Door de uitloop die is ontstaan tijdens de projecten carroussel, was de tijd voor de gezamenlijke afsluitende discussie tot een minimum beperkt. Samenvattend is een aantal onderwerpen dat tijdens het werkbezoek besproken is, waar Siza en Academy Het Dorp graag nog een vervolgesprek met de commissie over zouden willen hebben:

Transitie in zorgorganisaties

Veel zorgorganisaties zijn (nog) niet klaar voor de acceptatie en toepassing van technologie. Het werk moet leuk blijven, zodat er voldoende mensen willen en blijven werken in de langdurende zorg. Het is zaak dat zij ook voldoende geëquipeerd zijn om technologie op de juiste manier toe te passen. Daartoe lopen diverse regionale initiatieven – zoals de besproken opleidingen en de inzet van diverse zorgorganisaties – en start deze zomer de Innovatie Impuls binnen het programma Volwaardig Leven van VWS, onder uitvoering van Academy Het Dorp en Vilans, gezamenlijk. Doelstelling van de Innovatie Impuls is allereerst ondersteuning van digitalisering en implementatie van technologische innovaties bij 30 zorgorganisaties in de gehandicaptenzorg. Onderzoek naar effectieve implementatiestrategieën, de toegevoegde waarde van de technologie en passende financieringsmodellen maakt daar deel van uit. Ook wordt gekeken waar wet- en regelgeving mogelijk belemmerend zijn. Organisaties en mensen moeten in staat gesteld worden ruimte te kunnen creëren en nemen, transitie is een blijvend iets wat breder is dan (bijvoorbeeld) de 30 zorgorganisaties die deelnemen aan de innovatie impuls.

Kwaliteit van beschikbare technologie

- Veel beschikbare technologie is (nog) van onvoldoende kwaliteit. Dit leidt tot teleurstellingen bij gebruikers en mogelijk onjuiste toepassing. In 2020 wordt Europese regelgeving van kracht - de Medical Device Regulation - die zich verhoudt tot de Wet op de medische hulpmiddelen (1970). Er is structureel meer geld nodig voor hoogwaardig (toegepast) onderzoek naar en testen van technologie en

innovatie in de gehandicaptenzorg. Dat maakt mogelijk dat de toegevoegde waarde voor cliënt, zorgverlener en maatschappij aangetoond kan worden.

Financiering van technologie in langdurende zorg

- De langdurende zorg omvat financiering uit zowel WMO, WLZ en ZVW, zeker als mensen "thuis" willen wonen. Binnen de ruimte van de huidige regelgeving is meer mogelijk om technologie in de thuissituatie toe te passen dan men denkt, het is echter complex. Het zou goed zijn als het inzichtelijker werd voor alle betrokkenen, waaronder overstap van de WLZ naar de WMO.

De rol van een stabiele omgeving

- Niet elke innovatie is afhankelijk van technologie. Bijvoorbeeld in het sociaal domein zijn een dak boven het hoofd hebben, een stabiele financiële situatie en werk belangrijke factoren voor mensen met een beperking om een lager beroep op zorg te doen. Siza heeft hiervoor met de gemeente Arnhem en enkele andere organisaties de Cooperatie Activerend Werk opgericht, die zeer succesvol mensen aan een werk-, leer- of vrijwilligersplek helpt. Er zijn meerdere vergelijkbare initiatieven in Nederland te vinden.

AFSLUITING

Aan het einde van de bijeenkomst dankte de SER iedereen voor de informatieve middag, waar veel actuele thema's kort zijn aangestipt. De SER wil graag met AHD en Siza, in kleinere groepen, deze onderwerpen aanscherpen.

Ook AHD en Siza bedanken iedereen voor de inbreng en aanwezigheid en gaan graag op het aanbod van de SER in om op andere momenten te sparren over onze bevindingen en wensen.

De middag wordt afgesloten met een wederzijdse kleine attentie. Alle SER-leden ontvangen een koektrommel van Siza's eigen Bakkerij van Eigen Deeg op Het Dorp, een sociale bakkerij waar mensen met afstand tot de arbeidsmarkt een ambacht leren, collega's hebben en vriendschappen sluiten.



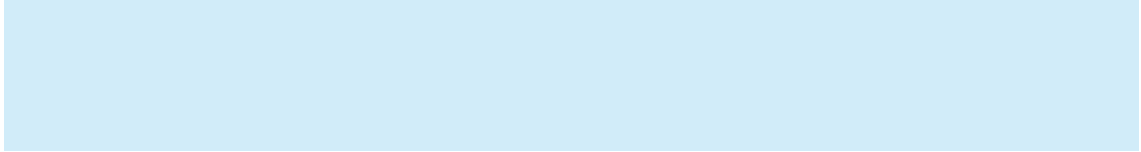
SER VOORZITTER, MARIËTTE
HAMER: WE HEBBEN VEEL THEMA'S
BEHANDELD. WE HOPEN GRAAG
MET EEN AANTAL VAN JULLIE
DEZE ONDERWERPEN IN KLEINERE
GROEPEN TE KUNNEN AANSCHERPEN.

AANVULLENDE VRAGEN?

Jorrit.ebben@academyhetdorp.nl

www.siza.nl

www.academyhetdorp.nl



Samenstelling Commissie Sociale Zekerheid en Gezondheidszorg

Leden

Plaatsvervangende leden

Onafhankelijke leden

prof. dr. R.J. (Romke) van der Veen (voorzitter)

drs. M.I (Mariëtte) Hamer

prof. dr. L.J. (Louise) Gunning-Schepers

dr. S.R.A. (Steven) van Eijck

prof. dr. N.M. (Nicolette) van Gestel

prof. dr. M. (Maarten) Lindeboom

Ondernemersleden

drs. G. (Guusje) Dolsma (VNO-NCW/
MKB-Nederland)

A. (Anthony) Stigter (VNO-NCW/MKB-Nederland)

S. (Sander) Gerritsen (VNO-NCW/MKB-Nederland)

J.J.M. (Hans) Helgers (VNO-NCW/MKB-Nederland)

P.H. (Petra) van Holst-Wormser (VNO-NCW/
MKB-Nederland)

ir. H.J.H. (Hans) Koehorst (LTO Nederland)

Werknemersleden

W.J. (Willem Jelle) Berg (CNV) (tot 1 januari 2020)

A. (Anneke) Westerlaken MSc (CNV)
(vanaf 1 januari 2020)

C. (Carolien) de Heer

drs. C.G. (Kitty) Jong (FNV)

mr. R. (Rian) van Nispen (FNV)

S.F. (Sacha) Heemskerk LLM (VCP)

dr. H.F. (Henk) van der Velden

K. (Kitty) Poppelaars

A.C. (Amerik) Klapwijk MSc

Ministeriële vertegenwoordigers

drs. S. (Stef) Beek (VWS)

mr. drs. P. (Pieter) Boone (VWS)

mr. drs. D.S. (Dirk Simon) Buytendorp (FIN)

M. (Midas) Dutij (VWS)

drs. C.C. (Céline) van Essen (SZW)

drs. M.M.A. (Monique) van der Ligt (BZK)

T. (Thomas) Kooiman MSc (EZ)

Adviserende leden

dr. A. (Arthur) van Riel (WRR)

dr. G.D.A. (Gijsbert) Werner (WRR)

Secretariaat

drs. P.J. (Piet) van den Reijen

dr. R.A.A. (Robert) Vonk (vanaf mei 2019)

drs. H.C. (Hans) Ossebaard (vanaf juni 2019)

Publicatieoverzicht

Algemeen

Publicaties van de SER verschijnen digitaal. Alle publicaties zijn te downloaden op onze website www.ser.nl. Sommige publicaties zijn in boekvorm te bestellen via communicatie@ser.nl. Van de adviezen verschijnt eveneens een Engelstalige samenvatting. Deze is te vinden op de webpagina van het desbetreffende advies en de Engelstalige website van de SER.

Adviezen

Advies Bevorderen van deelname medewerkers aan or

2020, 46 pp., publicatienummer 20/03

Verkenning Zorg voor de toekomst - Over de toekomstbestendigheid van de zorg

2020, 238 pp., publicatienummer 20/02

Verkenning Volatiliteit Nederlandse economie nader bezien

2020, 142 pp., publicatienummer 20/01

Advies Grenswaarde voor dieselmotorenemissie (DME)

2019, n.n.b., publicatienummer 19/17

Advies Inventarisatie leven lang ontwikkelen in sociale zekerheid

2019, 54 pp., publicatienummer 19/16

Advies Strategische agenda hoger onderwijs

2019, 28 pp., publicatienummer 19/15

Advies Obstakels deelname ondernemingsraden - Termijnen en andere belemmeringen

2019, 40 pp., publicatienummer 19/14

Advies Kansen pakken en risico's beheersen - Over de samenhang tussen de SDG's en IMVO

2019, 144 pp., publicatienummer 19/13

Advies Diversiteit in de top - Tijd voor versnelling

Deel I - Samenvatting & Visie raad op gender en culturele diversiteit

Deel II - Analyse

2019, 100 pp. (deel I) en 190 pp. (deel II), publicatienummer 19/12

Verkenning Hoge verwachtingen - Kansen en belemmeringen voor jongeren in 2019

2019, 192 pp., publicatienummer 19/11

Verkenning Overleg met en consultatie van sociale partners in de publieke sector

2019, 30 pp., publicatienummer 19/10

Advies Verkorting termijnen actief en passief kiesrecht leden ondernemingsraad.

2019, 22 pp., publicatienummer 19/09

Advies Grenswaarde voor o-Toluidine
2019, 18 pp., publicatienummer 19/08

Advies Grenswaarde voor vinylchloridemonomeer (VCM)
2019, 18 pp., publicatienummer 19/07

Advies Nationale klimaataanpak voor regionale industriële koplopers
2019, 40 pp., publicatienummer 19/06

Advies Naar een nieuw pensioenstelsel
2019, 48 pp., publicatienummer 19/05

Verkenning Integratie door werk. Meer kansen op werk voor nieuwkomers
2019, 82 pp., publicatienummer 19/04

Advies Prioriteiten voor een fair Europa - Samen sterker in een onzekere wereld
2019, 162 pp., publicatienummer 19/03

Advies Samen werken aan taal - Een advies over laaggeletterdheid
2019, 94 pp., publicatienummer 19/02

Advies Grenswaarde voor Hydrazine
2019, 18 pp., publicatienummer 19/01

Advies Grenswaarde schimmel alfa-amylase
2018, 16 pp., publicatienummer 18/08

Advies Grenswaarde voor Tarwemeelstof
2018, 18 pp., publicatienummer 18/07

Advies Grenswaarde voor 4,4'-methyleendianiline (MDA)
2018, 16 pp., publicatienummer 18/06

Signalering Vluchtelingen en Werk - Een nieuwe tussenbalans
2018, 98 pp., publicatienummer 18/05

Verkenning Financiële instrumenten voor een circulaire economie
2018, 136 pp., publicatienummer 18/04

Energietransitie en werkgelegenheid - Kansen voor een duurzame toekomst
2018, 96 pp., publicatienummer 18/03

Verkenning De vele kanten van banen combineren
2018, 90 pp., publicatienummer 18/02

Advies optimalisering verlof na geboorte kind
2018, 22 pp., publicatienummer 18/01

Advies Toekomstgericht beroepsonderwijs - Deel 2 Voorstellen voor een sterk en innovatief beroepsonderwijs
2017, 130 pp., publicatienummer 17/09

Consumentengeschillen moeten sneller en eenvoudiger opgelost kunnen worden
2017, 26 pp., ISBN 978-94-6134-102-0, publicatienummer 17/08

Passie Gewaardeerd - Versterking van de arbeidsmarkt in de culturele en creatieve sector
2017, 114 pp., ISBN 978-94-6134-100-6, publicatienummer 17/07

Rapporten

Verbreding en versterking financiering MKB

2014, 80 pp., ISBN 978-94-6134-067-2

Energieakkoord voor duurzame groei

2013, 146 pp., ISBN 978-94-6134-057-3

Nederlandse economie in stabiel vaarwater: een marco-economische verkenning

2013, 64 pp., ISBN 978-94-6134-052-8

Engelstalige publicaties

TTIP - Transatlantic Trade and Investment Partnership

2016, 196 pp., ISBN 978-94-6134-081-8, orderno. 16/04E

The power of consultation: The Dutch consultative economy explained

General brochure, 2010, 34 pp., ISBN 978-94-6134-011-5

Europe 2020: The New Lisbon Strategy

Abstract, 2009, 40 pp., ISBN 90-6587-991-9, orderno. 2009/04E

Social and Economic Council's Statement on International Corporate Social Responsibility

Statement, 2008, 91 pp., ISBN 90-6587-983-8

On sustainable globalisation: A world to be won

Abridged version, 2008, 132 pp., ISBN 90-6587-979-X, orderno. 2008/06E

Overige publicaties

IMVO Convenant Pensioen - internationaal verantwoord beleggen Pensioenfondsen

2018, 72 pp., verkrijgbaar via IMVO website: www.imvoconvenanten.nl/

IMVO Convenant Verzekeringen - internationaal verantwoord beleggen in de verzekeringssector

2018, 64 pp., verkrijgbaar via IMVO website: www.imvoconvenanten.nl/

IMVO Convenant Voedingsmiddelen

2018, 72 pp., verkrijgbaar via IMVO website: www.imvoconvenanten.nl/

IMVO Convenant Goud - Werken aan een verantwoorde goudketen

2017, 66 pp., verkrijgbaar via IMVO website: www.imvoconvenanten.nl/

Convenant Duurzame Kleding en Textiel

2016, 100 pp., verkrijgbaar via IMVO website: www.imvoconvenanten.nl/

Leidraad personeelsvertegenwoordiging - met toelichting en bijlagen

2010, 104 pp., ISBN 90-6587-998-6

Voorbeeldreglement Ondernemingsraden - met toelichting en bijlagen

2010, 264 pp., ISBN 90-6587-997-8

Colofon

Uitgave

Sociaal-Economische Raad
Bezuidenhoutseweg 60
Postbus 90405
2509 LK Den Haag

T 070 3499 525

E communicatie@ser.nl

www.ser.nl

Tekst

Commissie Sociale Zekerheid en Gezondheidszorg

Fotografie

Guus Pauka/HH

Vormgeving en opmaak

2D3D, Den Haag (basisontwerp);
SER, afdeling Communicatie, Grafische vormgeving

© 2020, Sociaal-Economische Raad

Alle rechten voorbehouden

Overname van teksten is toegestaan onder bronvermelding.

SOCIAAL-ECONOMISCHE RAAD

Bezuidenhoutseweg 60

Postbus 90405

2509 LK Den Haag

T 070 3499 525

E communicatie@ser.nl

www.ser.nl

© 2020, Sociaal-Economische Raad