



# Compilatierapport

Toekomstige ontwikkelingen  
in het zorgveld  
Q3 & Q4 2020

Januari 2021

# Compilatierapport

## Een schets van de toekomstige (in)richting van de zorg

### Wat biedt dit compilatierapport?

Diverse beleidsbepalende instanties hebben het afgelopen halfjaar hun visie over de toekomstige (in)richting van de zorg verankerd in rapporten.

De belangrijkste standpunten in deze rapporten, alsmede de bijbehorende adviezen aan diverse spelers in het zorgveld en reacties op deze adviezen, zijn in dit compilatierapport samengevat.

Tenslotte is in dit compilatierapport een samenvatting gemaakt van de (concept)verkiezingsprogramma's. De verkiezingsprogramma's zijn voor een belangrijk deel gevoed door de eerder omschreven standpunten en adviezen.

### Wat is het doel van dit compilatierapport?

Dit rapport geeft de lezer een beeld van de toekomstige (in)richting van de zorg. Met behulp van deze inzichten kan men vroegtijdig inspelen op veranderingen in het zorgveld, door aanvulling en/of aanscherping van de strategie van de organisatie en/of het aanbod.

*Hoofdstuk 1* bestaat uit een korte inleiding waarin de 5 pijlers worden beschreven waarop ons zorgstelsel is gebaseerd.

In *hoofdstuk 2 t/m 5* zijn vervolgens de belangrijkste standpunten uit de diverse rapporten, alsmede de bijbehorende adviezen aan diverse spelers in het zorgveld en reacties op deze adviezen samengevat. In ieder hoofdstuk staat één van de 4 thema's centraal (organisatie van zorg, bekostiging van zorg, menskracht of preventie). Elk hoofdstuk kent vervolgens diverse subthema's. Als lezer kan je ervoor kiezen om slechts enkele hoofdstukken en/of subthema's te lezen. Het is daarbij niet noodzakelijk om de volgorde van dit compilatierapport aan te houden. Dankzij de diverse links is het mogelijk om eenvoudig door het document heen te 'klikken'.

In *hoofdstuk 6* zijn de verkiezingsprogramma's samengevat, waarbij dezelfde verdeling in thema's en subthema's is aangehouden als in hoofdstuk 2 t/m 5.

Tenslotte zijn in *hoofdstuk 7* de conclusies t.a.v. de impact van de diverse beleidsopties op onze leden en de organisaties waarin zij werken beschreven.

Voor een totaaloverzicht adviseren wij om (naast de door de lezer gekozen subthema's uit de hoofdstukken 2 t/m 5), in ieder geval hoofdstuk 6 en 7 te lezen.



# Samenvatting

## Knelpunten in het huidig zorgstelsel & algemene beleidsopties ter verbetering

### Knelpunten in het huidige zorgstelsel

Het zorgstelsel is gebaseerd op 5 pijlers, te weten: solidariteit, vertrouwen, kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Het vinden van de juiste balans tussen de laatste 3 pijlers (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid) noemt men ook wel het zorgtrilemma.

De Nederlandse gezondheidszorg scoort in internationaal perspectief op de meeste pijlers goed. Toch staan we voor grote uitdagingen binnen ons zorgtrilemma. De fors stijgende zorgvraag gaat ons meer dan ooit confronteren met een schaarheid aan middelen. Deze ontwikkeling is niet houdbaar, noch budgettair noch qua beroep op de arbeidsmarkt. Het vraagt om een andere aanpak ten aanzien van de organisatie van zorg, kostenbeheersing, menskracht en preventie

### Algemene beleidsopties ter verbetering

Het is niet aannemelijk dat de knelpunten worden aangepakt middels een structurele stelselwijziging. Sterker nog, de traditionele tegenstelling in het debat tussen een volledig door de overheid gestuurd versus een volledig marktgericht stelsel lijkt een vruchtbaar debat in de weg te staan. Beleidsopties dienen in het licht geplaatst te worden van de continue zoektocht naar de juiste balans in het zorgtrilemma.

Veel van de voorgestelde beleidsopties zijn binnen het huidige stelsel door te voeren. Daarin lijkt een generieke aanpak per definitie kansloos, door verschillen per zorgsector en regio. Maatwerk en nieuw en onconventioneel denken is gevraagd.

In dit rapport zijn de belangrijkste beleidsopties ondergebracht in vier hoofdthema's, namelijk organisatie van zorg, kostenbeheersing, menskracht en preventie. Tezamen laten zij een duidelijke beweging zien die richting gaat geven aan het toekomstige zorgbeleid:

- Van ziekte naar gezondheid en zelfregie;
- Van stijgende kosten naar duurzame betaalbaarheid;
- Van eerste, tweede en derde lijn naar integrale zorg in zorgnetwerken;
- Van offline naar blended cure & care;
- Van arbeidstekorten naar een aantrekkelijke werkomgeving.



# Samenvatting

## Concrete beleidsopties ter verbetering van de Organisatie van zorg

Zowel in de diverse rapporten van beleidsbepalende instanties, als de (concept)verkiezingsprogramma's zien we beleidsopties terugkomen die de organisatie van zorg raken:

- **Marktwerking:** We zien zowel voorstanders van gehele afschaffing van marktwerking in de zorg, als voorstanders van behoud van marktwerking. Er wordt minimaal gezocht naar een nieuwe balans tussen concurrentie en samenwerking. Een generieke aanpak voor alle vormen van zorg, lijkt daarin niet werkzaam.
- **Rol zorgverzekeraars:** Ook hier zien we beleidsopties die uiterste van elkaar zijn: van het volledig opheffen van zorgverzekeraars en de terugkeer naar publieke ziekenfondsen tot het verstevigen van de rol van de huidige private zorgverzekeraars. Zolang zorgverzekeraars blijven bestaan, is het beleid gericht op meer gelijkgerichtheid en samenwerking tussen zorgverzekeraars (vb. door de dominante zorgverzekeraar in een regio meer leidend te laten zijn). Daarnaast moeten zorgverzekeraars middels bekostigingsvormen en meerjarencontracten meer kunnen sturen op de beoogde transformatie: meer samenwerking tussen zorgaanbieders in de regio en meer preventie en digitalisering.
- **Rol gemeenten:** Om de verschillen tussen gemeenten te verkleinen, wordt gedacht aan de invoering van één gemeentelijk basispakket en/of meer samenwerking tussen gemeenten bij de inkoop van zorg.
- **Digitale transformatie:** Om de digitale transformatie te versnellen kunnen o.a. nieuwe vormen van bekostiging van digitale zorg worden ingevoerd, met een actievere rol van het Zorginstituut om best practices sneller de norm te laten worden.
- **Ziekenhuiszorg:** Binnen de ziekenhuiszorg wordt een groter onderscheid gemaakt tussen hoog complexe en laag complexe zorg. De hoog complexe (en acute) zorg wordt meer geconcentreerd. De laag complexe zorg dient dichtbij de patiënt georganiseerd te worden. Daarnaast wordt naar verwachting de bekostiging aangepast, zodat productieprikkelers verdwijnen en samenwerking over schotten heen wordt gestimuleerd.
- **Ouderenzorg:** Een vergaande beleidsoptie is het onderbrengen van alle medische en verpleegkundige zorg voor ouderen in één wet (Zvw). Daarnaast wordt geïnvesteerd in meer passende woonvormen en technologie (vb. gericht op valpreventie), zodat ouderen langer thuis kunnen blijven wonen.
- **Jeugdzorg:** Ook bij de jeugdzorg zal een groter onderscheid gemaakt worden tussen specialistische en lichte jeugdzorg. Daarnaast kan de inkoop van jeugdzorg plaatsvinden via regionale organen in plaats van via afzonderlijke gemeenten. Tenslotte dienen er meer passende tarieven te komen voor met name de specialistische GGZ om de financiële situatie van jeugdzorgaanbieders te verbeteren.
- **GGZ:** De belangrijkste wijziging is het instellen van een andere bekostigingssystematiek, waarin de verschillende vormen van bekostiging van de basis GGZ en de specialistische GGZ wordt opgeheven. Verder worden de betaalprestaties straks gekoppeld aan "een dag" en niet meer aan een traject, hetgeen de liquiditeit van instellingen ten goede komt. Door meer eenvoud in de bekostiging worden administratieve lasten sterk teruggebracht en het leveren van specialistische GGZ financieel aantrekkelijker gemaakt.



# Samenvatting

## Concrete beleidsopties t.a.v. de Bekostiging van zorg

Zowel in de diverse rapporten van beleidsbepalende instanties, als de (concept)verkiezingsprogramma's zien we beleidsopties terugkomen die de bekostiging van zorg raken:

- **Pakketbeheer:** Vrijwel alle instanties en politieke partijen pleiten voor een stringenter pakketbeheer, door zorgverzekeraars alleen nog bewezen effectieve zorg in te laten kopen. Daarbij past een stevigere positie van het Zorginstituut Nederland (ZiN) in het toetsten, sturen op en handhaven van gepast gebruik van zorg in het basispakket.
- **Bijdrage burgers:** Het kostenbewustzijn bij burgers kan vergroot worden door een slimmere inzet van het eigen risico (denk aan een eigen bijdrage per behandeling en/of het verhogen van het eigen risico). Daarnaast zijn er politieke partijen die pleiten voor gehele afschaffing van het eigen risico.
- **Vergoeding van zorg:** Diverse instanties werken toe naar nieuwe bekostigingsvormen waarbij preventie meer lonend wordt en zorg slimmer en daarmee doelmatiger georganiseerd wordt (samenwerking over domeinen heen en meer gebruik van digitale mogelijkheden). Daarnaast wil men de huidige productieprikkels elimineren, en een verschillende vergoeding per zorgsoort toepassen (vb. planbare en chronische zorg op basis van zorgvraag en acute zorg op basis van beschikbaarheid).
- **Beheersing kosten geneesmiddelen:** Minder grote afhankelijkheid van enkele monopolisten, door bijvoorbeeld bij de inkoop van geneesmiddelen de krachten in Europa te bundelen, grotere eigen voorraden aan te houden en/of zelf essentiële geneesmiddelen te produceren. En volumestijgingen te beperken door sturing op gepast gebruik.
- **Winstuitkering:** Diverse politieke partijen zijn voor een gehele afschaffing van winstuitkering in de zorg. Ook zien we versies waarbij dit enkel van toepassing is op zorgverzekeraars en/of bepaalde zorgaanbieders. Er zal in ieder geval strenger gekeken worden naar winstuitkering door (en exorbitante winsten bij) zorgaanbieders.



# Samenvatting

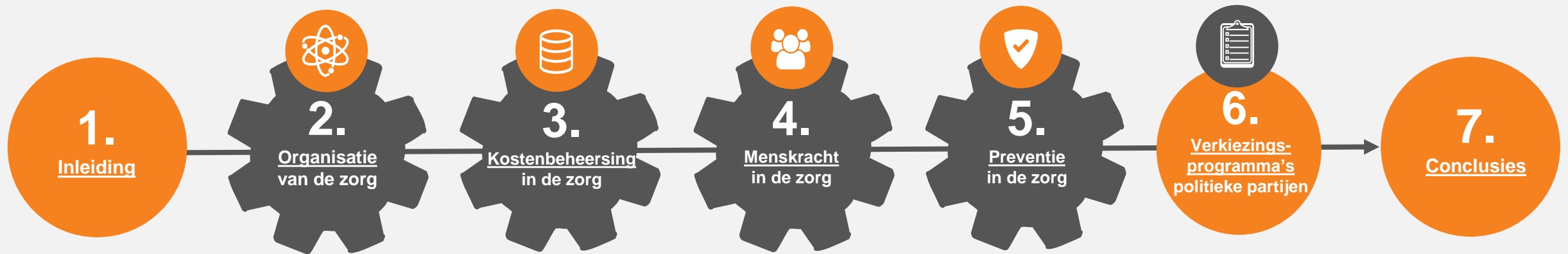
## Concrete beleidsopties t.a.v. Menskracht in de zorg en Preventie

Zowel in de diverse rapporten van beleidsbepalende instanties, als de (concept)verkiezingsprogramma's zien we beleidsopties terugkomen die de thema's menskracht en preventie raken:

- **Menskracht tekorten:** Diverse beleidsopties tezamen zijn benodigd om deze menskracht tekorten in de zorg te verhelpen:
  - Verbeteren van de werkomstandigheden, door:
    - Concrete cao-afspraken over budget en tijd voor *opleidings- en scholingsmogelijkheden* en meer doorgroeimogelijkheden.
    - Verhoging van het *salaris* van verpleegkundigen en verzorgenden.
    - *Zeggenschap* van zorgverleners in alle lagen van de organisatie te verankeren. Denk aan (meer) verpleegkundigen in management en besturen.
  - 'Meer uren' contracten financieel aantrekkelijker te maken, door aanpassing van fiscale regelingen zoals toeslagen en inkomensafhankelijke bijdragen/belastingen, betere financiële voorlichting (wat levert meer werken op?) en ondersteunend HR beleid.
  - Praktische belemmeringen voor werkgevers (zoals BTW heffing en mededingingskwesaties) die willen samenwerken en/of medewerkers willen 'uitlenen', weg te nemen.
- **Regeldruk:** Voorzetting van het programma ontregel de zorg.
- **Werkvorm medisch specialisten:** Vijf van de zeven grootste politieke partijen (VVD en PVV laten zich hier niet over uit) zijn vóór de beleids optie van alle medisch specialisten in loondienst.
- **Inzet van preventie:** Preventie kan op diverse niveaus versterkt worden:
  - Voor *zorgverzekeraars* kunnen meerjaren zorgpolissen, mogelijk gemaakt worden. Dit biedt zorgverzekeraars sterkere prikkels om te investeren de gezondheid van verzekerden, omdat de kans dat de baten neerslaan bij een concurrent kleiner worden.
  - Verankeren wettelijke taak preventie bij *gemeenten* (taken en verantwoordelijkheden worden expliciet opgenomen in de wet publieke gezondheid).
  - Daarnaast kunnen prijsmaatregelen en regulering worden toegepast op ongezonde producten (vb. accijnsverhoging alcohol, accijns op ongezonde voeding, suikertaks etc.).
- **Bekostiging van preventie:** Invoeren van een passende bekostiging voor preventie gebaseerd op populaties en als vast onderdeel van de gehele zorgketen.



# Inhoudsopgave



# 1. Inleiding

## Belangrijkste pijlers van het huidig zorgstelsel

- Op welke 5 pijlers is ons zorgstelsel gebaseerd?
- Wat is de huidige status van de pijlers solidariteit, vertrouwen en kwaliteit?
- Wat is de huidige status van de pijlers toegankelijkheid en betaalbaarheid?
- Wat is het zorgtrilemma?
- Welke factoren beïnvloeden de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg?

## Opzet compilatierapport

- Wat is de opzet van dit compilatierapport?





## Belangrijkste pijlers van het huidige zorgstelsel

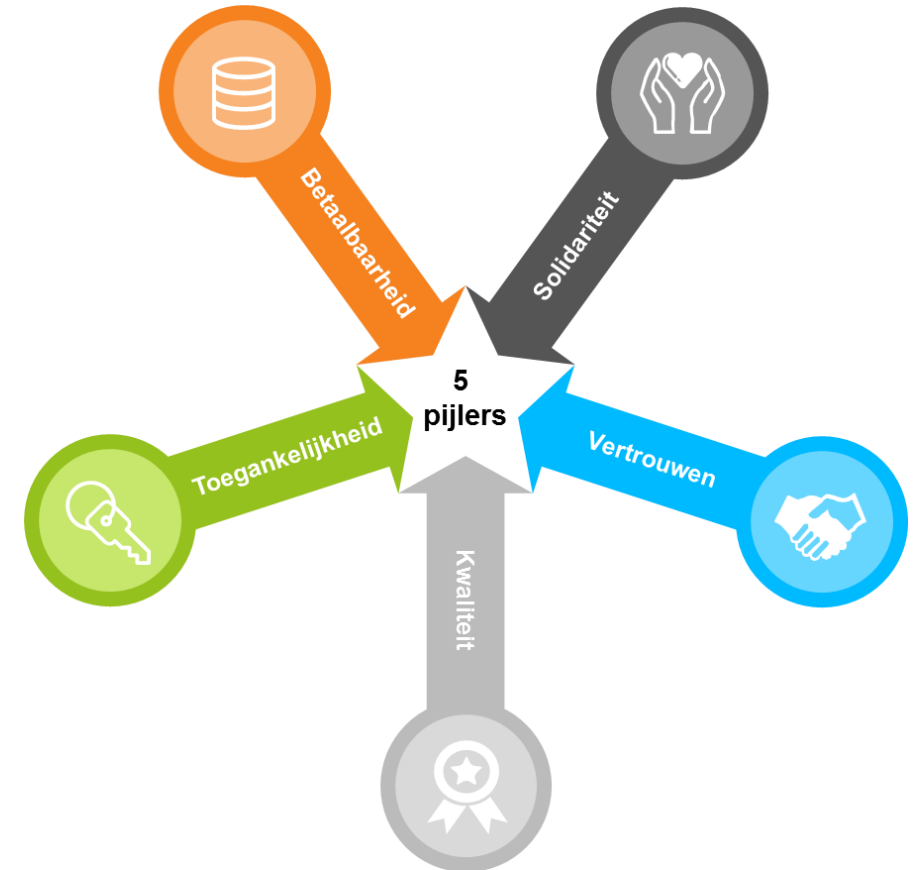
### Op welke 5 pijlers is ons zorgstelsel gebaseerd?

Volgend jaar bestaat het huidige zorgstelsel 15 jaar. Het huidige zorgstelsel is gebaseerd op de volgende 5 pijlers:

1. Solidariteit
2. Vertrouwen
3. Kwaliteit van zorg
4. Toegankelijkheid
5. Betaalbaarheid

De eerste twee pijlers fungeren meer als basisprincipes, en voor de andere 3 pijlers dient continu gezocht te worden naar de juiste balans.

Hierna volgt een korte toelichting op de huidige status van de 5 pijlers.



## Belangrijkste pijlers van het huidig zorgstelsel

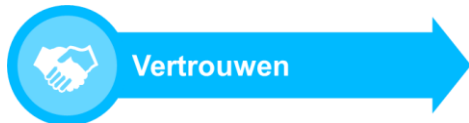
### Wat is de huidige status van de pijlers solidariteit, vertrouwen en kwaliteit?



#### Solidariteit

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).

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. Ook is men in mindere mate solidair met mensen waarvan men vindt dat ze door het eigen gedrag ziek zijn geworden (roken, alcohol, overgewicht). (Bron: SCP)



#### Vertrouwen

**Onderzoek van Nivel laat zien dat het vertrouwen in zorgverleners in Nederland groot is.** Uit de cijfers van 2020 blijkt dat het vertrouwen in veel van de onderzochte beroepsgroepen en instellingen groter is dan in 2018. Zo is er meer vertrouwen in ziekenhuizen en verpleeghuizen. Het vertrouwen in zorgverzekeraars ligt echter een stuk lager.

*Bronnen:*  
SER advies, Zorg van de toekomst, 2020.  
SCP, Burgerperspectieven, 2019.  
Nivel, Barometer Vertrouwen in de Gezondheidszorg.



#### Kwaliteit

**In internationale vergelijkingen scoort Nederland goed op veel gangbare kwaliteitsindicatoren.** De “vermijdbare sterfte” is in Nederland tussen 2000 en 2013 met ongeveer 30% gedaald. Daarmee ligt het aantal vermijdbare sterfte in Nederland (in 2015) onder het Europees gemiddelde. Ook de levensverwachting is in Nederland hoger dan het Europees gemiddelde.

	EU	NL	UK	DK	FR	DE	BE	SWE
<i>Vermijdbare sterfte per 100.000 inwoners 2015.</i>	127	91	117	98	78	116	94	97
<i>Levensverwachting 2018</i>	80,0	81,8	81,3	81,2	82,6	81,1	81,6	82,5

Bron: CPB

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. Over de ervaren kwaliteit van zorg ontbreekt het nog aan landelijk dekkende gegevens.



## Belangrijkste pijlers van het huidig zorgstelsel

### Wat is de huidige status van de pijlers toegankelijkheid en betaalbaarheid?



De toegankelijkheid van zorg gaat over de financiële toegankelijkheid én de beschikbaarheid van zorg.

**De Nederlandse gezondheidszorg scoort op vrijwel al deze vlakken goed:**

- Verzekeringen voor curatieve en langdurige zorg bieden in internationaal opzicht een uitgebreide dekking en zijn toegankelijk voor vrijwel iedereen.
- 12,2%** van de totale zorguitgaven wordt door mensen uit eigen middelen betaald (via eigen risico, eigen bijdrages en zelf gefinancierde zorg). Dit is ruim onder het EU-gemiddelde.
- Zorgvoorzieningen zijn in geografisch opzicht relatief dichtbij, of – in het geval van de acute zorg – snel aanwezig.
- We zijn één van de best presterende landen waar het gaat om wachttijden bij niet spoedeisende hulp en eerstelijnszorg. Bij de GGZ en de langdurige zorg zijn er langere wachttijden.

Tegelijkertijd is het huidige stelsel versnipperd over domeinen, disciplines en wetten. Hierdoor wordt het juiste loket niet altijd gevonden en/of de zorgbehoefte niet (volledig) vervuld (zie tabel hieronder).

	EU	NL	UK	DK	FR	DE	BE	SWE
% gemelde onvervulde zorgbehoefte 2016	2,5	0,2	1	1,1	1,3	0,3	2,4	1,6



**De uitgaven aan curatieve zorg in Nederland, zijn binnen de OESO\* gemiddeld.** Na een periode van sterke groei is de uitgavengroei in de curatieve zorg in de afgelopen acht jaar geremd. Concurrentie en afgesloten hoofdlijnenakkoorden vormen mogelijke verklaringen (bron: ESB).

\*) De Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) is een samenwerkingsverband van 37 landen om sociaal en economisch beleid te bespreken, te bestuderen en te coördineren.

	NL	UK	DK	FR	DE	BE	SWE
Uitgaven curatieve zorg als % BBP 2018	5,2	5,5	5,6	6,1	5,6	5,2	5,7

Bron: CPB

**De uitgaven aan langdurige zorg en ondersteuning zijn in Nederland daarentegen zeer hoog.** Dit komt onder meer doordat de zorg en ondersteuning voor mensen met een langdurige zorgbehoefte in Nederland in vergelijking met andere landen in grote mate is geformaliseerd (BMH).

Bronnen:

SER advies, Zorg van de toekomst, 2020.

ESB, Zorgverzekeringswet helpt om zorguitgaven in de toom te houden, 10 september 2020.

## Belangrijkste pijlers van het huidig zorgstelsel

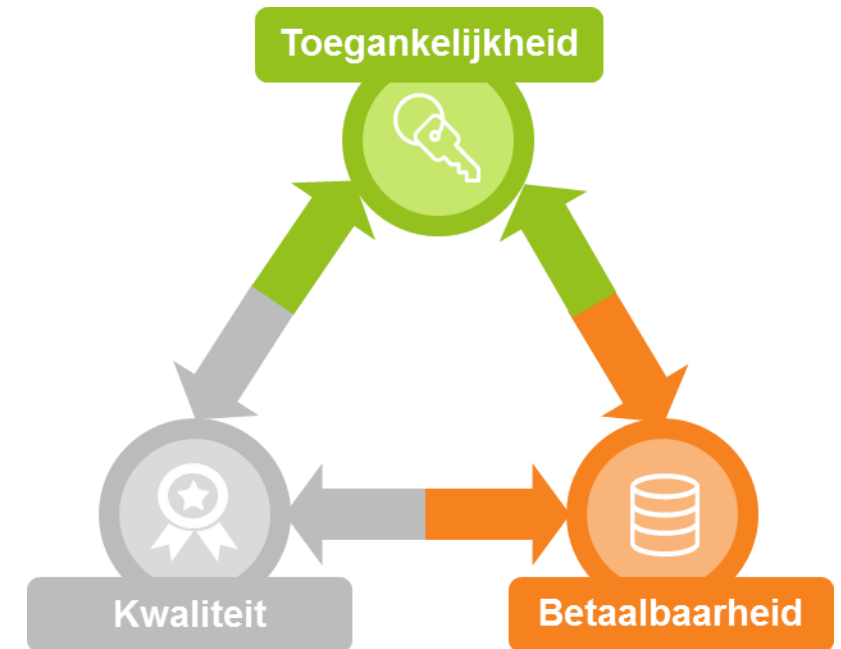
### Wat is het zorgtrilemma?

Elk zorgstelsel, kenmerkt zich in de kern in de samenhang tussen 3 van de 5 pijlers, te weten: betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit. Het zogeheten 'zorgtrilemma'.

Geen land in de wereld ontkomt aan de afweging tussen deze drie dimensies. Een eenzijdige focus op één van de drie dimensies leidt op termijn tot knelpunten in de zorg. De perfecte balans tussen deze drie dimensies bestaat niet. Het is sterk afhankelijk van politieke en maatschappelijke voorkeuren.

*“Er is geen stelsel in de wereld dat de magische oplossing heeft. Niemand heeft nog de juiste balans gevonden tussen kwaliteit, toegankelijkheid en kosten. Aan welke knoppen je ook draait, je levert altijd in op een onderdeel”.*

Marcel Canoy, zorgeconoom in Zorgvisie (10 september 2020)



## Belangrijkste pijlers van het huidig zorgstelsel

### Welke knelpunten zijn zichtbaar binnen het zorgtrilemma?

Ondanks de goede prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg zijn er ook knelpunten zichtbaar binnen het zorgtrilemma.

#### Knelpunten t.a.v. toegankelijkheid & kwaliteit

- Door dubbele vergrijzing daalt het aantal werkenden ten opzichte van het aantal mensen dat zorg nodig heeft, terwijl dezelfde vergrijzing tot meer zorgvraag leidt.
- Er is een groeiend tekort aan zorgprofessionals, met als resultaat een hoge werkdruk en hoog ziekteverzuim.
- en regeldruk, waardoor zij onvoldoende tijd aan de patiënt kunnen besteden.
- Er is sprake van wachtlijsten en daarmee tevens druk op de kwaliteit van zorg.
- Zorgprofessionals hebben te maken met hoge administratieve lasten, voelen zich niet altijd gewaardeerd en ervaren onvoldoende autonomie in hun werk.

#### Knelpunten t.a.v. betaalbaarheid

Op lange termijn verdubbelen de uitgaven voor de zorg. De zorguitgaven stijgen meer dan de overheidsinkomsten.

Ontwikkelingen	Nu	2040
Aantal werkenden per AOW-gerechtigde	3,7	2,6
Aantal werkenden in de zorg op totaal aantal werkenden	1 op 7	1 op 4
Zorguitgaven per volwassene	5.600 euro	9.600 euro

Bronnen: CBS, RIVM, VWS.

*“...door de prikkels gericht op doelmatige en gepaste zorg hebben we groei van de curatieve zorgkosten de laatste jaren kunnen afremmen, terwijl de toegankelijkheid en kwaliteit onverminderd hoog blijven.”*

**ZN** in Blijvend verzekerd van goede zorg (24 september 2020)

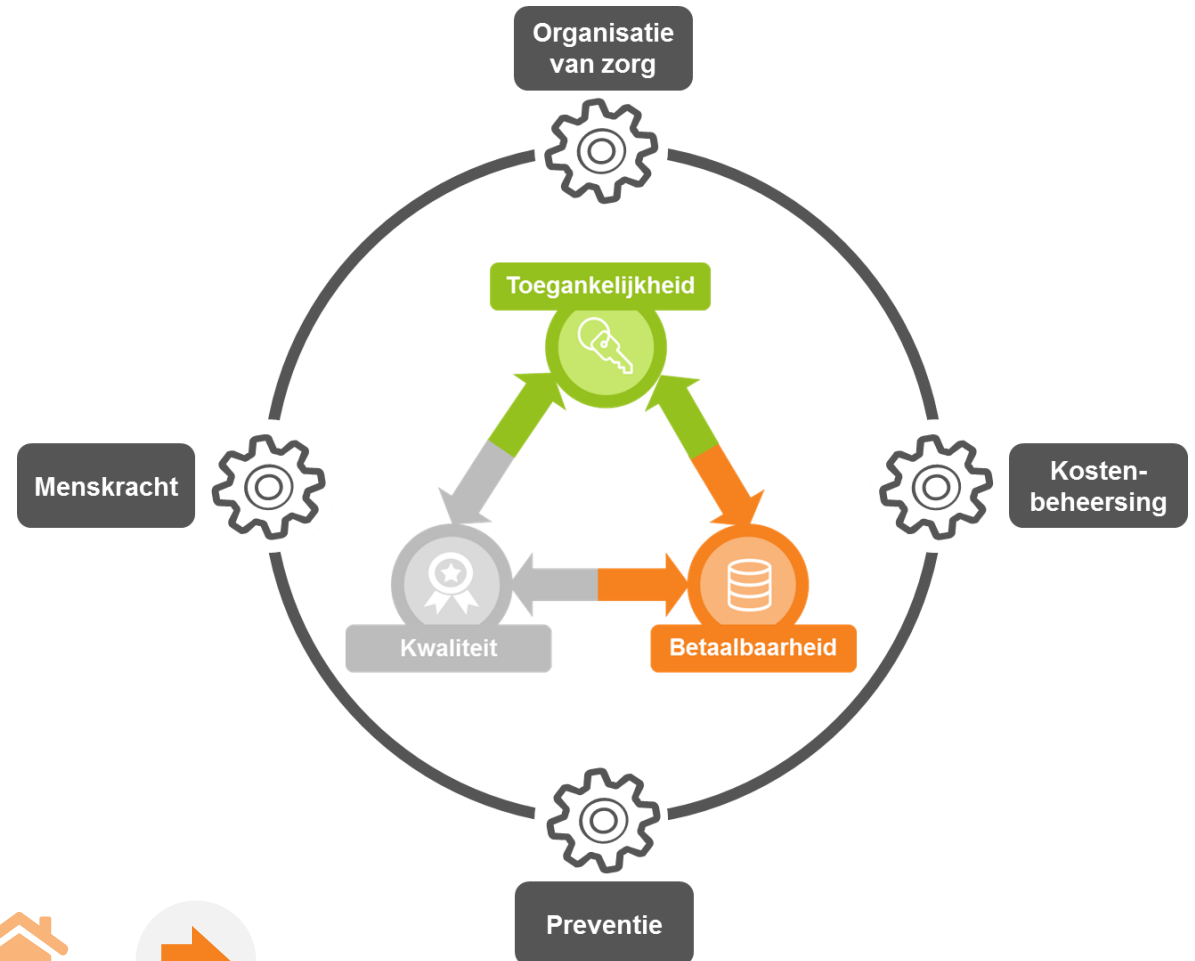


## Belangrijkste pijlers van het huidig zorgstelsel

### Welke factoren beïnvloeden de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg?

Om invloed uit te oefenen op de drie dimensies in het zorgtrilemma, kan gedraaid worden aan diverse knoppen, waaronder:

- **Organisatie van zorg** – hoe de zorg georganiseerd is heeft direct invloed op de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg.
- **Kostenbeheersing** – kostenbeheersingsmaatregelen hebben direct een positief effect op de betaalbaarheid van zorg. Tegelijk kan dit ook de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg indirect beïnvloeden.
- **Preventie** – preventieve maatregelen kunnen ervoor zorgen dat de druk op de zorg kleiner wordt, wat ten gunste komt aan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Daarnaast kan dit ook de kwaliteit ten goede komen doordat de zorg enkel wordt geboden daar waar het nodig is.
- **Menskracht** – door genoeg van de juiste mensen op de juiste plaats in de zorg te hebben, wordt de toegankelijkheid direct beïnvloedt (geen onnodige wachtlijsten meer). Bovendien kan dit de kwaliteit van zorg beïnvloeden doordat er tijdig de juiste zorg kan worden geleverd. Meer personeel kan de zorg daarentegen ook duurder maken, indien niet tevens wordt gekeken naar één van de andere beïnvloedingsfactoren.



## Opzet van dit compilatierapport

### Wat is de opzet van dit compilatierapport?

Om de toegankelijkheid, betaalbaarheid om kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg te verbeteren, kan zoals vermeld onder meer gedraaid worden aan de volgende 4 knoppen:

- Organisatie van zorg
- Kostenbeheersing
- Menskracht
- Preventie

We zien dat de afgelopen periode diverse beleidsdocumenten gebaseerd zijn op deze 4 'draaiknoppen'. In deze beleidsdocumenten worden de knelpunten t.a.v. deze 4 factoren besproken, alsmede adviezen voor verbetering.

In de hoofdstukken 2 t/m 5 wordt per factor stilgestaan bij de huidige stand van zaken, de ervaren knelpunten en adviezen voor verbetering. Vervolgens wordt in hoofdstuk 6 gekeken in welke mate de politiek in haar verkiezingsprogramma's deze adviezen heeft meegenomen. In hoofdstuk 7 zijn tenslotte de belangrijkste conclusies opgenomen.





## 2.

### Organisatie van de zorg

#### Marktwerving

- Wat is gereguleerde marktwerving?
- Vormt marktwerving een belemmering voor samenwerking?
- Wat zijn alternatieven voor marktwerving?

#### Rol zorgverzekeraars

- Hoe functioneren de zorgverzekeraars?

#### Rol gemeenten

- Hoe functioneren gemeenten?

#### Digitale transformatie / innovatie

- Hoe staat het met de digitale transformatie?
- Welke beleidsopties kunnen de digitale transformatie versnellen?

#### Ziekenhuiszorg

- Wat heeft de ziekenhuiszorg geleerd door de coronacrisis?
- Hoe kan de acute zorg anders worden ingericht?
- Welke rol spelen productieprikkelers in de ziekenhuiszorg?
- Wat zijn de effecten van alle medisch specialisten in loondienst?

#### Ouderenzorg

- Hoe functioneert de ouderen zorg?
- Welke beleidsopties kunnen de complexiteit in de ouderen zorg verkleinen?
- Hoe functioneert de verpleeghuiszorg?

#### Jeugdzorg

- Hoe functioneert de jeugdzorg?
- Welke beleidsopties kunnen de knelpunten in de jeugdzorg verhelpen?

#### GGZ

- Hoe functioneert de GGZ?
- Welke beleidsopties kunnen de knelpunten in de GGZ verhelpen?





## Marktwerving

### Wat is gereguleerde marktwerving?

Het huidige zorgstelsel in Nederland, gaat uit van ‘gereguleerde marktwerving’.

**Er is sprake van marktwerving wanneer prijzen voor goederen of diensten tot stand komen als gevolg vraag en aanbod.** In een markt met marktwerving is er bovendien ruimte voor nieuwe toetreders en wordt er geconcurrereerd op prijs en/of kwaliteit en/of innovatie. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn binnen dit systeem private partijen, die onderling concurreren.

**Deze marktwerving is vervolgens gereguleerd doordat de overheid regels t.a.v. de diverse spelers in dit speelveld, heeft vastgelegd in wet- en regelgeving.** Denk bijvoorbeeld aan:

- de wettelijke verplichting van burgers om een zorgverzekering af te sluiten; en
- de wettelijke verplichting van zorgverzekeraars om iedereen te accepteren voor het basispakket, ongeacht geslacht, leeftijd of gezondheid (de zogenaamde ‘acceptatieplicht’).

Daarnaast zijn regels vastgelegd t.a.v. de betaalsystemen, prestaties en de tarieven. En uiteraard zijn instanties aangewezen die gedegen toezicht dienen te houden op de naleving van deze regels. Oftewel: ons zorgstelsel kent geen pure marktwerving maar is op tal van punten sterk gereguleerd.

*“Het stelsel van gereguleerde marktwerving leidt tot een zeer doelmatige en efficiënte inrichting van de ziekenhuiszorg.*

Marco Varkevisser, hoogleraar marktordening in de gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam (zorgvisie 4 november 2020)

#### Invloed van de overheid

In de kern gaat het in de discussie rondom meer of minder marktwerving eigenlijk om hoe groot je de rol en invloed van de overheid wil laten zijn.

- Indien sprake is van *pure marktwerving* is de rol van de overheid nihil; private partijen kunnen zich volledig vrij bewegen in een markt.
- Bij *gereguleerde marktwerving* is de rol van de overheid groter: de overheid stelt de kaders waarbinnen private partijen zich mogen bewegen binnen een markt.
- Tenslotte is het ook denkbaar dat meer afstand genomen wordt van marktwerving, bijvoorbeeld door bepaalde rollen / taken die nu bij private partijen liggen (zoals zorginkoop) worden overgenomen door de overheid.

**“De zorg is gebaat bij een tandje minder overheid. De veronderstelling is dat de overheid het beter zal doen dan de private sector, terwijl keer op keer is gebleken dat de overheid helemaal niet is toegerust om zelf de uitvoering van goede zorg ter hand te nemen.... Het is juist dankzij private partijen dat de zorg tot grote bloei is gekomen. Laten we niet steeds vervallen in simpele zwart- wit redeneringen zoals ‘minder markt, meer overheid’. De Nederlandse gezondheidszorg bestaat uit vele private partijen met een publieke opdracht. Ook vele bedrijven (denk bijvoorbeeld aan Philips) dragen bij aan deze vitale sector. De zorg is én publiek én privaat én privé. Ik noem ook privé omdat heel veel zorg door familie en vrienden wordt geleverd.”**

Pauline Meurs, hoogleraar bestuur van de gezondheidszorg in FD (21 januari 2021)



## Marktwerving

# Vormt marktwerving een belemmering voor samenwerking?

De samenwerking tussen zorgaanbieders onderling en met zorgverzekeraars was ongekend intensief op het hoogtepunt van de eerste coronagolf. Vrijwel iedereen wil die samenwerking vasthouden. Kan dat in het huidige zorgstelsel of moet er een nieuw stelsel komen met meer ruimte voor samenwerking en minder concurrentie? Diverse partijen stellen dat samenwerking prima mogelijk is binnen het huidige stelsel (zie quotes).

Zoals al eerder vermeldt komt de werkgroep 'Brede Maatschappelijke herwaardering' tot de conclusie dat het ideaaltypische zorgstelsel niet bestaat. De werkgroep beschrijft twee beleidsvarianten:

- A. "Versterken gereguleerde concurrentie":** Deze variant heeft als vertrekpunt dat zorginkopers via de inkoop sterk sturen op doelmatige en innovatieve zorgverlening. De overheid treedt op als marktmeester die kaders stelt, ervoor zorgt dat prikkels voor zorginkopers goed staan en waarborgt dat zorginkopers over voldoende instrumenten beschikken om doelmatig in te kopen en uitvoering te geven aan hun zorgplicht.
- B. "Versterken gereguleerde samenwerking":** Deze variant heeft als vertrekpunt dat de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg kan worden verbeterd door meer samenwerking tussen inkopers, aanbieders en lokale, regionale en nationale overheden. De overheid treedt hierbij op als regisseur en zal regulerend optreden om de samenhang en de doelmatigheid van de zorg te versterken.

***"De knelpunten rond samenwerking zijn prima op te lossen binnen het huidige stelsel van marktwerving."***

*"De gebrekkige samenwerking in ons huidige stelsel heeft vooral te maken met verkeerde financiële prikkels in het zorgstelsel."*

*"Een gebrek aan concurrentie kan leiden tot onnodig hoge prijzen, onvoldoende aandacht voor kwaliteit, gebrekkige service en patiëntbejegening. Voor innovatieve toetreders werpt het loslaten van marktwerving onnodige belemmeringen op voor toetreding."*

Marco Varkevisser, hoogleraar marktordering in de gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam (Zorgvisie, 4 november 2020)

***"Er is sprake van een valse tegenstelling tussen concurrentie en samenwerking. Alsof er in het huidige stelsel alleen maar concurrentie mogelijk is. Qua samenwerking is er juist heel veel mogelijk. Alleen wordt die ruimte niet ten volle benut, uit angst voor de ACM. Die angst is niet terecht."***

Marcel Canoy, zorgeconoom (Zorgvisie, 10 september 2020)

***"Rivaliteit is nodig voor samenwerking. De kracht en dynamiek van het zorgstelsel zit in de inkooprol van zorgverzekeraars. Door gezonde rivaliteit tussen zorgaanbieders kunnen zorgverzekeraars in meerjarencontracten zorgaanbieders stimuleren tot samenwerking en innovatie."***

Ab Klink, bestuurslid VGZ en voormalig minister VWS (Zorgvisie, 16 september 2020)



## Marktwerving

### Wat zijn alternatieven voor marktwerving?

Het CPB heeft een doorrekening gemaakt van de effecten, doorlooptijd en kosten van de wijziging naar een publiekrechtelijk zorgstelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders in de curatieve zorg.

#### Publiek stelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders

Bij een publiekrechtelijk stelsel neemt de rijksoverheid de centrale regie voor het stelsel over. De uitvoering van de Zorgverzekeringswet wordt weggehaald bij de zorgverzekeraars. Vervolgens wordt in een nieuwe wet geregeld dat regionale instituten de zorg in de regio gaan regelen.

#### Effecten

De regionale instituten moeten worden op- en ingericht en zorgaanbieders komen in loondienst. Mogelijk dient een compensatie uitgekeerd te worden aan de private partijen wiens private onderneming ontnomen worden (geldt zowel voor de zorgverzekeraars als vrijevestigde zorgverleners).

Overige effecten:

- Er ontstaan regionale verschillen in zorgaanbod;
- Er ontstaat een risico op monopolistisch gedrag van bestaande zorgaanbieders;
- De keuzevrijheid van de verzekerde wordt beperkt; zij zijn voor het zorgaanbod afhankelijk van de inkoop van het regionale instituut;
- Het bevordert substitutie door het wegvallen van financieringsschotten;
- Meer maatwerk mogelijk door betere samenwerking;
- Eenvoudigere sturing op gezondheidsuitkomsten.

#### Doorlooptijd

De implementatie van de maatregel/stelselwijziging duurt acht jaar!

#### Kosten

Voor deze stelselwijziging worden de volgende kosten gemaakt:

- jaarlijkse transitiekosten van € 750 mln. gedurende acht jaar (totaal = € 6 miljard).
- Compensatie voor het zorgverzekeraars en vrijevestigde zorgverleners (ook gauw een paar miljard).

*“Meer of minder marktwerving: that’s the question. Politieke partijen kunnen via hun programma’s de balans naar zich toetrekken. Een ding lijkt wel duidelijk. Wil je minder markt, reguleer dan de markt. Dat is beter dan het hele kind met het badwater weggooien.”*

Guus Schrijvers, zorgeconoom en Martien Bouwmans, adviseur zorg & welzijn, in Zorgvisie (3 augustus 2020)

*“Wees voorzichtig met grote stelselwijzigingen in de zorg. Ik heb mijn bedenkingen over de meerwaarde daarvan. Vrijwel alle zorgbestuurders die ik spreek zeggen: Doe het ons nu niet aan!”*

Pieter Hasekamp, directeur Centraal Planbureau (CPB).



## Zorgverzekeraars

# Hoe functioneren de zorgverzekeraars?

### Waarborgen doelmatigheid van zorg

Een van de uitgangspunten van het huidige stelsel is, dat verzekeraars door goed inkoopbeleid de kwaliteit en doelmatigheid van zorg kunnen waarborgen. Volgens de werkgroep BMH leert de praktijk inmiddels dat zij daar niet volledig in slagen, door diverse redenen:

- Daar waar sprake is van regionale schaarste van zorgaanbod, hebben bepaalde zorgaanbieders een sterkere onderhandelingspositie dan de verzekeraar. Wegens zijn wettelijke zorgplicht heeft de zorgverzekeraar dan weinig andere opties dan contracteren.
- Het wettelijke “hinderpaalcriterium”, dat verzekeraars verplicht tot het vergoeden van een groot gedeelte van ongecontracteerde zorg, beperkt de mogelijkheden tot selectieve zorginkoop.
- Verzekeraars hebben een informatieachterstand ten opzichte van aanbieders.
- Coördinatieproblemen tussen zorgverzekeraars onderling staan doelmatigheid in de weg.
- Bij het uitgangspunt van gereguleerde marktwerking past in algemene zin ook dat ondoelmatige aanbieders geen bestaansrecht hebben. Drempels voor ordelijke marktuitreding verhinderen dit echter.

*“Zorgverzekeraars moeten er alert op zijn om meer gelijkgericht te werken. Daar schort het echt nog aan.”*

Ab Klink, voormalig bestuursvoorzitter VGZ in Zorgvisie (16 september 2020)

*“Zorgverzekeraars maken nog te weinig gebruik van de mogelijkheden om afspraken te maken over uitkomsten van de zorg en innovatie. Het is wenselijk dat zorgverzekeraars meer inkopen bij een ziekenhuis dat meer passende zorg levert. Zorgverzekeraars kunnen hier ook invulling aan geven door het afspreken van meerjarencontracten of zorgbundels met zorgaanbieders. Meerjarenafspraken geven zorgaanbieders de ruimte om zich geleidelijk aan te passen aan de nieuwe situatie en bijhorende kosten. Daarvoor moet de zorgverzekeraar dan ook de juiste financiële prikkels ervaren vanuit de risicoverevening”*

Marian Kaljouw, bestuursvoorzitter NZa in Stimuleren van passende zorg en digitale zorg (16 juli 2020)

*“Samenwerking blijkt lastig in regio's waar zorgverzekeraars even groot zijn en andere ideeën hebben over de inrichting van de zorg.”*

Marcel Canoy, zorgeconoom (Zorgvisie, 10 september 2020)

*“Er is voor een zorgverzekeraar weinig aanleiding om te investeren in de lange termijn. In plaats van de regie te nemen en te sturen op verbetering, beperken de zorgverzekeraars zich vaak tot de rol van budget-bewakende boekhouders... Dat sluit niet aan op het doel om in zorgketens en zorgnetwerken tot goede langdurige afspraken te komen, die leiden tot betere en goedkopere zorg.”*  
*“Het zou interessant zijn om de preferente verzekeraar weer meer regie en invloed te geven. Het draagt bij aan consistent regionaal beleid als zij de afspraken maken en de kleinere verzekeraars volgen.”*

Bart Noort, hoogleraar in Zorgvisie (13 september 2020).



## Gemeenten

# Hoe functioneren gemeenten?

### Zorg gedecentraliseerd naar gemeenten

Vijf jaar geleden werd de verantwoordelijkheid voor de Wmo en de Jeugdwet bij gemeenten neergelegd. Hierdoor zou het beter mogelijk zijn om vroegtijdige (lichte) hulp te bieden, zodat voorkomen kan worden dat zwaardere en duurdere hulp nodig is. Ook zouden gemeenten beter in staat zijn om integraal te werken op de drie terreinen van het sociaal domein. Bovendien was de gedachte dat gemeenten dicht bij de burger staan, waardoor zij meer maatwerk kunnen leveren.

**Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) komt echter tot de conclusie dat de resultaten van deze decentralisatie, achterblijven bij de verwachtingen:**

1. Een aantal kwetsbare groepen krijgen te weinig prioriteit: Lichte hulpvragen krijgen voorrang omdat deze goedkoper zijn op te lossen. De hulp aan specifieke kwetsbare groepen lukt niet goed (denk aan lange wachttijden voor jongeren met complexe problemen).
2. Niet alle hulpbehoevenden zijn in beeld: Er is op dit moment onvoldoende zicht op mensen die wel problemen hebben, maar niet aankloppen bij de gemeente of hulpverlenende instanties. De verwachting dat gemeenten problemen eerder kunnen signaleren dan het Rijk, omdat ze dicht bij hun burgers staan, blijkt in de praktijk weerbarstig.
3. Verwachtingen van zelfredzaamheid en de zorgzame samenleving blijken niet realistisch: Juist mensen die hulp vragen kunnen het niet altijd zelf. Sinds de decentralisaties zijn er niet méér mensen mantelzorger geworden.

### Aanbevelingen

Het SCP doet de volgende aanbevelingen:

1. Wees realistisch over redzaamheid en de zorgzame samenleving.
2. Wees realistisch over het besparingspotentieel van decentralisatie.
3. Werk ook op rijksniveau samen: Voor een goede werking van het sociaal domein op decentraal niveau, zou ook op rijksniveau meer met een integrale blik naar de samenhang van de wetten in het sociaal domein gekeken moeten worden.
4. Hanteer een brede definitie van het sociaal domein: Zo komen verbindingen met bijvoorbeeld schuldhulpverlening, (passend) onderwijs en medische of langdurige zorg veel voor. Het is van belang om samenwerking over die schotten heen te realiseren, waarbij duidelijk moet zijn waar de regie is belegd.
5. Verminder complexiteit van regelgeving: Burgers weten niet altijd waar ze hulp kunnen krijgen. Voor zorgaanbieders zijn de administratieve lasten soms toegenomen, omdat ze moeten samenwerken met meerdere gemeenten in plaats van een centraal orgaan. Meer aandacht zou uit moeten gaan naar goede informatievoorziening en vereenvoudiging van procedures.

Bron:

Sociaal domein op koers? Verwachtingen en resultaten van vijf jaar decentraal beleid, Sociaal en Cultureel Planbureau, 16 november 2020.



## Digitale transformatie / innovatie

### Hoe staat het met de digitale transformatie?

Digitale transformatie biedt grote kansen om de zorg in Nederland te verbeteren, met potentiële kostenvoordelen, hogere gezondheidswinst, meer werkplezier voor zorgverleners, minder personeelstekorten, en ten slotte voor patiënten het perspectief op meer eigen regie.

De SER zegt hierover het volgende:

*“Digitalisering is meer dan technologie. Het 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 daarin.”*

#### Digitale transformatie ten tijde van corona

NZa in “Advies stimuleren van passende zorg en digitale zorg”, juli 2020:

**“Door de uitbraak van het Covid-19 virus hebben we gezien dat de levering van zorg aan patiënten in een aantal situaties anders is georganiseerd. Zorg die voorheen voornamelijk fysiek werd geleverd en waarvoor de patiënt naar de zorgverlener moest, wordt nu deels op afstand geleverd met behulp van digitale communicatie en informatie.”**

**“De tweede golf heeft digitale zorg opnieuw in een versnelling gebracht. Het verschil met de eerste golf is dat het minder ad hoc en paniekerig gaat. Ik zie dat digitale zorg het beste werkt bij artsen die patiënten lang begeleiden. Denk aan mensen met diabetes, en aan de vakgebieden reumatologie, oncologie en dermatologie.”**

Godfried Bogaerts, directeur Beterdichtbij in NRC (6 november 2020)

#### Beeldbellen ten tijde van corona

In verschillende sectoren is het gebruik van beeldbellen sterk toegenomen.

- In de GGZ zijn de ervaringen met beeldbellen zeer verschillend. Waar een onderzoek van het UMC Utrecht laat zien dat een groot aantal psychologen en psychiaters erg negatief is over het gebruik van beeldbellen, gaf het Helen Dowling Instituut aan dat 71% van de patiënten (deels) wil blijven beeldbellen, ook na de coronacrisis.
- Onderzoek van het Nivel laat zien dat 64% van de huisartsen voor het eerst is gaan beeldbellen met patiënten. 58% van de huisartsen wil het gebruik van beeldbellen in de toekomst behouden.

#### Telebegeleiding ten tijde van corona

Telebegeleiding wordt vooral toegepast bij chronische aandoeningen.

- Het ziekenhuis Gelderse Vallei in Ede heeft de telebegeleiding van COPD en chronisch hartfalen patiënten uitbesteed aan medisch servicecentrum NAAST. Patiënten voeren regelmatig een vragenlijst in en doen zelfmetingen. NAAST bekijkt vervolgens of het nodig is dat een patiënt gezien wordt door een medisch specialist in het ziekenhuis. De maandelijks controle in het ziekenhuis is hierdoor niet meer nodig.

#### Vernieuwende vormen van zorg ten tijde van corona

Verschuivende vernieuwende vormen van digitale zorg hebben het licht gezien.

- Het Diaconessenhuis in Utrecht startte een virtueel revalidatieprogramma voor corona patiënten. Zij kunnen via een VR-bril een andere omgeving binnen treden, met als doel hersenen te prikkelen en herstel te bevorderen.
- In het UMC Utrecht werd gewerkt met een slimme pleister op de borst van COVID-patiënten waarmee verpleegkundigen op afstand onder andere hartslag en ademfrequentie in de gaten konden houden.



## Digitale transformatie / innovatie

# Welke beleidsopties kunnen de digitale transformatie versnellen?

### Adviezen van de Raad voor de Volksgezondheid aan de overheid

De Raad voor de Volksgezondheid stelt, dat op veel plaatsen de draad van fysieke zorg al weer wordt opgepakt. Het is daarmee niet evident dat zinvolle ontwikkelingen op het gebied van digitale zorg worden gecontinueerd en dat de lessen van opgedane ervaringen worden meegenomen bij het vernieuwen van zorgpraktijken.

Om dat te bereiken is volgens de Raad een nieuwe aanpak van de overheid nodig, waarbij de volgende vier elementen essentieel zijn:

1. **Bied inhoudelijk richting voor het (door)ontwikkelen van zinnige digitale zorg**, als oproep aan de praktijk om gefocust aan de slag te blijven. Dat vraagt het benoemen van de belangrijkste inhoudelijke prioriteiten waaraan digitale zorg moet bijdragen, in plaats van kwantitatieve ambities voor specifieke vormen van digitale zorg.
2. **Creëer duurzame vormen van bekostiging voor digitale zorg voor bestaande aanbieders**, zodat zij digitale zorg kunnen blijven bieden. Dat kan door de tijdelijke versoepelingen in het vergoeden van digitale zorg te behouden en door meer ruimte voor transformatie in financiële afspraken.
3. **Bied ook ruimte voor vernieuwende digitale vormen van zorgverlening**, zodat hun waarde in de praktijk kan blijken. Dat kan door deze in de vorm van 'living labs' tijdelijk toe te laten in combinatie met gericht onderzoek, en door na te denken over nieuwe vormen van bekostiging.
4. **Blijf actief leren en evalueren** om te weten te komen of de beoogde doelen ook worden behaald, en wat er beter kan.

### Adviezen van de NZa aan zorgverzekeraars

In lijn met het tweede advies van de Raad voor de Volksgezondheid, heeft de NZa de tijdelijke verruiming voor digitale zorg op afstand die per 1 maart van dit jaar zijn ingegaan, verlengd tot 1 januari 2021, met als uitgangspunt om deze structureel te maken vanaf die datum.

Daarnaast ziet de NZa de volgende mogelijke nieuwe aanpak van zorgverzekeraars om de digitale transformatie te versnellen:

1. De NZa roept zorgverzekeraars op **meer gebruik te maken van hun communicatiekanalen** met hun verzekerden over de inzet van digitale toepassingen in het zorgproces en preventie.
2. Ook kunnen zorgverzekeraars het **gebruik van digitale zorg verder financieel stimuleren**, door een hogere vergoeding te geven aan een ziekenhuis voor de meest doelmatige leveringsvorm of een lagere vergoeding voor de minder doelmatige zorg.
3. De **aanwending van transformatiegelden** zou nog intensiever en met nog meer focus gericht kunnen zijn op de digitale transformatie waarbij de financiële voordelen uiteindelijk beide kanten op vallen (zorgverzekeraar en ziekenhuis).
4. Ook beveelt de NZa aan om bij de verandering van bekostiging de **gelijkgerichtheid op de verschillende niveaus te borgen**. Dus er naar streven dat het ziekenhuis en de medisch specialist hetzelfde nastreven - als het gaat over passende en digitale zorg - en niet 'ieder voor zich'.



## Digitale transformatie / innovatie

### Welke beleidsopties kunnen de digitale transformatie versnellen?

#### Adviezen van de SER aan diverse veldpartijen

De SER ziet de volgende randvoorwaarden om de digitale transformatie in de zorg op grote schaal toe te passen:

1. **Een naadloos functionerende informatie infrastructuur**, gebaseerd op internationale standaardisatie en de interoperabiliteit van zorg ICT systemen.
2. **Draagvlak onder alle betrokkenen**: digitalisering in de zorg is een sociale innovatie en niet louter een technologische operatie.

De sleutel voor versnelling ligt volgens de SER in een landelijke visie, regionale regie, in samenwerking en anders organiseren. Meer specifiek heeft de SER onder meer de volgende adviezen aan diverse veldpartijen:

1. **Regie en richting nodig**: zorgaanbieders, verzekeraars, zorgprofessionals en patiënten moeten een gezamenlijk gedragen routekaart opstellen inclusief investeringsagenda.
2. **Doorpakken op het Elektronische Patiëntendossier (EPD) en Elektronisch Cliëntendossier (ECD)**: als er onvoldoende voortgang wordt geboekt dan moet er een landelijk verplicht systeem voor de gehele zorgsector komen.
3. **Doorbreken van de “not invented here” cultuur**: best practices moeten sneller de nieuwe norm voor de patiënt worden. Het Zorginstituut moet een veel actievere rol en ruimer mandaat krijgen om de vrijblijvendheid weg te nemen.

4. **Digitale transformatie in opleidingen en leven lang ontwikkelen**: er is in de opleidingen voor de zorg en voor de werkenden in de zorg op dit moment onvoldoende aandacht voor de gevolgen van de digitale transformatie voor de hoofdtaken.
5. **Digitale transformatie benutten voor preventie**: denk aan de groeiende consumentenmarkt voor gezondheidsapps en wearables maar ook het aanmoedigen van het gebruiken van een persoonlijk gezondheidsomgeving (PGO).

*“Welk land vooroploopt in digitale zorg? Israël. Ik ben daar altijd zeer van onder de indruk. Dat land heeft betere economische prikkels. In Nederland verdient een ziekenhuis zijn geld vaak tussen de ziekenhuismuren. In Israël wordt een zorgaanbieder veel meer beoordeeld op de gezondheid van de populatie. Dat levert snellere beslissingen op over preventie en zorg op afstand. Dat in Nederland zoveel projecten in de pilotfase bleven steken, komt mede doordat de vergoeding van zorg op afstand niet goed geregeld was. Dat veranderde tijdens de eerste coronagolf; de Nederlandse Zorgautoriteit werd toen schappelijker met vergoedingen voor e-health. Iets vergelijkbaars gebeurde in veel andere landen. Over de hele wereld worden vergoedingensystemen nu geëvalueerd en wordt zorg op afstand omhelsd.”*

Frans van Houten, topman van zorgconcern Philips, in NRC (6 november 2020)





## Ziekenhuiszorg

### Wat heeft de ziekenhuiszorg geleerd door de coronacrisis?

De kans is aannemelijk dat de corona crisis het ziekenhuislandschap niet alleen op de korte termijn, maar ook structureel gaat veranderen. Te denken valt aan o.a. de volgende drie ontwikkelingen:

1. **Herinrichting van de acute zorg.** Zie volgende pagina.
2. **Grotere compartimentering tussen acute zorg, academische zorg, electieve zorg en chronische zorg:**

Ten eerste zal de druk om af te stappen van het typische Nederlandse alles-in-één-ziekenhuis – een relatief grote instelling waar alles gebeurt - verder toenemen. Ziekenhuizen zitten nu in een dubbele klem omdat de ‘winsten’ van de reguliere zorg in de huidige situatie wegvallen, terwijl de kosten van ‘verlieslatende’ zorg toenemen. Deze klem kan een proces in gang zetten waarbij de zorg meer wordt georganiseerd langs gelijksoortige processen, bijvoorbeeld via een grotere compartimentering tussen acute zorg, academische zorg, electieve zorg en chronische zorg.

3. **Meer medisch specialistische zorg buiten de ziekenhuismuren.**

#### Voorbeeld medisch specialistische zorg buiten de ziekenhuismuren

Het OLVG laat planbare operaties in ZBC's doen (waaronder de Bergman Clinics en XperClinics). De ZBC's zijn onderaannemers van het OLVG. De NZa en zorgverzekeraars geven groen licht om de normale marktmechanismen in de crisis op te schorten. *“We moeten de zorg anders organiseren om eenvoudige operaties toch zo veel mogelijk door te laten gaan voor de Amsterdammer”*, zegt Maurice van den Bosch, bestuursvoorzitter van het OLVG.

Bron: Zorgvisie 12 november 2020

***“De coronacrisis laat zien dat we niet moeten concurreren op acute en hoogcomplexe zorg, maar wel op planbare behandelingen. Er moet onderscheid worden gemaakt tussen drie soorten medisch specialistische zorg:***

- *Op de acute zorg moet je inderdaad niet concurreren.*
- *Bij hoogcomplexe behandelingen, zoals ingewikkelde transplantaties of vaatproblemen gaat het om clustering van de expertise. De prikkel daarbij moet liggen bij samenwerking en optimalisatie van de behandeling.*
- *Een andere vlieger gaat op voor planbare hoogfrequente behandelingen, Daar moet een hoge kwaliteit tegen een goede prijs de drijfveer zijn. Ik vind het dan belangrijk dat de patiënt dan de beste zorgaanbieder voor hem of haar kan kiezen. In dit deel van de specialistische zorg kunnen prikkels van de marktwerking dus juist goed werken”.*

Hanneke Klopper-Kes, voorzitter ZKN, Zorgvisie 7 juli 2020



## Ziekenhuiszorg

### Hoe kan de acute zorg anders worden ingericht?

Als ergens het trilemma van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid naar voren komt, dan is het wel in de discussie over de inrichting van de acute zorg.

#### Houtskoolschets acute zorg

In juni 2020 is door VWS de zogenaamde “houtskoolschets acute zorg” gepresenteerd.

Het uitgangspunt van de houtskoolschets is dat in de huidige organisatie van de acute zorg te veel mensen met eenvoudige klachten op de SEH komen. Dat maakt de zorg onnodig duur. Ook de kwaliteit van de spoedzorg is niet overal geborgd, stelt het ministerie van VWS in de houtskoolschets. Vooral kleine ziekenhuizen slagen er niet in om buiten kantooruren voldoende deskundig personeel op de SEH te hebben.

#### De houtskoolschets presenteert 6 pijlers voor de acute zorg voor de komende jaren:

1. Voorkomen van acute zorg
2. Meer acute zorg thuis
3. Regionale meldkamers voor niet levensbedreigende acute zorg
4. Integrale spoedposten
5. Hoogcomplexere of levensbedreigende acute zorg
6. Traumacentra

Vier van de zes pijlers zijn hiernaast nader toegelicht.

#### Regionale zorgmeldkamers voor niet levensbedreigende acute zorg

In de zorgmeldkamers wordt een drietal activiteiten bij elkaar gebracht:

- multidisciplinaire triage voor niet levensbedreigende acute zorgvragen;
- coördinatie van het verplaatsen van patiënten tussen verschillende zorglocaties; en
- coördinatie van de inzet van zorgprofessionals die naar de patiënt toe komen.

De patiënt met een niet levensbedreigende acute zorgvraag kan straks één landelijk telefoonnummer bellen.

#### Integrale spoedposten

Hier kan de patiënt terecht voor acute huisartsenzorg, acute ggz en een groot deel van de acute medisch specialistische zorg. Het uitgangspunt is dat de bereikbaarheid gelijk blijft aan wat nu het geval is of zelfs beter wordt.

#### Hoogcomplexere of levensbedreigende acute zorg

Hier komt een veel kleiner deel van de patiënten terecht voor hoogcomplexere of levensbedreigende acute zorg. Hier zullen 24 uur per dag, 7 dagen per week de juiste zorgprofessionals klaarstaan en alle faciliteiten beschikbaar zijn. Hier is medische kwaliteit belangrijker dan nabijheid.

#### Traumacentra

Momenteel zijn er in Nederland elf traumacentra in Nederland. De traumacentra functioneren goed en zullen blijven bestaan.



## Ziekenhuiszorg

# Hoe kan de acute zorg anders worden ingericht?

### Tegenstanders van de houtskoolschets

*“Los problemen in acute zorg op met regionaal maatwerk. Een uniforme herinrichting van het acute zorglandschap zien wij op voorhand niet als de oplossing.”*

Zorgverzekeraars Nederland in een brief aan minister Tamara van Ark in een reactie op de houtskoolschets (24 november 2020)

*“Het onderscheid tussen hoog- en laagcomplexe acute zorg sluit niet aan bij de praktijk. Bij de triage is vaak helemaal niet in te schatten of mensen heel ernstig ziek zijn.”*

*“Een ander risico is dat het kleine aantal ziekenhuizen met volwaardige SEH's overspoeld wordt met patiënten met eenvoudige klachten.”*

*“Een ander nadeel van de houtskoolschets is het verbreken van de samenwerking tussen HAP en SEH. De SEH-artsen wijzen erop dat dankzij deze samenwerking het aantal SEH-patiënten in Nederland gelijk is gebleven, terwijl die in andere Europese landen fors is gestegen. Dat is te danken aan de poortwachtersfunctie van de HAP.”*

*“Verder maken de SEH-artsen zich zorg om de personele bezetting op de nieuw op te richten integrale spoedposten. De verwachting is dat gespecialiseerde SEH-verpleegkundigen en SEH-artsen niet willen werken op de integrale spoedposten, omdat ze hun expertise hebben in de ziekenhuiszorg. Die diensten zullen dan worden overgenomen door onervaren arts-assistenten en niet-gespecialiseerde verpleegkundigen. De minst ervaren arts gaat zorgen voor de potentieel ziekste patiënten.”*

David Baden, bestuurslid van de Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulpartsen in Zorgvisie (10 november 2020)

### Voorstanders van de houtskoolschets

*“De levensbedreigende en complexe acute zorg moet geconcentreerd worden in de seh's van ziekenhuizen die groot genoeg zijn om 24/7 teams met de juiste expertise paraat te hebben. Dat zullen er minder zijn dan de huidige negentig ziekenhuizen.”*

Ernst Kuipers, voorzitter van het landelijke netwerk acute zorg in Zorgvisie (14 augustus 2020)

*“Willen we overal en altijd een volledig palet aan zorg kunnen garanderen, dan kunnen we, door het tekort aan hoogopgeleide zorgverleners, niet meer het huidige aantal van circa 70 SEH-afdelingen in Nederland blijven bemensen.”*

*“De politiek moet daarom het initiatief nemen en zorgen dat de SEH-functie wordt teruggebracht naar dertig tot veertig SEH-afdelingen, met een goede spreiding over heel Nederland. Want alleen dan kun je dag en nacht de kwaliteit van de acute zorg hoog houden. Daarbij zal de SEH-zorg op basis van een vast bedrag per regio moeten worden gefinancierd, om de hoge personeelskosten te dekken.”*

Wink de Boer, MDL arts en voormalig medisch directeur ziekenhuis Bernhoven in Financieel Dagblad (27 oktober 2020)

### De VVD neemt afstand van de houtskoolschets

De VVD neemt in het Kamerdebat over ziekenhuiszorg op 14 januari 2021, afstand van de houtskoolschets. *‘Ik begrijp de bezorgde reacties’,* zegt VVD-Kamerlid Hayke Veldman. *‘De titel “houtskoolschets” is goed gekozen. Het is verstandig om een nieuwe schets te maken. Ik verwacht dat het eindresultaat er anders uit zal zien.’*



## Ziekenhuiszorg

# Welke rol spelen volumeprikkels in de ziekenhuiszorg?

**Volgens de werkgroep BMH staan volumeprikkels doelmatigheid bij aanbieders in de ziekenhuiszorg in de weg. Deze volumeprikkels bestaan op het niveau van het ziekenhuis én op het niveau van het medisch specialistisch bedrijf (MSB).**

Volgens de werkgroep BMH is het inkomen van vrijgevestigd medisch specialisten niet zelden afhankelijk van de prijs en het volume van behandelingen. Waar zorgverzekeraars op ziekenhuisniveau afspraken maken over doelmatigheid en beheersbaarheid, kunnen productieprikkels onverminderd doorwerken in de vergoeding die vrijgevestigd medisch specialisten ontvangen vanuit het MSB.

**De werkgroep BMH stelt de volgende beleidsmaatregelen voor:**

1. Door **loondienst voor medisch specialisten aantrekkelijker te maken of te verplichten** wordt voorkomen dat volumeprikkels doorwerken in de behandelkamer.
2. Door **aanpassingen in de bekostiging** kan de overheid direct ingrijpen in de prikkels voor aanbieders

*“De zorg moet minder op productie gericht zijn. De zorg is te veel een verdienmodel geworden. **Mensen worden geprikkeld om productie te draaien. Misschien moeten we de medisch-specialistische bedrijven wel opheffen en zeggen: de specialisten gaan, net als iedereen, in loondienst.**”*

Marian Kaljouw, bestuursvoorzitter NZa in NRC (26 juni 2020)

### Bronnen:

Naar een toekomstbestendig zorgstelsel, Brede maatschappelijke heroverweging (BMH), Rijksoverheid, 20 april 2020.

Haal de productieprikkel uit het systeem, J. van den Heuvel in Skopr (25/06/2020).

### Voorbeeld daling behandelvolume

Het ziekenhuis Bernhoven in Uden voerden enkele jaren geleden omvangrijke veranderprogramma's door. Dit leidde tot een sterkere daling van het behandelvolume dan in vergelijkbare ziekenhuizen. In het Bernhoven ging het zelfs om een daling van 13 procent.

Twee belangrijke voorwaarden bleken een cruciale rol te hebben gespeeld:

1. Het elimineren van de productieprikkel in het systeem: in Bernhoven hebben ze dat onder meer gedaan door de medisch specialisten in loondienst te nemen met mede-eigenaarschap.
2. De vijfjaarcontracten met zorgverzekeraars: langjarige zekerheid over je inkomsten maakt het mogelijk om de zorg op een slimmere manier te leveren zonder dat meteen je inkomsten dalen.

### Nuances in het debat

- In het huidige logex model (verdeelmodel binnen MSB's onder vrijgevestigd medisch specialisten) worden medisch specialisten beloond op basis van productie, maar er zijn inmiddels ook voorbeelden waarbij beloning op andere indicatoren wordt gebaseerd.
- Ook bij ziekenhuizen waar alle medisch specialisten in loondienst zijn spelen volumeprikkels een rol, bijvoorbeeld in de strijd om fte's.
- Veel praktijkvoorbeelden tonen aan dat medisch specialisten niet louter gedreven worden door volumeprikkels.



## Ziekenhuiszorg

### Wat zijn de effecten van alle medisch specialisten in loondienst?

Een meerderheid van de politieke partijen, wil dat alle medisch specialisten voortaan in loondienst gaan werken (zie hoofdstuk 7).

**Het CPB heeft de optie van alle medisch specialisten in loondienst doorgerekend met de volgende uitkomst** (Bron: Zorgkeuzes in kaart):

#### Budgettaire effecten

Volgens het CPB neemt de 'productieprikkel' af als alle vrijgevestigde medisch specialisten in loondienst gaan. Toch moet de productiedaling niet overschat worden. Ook onder loondienst is het mogelijk om sterke volumeprykkels in te bouwen. De berekening gaat daarom uit van **1% volumedaling** wanneer specialisten in loondienst gaan.

- Aangezien op dit moment 40% van de artsen vrijgevestigd is resulteert dit in een besparing van 0.4%. Toegepast op de totale omvang van de ziekenhuiszorg van € 25,5 mld. Levert dit een **jaarlijkse besparing op van € 100 mln.** (sec. a.g.v. de verwachte productiedaling).
- Een belangrijke kostenpost betreft de afkoop van goodwill van de vrijgevestigd medisch specialisten, die (deels) verloren gaat bij overgang naar loondienst. Er moet rekening worden gehouden met een **afkoop som tot € 2 mld.** Dit bedrag kan bij de rechter hoger of lager uitvallen.

#### Overige effecten

Overige effecten die kunnen optreden indien alle medisch specialisten in loondienst gaan:

- Het wegnemen van de productieprikkel door specialisten in loondienst te brengen **kan tot gevolg hebben dat wachtlijsten ontstaan.**
- Het **verandert de positie van de medisch specialist in het ziekenhuis en in het stelsel fundamenteel.** Dit kan de invloed van de rijksoverheid en de verzekeraar vergroten.

#### Alternatief

**De maatregelen kunnen ook geleidelijk worden ingevoerd door bestaande vrije vestiging te respecteren en alleen nieuwe vrije vestiging te verbieden.** Dit betekent dat nieuwe medisch specialisten in loondienst moeten en dat medisch specialisten die in loondienst zijn, zich niet alsnog vrij mogen vestigen.



## Ouderenzorg

### Hoe functioneert de ouderzorg?

Volgens de commissie ‘Toekomst zorg thuiswonende ouderen’ hebben een aantal wetwijzigingen (denk o.a. aan de Zvw, de Wmo en de Wlz) de werelden van wonen, welzijn en zorg voor ouderen uit elkaar getrokken en de concurrentie tussen aanbieders van zorg en ondersteuning bevordert.

Dit terwijl de afgelopen jaren juist een tegengestelde beweging op gang is gekomen, die erop gericht is om deze werelden weer bij elkaar te brengen en de verschillende vormen van zorg en ondersteuning voor zelfstandig wonende ouderen te integreren.

#### Zichtbare complexiteit

De complexiteit van het huidige stelsel is volgens de commissie op een viertal punten zichtbaar:

#### 1. Drie zorgwetten met ieder zijn eigen complexiteit

Een zelfstandig wonende kan te maken hebben met drie verschillende wetten op het gebied van zorg en ondersteuning: Zvw, Wmo en Wlz. Het is voor ouderen en degenen die hen bijstaan dan ook een hele opgave om in de wereld van zorg en ondersteuning hun weg te vinden.

#### 2. Geen soepele overgang tussen de drie zorgwetten

Daar komt bij dat iemand die zorg ontvangt vanuit de ene wet soms moet overstappen op zorg vanuit een andere wet met andere vergoedingen. Bovendien verlopen die overgangen vaak verre van soepel.

#### 3. Complexiteit bemoeilijkt samenwerking professionals

Ook professionals in zorg en ondersteuning hebben last van de wettelijke complexiteit. Het bemoeilijkt de samenwerking met hulpverleners die werken onder een ander wettelijk regiem.

#### 4. Verkeerde financiële prikkels

Door de verkaveling van zorg en ondersteuning over drie verschillende wetten met drie verschillende inkopende partijen, ontstaan er bovendien financiële prikkels die onwenselijk gedrag zouden kunnen stimuleren. Zo levert een oudere die overgaat van Wmo (inkoper is de gemeente) en Zvw (inkoper is de zorgverzekeraar) naar Wlz voor gemeenten en zorgverzekeraars een besparing op. Terwijl dit op totaal niveau veelal duurder zorg is.



## Ouderenzorg

# Welke beleidsopties kunnen de complexiteit in de ouderenzorg verkleinen?

De commissie 'Toekomst zorg thuiswonende ouderen' komt met twee vergaande beleidsopties om de complexiteit van de ouderenzorg te reduceren:

- **Optie 1: Volledige integratie van het sociale en medische domein**

De meest vergaande oplossing zou zijn *alle zorg én ondersteuning voor ouderen*, op basis van één wet te leveren. Dat zou ook een volledige integratie van de financiering vergen, die nu deels landelijk (Wlz), deels gemeentelijk (Wmo), deels via zorgverzekeraars (Zvw) verloopt.

- **Optie 2: Het samenvoegen van alle medische en verpleegkundige zorg voor ouderen in één wet**

Eén stap minder radicaal is de optie waarbij *alle medische en verpleegkundige zorg voor ouderen* in de Zvw wet wordt ondergebracht.

Beide varianten leiden tot forse ingrepen in het huidige stelsel en kennen derhalve hoge transitiekosten. Daarom komt de commissie met aanbevelingen - aan zorgverzekeraars en aan het ministerie van VWS - voor "kleinere stappen" in de goede richting.

### Kleine stappen - Advies aan zorgverzekeraars

- **Koop wijkverpleging in bij een beperkt aantal aanbieders en volg daarbij de grootste verzekeraar.** De versnippering van wijkverpleging over vele, vaak kleine aanbieders, is een groot obstakel voor de samenwerking in de wijk. Het aantal aanbieders van wijkverpleging zou beperkt moeten blijven tot niet veel meer dan twee per wijk, waarmee de grootste zorgverzekeraar uit die regio contracten sluit. De kleine verzekeraars moeten volgen.

### Kleine stappen - Advies aan VWS

- **Overweeg alle zorg en ondersteuning voor zelfstandig wonende ouderen uit de Wlz te halen en over te hevelen naar Zvw en Wmo.** Hierdoor bestaan geen drempels meer bij de overgang naar een intensievere vorm van zorg, zolang ouderen (semi-)zelfstandig wonen.

Het lijkt ZN geen goed plan om zorg thuis uit de Wlz naar de Zvw over te hevelen: *"Het leidt tot nieuwe 'knip- en plakvraagstukken', mensen zijn daar op zowel korte als lange termijn niet mee geholpen. Ook zal het gepaard gaan met een forse premiestijging van 50 tot 60 euro per jaar."*

Zorgverzekeraars Nederland <https://zn.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht?newsitemid=5440372736>.

- **Stel artikel 13 van de Zvw buiten werking voor de wijkverpleging.** Toepassing van artikel 13 leidt ertoe dat allerlei niet gecontracteerde (vaak kleinere) aanbieders van wijkverpleging aan de slag kunnen, terwijl zij vaak minder goed aanspreekbaar zijn op samenwerking met andere partijen.
- **Pas de Wmo zodanig aan dat gemeenten Wmo-ondersteuning niet mogen weigeren zolang de zorg thuis verantwoord en doelmatig te verlenen is.** Het zou niet langer mogelijk moeten zijn dat gemeenten Wmo-ondersteuning kunnen weigeren of beëindigen, wanneer dezelfde ondersteuning ook op grond van de Wlz te verkrijgen is. Zodat ouderen in staat gesteld worden om opname in een verpleeghuis te vermijden of uit te stellen.
- **Richt de verdeling van het gemeentefonds zó in dat gemeenten een hogere uitkering uit het fonds ontvangen naarmate de instroom van hun inwoners in de Wlz lager is.** Op deze manier worden gemeenten beloond voor de besparingen die zij weten te realiseren op de uitgaven aan de Wlz.



## Ouderenzorg

### Welke beleidsopties kunnen de complexiteit in de ouderenzorg verkleinen?

Ook een werkgroep met topambtenaren van VWS komt in het rapport 'naar een toekomstbestendig zorgstelsel' tot dezelfde conclusie wat betreft het integraal uitvoeren van de ouderenzorg in één domein:

*“Dit versterkt de doelmatigheid en samenhang. Door de ouderenzorg over te hevelen naar de Zvw kunnen zorginkopers doelmatigheid en samenhang van zorg versterken.”*

Vervolgens beschrijft deze werkgroep drie varianten:

- **Optie 1: Het leveren van *algemene medische behandeling* vanuit de Zvw voor alle Wlz-instellingen.** Hieronder wordt verstaan medische generalistische zorg, farmaceutische zorg en tandheelkundige zorg.
- **Optie 2: Overhevelen van *alle extramurale ouderenzorg* van de Wlz naar de Zvw,** zodat de extramurale zorg in samenhang met de wijkverpleging georganiseerd kan worden. De Wlz kan worden vereenvoudigd tot een intramurale instellingswet.
- **Optie 3: Overhevelen van *alle ouderenzorg* naar de Zvw,** zodat er binnen de ouderenzorg geen financieringsschotten meer zijn.

#### Budgettaire & kwalitatieve effecten overheveling

Het CPB heeft de verschillende opties van overheveling van de ouderenzorg naar diverse wetten in kaart gebracht. De budgettaire en kwalitatieve effecten zijn hiernaast schematisch weergegeven. Verder stelt het CPB dat alle opties praktisch, technisch en (in de meeste varianten) juridisch uitvoerbaar zijn.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struct.
<b>Variant A: ouderenzorg naar Wmo</b>					
Totaal budgettaire effect op netto-collectieve zorguitgaven (in mln. Euro)	310	420	530	630	760 +
Kwalitatief effect: de kwaliteit van zorg kan verschillen per gemeente.					
<b>Variant B1: ouderenzorg naar Zvw</b>					
Totaal budgettaire effect op netto-collectieve zorguitgaven (in mln. Euro)	260	260	90	90	-170 +
Kwalitatief effect: verzekeraars krijgen prikkel om ouderen langer zelfstandig te laten functioneren.					
<b>Variant B2: extramurale ouderenzorg naar Zvw</b>					
Totaal budgettaire effect op netto-collectieve zorguitgaven (in mln. Euro)	10	10	10	10	PM
Kwalitatief effect: verzekeraars krijgen prikkel om zorg voor ouderen goed op elkaar af te stemmen.					
<b>Variant C: verpleeghuiszorg en wijkverpleging naar Wmo</b>					
Totaal budgettaire effect op netto-collectieve zorguitgaven (in mln. Euro)	380	500	600	700	760 +
Kwalitatief effect: gemeenten krijgen prikkel om ouderen zo veel en lang mogelijk zelfstandig te laten functioneren.					
<b>Variant D: verpleeghuiszorg, wijkverpleging en Wmo naar nieuwe ouderenwet</b>					
Totaal budgettaire effect op netto-collectieve zorguitgaven (in mln. Euro)	140	140	-170	-170	-170 +
Kwalitatief effect: zorgkantoren zijn nauwelijks risicodragend en krijgen weinig prikkel om zwaardere zorg te voorkomen.					





## Ouderenzorg

# Hoe functioneert de verpleeghuiszorg?

**Volgens cijfers van het Zorginstituut Nederland, is het aantal wachtenden op een plek in verpleeghuizen is het afgelopen jaar steeds sneller gestegen.** In april 2019 waren er 14.398 wachtenden, begin 2020 waren dat er zeker 20.000.

De geplande uitbreiding van verpleeghuiscapaciteit is volgens het TNO bij lange na niet voldoende:

*“In 2025 zijn er 14.000 extra verpleeghuisplekken, terwijl er 30.000 nodig zijn. Op langere termijn moet de capaciteit van nu 120.000 plekken naar 240.000 plekken in 2040.”*

Uit het rapport “Capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg” van Actiz blijkt dat veel zorgorganisaties best meer willen bouwen, maar dat diverse obstakels hen daarvan weerhoudt. **Als grootste belemmering wijzen verpleeghuizen op de tekorten op de arbeidsmarkt:**

*“Er zijn steeds meer ouderen die verpleeghuiszorg nodig hebben. Tegelijkertijd gaan er meer medewerkers met pensioen....Alleen inzetten op het vergroten van de bestaande capaciteit van verpleeghuiszorg gaat geen oplossing bieden. Het is nodig de zorg voor ouderen anders te organiseren, anders zullen de wachtlijsten blijven groeien”.*

Dit betekent onder meer:

- Investeren in passende woonvormen, waar ouderen langer zelfstandig kunnen wonen.
- Meer technologie in huis.
- Slimme combinaties tussen professionele zorg en informele zorg thuis, moeten zorgen dat ouderen minder vaak een beroep doen op verpleeghuiszorg.

## Knelpunten in de verpleeghuiszorg volgens VWS

Een werkgroep met topambtenaren van VWS signaleert in het rapport “naar een toekomstbestendig zorgstelsel” twee belangrijke knelpunten wat betreft de verpleeghuiszorg:

### 1. Grote verschillen in productiviteit

Zorgmedewerkers besteden gemiddeld 76% van hun tijd aan cliëntgebonden taken, maar in de praktijk varieert dat tussen 67 en 81%. Als alle verpleeghuizen gaan werken volgens best practices en daardoor efficiënter gaan werken dan kan dat, zo heeft het CPB doorgerkend, een besparing opleveren van circa €560 miljoen, oftewel 5% van het totaalbudget voor ouderenzorg

### 2. De manier waarop aanbieders in de langdurige zorg sturen op het verhogen van kwaliteit belemmert innovatie.

Bij de implementatie van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg wordt gestuurd op het verhogen van het aantal zorgverleners per cliënt. Daarmee is kwaliteit beperkt gedefinieerd op basis van input, en niet op basis van uitkomsten. Bovendien kan deze definitie van kwaliteit het (verder) invoeren van doelmatige, arbeidsbesparende innovaties, bijvoorbeeld domotica en e-health, in de toekomst belemmeren.



## Jeugdzorg

# Hoe functioneert de jeugdzorg?

### Huidige organisatie van jeugdzorg

In 2015 is de verantwoordelijkheid voor jeugdzorg overgeheveld van het Rijk naar gemeenten. Vanuit de perceptie dat gemeenten als meest nabije overheid, het best in staat is om de hulp en ondersteuning dicht bij kinderen en gezinnen te organiseren en daarbij ook de noodzakelijke verbindingen met andere levensterreinen te leggen (huisvesting, onderwijs, werk en inkomen). Bij jeugdzorg variëren de zorgvormen van preventie tot gedwongen opvang in gespecialiseerde jeugdzorg. Gemeenten hebben beleidsvrijheid bij de uitvoering van de jeugdzorg en zijn vrij in de besteding van de middelen. Gemeenten kopen zelf zorg in bij zorgaanbieders.

### Ervaren knelpunten

Nu 5 jaar later na de decentralisatie van de jeugdzorg worden grote knelpunten ervaren:

- **64%** van de jeugdzorgorganisaties verkeert in grote **financiële problemen**;
- Tegelijkertijd lijken een aantal zorgaanbieders die lichte zorg aanbieden juist **flinke winst** te maken (sommige zelfs 35%).
- **Wachttijden** voor specifieke vormen van jeugdzorg zijn lang;
- **Tekorten aan (jeugd)zorgmedewerkers** en een hoog personeelsverloop in de jeugdsector;
- **Enorme administratieve lasten**: onderzoek heeft uitgewezen dat een derde van het geld dat in de jeugdzorg omgaat, opgaat aan coördinatie en administratie van zorg.

**“Sommige van die systeempartijen leveren verschillende vormen van zorg in alle gemeenten. Dat zijn evenveel verschillende contracten als gemeenten, met allemaal verschillende manieren van afrekenen en heel veel verschillende zorgcodes die gebruikt moeten worden.”**

Hans Spigt, Voorzitter Jeugdzorg Nederland in Zorgvisie (13 oktober 2020)

**“Gemeenten investeren in preventie en lichte zorg in plaats van in complexere zorg die grotere instellingen aanbieden. Zij hebben vooral op de 5 tot 10 procent meest complexe jeugdzorg bezuinigd.”**

Annemieke Harder, hoogleraar Jeugdzorg in Trouw (5 oktober 2020)

**“Vraag en aanbod zijn op dit terrein bijna zonder grens en daarom is ingrijpen nodig. Heel lichte zorg die vóór 2015 door niemand vergoed werd, zit nu vaak in het standaardpakket van de gemeente. Dat zorgt voor een explosie van het aantal kinderen met lichte vormen van adhd, faalangst, dyslexie en andere klachten. Het is maar de vraag of dit soort lichte problemen professioneel opgelost moet worden. Sommige lichte problemen horen bij het leven of zijn op school en thuis best zelf op te lossen”.**

Bianca den Outer, strategisch adviseur in het sociaal domein & René Peters, Tweede Kamerlid CDA en woordvoerder jeugdzorg in De Stentor (10 oktober 2020)

#### Bronnen:

Pak deze structurele weeffout in de jeugdzorg nu aan, Trouw (07/10/2020)

Zware jeugdzorg verdient eigen financiering, H. Spigt in Zorgvisie (13/10/2020)

Belangrijke jeugdzorgorganisaties staan op omvallen, terwijl kleine aanbieders grote winst boeken, Trouw (05/10/2020)



## Jeugdzorg

# Welke beleidsopties kunnen de knelpunten in de jeugdzorg verhelpen?

De ministers De Jonge (VWS) en Dekker (Rechtsbescherming) besloten vorig jaar dat de wet op schop moest. Dat deden ze na een rapport van de samenwerkende inspecties, waaruit bleek dat de jeugdzorg in Nederland te versnipperd is en de meest kwetsbare kinderen en jongeren niet bedient.

Tijdens het begrotingsdebat over de jeugdzorg van 23 november 2020, bleek dat partijen verschillen van mening over de oplossingsrichtingen. Sommige partijen benadrukken dat gemeenten extra geld moeten krijgen, andere partijen vinden juist dat gemeenten nu te veel geld aan de verkeerde zaken uitgeven en geholpen moeten worden bij het inkaderen van wat onder jeugdhulp wordt verstaan. **De ene partij wil de hele decentralisatie terugdraaien, de andere partij vindt de voorgestelde aanscherpingen van de Jeugdwet al veel te ver gaan.**

### Oplossingsrichtingen

Volgens Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd (BGZJ) is het volgende nodig:

1. **Regionale samenwerking beter borgen** (bij voorkeur wettelijk). Laat niet meer iedere gemeente afzonderlijk zorg inkopen. De inkoop moet gebeuren via regionale organen, waarin de gemeenten zich vertegenwoordigd weten.
2. **Gemeenten moeten voldoende financiële ruimte hebben om jeugdhulp en jeugdbescherming te organiseren.** Het is nu al duidelijk dat de op dit moment toegezegde extra middelen voor 2021 en 2022 ontoereikend zijn om alle knelpunten op te lossen en de transformatie mogelijk te maken.
3. **Passende tarieven** (met indexatie voor loon- en prijsontwikkeling) en meerjarenafspraken.

Daarnaast pleit Hans Spigt, Voorzitter Jeugdzorg Nederland (Zorgvisie, 13 oktober 2020) voor **andere tarieven voor steempartijen**:

*“Een zorginstelling die zware, gesloten jeugdzorg aanbiedt kun je niet vergelijken met een aanbieder van dyslexiehulp. Beide moeten er zijn, maar ze krijgen met heel verschillende vraagstukken te maken. Je kunt ze niet op een hoop gooien”.*

Bronnen:

<https://www.jeugdzorgnederland.nl/actueel/tweede-kamer-zet-eindsprint-in-15-moties-over-jeugdzorg/>

<https://www.jeugdzorgnederland.nl/wp-content/uploads/2020/11/Brief-BGZJ-WGO-Jeugd-23-november-2020.pdf>



## GGZ

## Hoe functioneert de GGZ?

Verschillende bronnen signaleren de volgende drie grote knelpunten binnen de GGZ:

### 1. Wachlijsten voor de specialistische GGZ

Jaarlijks doet ruim één miljoen mensen een beroep op de GGZ, waarvan ongeveer de helft op de specialistische GGZ. Hiervan moet op dit moment een groep van ongeveer 11.000 mensen te lang wachten op zorg. Dit zijn vooral patiënten met een relatief zware zorgvraag.

De Algemene Rekenkamer wijst **drie oorzaken aan voor te lange wachttijden**:

- **Financiële prikkels** in de bekostiging van de ggz maken het voor de zorgaanbieders aantrekkelijk om zich vooral te richten op patiënten met minder zware problemen. Door patiënten met een zware zorgvraag loopt de instelling een groter risico zijn omzetplafond te overschrijden.
- Patiënten met een zware zorgvraag zijn aangewezen op geïntegreerde ggz-instellingen. Juist in deze instellingen is een **capaciteitsprobleem**, onder meer door een personeelsgebrek.
- Het is moeilijk om **geschikte begeleiding** te vinden voor patiënten die de specialistische ggz kunnen verlaten. Hierdoor blijven zij plaatsen innemen die eigenlijk vrij zouden moeten komen voor nieuwe patiënten.

### 2. Omzetplafonds beheersen de GGZ

**Omzetplafonds kunnen ertoe leiden dat bepaalde zorg helemaal niet meer verleend wordt.** Zo meldde Parnassia Groep recent dat het geen zorg meer gaat verlenen als die boven de afgesproken omzetplafonds komt, ondanks de lange wachlijsten.

Uit onderzoek van Follow the money (2020) blijkt dat de omzetplafonds gehanteerd worden terwijl de verzekeraars in de jaren 2015 tot en met 2017 totaal 865 miljoen op de plank lieten liggen. 'Een opvallend fenomeen', aldus de Algemene Rekenkamer.

### 3. Personeelstekorten

Personeelstekorten worden o.a. veroorzaakt door moeilijk vervulbare vacatures en verloop onder zittende zorgverleners.

- Uit de KPMG Healthcheck GGZ 2020 blijkt, dat **76% van de vacatures in de GGZ moeilijk vervulbaar is.**
- Uit onderzoek van De Jonge Psychiater blijkt dat **30% van de zittende psychiaters overweegt de GGZ te verlaten** om diverse redenen. De Nederlandse GGZ bevestigt dit beeld en schetst een vicieuze cirkel:

*“Veel psychiaters die niet tevreden zijn over hun werk bij ggz-instellingen gaan aan de slag als zzp'er, waardoor de werkdruk van psychiaters die wel bij instellingen blijven verder toeneemt. De brancheorganisatie zou graag zien dat ook zelfstandigen blijven meedraaien in weekend- en avonddiensten, waar nu het grootste knelpunt zit.”*

Bronnen:

Geen plek voor grote problemen. De aanpak van wachttijden in de specialistische ggz, Algemene Rekenkamer, juni 2020.

Parnassia Groep stopt met verliesgevende ggz-zorg, Zorgvisie, 16 november 2020.

Omzetplafonds verzekeraars brengen ggz-behandelaars aan de rand van de afgrond, Follow the money, 7 september 2020.

<https://zorgnu.avrotros.nl/nieuws/item/groot-aantal-psychiaters-overweegt-de-beroepsgroep-te-verlaten/>



## GGZ

## Welke beleidsopties kunnen knelpunten in de GGZ verhelpen?

## Nieuwe ordening GGZ

Jacobine Geel, voorzitter van de Nederlandse GGZ, spreekt van een noodzakelijke nieuwe ordening van de GGZ (Zorgvisie, 18 oktober 2020)

*“De ggz moet daarvoor meer de verbinding zoeken met het sociale domein, huisartsen en andere eerstelijnszorgaanbieders. In het huidige stelsel is domeinoverstijgend samenwerken echter lastig. ‘Nu straft de financiering samenwerking tussen gemeenten en ggz soms af. De financiële prikkels zouden die samenwerking moeten belonen... We moeten meer werk maken van ondersteuning in het sociale domein, zodat mensen hun leven beter op de rit krijgen. Voor een andere groep volstaat misschien een kortere behandeling. De gespecialiseerde ggz kan zich dan richten op de mensen met complexe problemen.”*

## Nieuwe bekostiging GGZ

Met de **invoering van het zorgprestatie­model in 2022** wordt een nieuwe bekostiging in de GGZ ingevoerd. **Belangrijkste kenmerk is eenvoud en het opheffen van verschillende vormen van bekostiging van de basis GGZ en de specialistische GGZ.** De eenvoud moet ook de huidige administratieve lasten sterk terugbrengen, zo komt ook de minutenregistratie te vervallen. En doordat de **prestaties straks gekoppeld zijn aan “een dag” en niet meer aan een traject**, zijn de totale zorguitgaven veel sneller duidelijk. En door de snellere declaratie verbetert het de liquiditeitsstromen.

## Nieuwe zorgleveringsmodellen GGZ: blended care

Uit onderzoek van KPMG blijkt dat de coronacrisis bij GGZ instellingen voorzichtig oude patronen doorbreekt en zorgt voor een vernieuwde focus op nieuwe zorgleveringsmodellen. **Het merendeel van de aanbieders geeft aan telefonische consulten ten behoeve van behandeling (89%), beeldbellen ten behoeve van behandeling (100%) en online behandelprogramma’s (94%) te hebben ingezet/opgeschaald.** Daarnaast heeft 89% van de aanbieders digitale triage/ diagnostiek ingezet/opgeschaald.

*“Parnassia Groep wil dat eind volgend jaar minimaal een kwart van de behandel-contacten bij haar 185.000 ggz-patiënten online plaatsvindt. Daardoor zijn patiënten eerder aan de beurt, duurt een therapie korter en kunnen meer mensen worden behandeld. Voor corona verliep 4 procent van de behandelcontacten bij Parnassia Groep online.” (Zorgvisie, 25 november 2020)*

## Bronnen:

Parnassia Groep: over jaar kwart van onze behandelingen online, Zorgvisie, 25 november 2020  
KPMG, Healthcheck GGZ 2020, versnellen op veerkracht, 2020  
Zorgprestatie­model GGZ & FZ Rapportage voor besluitvorming juli 2020 (definitief)





## 3.

## Kostenbeheersing in de zorg

### Pakketbeheer

- Hoe functioneert het huidige pakketbeheer?
- Wat zijn bestaande initiatieven ten aanzien van pakketbeheer?
- Welke beleidsopties kunnen de knelpunten in pakketbeheer aanpakken?

### Bijdrage burgers

- Hoe kan het kostenbewustzijn bij burgers vergroot worden?

### Vergoeding van zorg

- Hoe functioneert de huidige bekostigingssystematiek?
- Welke beleidsopties kunnen de knelpunten in de huidige bekostigingssystematiek aanpakken?

### Beheersing kosten geneesmiddelen

- Hoe functioneert het huidige geneesmiddelenbeleid?
- Welke beleidsopties kunnen de knelpunten in het huidige geneesmiddelenbeleid aanpakken?

### Winstuitkering

- Welk effect heeft een beperkt verbod vs. een algeheel verbod op winstuitkering op de kostenbeheersing?



## Pakketbeheer

### Hoe functioneert het huidig pakketbeheer?

De aanhoudende stijging van de zorguitgaven leidt tot maatschappelijke en politieke discussies over welke zorg collectief moet worden betaald en in het basispakket hoort en welke zorg niet.

#### Inhoud basispakket

**De inhoud van het basispakket is door de overheid vastgelegd in de Zorgverzekeringswet (Zvw).** Om te zorgen dat de inhoud aansluit bij de meest recente ontwikkelingen in de medische wetenschap, is het basispakket open omschreven in de wet. Meer specifiek betekent dit dat **de inhoud van het basispakket niet is vastgelegd in een gedetailleerde lijst met behandelingen, maar in een aantal criteria waaraan zorg moet voldoen om vergoed te mogen worden.**

- Eén van deze criteria betreft het voldoen aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Dit houdt in dat **alleen wetenschappelijk bewezen effectieve zorg** (Evidence Based Medicine) deel uit kan maken van het basispakket.

Nieuwe behandelingen komen in principe zonder tussenkomst van de overheid in het basispakket. Daarom neemt men het ook wel een “open basispakket”. De overheid heeft wel de mogelijkheid om de samenstelling van het basispakket te wijzigen door – in samenspraak met het parlement – een pakketmaatregel te nemen.

#### Rollen van veldpartijen

Veldpartijen in het zorgstelsel hebben een wettelijk vastgelegde verantwoordelijkheid om op gepaste wijze gebruik te maken van het basispakket.

- *Rol zorgverlener:*

Zorgverleners voeren enkel behandelingen uit waarvan de effectiviteit voldoende is aangetoond. Bovendien geven zij enkel die behandelingen waar de patiënt ‘redelijkerwijs op is aangewezen’.

- *Rol zorgverzekeraar:*

Zorgverzekeraars vergoeden enkel de behandeling als deze aantoonbaar effectief is en als de verzekerde hier redelijkerwijs op is aangewezen.

- *Rol Zorginstituut Nederland:*

Het Zorginstituut Nederland (hierna: ZiN) komt in beeld zodra er onduidelijkheid ontstaat of zorg tot het basispakket behoort. Het Zorginstituut toetst nieuwe zorg alleen als professionals of verzekeraars er onderling niet uitkomen.



## Pakketbeheer

### Hoe functioneert het huidig pakketbeheer?

#### Knelpunten huidig pakketbeheer

In het rapport 'naar een toekomstbestendig zorgstelsel' worden de volgende 4 kanttekeningen geplaatst bij het huidig pakketbeheer:

1. **Beperkt grip op de effectiviteit en doelmatigheid van het basispakket:** Door het open pakketsysteem worden de meeste nieuwe behandelingen of medische technologieën automatisch opgenomen in het pakket. Ook wanneer deze niet bewezen effectief zijn.

*“Op dit moment is het zo dat de zorg automatisch extra geld krijgt voor kwaliteitsstijging. In tegenstelling tot alle andere collectieve sectoren is hiervoor geen politiek besluit nodig. ... De Studiegroep adviseert het volgende kabinet zich hier bewust van te zijn en indien gewenst het beleid aan te passen.”*

Studiegroep Begrotingsruimte, bestaande uit topambtenaren van verschillende ministeries, DNB en CPB - [https://www.rijksfinancien.nl/verkiezingen-en-formatie-2021/studiegroep-begrotingsruimte?language\\_content\\_entity=nl](https://www.rijksfinancien.nl/verkiezingen-en-formatie-2021/studiegroep-begrotingsruimte?language_content_entity=nl).

*“Er zit iets fout in de systematiek. Het automatisme waarmee kwaliteitsverbeteringen altijd leiden tot hogere uitgaven moet worden omgebogen... In het onderwijs bepalen de leraren niet hoe groot de klassen zijn en de generaals gaan niet over het aantal tanks. Het zijn allemaal politieke besluiten. Ons bezwaar is dat de zorg de enige sector is waar de politieke weging ontbreekt en uitgaven in andere beleidsterreinen verdringt”.*

Bas van den Dungen, Topambtenaar van Financiën, in het FD (19 oktober 2020)

2. **Zorgverzekeraars zijn afhankelijk van beroepsgroepen:** Het Zorginstituut toets alleen als professionals en verzekeraars er onderling niet uitkomen. Het Zorginstituut baseert zich op de principes van evidence based medicine, maar de richtlijnen van zorgverleners doen meestal geen uitspraken over de effectiviteit van een behandeling.
3. **Voor een groot deel van de zorg is de meerwaarde onbekend:** In het Verenigd Koninkrijk is onderzoek gedaan naar de effectiviteit van 3000 behandelingen, diagnostiek en medische technologieën. Van 51% was de meerwaarde onbekend, bij 41% was de effectiviteit redelijk aangetoond en van 8% is aangetoond dat deze geen meerwaarde heeft. In Nederland is dit niet precies onderzocht, maar Nederlandse artsenverenigingen- en koepels onderschrijven dat deze percentages voor Nederland vergelijkbaar zijn.
4. **Verouderde zorg wordt niet uit het basispakket verwijderd:** Het uitvoeren van verouderde en ondoelmatige behandelingen kost jaarlijks 3 miljard euro, blijkt uit een onderzoek door de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (2018).

De bestuursvoorzitter van de NZa, **Marian Kaljouw**, zag in de coronacrisis (uitstel of afstel van zorg) het bewijs dat niet alle behandelingen nodig zijn en dat veel meer zorg digitaal zou kunnen plaatsvinden. Ze koppelde het ook aan het systeem van marktwerking en de financiering per uitgevoerde behandeling. (Bron: NRC, 26 juni 2020).

#### Bronnen:

Naar een toekomstbestendig zorgstelsel, Brede maatschappelijke heroverweging, Rijksoverheid, 20 april 2020

Zorgprofessionals moeten voelen dat het geld kost wat ze doen, B. van den Dungen in FD, 19/10/2020

De zorg is teveel een verdienmodel geworden, M. Kaljouw in NRC, 26 juni 2020





## Pakketbeheer

# Wat zijn bestaande initiatieven ten aanzien van pakketbeheer?

Burgers betalen verplicht premie voor hun basisverzekering en mogen verwachten dat die wordt gebruikt voor zorg die effectief of noodzakelijk is. Het terugdringen van niet-gepaste zorg levert een belangrijke bijdrage aan het beheersen van de collectieve zorguitgaven.

### Programma Zinnige Zorg

In 2013 is het ZiN – in opdracht van de minister van VWS - gestart met het programma Zinnige Zorg. **Samen met zorgverleners, zorgverzekeraars en patiënten is in kaart gebracht welke behandelingen vergoed worden vanuit het basispakket, terwijl ze niet aantoonbaar effectief zijn of geen duidelijke meerwaarde hebben voor de patiënt.** Door dit niet-gepast gebruik van verzekerde zorg te verminderen, zou de doelmatigheid van het basispakket toenemen. Ook zouden kosten kunnen worden bespaard.

In een recent uitgebracht rapport (Verzekerd van zinnige zorg) concludeert de Rekenkamer dat het programma in de periode 2014-2019 de verwachtingen niet heeft waargemaakt. **Het programma heeft niet tot dusdanige veranderingen in de zorgpraktijk geleid dat hiermee betekenisvolle financiële besparingen bereikt zijn.**

*“Het verder laten oplopen van de zorgkosten, zonder te kijken of dat geld wel goed wordt besteed, is geen begaanbare weg. We betalen nu al gemiddeld 6000 euro per Nederlander aan de zorg. Als we niets doen om de zorgkosten in te dammen, gaan we in 2040 de helft van het belastinggeld betalen aan zorg. Dat is een no-go-area.”*

Sjaak Wijma, Voorzitter Zorginstituut Nederland, in AD 5 oktober 2020,

### Verklaringen voor beperkt succes Programma Zinnige Zorg

De Rekenkamer komt met een tweetal verklaringen:

- 1. Draagvlak voor de verbeterpunten is beperkt:** Beroepsverenigingen uiten inhoudelijke kritiek op de verbeterpunten die het ZiN aandraagt, en brengen dit dus niet altijd in de praktijk. Zorgverleners weten bijvoorbeeld dat aanvullende diagnostiek of nacontrole weliswaar medisch gezien onnodig kunnen zijn, maar bieden dat soms toch omdat het een patiënt gerust kan stellen.
- 2. Zorgverzekeraars kunnen uitkomsten beperkt toepassen:**
  - Het ZiN doet op basis van uitkomsten van de Zinnige Zorg-trajecten geen formele uitspraken over wat wel of niet verzekerde zorg is. Dit betekent dat de zorgverzekeraars zelf de individuele zorgaanbieders moeten overtuigen dat zij de verbeterpunten van het ZiN moeten opvolgen.
  - Het ZiN presenteert de data niet per ziekenhuis, waardoor een zorgverzekeraar niet weet welke zorgaanbieders de verbeterpunten reeds toepast, wat betekent dat analyses opnieuw moeten worden gedaan..
  - Controleren op gepast gebruik op grote schaal niet mogelijk: Het is voor zorgverzekeraars niet te beoordelen of een individuele patiënt tot de groep behoort die baat heeft bij de behandeling.
  - Geen aandacht voor verwerken verbeterpunten in bekostiging: Uiteindelijk moeten de verbeterpunten ondersteund worden met een wijze van bekostiging. Hier is in de Zinnige Zorg-trajecten geen aandacht voor.



## Pakketbeheer

# Welke beleidsopties kunnen de knelpunten in pakketbeheer aanpakken?

### Drie stappen naar verbetering

In het rapport 'naar een toekomstbestendig zorgstelsel' worden de volgende drie stappen onderscheiden om zinnige zorg en gepast gebruik te stimuleren:

1. **Op grotere schaal onderzoeken van de (kosten)effectiviteit van nieuwe en bestaande zorg in het pakket.**
  - Het ZiN kan expliciet de functie krijgen om toekomstige innovaties in kaart te brengen.
  - Een verdergaand alternatief is dat alle nieuwe medische behandelingen en technologieën verplicht moeten worden aangemeld bij het ZiN.
2. **Vertaling van onderzoek naar basispakket en implementatie in richtlijnen, door;**
  - Zorgverzekeraars alleen nog bewezen effectieve zorg in te laten kopen.
  - Het ZiN nieuwe en bestaande richtlijnen en kwaliteitsstandaarden te laten toetsen, waar deze nu nog uitsluitend door de veldpartijen wordt opgesteld.
3. **Versterking sturing op en handhaving van gepast gebruik van zorg in het basispakket, door;**
  - Het ZiN, in samenwerking met verzekeraars en de NZa, bij bepaalde indicaties de zorg te laten benchmarken op praktijkvariatie (met inachtneming van populatiekenmerken). Hierdoor wordt transparant waar sprake is van over- en onderbehandeling. Behandelingen door aanbieders boven de gestelde volumebenchmark worden niet ingekocht door de verzekeraar.

Hiermee pleit de werkgroep dus voor een stevigere positie van het ZiN voor het toetsten, sturen op en handhaven van gepast gebruik van zorg in het basispakket.

Ook de SER komt in haar rapport "Zorg voor de toekomst" tot soortgelijke conclusies:

- Kies voor één regime van toelating tot het basispakket en betrek burgers actief bij pakketbeslissingen.
- Kies voor sterkere sturing (vanuit het Zorginstituut Nederland) op gepast gebruik en zinnige zorg.



## Bijdrage burgers

# Hoe kan het kostenbewustzijn bij burgers vergroot worden?

Er zijn diverse mogelijkheden om de kostenuitgaven in de zorg te remmen. Naast effectief pakketbeheer bestaat de optie van het vergroten van kostenbewustzijn bij burgers, door de eigen bijdrage te verhogen. Het niveau van eigen betalingen in Nederland is in internationaal perspectief immers laag.

In het rapport 'naar een toekomstbestendig zorgstelsel' worden diverse opties onderscheiden waarmee de eigen betalingen verhoogd kunnen worden in de curatieve zorg en de Wmo en Wlz.

### Verhogen van de eigen betalingen in de curatieve zorg (Zvw)

- **Optie 1: Verhogen van het eigen risico** (structurele besparing 890 tot 3970 mln.).
- **Optie 2: Omzetten van het eigen risico in een eigen bijdrage per behandeling**, variërend van een vast bedrag per behandeling tot een procentuele bijdrage met een maximum (structurele besparing 510 mln.).
- **Optie 3: Invoeren van eigen betalingen voor specifieke behandelingen**, bijvoorbeeld voor hulp- en geneesmiddelen, huisartsenpost en wijkverpleging (structurele besparing 880 mln.).

### Verhogen eigen betalingen in de Wmo en de Wlz

- **Optie: Afschaffen van het abonnementstarief in de Wmo.** De eigen bijdrage wordt daarmee weer afhankelijk van inkomen en vermogen (structurele besparing 350 – 780 mln.).

### Effecten van aanpassing eigen risico

Het CPB heeft een aantal doorberekeningen gemaakt van het aanpassen van het eigen risico in de Zvw. Het eigen risico bedraagt momenteel €385, zowel in 2020 als in 2021.

#### Conclusies verhogen / verlagen eigen risico:

- Het eigen risico en de nominale premie zijn communicerende vaten: als het eigen risico omlaag gaat, gaat de premie omhoog.
- Bij een *verlaging* gaan mensen meer zorg gebruiken.
- Een *verhoging* kan leiden tot hogere private uitgaven aan zorg.
- Het budgettaire effect op de netto-collectieve zorguitgaven, van het volledig afschaffen van het eigen risico bedraagt: € 5.300 mln. per jaar.

#### Conclusies omzetten van het eigen risico in een eigen bijdrage per behandeling:

- Bij de meeste varianten daalt de opbrengst van het eigen risico. Hierdoor nemen de collectieve zorguitgaven toe.
- Mensen die maar incidenteel gebruik maken van ziekenhuiszorg of gespecialiseerde ggz, betalen minder dan in de huidige situatie. Dat betekent dat de collectief gefinancierde zorguitgaven toenemen.

#### Algemene conclusies:

- Inzichten uit de literatuur tonen aan dat bij eigen betalingen het gebruik van zowel waardevolle zorg als het gebruik van minder waardevolle zorg afneemt. Dit kan een negatief effect hebben op de gezondheid.



## Vergoeding van zorg

# Hoe functioneert de huidige bekostigingssystematiek?

De NZa (juli 2020) signaleert de volgende knelpunten in de huidige bekostigingssystematiek:

### Beloning voor leveren meer volume

In de huidige bekostigingssystematiek ontvangen veel zorgaanbieders een vergoeding per behandeling. Dit betekent dus meer inkomsten voor zorgaanbieders bij het verlenen van meer behandelingen en aan meer patiënten. Men spreekt daarom ook wel over een verdienmodel dat gebaseerd is op behandelen in plaats van het voorkomen van zorg.

Er wordt met name veel kritiek geuit door diverse partijen over de wijze van vergoeding van de medisch specialistische zorg. Zo stelt de NZa dat de bekostigingssystematiek van de medisch specialistische zorg onvoldoende stimulans bevat voor het verlenen van passende zorg:

*“Er is binnen de huidige bekostiging geen sturing op het leveren van passende zorg of op de uitkomsten, maar vooral een volumeprikkel.... In het kader van passende zorg wordt van zorgaanbieders verwacht geen niet-passende zorg te verlenen en zich ook in te zetten op substitutie van zorg, innovatie en preventie. In de huidige bekostiging zal dit financieel echter nadelig uitpakken voor de zorgaanbieder.”*

*“De zorg moet minder op productie gericht zijn. De zorg is te veel een verdienmodel geworden. **Mensen worden geprikkeld om productie te draaien.**”*

Marian Kaljouw, bestuursvoorzitter NZa in NRC, 26 juni 2020

### Meer tijd per patiënt loont niet

De huisarts wordt voor een groot deel bekostigd door een vorm van populatiebekostiging (het inschrijftarief). Dit heeft als gevolg dat er geen expliciete financiële stimulans is voor een huisarts om meer tijd te besteden aan complexe patiënten. Dat het kan lonen om meer tijd per patiënt te nemen blijkt bijvoorbeeld uit een experiment van VGZ met huisartsen in Afferden en Gorinchem; wanneer een huisarts een vergoeding krijgt voor een consult van 15 minuten (in plaats van de reguliere 10 minuten) daalt het aantal doorverwijzingen naar de medisch-specialistische zorg.

### Integraal perspectief op vergoeding zorg ontbreekt

Binnen het huidige stelsel is de regulering en bekostiging van de zorg erg gebonden aan een specifieke sector: er is veelal een bekostiging per sector, een budgettair kader zorg per sector, etc.. Hierdoor wordt samenwerking tussen zorgaanbieders en verplaatsing van zorg (substitutie) nauwelijks gestimuleerd.

### Geen stimulans voor preventie

Voor zorgaanbieders loont het investeren in preventie (voorkomen van ziekte, heropnames of complicaties) of beter gezegd in de gezondheid vaak onvoldoende. Vormen van preventie zoals de inzet van digitale zorg om bijvoorbeeld tijdig risico's te signaleren, kunnen ook leiden tot minder consulten en behandelingen en daarmee minder inkomsten.

## Vergoeding van zorg

# Welke beleidsopties kunnen de knelpunten in de huidige bekostigingssystematiek aanpakken?

### Bekostiging moet op de schop

In een gezamenlijk adviesrapport van de NZa en ZiN (27 november 2020), worden diverse aanbevelingen gedaan voor de huidige bekostigingssystematiek. Hun algemene standpunt is glashelder: 'De bekostiging moet op de schop':

- We moeten toewerken naar een **verdienmodel dat gebaseerd is op gezondheid in plaats van behandelen**;
- We moeten toewerken naar een **bekostiging die samenwerking over domeinen heen stimuleert**. Planbare en chronische zorg bekostigen op basis van zorgbundels en acute zorg op basis van beschikbaarheid. Zo'n zorgbundel is domeinoverstijgend. De fysiotherapeut, chirurg en wijkverpleegkundige worden allemaal uit hetzelfde potje betaald. Meer behandelen is dan niet meer inkomen.
- We moeten toewerken naar **één budgettair kader**. Dus niet meer per sector een apart budgettair kader. En ook niet voor elke sector een apart hoofdlijnenakkoord.
- We gaan ingrijpen op het basispakket. Zorgverleners moeten onderbouwen dat behandelingen zinnig zijn. **Als na onderzoek is vastgesteld dat behandelingen niet bewezen effectief zijn, kunnen zorgaanbieders deze niet meer declareren**. Dat is onrechtmatige zorg.

### Huisartsenzorg

Ten aanzien van de huisartsenzorg pleit de NZa in een eerder verschenen rapport (16 juli 2020) tevens voor het opvangen van de verschillen in zorgwaarde tussen patiënten, door ook per verrichting (bijvoorbeeld een consult) een vergoeding in rekening te kunnen brengen.

#### Bronnen:

Adviesrapport 'Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nu', NZa en ZiN, 27 november 2020.

Advies Stimuleren van passende zorg en digitale zorg, NZa, 16 juli 2020.



## Beheersing kosten geneesmiddelen

### Hoe functioneert het huidig geneesmiddelenbeleid?

#### Huidig geneesmiddelenbeleid

In het huidig geneesmiddelenbeleid wordt een onderscheid gemaakt tussen extramurale en intramurale geneesmiddelen. Kortgezegd zijn extramurale middelen verkrijgbaar bij de apotheek en worden intramurale geneesmiddelen in het ziekenhuis verstrekt. Voor deze twee groepen geneesmiddelen zijn de toelating tot het basispakket en de bekostiging verschillend geregeld.

- *Gesloten systeem voor extramurale geneesmiddelen:* Extramurale geneesmiddelen worden pas uit de zorgverzekering vergoed nadat ze zijn opgenomen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Bij een nieuw middel neemt de minister voor MZS daarover een besluit op basis van een advies van het Zorginstituut. Men spreekt hier van een gesloten systeem.

- *Open systeem voor intramurale geneesmiddelen:* Voor intramurale geneesmiddelen geldt daarentegen een open systeem. **Geneesmiddelen die voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, stromen in principe automatisch het basispakket in.**

Omdat er steeds meer dure intramurale geneesmiddelen instroomden, heeft de minister van VWS in 2015 de 'sluis' ingevoerd. Hiermee kan de minister op basis van financiële criteria besluiten om de automatische instroom van een nieuw duur geneesmiddel tijdelijk op te schorten. Vervolgens wordt het Zorginstituut gevraagd te adviseren over de effectiviteit en de kosteneffectiviteit van het nieuwe middel.

De sluis wordt op dit moment toegepast als de uitgaven voor een geneesmiddel naar verwachting in heel Nederland meer dan € 40 mln. per jaar zullen bedragen, of als geneesmiddelen meer gaan kosten dan € 50.000 per behandeling met een totaalbedrag van meer dan € 10 mln. per jaar.

**Ondanks kritische en soms negatieve adviezen van het Zorginstituut, zijn tot dusverre alle nieuwe geneesmiddelen tot het basispakket toegelaten.** Maatschappelijke druk speelde daarbij een rol. (Bron: Rapport Paardenmiddel of noodverband, Algemene Rekenkamer, 14 april 2020)

#### Gezamenlijke inkoop

VWS onderhandeld over dure monopolie-medicijnen waar geen competitie op zit. Deze medicijnen vormen slechts een klein deel van de nieuwe medicijnen die op de markt komen. Daar waar wel competitie bestaat, wordt het onderhandelen veelal opgepakt in gezamenlijk verband (bijv. de Santeon ziekenhuizen en de UMC's, maar ook regionale inkoopverbanden).



## Beheersing kosten geneesmiddelen

### Hoe functioneert het huidig geneesmiddelenbeleid?

Binnen het huidig geneesmiddelenbeleid zijn 3 belangrijke knelpunten zichtbaar:

#### Uitgaven geneesmiddelen groeien

**Nederland geeft per jaar ruim € 6,5 miljard uit aan geneesmiddelen:**

- Waarvan ongeveer **4,5 miljard aan extramurale geneesmiddelen** (2017). **De uitgaven aan extramurale geneesmiddelen stegen de afgelopen jaren gematigd** met gemiddeld 1,5% per jaar.
  - Bij deze gematigde ontwikkeling speelt het preferentiebeleid (waarbij de zorgverzekeraars niet meer vergoeden dan de prijs van het goedkoopste merk uit een groep van vergelijkbare geneesmiddelen) een belangrijke rol.
- Waarvan ongeveer **2 miljard aan intramurale geneesmiddelen** (2017). **De uitgaven aan intramurale geneesmiddelen groeien daarentegen sterk**, vanaf 2013 met gemiddeld ruim 8,2% per jaar.
  - Dit gaat steeds meer knellen nu is afgesproken dat de uitgaven aan medisch-specialistische zorg tot 2022 nagenoeg niet meer mogen stijgen. Uiteindelijk moeten de zorgverzekeraars zowel de reguliere zorg van de ziekenhuizen als de dure geneesmiddelen uit hetzelfde uitgavenplafond bekostigen (Algemene Rekenkamer, 14 april 2020).
  - Nieuw onderzoek wijst uit dat de fundamentele drijver van de intramurale kostenstijging de toename van het aantal gebruikers is, en niet de prijs; de gemiddelde kosten per gebruiker zijn juist gedaald (Deloitte, februari 2020)

#### Monopoliepositie nieuwe geneesmiddelen

Wanneer er een octrooi op een geneesmiddel rust en er weinig tot geen alternatieve behandelingen zijn tegen een bepaalde aandoening, heeft de fabrikant voor dat middel een (tijdelijke) monopoliepositie. **Fabrikanten met een monopoliepositie vragen steeds vaker een zeer hoge prijs** en zijn tot op heden nauwelijks bereid gebleken inzicht te geven in de prijsopbouw van hun geneesmiddelen. De hoge prijzen lijken vooral gebaseerd op het 'willingness to pay' principe, die in Nederland als welvarend land hoog is.

#### Druk op beschikbaarheid

In een rapport van Deloitte (februari 2020) wordt geconcludeerd dat de interventies om de betaalbaarheid te verbeteren leiden tot druk op de beschikbaarheid:

- **Tekort aan extramurale geneesmiddelen** en gebrek aan doorontwikkeling.
- **Meer intramurale geneesmiddelen in de sluis** met langere doorlooptijden.

Daarnaast heeft ook de coronacrisis aangetoond dat er beperkte bufferruimte in ons stelsel zit. Dit heeft de discussie opgelaaid over capaciteit en voorraden (ook terug te zien in de verkiezingsprogramma's).

*“We zijn nu doordrongen van het feit dat een groot deel van de productie van geneesmiddelen ver buiten onze macht ligt, als monopolisten in China of India het medicijn zelf of de grondstoffen leveren aan de hele wereld. De keten van levering van geneesmiddelen is erg kwetsbaar. Controle daarover hebben is noodzakelijk, dat zie je nu bij een pandemie... Als je niet meedoet, heb je het ook niet voor het zeggen. Ik zeg niet dat wij alles zelf moeten produceren, maar je moet een speler worden”.*

**Gerard Schouw**, directeur van de Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen in Zorgvisie, 12 mei 2020.

## Beheersing kosten geneesmiddelen

# Welke beleidsopties kunnen de knelpunten in het huidig geneesmiddelenbeleid aanpakken?

### Aanbevelingen SiRM

In het rapport “Op naar hoger hangend fruit” doet SiRM 2 aanbevelingen:

1. **Richt de aandacht in Nederland vooral op het optimaliseren van de huidige inkoop van innovatieve geneesmiddelen en op het stimuleren en faciliteren van gepast gebruik.**

*“Individuele ziekenhuizen hebben geen sterke positie als ze individueel onderhandelingen aangaan over monopolie-geneesmiddelen. Onderhandelingen door het miniserie van VWS zijn hier heel zinvol. Maar als er enige competitie bestaat op de markt, mag de overheid meer afstand nemen en kan het veld zich het beste inzetten via gezamenlijke inkoopverbanden.”*

2. **Zet in Europa in op het creëren van maatschappelijk aanvaardbare prijzen voor innovatieve geneesmiddelen.** Door als betalers gezamenlijk de druk op de prijs te verhogen.

### Productie & ontwikkeling geneesmiddelen in eigen land

Daarnaast pleiten diverse partijen ervoor om de **productie en ontwikkeling van geneesmiddelen weer naar Nederland te halen, zodat we niet langer afhankelijk zijn van landen als China.**

*“Niet alleen de productie van medicijnen, maar ook de ontwikkeling moet weer naar Nederland gehaald worden, want de VS en China maken daar ook de dienst uit. Nu zit de regelgeving bij ons soms nog dwars..”*

Gerard Schouw, directeur van de Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen in Zorgvisie 12 mei 2020.

### Ander prijsmodel

Tenslotte pleiten diverse partijen voor een nieuw prijsmodel voor geneesmiddelen:

*“Er komen dit jaar en de komende jaren gentherapieën beschikbaar die eigenlijk veel duurder zijn dan wat de overheid zich doorgaans veroorlooft. Betalen naar prestatie (pay for performance) kan een oplossing zijn om de innovatieve geneesmiddelen toch te kunnen vergoeden. Bij een deel van die therapieën is volgens de fabrikanten maar één behandeling nodig en heeft het medicijn levenslang effect. Voor dit soort medicijnen met eenmalige behandelingen past mogelijk een ander prijsmodel. **De klassieke p x q-manier werkt als je pillen blijft slikken, maar niet bij een eenmalige behandeling.**”* – Deloitte, februari 2020.

In Zorgkeuzes in kaart heeft het CPB o.a. de beleidsopties van pay for performance bestudeerd. Het CPB stelt dat er nog heel veel onzekerheden en belemmeringen aan het prijsmodel kleven en dat ook de effecten zeer ongewis zijn.

#### Bronnen:

Op naar hoger hangend fruit, SiRM, maart 2019.

Studie Toekomstbestendigheid Geneesmiddelenstelsel, Deloitte, februari 2020.





## Winstuitkering

# Welk effect heeft een beperkt verbod vs. een algeheel verbod op winstuitkering op de kostenbeheersing?

### Huidig (beperkt) verbod op winstuitkering

Voor alle gezonde bedrijfsvoeringen is essentieel dat (over langere termijn) winst wordt behaald. Dat geldt ook in de gezondheidszorg. **Toch is het daadwerkelijk uitkeren van die winst niet in alle zorgsectoren toegestaan.** De huidige Wet toelating zorginstellingen (WTZi) verbiedt het uitkeren van winst voor de volgende aanbieders:

- Zorginstellingen die *medisch specialistische zorg* leveren op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw); en
- Zorginstellingen die *verpleging, verzorging, begeleiding en/of behandeling van gedragswetenschappelijke aard* bieden in combinatie met Wlz-verblijf.

### Algeheel verbod op winstuitkering

In het rapport “Zorgkeuzes in kaart”, hebben het CPB en ambtenaren van de ministeries van VWS en Financiën diverse mogelijke beleidsmaatregelen in de zorg geanalyseerd. **Op verzoek van politieke partijen uit de Tweede Kamer zijn ook de effecten geanalyseerd van een algeheel verbod op winstuitkering voor alle type zorgaanbieders binnen de Zvw, Wlz, Jeugdwet en de Wmo (zie hiernaast)**

### Effect op Eigendomsrecht en vrij verkeers-bepalingen

De wetwijziging kan op gespannen voet komen te staan met het eigendomsrecht volgens artikel 1 van het Eerste Protocol bij het EVRM en de vrij verkeer-bepalingen van het VwEU.

### Effect op transitiekosten:

Het is het CPB niet gelukt om het totale budgettaire effect te kwantificeren van een algeheel verbod op winstuitkering. Enkel de bijbehorende transitiekosten zijn gekwantificeerd. Deze transitiekosten bedragen jaarlijks **€ 80 mln.** gedurende twee jaar.

### Effecten op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg:

Hieronder volgt een overzicht van mogelijke effecten op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg, gebaseerd op het onderzoek “van SiRM en Finance Ideas (juni 2019).

Mogelijke effecten op de kwaliteit van zorg	
Positief	Negatief
– voorkomen van ondoorzichtige financiële belangen die haaks staan op zorgkwaliteit	– minder investeringen in innovatie – minder aandacht voor patiëntervaring
Mogelijke effecten op de toegankelijkheid van zorg	
Positief	Negatief
– minder risico op ongewenste risicoselectie complexe patiënten – minder kwetsbaarheid voor kleine zorgaanbieders	– minder marktdynamiek (omdat toetreding minder aantrekkelijk is) – minder opties als zorgaanbieders zich terugtrekken of in fin. problemen komen. – minder klantgericht en langere wachttijden
Mogelijke effecten op de betaalbaarheid van zorg	
Positief	Negatief
– minder onwenselijke productieprikkels – minder risico op ontstaan van te machtige zorgketens (marktmacht minder aantrekkelijk als winst niet uitgekeerd mag worden) – lagere prijzen (omdat winsten niet gemaximaliseerd worden) <sup>3</sup>	– minder doelmatigheid (door ontbreken stimulans kostenbesparing) – minder flexibiliteit in financiering en hogere kapitaallasten door minder verschillende kapitaalverstrekkers

#### Bronnen:

Zorgkeuzes in kaart, Centraal Plan Bureau, 24 juli 2020.

Uitkering van dividend door zorgaanbieders: praktijkanalyse en effectanalyse, SiRM en Finance Ideas (juni 2019).



# 4.

## Menskracht in de zorg

### Arbeidsmarkt; balans tussen vraag en aanbod

- Hoe functioneert de huidige arbeidsmarkt?
- Wat zijn de prognoses voor de arbeidsmarkt?

### Werkomstandigheden

- Hoe zijn de huidige werkomstandigheden in de zorg?
- Welke huidige initiatieven trachten de werkomstandigheden te verbeteren?
- Welke (toekomstige) beleidsopties kunnen de werkomstandigheden verbeteren?



## Arbeidsmarkt; balans tussen vraag en aanbod

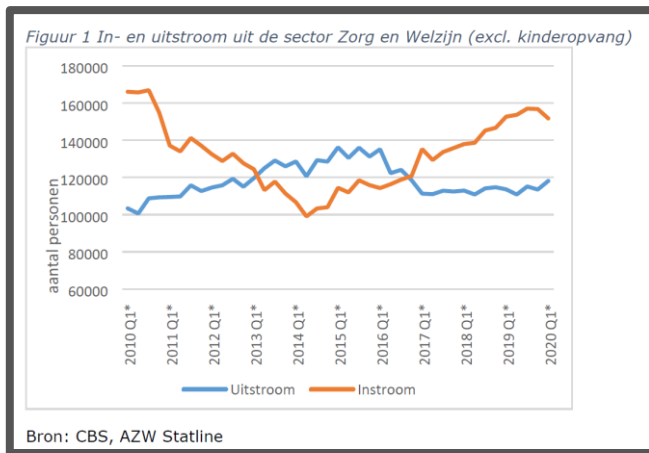
### Hoe functioneert de huidige arbeidsmarkt?

In een recente kamerbrief (4 november 2020) is de laatste stand van zaken van de arbeidsmarkt in de zorg geschetst:

#### In- en uitstroom

De hoge uitstroom uit de zorg speelt al jaren. In de onderstaande grafiek is te zien dat de uitstroom (blauwe lijn) tussen begin 2010 en begin 2016 een stijgende lijn liet zien. Vanaf begin 2017 is de uitstroom vrij stabiel, om in het eerste kwartaal van 2020 weer iets te stijgen. De instroom (oranje lijn) is tussen 2010 en 2014 flink gedaald. Tussen 2014 en 2019 is de instroom weer gestegen, om in het eerste kwartaal van 2020 weer te dalen.

**In het eerste kwartaal van 2020 hebben we dus te maken met een stijgende uitstroom en een dalende instroom.**



Bronnen:  
Kamerbrief vierde voortgangsrapportage programma Werken in de Zorg, 4 november 2020.  
Applaus is niet genoeg, Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. 10 november 2020.

#### Aantal aspecten arbeidsmarkt nader belicht

In een rapport van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving zijn een aantal aspecten van de arbeidsmarkt nader belicht:

##### Uitstroom:

- In 2019 verlieten 119.000 mensen de zorgsector.
- **Per jaar stopt gemiddeld 9% van de medewerkers met werken in de zorg.**
- **Van de zorgverleners die uit de sector vertrekken is maar liefst 40% korter dan twee jaar in dienst en 27,5% korter dan een jaar.**

##### Toename aantal zzp-ers:

- Naast een hoge uitstroom **verkiezen steeds meer zorgverleners de flexibiliteit van het zzp-schap boven werken in loondienst:** in 2007 waren er 79.000 zzp-ers en in 2018 al 129.000 zzp-ers.

##### Structurele tekorten:

De uitstroom komt bovenop de structurele tekorten:

- Het **gemiddelde verzuim van 6%** (vóór de coronacrisis) is hoog vergeleken met andere sectoren. In de sector verpleging, verzorging en wijkverpleging ligt dit nog hoger (6,8%).
- Daarnaast was in 2014 nog 17,9% van de verpleegkundigen in ziekenhuizen 55 jaar of ouder, in 2017 was dit al 21%.
- Het **aantal deeltijdwerkers in de zorg is hoog**, met name onder de beroepen waar veel tekorten zijn.
- Momenteel heeft 94% van de ziekenhuizen te maken met **moeilijk vervulbare vacatures**, o.a. voor verpleegkundigen en verzorgenden
- 10% van alle vacatures voor artsen in Nederland, betreft huisartsen.



## Arbeidsmarkt; balans tussen vraag en aanbod

### Wat zijn de prognoses voor de arbeidsmarkt?

#### Nieuw prognosemodel

In opdracht van VWS, heeft ABF Research in november 2020 een nieuwe arbeidsmarktprognose opgeleverd aan de hand van een nieuw prognosemodel. In dit nieuwe model, is onder andere gewerkt met twee verschillende coronascenario's.

*Uitkomsten nieuwe arbeidsmarktprognose (voor zorg en welzijn exclusief kinderopvang):*

- Het **verwachte arbeidsmarkttekort** ligt:
  - In 2022 tussen de 56.300 en de 73.800;
  - **In 2030 tussen de 102.600 en de 132.700;**
  - Dit bij een verwachte aantal werknemers van circa 1,32 miljoen in 2022 en circa 1,48 miljoen in 2030.
- **De grootste groei in het aantal werknemers vindt plaats bij de verpleeghuiszorg.** Met circa 285.000 werknemers nu naar ruim 400.000 in 2030. Bij ziekenhuizen gaat het om een groei van iets minder dan 220.000 nu naar bijna 240.000 in 2030.
- **De grootste tekorten worden zowel op de korte als de langere termijn verwacht in de verpleeghuiszorg en de thuiszorg.**
  - Wat betreft beroep(sgroep)en zien we dat de verwachte tekorten vooral bij zorgberoepen zitten en minder bij welzijnsberoepen.
  - De verwachte tekorten zijn het grootst bij verzorgende mbo 3 en mbo- en hbo-verpleegkundigen.

- Op basis van het corona basisscenario wordt **de volgende in- en uitstroom verwacht:**
  - in de periode 2021-2025: jaarlijkse instroom van 165.800 werknemers.
  - **In de periode 2026-2030: jaarlijkse instroom van 173.900 werknemers.**
  - In de periode 2021-2025: jaarlijkse uitstroom van 23.500 werknemers van 60 jaar en ouder.
  - **in de periode 2026-2030: jaarlijkse uitstroom van naar schatting jaarlijks 26.800 werknemers.** Het merendeel van deze werknemers gaat met pensioen.

#### Overige prognoses

Uit een grootschalig onderzoek van Nivel / Prismant naar de balans tussen vraag en aanbod in de huisartsenzorg blijkt de verwachting dat de zorgvraag in de toekomst toeneemt met 10% tot 20%.



#### Bronnen:

Kamerbrief Nieuwe prognose verwachte personeelstekort en deelrapportages van de Commissie Werken in de Zorg, 9 november 2020.  
Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg, Nivel/Prismant, november 2018

## Arbeidsmarkt; balans tussen vraag en aanbod

### Hoe zijn de huidige werkomstandigheden in de zorg?

Een belangrijk deel van de arbeidstekorten in de zorg, wordt veroorzaakt door ontevredenheid over de werkomstandigheden. In diverse rapporten wordt nader ingegaan op de knelpunten t.a.v. de huidige werkomstandigheden in de zorg, waaronder:

- 'Zorg voor de toekomst' – Sociaal-Economische Raad (SER)
- 'Applaus is niet genoeg. Anders waarderen en erkennen van zorgverleners' – Raad voor Volksgezondheid & Samenleving

#### Knelpunten volgens de SER

De SER beschrijft de volgende 3 knelpunten in de arbeidsmarkt:

##### 1. Veel kleine deeltijdbanen in de zorg

Er blijkt in de praktijk sprake van een aantal belemmeringen die grotere contracten in de weg staan, waaronder:

- Voor de zorgprofessionals hangt de wens om niet meer uren te werken vaak samen met de combinatie van werken en zorgen voor kinderen of zieke naasten. Daarnaast is het voor zorgprofessionals vaak onduidelijk wat meer uren werken financieel oplevert; dat meer werken ook tot hogere pensioenaanspraken leidt blijkt vrij onbekend.
- Voor zorgbestuurders is de focus vooral gericht op meer instroom i.p.v. het creëren van grotere banen. Kleinere banen bieden werkgevers meer flexibiliteit en minder risico's rond roosters en ziekte.

Uit een rapport van het PFZW (2020) blijkt dat bijna 25% van de zorgmedewerkers liever een groter contract wil. Roostering, flexibiliteit, beloning en een prettige organisatiecultuur zijn de belangrijkste voorwaarden om meer te willen/kunnen werken;

##### 2. Toename van zelfstandigen in de zorg

Het aandeel van zelfstandigen in de totale werkgelegenheid is de afgelopen jaren langzaam opgelopen naar 11% (2018).

- Voor zorgprofessionals worden verschillende motieven genoemd: waaronder zelfbescherming tegen de werkdruk en de administratieve lasten. Zzp'ers kunnen ook selectiever omgaan met de diensten die zij wel en niet willen draaien, waardoor het vaste personeel meer op ongunstige uren als avond en weekend wordt ingezet.
- Van de zijde van de werkgevers worden als argumenten voor de toenemende inzet van zelfstandigen genoemd: de toenemende personeelstekorten en moeilijk vervulbare vacatures. Hierdoor kunnen zzp'ers hoge tarieven vragen, die weer voor een financieel probleem zorgen aan de kant van de organisatie.

##### 3. Ruimte van de zorgprofessionals die onder druk staat

Een hoge werkdruk, weinig ervaren regelruimte, veel tijd voor administratieve lasten, weinig ruimte voor werken vanuit vakmanschap en professionele kennis en oordeel, leiden tot dalende betrokkenheid bij het werk, hoog ziekteverzuim en hoge uitstroom en vlucht in zzp-schap.

#### Bronnen:

Zorg voor de toekomst - Over de toekomstbestendigheid van de zorg, SER, juni 2020.  
Het potentieel pakken in de zorg – kansen rondom grotere deeltijdbanen, PFZW, Februari 2020.



## Arbeidsmarkt; balans tussen vraag en aanbod

### Hoe zijn de huidige werkomstandigheden in de zorg?

#### Knelpunten volgens de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving

De Raad constateert dat zorgverleners ervaren dat goed werken in de zorg niet altijd mogelijk is. De oorzaken daarvan zijn meervoudig en verschillen per beroepsgroep, maar er zijn een drietal rode draden te ontdekken:

#### 1. Het ontbreken van passende arbeidsvoorwaarden

- Gebrek aan voldoende mogelijkheden voor differentiatie en ontwikkeling, zowel in de breedte van het vak (horizontaal) als in een doorstroom naar andere functies (verticaal). Met name voor verpleegkundigen en verzorgenden blijkt scholing en ontwikkeling een knelpunt.

*“Er wordt van je verlangd dat je je door ontwikkelt, daar staan twee dagen voor. Er is geen budget voor, niet zoals bij artsen. Het persoonlijk opleidingsbudget was er ooit wel, maar dat is weer afgeschaft.”*

Verpleegkundige in 'Applaus is niet genoeg'

- Gebrek aan flexibiliteit in contractvorm in relatie tot levensfasen. De contractvorm is vooral bij verzorgenden een knelpunt. Er is bijvoorbeeld zelden sprake van flexibiliteit in de omvang van het contract. Kleine contracten (minder dan 24 uur per week, soms verspreid over een groot aantal dagen) zijn de norm.
- Gebrek aan voldoende en passende beloning. Binnen de zorg is de ongelijkheid in beloningen groot, en is niet altijd helder hoe deze verschillen in beloning samenhangen met verschillen in taken en verantwoordelijkheden.

#### 2. Het ontbreken van zeggenschap

- Zorgverleners willen zeggenschap over de manier waarop zij hun werk indelen. Ze vinden het belangrijk om voldoende tijd te hebben voor de patiënt, voor niet-patiëntgebonden taken én voor herstel van het werk. Zeggenschap daarover bevordert het werkplezier.

#### 2. Knelpunten in de totstandkoming van vruchtbare samenwerking

Goede samenwerking is van groot belang voor zorgverleners; zij beschouwen dit als één van de belangrijke voorwaarden om hun werk goed te kunnen doen. Maar in de praktijk blijkt dat lastig te zijn. Dat heeft allerlei redenen:

- In de samenwerking tussen arts – patiënt, is er regelmatig sprake van een mismatch in verwachtingen, door gebrek aan tijd voor het goede gesprek.
- Door menskrachtekorten is het momenteel lastig om binnen teams tot een optimale skill mix te komen.



## Arbeidsmarkt; balans tussen vraag en aanbod

### Welke huidige initiatieven trachten de werkomstandigheden te verbeteren?

Uit voorgaande blijkt dat de zorg te maken heeft met structurele tekorten aan zorgpersoneel, waarvan een groot deel veroorzaakt wordt door ontevredenheid over de werkomstandigheden. Het is dan ook van essentieel belang dat beleid wordt ontwikkeld dat hier een oplossing voor biedt.

#### Huidig beleid

**In 2018 is het actieprogramma 'Werken in de Zorg' gestart. Met als hoofddambitie: meer, tevreden en goed toegeruste medewerkers.**

Elke regio heeft een regionaal actieplan aanpak tekorten (RAAT) opgesteld met de regionale opgave, doelen en concrete acties. Het VWS-regioteam ondersteunt de regio's in de uitvoering van die acties. De door VWS ingestelde Commissie Werken in de Zorg volgt de voortgang en voorziet zowel de regio's als VWS van advies. En via data-driven monitoring is voor iedereen te volgen in welke mate de acties helpen om de opgave effectief aan te pakken.

#### Het programma kent 3 actielijnen:

1. Meer kiezen voor de zorg (kernindicator is meer instroom)
2. Beter leren in de zorg (kernindicator is meer scholing)
3. Anders werken in de zorg (kernindicatoren zijn minder ziekteverzuim en uitstroom en meer gebruik van technologie en innovatie)

**Met deze drie actielijnen wil men duidelijk laten zien dat het niet alleen om meer, maar ook om beter en anders gaat.**

#### Continuering actieprogramma Werken in de Zorg

Het actieprogramma Werken in de Zorg loopt in 2021 af, inclusief de daarvoor beschikbare middelen. **De huidige situatie op de arbeidsmarkt is aanleiding om het actieprogramma Werken in de Zorg ook na 2021 te continueren.** En wel als volgt:

- het kabinet stelt voor de komende periode extra middelen beschikbaar. Voor 2021 gaat het om 20 miljoen euro extra. Dit is bovenop de middelen die al voor 2021 waren gereserveerd. Om de activiteiten ook na 2021 te kunnen voortzetten en intensiveren stelt het kabinet in 2022 80 miljoen euro beschikbaar en vanaf 2023 130 miljoen euro structureel.
- Het actieprogramma richt zich onder andere op die factoren die maken dat zorgprofessionals vertrekken uit de zorg. Het zijn vooral de werkomstandigheden – meer dan het vak zelf - die leiden tot uitstroom. Een gebrek aan loopbaanmogelijkheden, gebrek aan uitdaging, niet tevreden met de manier waarop leiding wordt gegeven en ook salaris zijn veel gehoorde vertrekredenen. Lees hierover meer op de volgende pagina.



## Arbeidsmarkt; balans tussen vraag en aanbod

### Welke huidige initiatieven trachten de werkomstandigheden te verbeteren?

#### Focus op factoren die uitstroom vergroten

Het actieprogramma Werken in de Zorg richt zich onder andere op die factoren die maken dat zorgprofessionals vertrekken uit de zorg. Meer specifiek richten het programma zich de komende jaren op 3 pijlers:

#### 1. Meer mogelijkheden voor loopbaanontwikkeling

Loopbaanmogelijkheden en meer uitdaging zijn de meest genoemde redenen voor uitstroom. Het is belangrijk dat zorgprofessionals gestimuleerd worden om stappen te blijven zetten en met vragen over loopbaanontwikkeling ergens terecht kunnen.

#### 2. Meer ruimte en tijd

Hieronder valt onder andere:

- a) Randvoorwaarden voor meer uren werken: de gemiddelde contractomvang in de zorg is 0,68 fte, terwijl 1 op de 4 van de zorgprofessionals aangeeft het liefst een groter contract te willen.
- b) Minder administratieve lasten: het programma (Ont)Regel de Zorg loopt nu ruim 2 jaar. Het kabinet stelt middelen beschikbaar om de aanpak na 2020 te continueren.

#### 3. Meer regie en zeggenschap

Chief Nursing Officer (CNO) Bianca Buurman heeft recent in opdracht van het kabinet een advies uitgebracht hoe de positionering van verpleegkundigen en verzorgenden te versterken. De CNO adviseert o.a. om een onafhankelijke commissie Verpleging en Verzorging in te stellen (met daarin verpleegkundigen en verzorgenden uit alle sectoren) die de acties op bovengenoemde onderwerpen uitwerkt en monitort, en daarover direct rapporteert aan de Minister voor Medische Zorg en Sport. Dit idee spreekt het kabinet aan en wordt verder uitgewerkt.

#### Tijdelijke SER-commissie

In aanvulling op de middelen die beschikbaar worden gesteld voor het actieprogramma 'Werken in de Zorg', heeft het kabinet de SER gevraagd om een tijdelijke SER-commissie op te stellen.

**Deze tijdelijke commissie heeft de opdracht om een verkenning uit te voeren gericht op specifieke knelpunten én kansen in de arbeidsvoorwaarden, die bij kunnen dragen aan instroom, behoud, werkplezier en waardering in de brede zin van het woord.**

Bijzondere aandacht gaat uit naar de volgende beroepsgroepen: huishoudelijke hulp, helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen. De verkenning moet voor 1 april 2021 zijn afgerond, zodat de uitkomsten betrokken kunnen worden bij de formatie van het volgend kabinet





## Arbeidsmarkt; balans tussen vraag en aanbod

# Welke (toekomstige) beleidsopties kunnen de werkomstandigheden verbeteren?

Recent zijn diverse rapporten verschenen waarin adviezen zijn opgenomen die de werkomstandigheden in de zorg verder kunnen verbeteren. Van twee van deze rapporten zijn de belangrijkste adviezen kort samengevat.

### Adviezen in het RVS rapport 'Applaus is niet genoeg'

**De raad doet een drietal aanbevelingen om zorgverleners te behouden voor de zorg.** Bovendien stelt de raad dat álle betrokken partijen (Rijksoverheid, NZa, zorgverzekeraars, werkgevers, etc.) een rol hebben bij de oplossing.

*“Gezien de complexe zorgpraktijk ligt de oplossing niet alleen bij werkgevers, de overheid óf een andere partij. De oplossing vraagt om een gezamenlijke inspanning van álle betrokken partijen om het werk van zorgverleners nuttig en zinvol te maken.”*

#### 1. Anders waarderen door betere arbeidsvoorwaarden

- De Rijksoverheid zou sector-overstijgende afspraken over de arbeidsvoorwaarden van verpleegkundigen en verzorgenden in cao's moeten aanjagen.
- De Rijksoverheid en de NZa kunnen financieringsvormen vaststellen die het bijvoorbeeld ook mogelijk maken om niet-cliëntgebonden uren te vergoeden.
- Werkgeversorganisaties en vakbonden dienen concrete afspraken over budget en tijd voor opleidings- en scholingsmogelijkheden te verankeren in cao's.
- Zorgverzekeraars dienen de duurzame inzetbaarheid van personeel mee te nemen bij de bekostiging van zorg.

**“Hogere beloning zoals voorgesteld door de RVS kan averechts werken en ertoe leiden dat verzorgenden minder uren gaan werken. Dit komt omdat hogere salarissen ertoe leiden dat verzorgenden minder kinderopvang-toeslag, zorgtoeslag en huurtoeslag ontvangen.....Er zou iets gedaan moeten worden aan het toeslagenstelsel dat vrouwen nu gevangen houdt in deeltijdbanen.”**

Wim Groot, hoogleraar gezondheidseconomie aan de Universiteit Maastricht in Zorgvisie, 11 november 2020.

#### 2. Anders waarderen door zeggenschap te erkennen en te verankeren

- de Raad beveelt werkgevers aan om de zeggenschap van zorgverleners in alle lagen van de organisatie te verankeren. Een eerste stap die gezet moet worden is dat verpleegkundigen op gelijke voet met de medische staf participeren in het management van de organisatie.
- Daarnaast beveelt de Raad aan om verpleegkundigen deel te laten uitmaken van de raad van bestuur van een organisatie.

#### 2. Anders waarderen door goede samenwerking mogelijk te maken

- De Raad beveelt werkgevers aan om uitwisseling van zorgverleners tussen en binnen organisaties mogelijk te maken. Zorgverzekeraars dragen hieraan bij middels financieringswijzen die dit faciliteren.
- De Raad adviseert V&VN, LHV, InEen, NHG en VPH om zich anders en beter te positioneren op landelijk niveau, met een focus op samenwerking met andere beroepsgroepen.
- De Raad beveelt zorgopleidingen nadrukkelijk aandacht te besteden aan interdisciplinaire samenwerking in de zorg.



## Arbeidsmarkt; balans tussen vraag en aanbod

# Welke (toekomstige) beleidsopties kunnen de werkomstandigheden verbeteren?

### Adviezen in het SER rapport 'Zorg voor de toekomst'

De SER komt op basis van de door haar geschetste knelpunten (zie pagina 54) tot de volgende 7 adviezen:

#### 1. Werk structureel aan meer professionele ruimte en minder regeldruk voor zorgprofessionals

- De partij die lasten oplegt, dient een vergoeding te geven aan de andere partij voor de uitvoering van die lasten.
- De centrale overheid dient te komen tot een standaardisering en coördinatie van de elektronische informatie-infrastructuur.
- Er dient een totaaloverzicht te komen van de bronnen van regeldruk.

#### 2. Bereid zorgprofessionals beter voor op ingrijpende veranderingen in hun werk (digitale transformatie)

- Een gecoördineerde actie is nodig om te zorgen dat in alle zorg- en welzijnsopleidingen meer aandacht komt voor de ingrijpende veranderingen van digitalisering voor de aard van het werk.

#### 3. Bied stabiliteit in beleid en financiering van de zorg

#### 4. Heb aandacht voor duurzame inzetbaarheid van alle werkenden

- Voorstel is om via de "actie-agenda leven lang ontwikkelen" goede voorbeelden op te halen van leven lang ontwikkelen in de zorg en hier succesfactoren uit te destilleren.

#### 5. Werk aan grotere banen (meer uren per week)

- Het is nodig dat werkenden in de zorg in staat worden gesteld om meer uren per week te werken. Het is nu zo dat inkomensverbetering van meer uren werken, grotendeels verdwijnt door inkomensafhankelijke belastingen en toeslagen.

#### 5. Beheers de groei van zzp-schap

- De recente groei van het aantal zzp-ers in delen van de zorg, ontwricht de verhoudingen binnen organisaties (zzp'ers genieten veelal prettigere werktijden en een hoger inkomen).
- Een punt van zorg is verder dat er voor zzp'ers geen scholing is geregeld, waardoor zzp'ers de aansluiting op ontwikkelingen en kwaliteitseisen in de zorg missen.
- Meer regelruimte voor zorgprofessionals en het verbeteren van het werkgeverschap kan de drang naar het zzp-schap afremmen.

#### 5. Ondersteun goed werkgeverschap en leiderschap en zorg voor opschaling van good practices

- Naar het oordeel van de raad is een minder vrijblijvende aanpak nodig om succesvol gebleken voorbeelden van betere zorg sneller tot de landelijke norm te maken. Daarmee moet de "not-invented here"-cultuur die er soms is, doorbroken worden.
- In dit kader vraagt de raad om een aanpak van de praktische belemmeringen (zoals BTW heffing en mededingingskwesaties) voor werkgevers die willen samenwerken of medewerkers willen uitlenen in het kader van arbeidsmarktprogramma's.

#### 5. Versterk de ondersteuning van informele zorg en mantelzorg

- Het is belangrijk dat wie zorg wil, of moet, gaan verlenen, daar niet financieel voor wordt gestraft. Voor sociale partners ligt er de opgave om in sectoren en cao's maatwerkafspraken te maken die dit ondersteunen.





# 5.

## Preventie in de zorg

### Preventie

- Wat is de waarde van preventie in ons zorgstelsel?
- Hoe functioneert het huidige preventiebeleid?
- Welke beleidsopties kunnen preventie een grotere plaats geven in ons zorgstelsel?



## Preventie

# Wat is de waarde van preventie in ons zorgstelsel?

### Waarde van preventie

Een werkgroep van topambtenaren omschrijft de waarde van preventie als volgt (april 2020):

*“Het verbeteren van de gezondheid en het voorkomen van zorg begint bij preventie. **Met preventie kan worden voorkomen dat mensen meer of zwaardere zorg nodig hebben.**”*

Volgens de SER (juni 2020) draagt preventie vooral indirect bij aan de betaalbaarheid en houdbaarheid van de gezondheidszorg:

*“**Het is onzeker of meer inzet op preventie ook direct leidt tot een vermindering van de groei van de zorguitgaven.** Preventie grijpt immers in op de vraag naar zorg, maar de vraag naar zorg verdwijnt niet als mensen langer gezond leven. Dat neemt niet weg dat preventie naar mening van de raad een onschatbare bijdrage levert aan de gezondheid en het welbevinden van de Nederlandse bevolking.”*

*“**Deze verbeteringen in gezondheid dragen volgens de raad vooral indirect bij aan de houdbaarheid van de gezondheidszorg (door langere inzetbaarheid van mensen).**”*

### Reikwijdte van preventie

De SER trekt in het rapport ‘Zorg voor de toekomst’ preventie breder dan sec het zorgdomein:

*“Preventie draait om het lichamelijk en mentaal gezond maken en houden van mensen en van hun omgeving: de stad, de wijk, de school en de werkplek. Het gaat om het bijsturen van individueel en collectief gedrag, maatschappelijke normen en waarden en ingrepen in de leefomgeving.”*

*“**Artsen richten zich te veel op het beter maken van ernstig zieke patiënten, terwijl de gezondheidsproblemen vaak een oorsprong hebben in andere domeinen:** arbeidsperspectieven, woningmarkt en de leefomgeving. Artsen moeten uit hun comfort zone komen en ook kijken met de blik van iemand uit een ander domein. Ze richten zich nu op het genezen van ernstig zieken patiënten, terwijl veel van de problemen die ze behandelen niet een puur medisch probleem is en dus geen medische “fix” vereist. Ze zouden veel meer ziekten kunnen voorkomen als ze zich bezig zouden houden met bijvoorbeeld het structureel voorkomen van chronische stress.”*

Jet Bussemaker, Voorzitter RVS in Zorgvisie (7 oktober 2020).

#### Bronnen:

Naar een toekomstbestendig zorgstelsel, Brede maatschappelijke heroverweging, Rijksoverheid, 20 april 2020.

Zorg voor de toekomst - Over de toekomstbestendigheid van de zorg, SER, juni 2020.

Artsen, kom uit je bubbel, J. Bussemaker in Zorgvisie, 07/10/2020



## Preventie

# Hoe functioneert het huidig preventiebeleid?

### Te weinig stimulans

Volgens een werkgroep van topambtenaren (april 2020) ondervinden stelselpartijen **te weinig stimulans voor preventie omdat de baten vaak pas later worden gerealiseerd en niet altijd ten deel vallen aan de partij die ook opdraait voor de kosten, en vanwege schotten tussen zorgdomeinen.**

Ook volgens Jos, directeur Buurtzorg schiet het al tien jaar niet op met preventie. Hij geeft hiervoor de volgende verklaringen Blok (september 2020):

**“De prikkels in het zorgstelsel liggen dus verkeerd. Ook is de verantwoordelijkheid voor preventie niet helder belegd in de vijf zorgwetten. De Zvw, Wlz, Wmo, Jeugdzorg en de wet publieke gezondheidszorg gaan vooral over verantwoording en governance. ‘Een groot gemis is dat de landelijke overheid al zeker tien jaar geen lange termijn visie op preventie heeft. Het gaat met preventie allemaal zo traag’.**

### Nadruk teveel op medische behandeling

BMH in Naar een toekomstbestendig zorgstelsel

*“Daar komt bij dat de oorsprong van een deel van de zorgvraag voor een deel van de bevolking niet, of slechts ten dele, medisch van aard is, maar voortvloeit uit of mede samenhangt met een complex aan sociaaleconomische factoren en levensomstandigheden. De nadruk ligt nog te vaak op medische behandeling. **Niet op elke behoefte van mensen past een medisch antwoord en de beste zorg wordt niet per definitie met medicijnen of in het ziekenhuis gegeven.**”*

*“Het probleem is enorm groot, de ongelijkheid complex. Dat los je niet op met een “vettax” en een andere kleur sigarettenpakjes. Maar het inzicht dat al die domeinen op elkaar inhaken groeit.”*

Jet Bussemaker, Voorzitter RVS in Zorgvisie (7 oktober 2020).

#### Bronnen:

Naar een toekomstbestendig zorgstelsel, Brede maatschappelijke heroverweging, Rijksoverheid, 20 april 2020.

Het schiet al tien jaar niet op met preventie, Jos Blok in Zorgvisie, 3 september 2020  
Artsen, kom uit je bubbel, J. Bussemaker in Zorgvisie, 07/10/2020



## Preventie

# Welke beleidsopties kunnen preventie een grotere plaats geven in ons zorgstelsel?

### Beleidsopties volgens een werkgroep van topambtenaren

Een werkgroep van topambtenaren, schets in het rapport 'Naar een toekomstbestendig zorgstelsel' de volgende beleidsopties:

#### 1. Meerjarige polissen zorgverzekeraars

Een langere contractduur biedt zorgverzekeraars sterkere prikkels om te investeren in de gezondheid van verzekerden, omdat de kans dat de baten neerslaan bij een concurrent kleiner worden.

#### 2. Verbetering prikkels preventie voor zorgverzekeraars via volledige ex-post vergoeding

Het is van belang dat zorgverzekeraars ook voldoende financiële stimulans ondervinden om te investeren in de opschaling van preventieactiviteiten. Verzekeraars krijgen daarbij de kosten die ze maken achteraf volledig vergoed via de risicoverevening.

#### 3. Invoeren van een financiële prikkel voor gemeenten om doorstroom naar de ouderenzorg (en Zvw) te beperken.

Bij deze beleidsoptie krijgen gemeenten additionele middelen als er minder mensen in de (vaak duurdere) Wlz terecht komen.

#### 4. Verankeren wettelijke taak preventie bij gemeenten

Voor specifieke preventieactiviteiten die inzet van gemeenten verlangen, bijvoorbeeld het aanbod van valpreventie cursussen, worden de taken van gemeenten expliciet opgenomen in de Wet publieke gezondheid.

#### 5. Prijsmaatregelen, regulering en campagnes (universele preventie)

Voorbeelden zijn accijnsverhoging alcohol, accijns op ongezonde voeding, suikertaks etc.

### Beleidsopties volgens de SER

De SER komt met de volgende aanbevelingen voor toekomstig preventiebeleid:

#### 1. Preventie vergt een langetermijnvisie

De resultaten van preventieve interventies liggen (ver) in de toekomst en de baten daarvan ook. Als preventie wordt beoordeeld op korte termijn resultaten, is het bij voorbaat kansloos.

#### 2. Er is een structurele financiering van preventie nodig

3. Er moet structureel ingezet worden op integrale preventieprogramma's  
Onderzoek laat zien dat het gelijktijdig inzetten van meerdere integrale maatregelen vaak meer effect hebben dan individuele (leefstijl)interventies.

#### 4. Integrale preventie vraagt om betere en intensievere samenwerking, geen verkokering

Op lokaal niveau, tussen verschillende soorten professionals en binnen en tussen ministeries.

#### 4. De werkplek is één van de belangrijkste plekken voor preventie

Er zou veel gewonnen kunnen worden door preventie financieel aantrekkelijker te maken voor werkgevers.

#### 6. 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."

#### Bronnen:

Naar een toekomstbestendig zorgstelsel, Brede maatschappelijke heroverweging, Rijksoverheid, 2020. Zorg voor de toekomst - Over de toekomstbestendigheid van de zorg, SER, juni 2020.



## Preventie

# Welke beleidsopties kunnen preventie een grotere plaats geven in ons zorgstelsel?

### Nationaal preventiefonds

In het Nationaal Preventieakkoord (november 2018) wordt gesproken over het **oprichten van een nationaal preventiefonds**.

Het CPB heeft de optie van een nationaal preventiefonds nader uitgewerkt:

- Dit preventiefonds zou moeten worden ingesteld door het Rijk, **met als doel om preventieve activiteiten te financieren die kosteneffectief en evidence based zijn.**
- **Dit fonds wordt jaarlijks door het Rijk gevoed met een bedrag gelijk aan 1% van de geraamde premieopbrengsten van de Zvw of 10% van de geraamde opbrengsten uit de tabaksaccijns.**
- **Ook gemeenten en zorgverzekeraars worden gevraagd financieel bij te dragen** en samen met het Rijk het fonds te beheren.
- **Het preventiefonds financiert activiteiten die bijdragen aan extra gezonde levensjaren van kwetsbare groepen in Nederland.** Gedacht kan worden aan tiernermoederopvang, het voorkomen van echtscheidingen, e-health en domotica, leefstijl coaching, gezonde schoolmaaltijden, opsporing van ziekten en sportvoorzieningen.

### Uitvoerbaarheid, investering en effecten nationaal preventiefonds

Vervolgens heeft het CPB de uitvoerbaarheid, benodigde financiële investeringen en effecten van een nationaal preventiefonds in kaart gebracht.

#### Uitvoerbaarheid:

Gelet op de grote jaarlijkse bijdrage vanuit het Rijk zal een **wetgevingsproces gewenst zijn. Dit vergt ca. 2 jaar.**

#### Investering:

Afhankelijk van de gekozen financiering bedraagt de jaarlijkse investering in het fonds **300 – 470 mln.**

#### Effecten:

**De opbrengsten van preventiebeleid slaan niet altijd neer bij de partij die hierin investeert.** Zorgverzekeraars kunnen bijvoorbeeld profiteren van uitgaven aan preventie door andere zorgverzekeraars, of door gemeenten. **Een gezamenlijk beheerd fonds kan het belemmerende effect hiervan op investeringen in preventie beperken.**

De verwachting is dat het fonds voornamelijk activiteiten financiert voor mensen met een slechtere gezondheid. Doordat deze mensen hier gebruik van maken zal hun gezondheid verbeteren en dit draagt bij aan **meer gezonde levensjaren** en aan **vermindering van gezondheidsverschillen.**





## 6.

## Verkiezings- programma's politieke partijen

### Inleiding

- [Welke 7 \(concept\)verkiezingsprogramma's hebben we geanalyseerd?](#)
- [Welke thema's hebben we geanalyseerd?](#)

### Organisatie van de zorg

Wat zeggen de 7 partijen over:

- [Marktwerking?](#)
- [Winstuitkering?](#)
- [De rol van zorgverzekeraars?](#)
- [De rol van gemeenten?](#)
- [Digitale transformatie?](#)
- [Ziekenhuiszorg?](#)
- [Ouderenzorg?](#)
- [Jeugdzorg?](#)
- [GGZ?](#)

### Kostenbeheersing in de zorg

Wat zeggen de 7 partijen over:

- [De bijdrage van burgers?](#)
- [Pakketbeheer?](#)
- [De vergoeding van zorg?](#)
- [Geneesmiddelen?](#)

### Menskracht in de zorg

Wat zeggen de 7 partijen over:

- [Waardering en vertrouwen zorgverleners?](#)
- [Regeldruk?](#)
- [Werkvorm medisch specialisten?](#)

### Preventie in de zorg

Wat zeggen de 7 partijen over:

- [De inzet van preventie?](#)
- [De bekostiging van preventie?](#)





## Inleiding

### Welke 7 (concept)verkiezingsprogramma's hebben we geanalyseerd?

We hebben de zorgparagraaf bestudeerd van de verkiezingsprogramma's van de 7 partijen die momenteel de meeste zetels in de Tweede Kamer hebben, te weten:



“EEN ZORGZAAM LAND”



“ZORG VOOR IEDEREEN  
DIE DAT NODIG HEEFT”



“HOE VRIJ ZIJN WIJ, ALS  
GEZONDHEID JE KANSEN BEPERKT?”



“ONS PLAN VOOR LIEFDEVOLLE  
ZORG”



“ZORG DIE VOOR IEDEREEN  
BESCHIKBAAR, BEREIKBAAR  
EN BETAALBAAR IS”



“VOLKSGEZONDHEID  
EN ZORG”



PARTIJ VOOR DE  
**VRIJHEID**

“UW ZORG”



## Inleiding

### Welke thema's hebben we geanalyseerd?

In de verkiezingsprogramma's staan 4 thema's centraal (deze thema's zijn vergelijkbaar met de thema's uit hoofdstuk 2 t/m 5 uit dit rapport). Vervolgens wordt in de verkiezingsprogramma stelling genomen t.a.v. een aantal sub thema's. Per sub thema zijn de standpunten van de 7 partijen samengevat.



## Organisatie van zorg

### Wat zeggen de 7 partijen over Marktwerving?

**SP.**

#### We maken een einde aan marktwerving in de zorg

- Partijen van rechts tot links maakten van de zorg een 'markt', met **winst over de rug van de patiënten**.

**GROEN LINKS**

#### We schaffen de marktwerving in de zorg af

- Zorg kan en moet gaan over **samenwerking** tussen organisaties, solidariteit tussen mensen die ziek en gezond zijn en waardering voor professionals.
- Goede zorg vraagt om een krachtige overheid die zorg garandeert voor wie dat nodig heeft.

**D66**

#### Nieuwe balans tussen marktwerving en samenwerking in de zorg

- We zien dat de concurrentie tussen zorgaanbieders noodzakelijke samenwerking en veranderingen in het zorgaanbod belemmert.
- Wij willen het zorgstelsel verbeteren door de **overheidsregie te versterken** en de zorg **minder productiegericht** te maken.

**PvdA**

#### Niet de markt maar de mens centraal

- Te vaak zorgde de **marktwerving** ervoor dat samenwerking werd bestraft en alleen concurrentie werd beloond.
- We passen de **Mededingingswet** aan zodat alle zorgverleners in de eerste lijn **ongehinderd** kunnen **samenwerken** (o.a. in gezondheidscentra).

**CDA**

#### Minder marktwerving, meer samenwerking

- We gaan de zorg anders en beter organiseren: met **minder marktwerving en meer samenwerking**.

**VVD**

#### Marktwerving mag geen doel op zich zijn

- Dankzij elementen van marktwerving in de zorg kunnen we met succes de beste zorg bieden en de **kosten voor iedereen betaalbaar** houden.
- We pakken problemen aan als gevolg van doorgeschoten marktwerving, zoals zorgcowboys die sjoemelen met zorggeld.

**PARTIJ VOOR DE VRIJHEID**

#### Minder concurrentie in de tweede lijn

- Geen concurrentie meer **tussen streekziekenhuizen en gespecialiseerde ziekenhuizen**
- Geen concurrentiebeding meer **voor specialisten die een kliniek in een wijk beginnen**.



## Organisatie van zorg

### Wat zeggen de 7 partijen over Winstuitkering?

**SP.**

#### We stoppen het gegraai

- Voor alle zorg gaat een **verbod gelden op winstuitkeringen**.
- **Bestuurders** mogen **niet langer financiële belangen** hebben in de bedrijven die door de eigen zorginstelling worden ingehuurd.
- **Zorgbestuurders en consultants** mogen voortaan **niet méér verdienen dan de premier**.

**GROEN LINKS**

#### Zorg en winst horen niet bij elkaar

- **Geen** enkele zorgorganisatie of zorgverzekeraar mag nog met publiek geld **winst** uitkeren.

**D66**

Geen stellingname

**PvdA**

#### Zorgverzekeraars mogen geen winst maken

- **Verbod op winstuitkeringen** van **zorgverzekeraars**. Het geldt dat wij samen opbrengen voor de zorg gaat naar de zorg, niet naar de winsten van de verzekeraars.

**CDA**

#### De zorg is geen markt

- **Winstuitkeringen in de zorg** worden **verboden**.

**VVD**

#### Stimulering van investeringen in betere zorg

- Voor de **medisch-specialistische zorg en intramurale zorg** komt een **uitzondering op het verbod op winstuitkering**. Daarbij gelden wel voorwaarden, zoals solvabiliteit en goed bestuur.

**PARTIJ VOOR DE VRIJHEID**

#### Verbod op winstuitkering

- **Verbod op winstuitkering**



## Organisatie van zorg

### Wat zeggen de 7 partijen over de rol van Zorgverzekeraars?

#### **SP.** Zorgverzekeraars verdwijnen

- In plaats van talloze zorgpolissen en zorgverzekeraars komt er een **Nationaal Zorgfonds**.

#### **GROEN LINKS**

#### Van zorgverzekeraars naar publieke zorgfondsen

- De zorgverzekeraars vormen we om tot **publieke zorgfondsen**.
- Doordat zorgprofessionals niet meer te maken hebben met meerdere zorgverzekeraars zijn ze veel minder tijd kwijt aan administratie.

#### **D66**

#### Gelijk speelveld

- **Zorgverzekeraars krijgen meer financiële compensatie** om mensen met hoge zorgkosten te verzekeren. Zo creëren we een gelijk speelveld.
- **De NZa gaat kritischer kijken naar de machtsverhoudingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars:** en indien nodig contracten afdwingen.

#### **PvdA** Geen regierol meer voor zorgverzekeraars

- **De Rijksoverheid stelt een spreidingsplan** op en is eindverantwoordelijk voor de universeel toegankelijke basisvoorzieningen.
- **Zorgverzekeraars krijgen een meer administratieve rol.**

#### **CDA**

#### Gezamenlijke investering in preventie door zorginkopers

- Wij willen **regionale preventiefondsen** waarin gemeenten, zorgkantoren, verzekeraars en zorgorganisaties gezamenlijk investeren in preventie en gezond leven en vervolgens gezamenlijk delen in de opbrengsten van lagere zorgkosten.

#### **VVD**

#### Nieuwe rol zorgverzekeraars

- Mogelijkheid tot **meerjarige verzekeringspolissen**, zodat het aantrekkelijker wordt om te investeren in preventie.
- **Collectiviteitskortingen worden afgeschaft** en we gaan de **wildgroei aan sterk op elkaar lijkende polissen** tegen.
- Experimenten waarbij **verzekeraars zelf zorg kunnen aanbieden** (privacy van medische gegevens moet geborgd zijn).



Geen stellingname



## Organisatie van zorg

### Wat zeggen de 7 partijen over de rol van Gemeenten?

#### SP Invoering gemeentelijk basispakket

- We voorkomen dat de zorg per gemeente verschilt, door **invoering van een gemeentelijk basispakket** voor o.a. de thuiszorg, dagbesteding en ondersteuning voor mantelzorg (respijtzorg).
- Door gemeenten voldoende middelen te geven voor de zorgtaken wordt de **eigen bijdrage overbodig**.



#### GROEN LINKS Voldoende geld voor gemeenten

- We **stoppen** met het **verplicht Europees aanbesteden** van zorg in gemeenten.
- We **verhogen de bijdrage aan het gemeentefonds** zodat gemeenten voldoende geld hebben voor het goed lokaal organiseren van zorg en ondersteuning.



#### D66 Versterking wettelijke taak van gemeenten

- We stimuleren gemeenten om te kijken naar de **samenhang tussen werkloosheid, schulden, gezondheid en gezinssituatie**.
- D66 wil een **alternatief verrekenmodel** in de bijdrage aan gemeenten vanuit het Rijk, met meer aandacht voor de specifieke uitdagingen.



#### PvdA Basis op orde

- We **schaffen het abonnementstarief WMO af**, omdat deze onafhankelijk is van inkomen of samenstelling van het huishouden.
- We zorgen dat gemeenten **basisinfrastructuur WMO** in wijken en dorpen **op orde** hebben. Zo krijgen inwoners voldoende ondersteuning vanuit kinder- en jongerenwerk, opbouwwerk, maatschappelijk werk en ouderenwerk.



#### CDA Gezamenlijke investering in preventie door zorginkopers

- Wij willen **regionale preventiefondsen** waarin gemeenten, zorgkantoren, verzekeraars en zorgorganisaties gezamenlijk investeren in preventie en gezond leven en vervolgens gezamenlijk delen in de opbrengsten van lagere zorgkosten.



#### VVD De patiënt centraal stellen

- **Betere samenwerking en afstemming** van het zorgaanbod tussen zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten en zorgaanbieders in de regio om zo de patiënt meer centraal te stellen.
- **Eén aanspreekpunt** bij gemeente en zorgkantoor samen om patiënten te helpen bij het vinden van de juiste zorgorganisatie



Geen stellingname



## Organisatie van zorg

### Wat zeggen de 7 partijen over Innovatie / digitalisering??

**SP.**

Geen  
stellingname

**GROEN  
LINKS**

Geen  
stellingname

**D66**

**Patiënten moeten op een veilige manier, via apps en digitale consulten, zorg op afstand kunnen krijgen.**

- We **bevorderen** dat zorgaanbieders vaker voor dezelfde (digitale) **eHealth-toepassingen** kiezen.
- Zorginstellingen moeten **ruimte in hun begrotingen krijgen** om te investeren in technologische hulpmiddelen en arbeidsbesparende technologie.
- Digitale zorg moet worden vastgelegd in **richtlijnen**.
- De gezondheidszorg wordt meer digitaal, ondersteund door technologie en het gebruik van data. Dit vraagt om nieuwe **opleidingen** op het snijvlak van zorg, geneeskunde en (informatie)technologie.

**PvdA**

**Nieuwe technieken zijn geen vervanging voor menselijk contact.**

- We willen **investeren** in technologische ontwikkelingen die ons leven makkelijker en gezonder kunnen maken. Zo investeren we in domotica woningen. Tegelijkertijd zijn nieuwe technieken geen vervanging voor menselijk contact.

**CDA**

**Wij stimuleren voluit de innovatie in de zorg**

- Nieuwe behandelingen en technologieën bieden heel veel mogelijkheden om de zorg voor patiënten te verbeteren, het werk van professionals te ondersteunen en kosten te besparen.
- Met innovatie en digitalisering maken we **menskracht** vrij voor de zorg die alleen door mensen kan worden gedaan.

**VVD**

**Gebruikmaken van de Kansen die digitalisering biedt**

- We **bekostigen** digitale zorg, zodat de levering aantrekkelijker wordt.
- Betrouwbare digitale **gegevensuitwisseling** tussen zorgverleners waarbij privacy hoog in het vaandel staat. Uiteindelijk willen we toe naar uitwisseling tussen alle organisaties en tussen zorgverlener en patiënt.

**PARTIJ VOOR DE  
VRIJHEID**

Geen stellingname



## Organisatie van zorg

# Wat zeggen de 7 partijen over de Ziekenhuiszorg?

### SP. Er verdwijnen geen ziekenhuizen of afdelingen

- **Elke regio** in Nederland verdient een volwaardig ziekenhuis, ook voor alle **spoedeisende zorg** (waaronder acute verloskunde). Daar waar nodig gaan reeds gesloten afdelingen weer open.
- Ziekenhuizen worden **gefinancierd naar zorgbehoefte** en niet meer naar productie.



### Kleine medische ingrepen en spoedzorg in de buurt

- Iedereen moet voor kleine ingrepen en **spoedzorg** terecht kunnen bij een ziekenhuis **in de buurt**.
- We **financieren** deze ziekenhuiszorg **op basis van beschikbaarheid** voor inwoners en niet op basis van 'zorgproductie'.
- Voor **hoogspecialistische zorg** gaan ziekenhuizen meer samenwerken en de kennis bundelen.



### Verstevigen positie regionale ziekenhuizen

- We verstevigen de positie van regionale ziekenhuizen, door **meerjarige contracten** en een intensievere samenwerking met gespecialiseerde ziekenhuizen en universitaire medische centra.
- De **complexe zorg** brengen we onder bij gespecialiseerde ziekenhuizen.
- Als de zorgkwaliteit, financiën en beleid ondermaats zijn, kan dit betekenen dat een **ziekenhuis of afdeling moet sluiten**.

### PvdA Overal in Nederland een aanrijtijd van 15 minuten

- We willen dat **spoedeisende hulp voor iedereen** in Nederland binnen 15 minuten beschikbaar is. Deze norm bepaalt waar SEH's nodig zijn.
- Regionale ziekenhuizen en SEH's mogen **niet sluiten om financiële redenen**.



### We versterken de rol van regioziekenhuizen

- Voor de belangrijkste **basiszorg** kan iedereen dichtbij in het eigen **regioziekenhuis** terecht.
- De **gespecialiseerde topcentra** concentreren zich op hoogspecialistische zorg, onderwijs en onderzoek. Zij laten de basiszorg over aan de regioziekenhuizen.



### Zorg dichtbij huis

- We willen dat zorg zoveel mogelijk **dicht bij huis** plaatsvindt, en waar mogelijk zelfs digitaal.
- Ziekenhuizen kunnen zich specialiseren in **complexe specialistische** behandelingen.



### Minder concurrentie in de tweede lijn

- **Specialisten die voor zichzelf willen beginnen** in een wijk, moeten niet dwarsgezet worden door het ziekenhuis waar ze eerder werkten.
- **Streekziekenhuizen en gespecialiseerde ziekenhuizen** moeten niet langer elkaars concurrenten zijn.
- We Investeren in ziekenhuizen, intensive cares en SEH's.





## Organisatie van zorg

# Wat zeggen de 7 partijen over de Ouderenzorg?

### SP. Onze ouderen verdienen een waardige oude dag

- Wachtlijsten voor verpleeghuiszorg zijn uit den boze.
- We willen dat de ouderen voortaan kunnen **kieszen tussen goede zorg thuis, of** voor een fijne plek in een **kleinschalig Zorgbuurthuis**.



### We investeren in goede zorg voor onze ouderen

- Er komen **extra verpleeghuisplekken** en **passende seniorenwoningen**.
- In medische **opleidingen** en op de werkvloer komt meer aandacht voor persoonlijke- en goede zorg voor ouderen (met een ongeneeslijke ziekte).



### Zorg buiten het verpleeghuis wordt de toekomst

- **Meer seniorenwoningen** en **zorg buiten het verpleeghuis** wordt de toekomst. De financiering van wonen en zorg wordt daarom steeds verder gescheiden.
- D66 wil de **zorg thuis** uit de Wlz. op termijn **overhevelen naar de Zorgverzekeringswet**. Zo is de stap naar intensievere zorg vanuit de wijkverpleging gemakkelijker.

### PvdA Meer geschikte woningen voor ouderen, en een plek in het verpleeghuis als dat nodig is

- Er komen **meer levensbestendige woningen** waarin wonen en zorg beter te combineren valt.
- **Verpleeghuiszorg wordt aan huis geleverd**. Als het echt niet langer gaat thuis, is er altijd plek in een verpleeghuis.
- In verpleeghuizen komt meer en beter opgeleid personeel en meer geld voor welzijnswerk.



### Meer verpleeghuizen

- We **breiden het aantal verpleeghuizen uit**.
- Daarnaast zorgen we voor een gevarieerd aanbod van nieuwe vormen van wonen en zorg.
- Ook in de ouderenzorg kan **innovatie** het zware werk voor de verzorgenden verlichten, waardoor er meer tijd en aandacht is voor de ouderen en de uitval van personeel wordt beperkt.



### Iedereen kan kiezen waar hij/zij oud wordt

- Investeren in meer toekomstbestendige woningen en **kleinschalige woonvormen** voor ouderen, waar het mogelijk is om met behulp van zorg te blijven wonen.
- Investeren in meer **verpleeghuisplekken**.
- Als aan alle voorwaarden is voldaan plaatsen we de verpleeghuiszorg **onder de Zvw**, zodat alle vormen van ouderenzorg op dezelfde manier zijn georganiseerd.



### Meer woningen voor ouderen en minder complexiteit

- Er komen tienduizenden **nieuwe verpleeghuisplekken** en **nieuwe ouderenwoningen**.
- We hebben een **minister voor ouderenhuisvesting** nodig die de enorme bouwopgave waarmaakt
- Het is van belang dat de **ouderenzorg weer in één wet** geregeld wordt in plaats van in de huidige vier (Zvw, Wmo, Wlz en Woningwet).
- We willen de werkdruk in verpleeghuizen verlagen.



## Organisatie van zorg

### Wat zeggen de 7 partijen over de Jeugdzorg?

#### **SP.** Verantwoordelijkheid voor specialistische jeugdzorg komt bij de landelijke overheid

- De verantwoordelijkheid voor de **specialistische** jeugdzorg komt bij de **landelijke overheid**.
- We beperken de **bureaucratie** bij de organisatie en verantwoording van jeugdzorg.

#### **GROEN LINKS** Landelijke coördinatie voor complexe jeugdzorg

- We **coördineren landelijk** de zorg voor jongeren met de meest **complexe** problemen, onder andere door het openen van extra specialistische behandelcentra.
- We versoepelen de leeftijdsgrens van **18 jaar**.

#### **D66** Jeugd-ggz bekostigd via de Zorgverzekeringswet

- Bij **complexe** (en vaak dure) jeugdzorg wil D66 dat op **landelijk niveau** wordt gezorgd voor een dekkend aanbod.
- Bij veel voorkomende jeugdhulp, is het van belang dat gemeenten binnen een regio goed samenwerken. Deze **samenwerking** moet door de VNG worden gecoördineerd.
- Jeugdzorg tot **21 jaar**, die geleidelijk wordt afgebouwd vanaf 18 jaar.
- Jeugd-ggz wordt bekostigd via de **Zvw**. Gemeenten houden de regie over ambulante jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering.

#### **PvdA** Einde aan verplichte aanbesteding van jeugdzorg.

- Te vaak kiezen gemeenten nu nog partijen op basis van de laagste prijs. Dit gaat ten koste van kennis, ervaring en expertise die nodig is om de **beste zorg** te leveren.
- We vergroten de **capaciteit** van de psychische gezondheidszorg en jeugdzorg, om zo de **wachttijden** te verkorten.

#### **CDA** We stellen hogere eisen aan nieuwe aanbieders

- We zien een wildgroei van nieuwe aanbieders die veel geld verdienen aan de lichte zorg. Hierdoor is de **zwaardere zorg** in de knel gekomen. Daarom moeten we scherper kijken welke zorg echt nodig is en stellen we hogere eisen aan nieuwe aanbieders.

#### **VVD** Standaardisering van eisen en criteria door gemeenten

- Standaardisering van **eisen en criteria** die gemeenten stellen aan de verantwoording van jeugdzorgaanbieders.
- Doelmatiger **doorverwijzen** binnen de jeugdzorg door voldoende praktijkondersteuners bij de huisarts.

#### **Partij voor de Vrijheid** Geen wachtlijsten meer

- We lossen de wachtlijsten voor gespecialiseerde jeugdhulp op.



## Organisatie van zorg

### Wat zeggen de 7 partijen over de GGZ?

#### SP. GGZ wordt een vast onderdeel van de zorg in de buurt

- **Wachlijsten** in de ggz dringen we terug door voldoende opnameplaatsen en ambulante behandelplaatsen.
- Bij een **crisis** geldt dat niet de politie de eerste opvang moet doen, maar voldoende ggz beschikbaar moet zijn.



#### Aandacht voor complexe GGZ

- We maken een einde aan de ellenlange **wachlijsten**.
- We verlagen de financiële problemen van zorgaanbieders door te **vergoeden o.b.v. de daadwerkelijke kosten**.
- Complexe ggz-behandelingen en acute zorg voor mensen in crisissituaties gaan we organiseren op regionaal niveau en betalen uit **regionale zorgbudgetten**.
- Oprichting **landelijke centra** voor de meest complexe GGZ.



#### Aanpakken knelpunten complexe GGZ

- Centrale of regionale regie van de **wachlijsten** door verzekeraars.
- Veranderen van de **bekostiging**, zodat het voor zorgaanbieders ook financieel aantrekkelijk is om te richten op complexe ggz.
- We maken het werken in **loondienst** aantrekkelijker. In de psychiatrie werken nu te veel mensen als zelfstandige, waardoor de druk bij loondiensters oploopt.



#### Meer centralisering

- Inkoop van GGZ van verzekeraars naar **overheid**. De bespottelijke situatie dat instellingen in de GGZ op omvallen staan terwijl het aanbod daalt en de wachlijsten stijgen is onaanvaardbaar.
- **Specialistische zorg** organiseren we landelijk als dit regionaal niet lukt.
- We vergroten de capaciteit van de psychische gezondheidszorg en jeugdzorg, om zo de **wachttijden** te verkorten.



#### We verlichten de druk

- Betere **samenwerking** tussen instellingen en maatschappelijke partners, meer aandacht voor de **financiering** van patiënten die complexe zorg nodig hebben en meer **opleidingsplaatsen** kunnen de druk verlichten.
- Ook is meer **flexibele capaciteit** nodig, zodat het aantal **crisisplaatsen** snel kan opschalen als dat nodig is.



#### We investeren in GGZ

- Kortere **wachlijsten** binnen de GGZ door meer medewerkers op te leiden.
- Door de **bekostiging** te koppelen aan de initiële diagnose vermindert het tussentijds aanpassen van tarieven.
- GGZ-patiënten die **digitaal** geholpen willen en kunnen worden, moeten die mogelijkheid ook aangeboden krijgen



#### Geen wachlijsten meer

- We lossen de wachlijsten in de GGZ op.



## Kostenbeheersing

### Wat zeggen de 7 partijen over de Bijdrage van burgers?

#### **SP.** We gaan de rekening voor de zorg eerlijk delen

- Het **eigen risico** gaat naar nul.
- De **ziektekostenpremies** maken we inkomensafhankelijk.
- De **zorgtoeslag** wordt overbodig.

#### **GROEN LINKS** We maken solidariteit weer de basis van onze zorg

- We bouwen het **eigen risico** af.
- We verlagen de **zorgpremie** fors.
- De **zorgtoeslag** overbodig.
- De eigen bijdrage voor de WMO wordt inkomensafhankelijk.

#### **D66** Eerlijke eigen betalingen

- Het **eigen risico** kan slimmer: wij willen een maximale eigen bijdrage van €100 per behandeling, met een maximum van €400 per jaar. Vanaf de vijfde behandeling geldt geen eigen bijdrage.
- We halveren de **nominale premie**.
- We stoppen met het rondpompen van geld via de **zorgtoeslag**.
- We willen een inkomensafhankelijke eigen bijdrage voor wijkverpleging én een inkomensafhankelijk gedeelte in de **eigen betaling voor de Wmo**.

#### **PvdA** Zorg moet voor iedereen toegankelijk zijn

- Het **eigen risico** gaat stapsgewijs naar nul. Het vrijwillige eigen risico schaffen we af.
- Met een lagere **zorgpremie** kunnen we van de **zorgtoeslag** af.

#### **CDA** We houden de zorg voor iedereen betaalbaar

- We houden het **eigen risico** gelijk en zorgen ervoor dat je niet bij de eerste, dure behandeling in één klap je hele eigen risico kwijt bent.

#### **VVD** De komende jaren gelasten we even een pauze in

- We bevriezen het **eigen risico**. Op termijn willen we naar een eigen bijdrage per behandeling. We maken het tevens mogelijk om te kiezen om het eigen risico (of in de toekomst eigen betalingen) vrijwillig verder te verhogen, in ruil voor een lagere zorgpremie.

#### **Partij voor de Vrijheid** We schaffen het eigen risico af

- Afschaffen **eigen risico** voor iedereen.
- Behoud **zorgtoeslag** voor lagere inkomens.



## Kostenbeheersing

### Wat zeggen de 7 partijen over het Pakketbeheer?

#### SP. Uitbreiding basispakket

- Ook de **tandarts** en de **fysiotherapie** worden vergoed.

GROEN  
LINKS

Geen  
stellingname

D66

#### Selecteer op zinnige zorg

- Zorg die niet (langer) bewezen effectief is, moet niet meer worden vergoed. We bieden zorgverzekeraars meer mogelijkheden te sturen op **zinnige zorg**.
- We breiden de bevoegdheden van het **Zorginstituut** uit, zodat het meer behandelingen kan toetsen op (kosten)effectiviteit, en een eenduidige landelijke toetsing van dure medische technologie.
- Zorgverleners gaan zelf vaker evalueren welke behandelmethoden niet (langer) (kosten-) effectief zijn. Hiervoor komt meer aandacht in de **opleidingen**. Ziekenhuizen moeten gemakkelijker onderling de resultaten van hun behandelingen kunnen vergelijken.

#### PvdA Eén basispolis voor het basispakket

- Behandelingen die **bewezen ineffectief** zijn gaan uit het basispakket.
- Er is te veel onduidelijkheid welke zorg precies wordt vergoed. We maken hier een einde aan door de invoering van **één basispolis** voor het basispakket.
- Er komt een verbod op **reclame en marketing** activiteiten voor de basispolis.
- De **pil** komt in het basispakket.

CDA

#### Wij kiezen nadrukkelijk voor zinnige zorg

- Wij kiezen nadrukkelijk voor **zinnige zorg**, waarbij het belang van de patiënt voorop staat. Zinnige zorg betekent een rem op overbehandeling en onbewezen behandelingen.
- Wij willen een strenge aanpak van **onnodig dure medicijnen**. Dure behandelingen die niet beter werken dan goedkopere alternatieven verdwijnen uit het basispakket.

VVD

#### We kiezen voor effectieve zorg

- Het verzekerde basispakket maken we goedkoper door behandelingen die niet wetenschappelijk of **effectief** zijn, niet meer standaard te vergoeden en kritisch te kijken naar uitzonderlijk dure behandelingen.
- We kiezen voor een onafhankelijk en deskundige vaststelling van het basispakket, door alleen het **Zorginstituut** over de inhoud daarvan te laten beslissen.

PARTIJ VOOR DE  
VRIJHEID

Geen  
stellingname



## Kostenbeheersing

### Wat zeggen de 7 partijen over de Vergoeding van zorg?

**SP.**

Geen stellingname

**GROEN LINKS**

Geen stellingname

**D66**

**De kwaliteit van zorg leidend in de prijs die ervoor moet worden betaald**

- De vergoeding van zorg moet meer gebaseerd worden op de **toegevoegde waarde voor de patiënt** (uitkomst en kwaliteit van de behandeling) en niet op het aantal behandelingen.
- Ook als een arts alleen met een patiënt spreekt hoort daar een passende beloning tegenover te staan. Daarom herintroduceren we **'kijk- en luistergeld'**.
- De NZa kan een verschuiving van de tweedelijnszorg naar de eerste lijn stimuleren door behandelingen, die beter in de huisartsenpraktijk kunnen worden verricht, alleen nog te vergoeden voor het **eerstelijnsstarief**.

**PvdA**

**Kwaliteit boven kwantiteit.**

- De prikkel om zoveel mogelijk handelingen te verrichten verdwijnt. **Onnodige zorg** en overbehandeling pakken we aan.
- Verspilling in de zorg gaan we tegen door zorgaanbieders te belonen voor de gezamenlijke **besparing** op de zorgkosten, ook die buiten de eigen praktijk.

**CDA**

**We willen af van prikkels die leiden tot onnodige behandelingen**

- Wij willen af van ingewikkelde aanbestedingen, verkeerde financiële prikkels en productietargets die alleen maar leiden tot **onnodige behandelingen**.

**VVD**

**Wegnemen van verkeerde**

**productieprikkels in de bekostiging**

- Financiering van zorg moet niet meer volume gedreven zijn, maar rekening houden met de **uitkomsten voor patiënten**. Daarbij horen ook investeringen in preventie.
- Zorgaanbieders die geen afspraken maken met zorgverzekeraars over de **kwaliteit en betaalbaarheid** van zorg, krijgen niet meer dan een wettelijk maximum vergoed.

**PARTIJ VOOR DE VRIJHEID**

Geen stellingname



## Kostenbeheersing

### Wat zeggen de 7 partijen over Geneesmiddelen?

#### SP. Belangrijke medicijnen moeten we zoveel mogelijk zélf ontwikkelen en produceren

- Met een **nationaal onderzoeksfonds** geneesmiddelen worden we minder afhankelijk van de farmaceutische industrie.
- We maken één landelijk systeem voor **centrale inkoop** van medicijnen en hulpmiddelen, waarmee we de kosten van de zorg beter beheersen.
- We leggen een **voorraad** aan voor beschermingsmiddelen en cruciale medicijnen.

#### GROEN LINKS

#### Farmaceutische industrie aan banden

- We werken aan meer **transparantie over de kostprijzen** van medicijnen en het tegengaan van misbruik van **patenten**
- Meer **gezamenlijke inkoop** van **Europese** landen en meer Europese capaciteit en kennis om nieuwe medicijnen en vaccins te **produceren**.
- **Apothekers** krijgen meer mogelijkheden om dure medicijnen zelf te maken
- We stoppen met **belastingvoordelen** voor grote farmaceutische bedrijven.

#### D66

#### Europees verband voor inkoop, eigen productie en voorraad

- We willen **inzicht hebben in de kosten** die farmaceuten daadwerkelijk maken.
- Wij willen in **Europees verband** onderhandelen met farmaceuten om lagere prijzen te bedingen.
- We scherpen het **patentrecht** aan. We leggen exorbitante prijsverhogingen wettelijk aan banden.
- Voor essentiële genees- en hulpmiddelen willen we op Europees niveau toewerken naar **eigen productie** en een **basisvoorraad**.

#### PvdA Medicijnontwikkeling uit de greep van de markt

- Er komt een **nationaal fonds** voor geneesmiddelenonderzoek.
- De overheid gaat met dwanglicenties **apothekers** en andere bedrijven de mogelijkheid geven om dure medicijnen goedkoop na te maken. Dit leggen we vast in aangescherpte Europese wetgeving.
- **Transparante prijsvorming** wordt de norm op de geneesmiddelenmarkt.

#### CDA

#### We leggen een voorraad aan

- Waar nodig halen we de **productie** van belangrijke geneesmiddelen en medische hulpmiddelen terug naar **Europa**.
- We leggen we een **voorraad** aan van de belangrijkste medicijnen, grondstoffen en hulpmiddelen.

#### VVD

#### Minder afhankelijk en kwetsbaar

- Door zoveel mogelijk **Europees** in te kopen, krijgt de overheid een sterkere onderhandelingspositie.
- Aanleg van **voorraden** voor hulp- en geneesmiddelen, persoonlijke beschermingsmiddelen en noodzakelijke grondstoffen.
- Een **Europees fonds** voor gezamenlijke investering in (Europese) **ontwikkeling** van vaccins, antibiotica en geneesmiddelen voor zeldzame ziektes.
- Er komt een **prijswaakhond** tegen dure medicijnen.

#### PARTIJ VOOR DE VRIJHEID

#### Aanleggen crisisreserve, en productie en beheer in eigen land

- We willen een **crisisreserve** aanleggen van reserveverpleegkundigen, reserve artsen, reserve ondersteuners, reservebedden, reserve apparatuur en reserve gebouwen. Pas als de crisisreserve overloopt, komen de ziekenhuizen in beeld.
- Daarnaast willen we voldoende beschermingsmiddelen, geneesmiddelen en apparatuur in **eigen land** maken en beheren.



## Menskracht

### Wat zeggen de 7 partijen over Waardering en vertrouwen zorgverleners?

**SP.**

#### Niet de winst, maar goed werkgeverschap wordt leidend

- De **salarissen** gaan omhoog.
- We brengen de menselijke maat terug in de zorg en herstellen het **vertrouwen** in de beroepskrachten.
- Niet verzekeraars maar verzorgenden stellen vast welke zorg nodig is.

**GROEN LINKS**

#### Zorgprofessionals verdienen meer waardering

- We verhogen de **lonen** en verbreden de loonschalen om meer doorgroeimogelijkheden te bieden.

**D66**

#### We maken het werken in de zorg aantrekkelijker

- Wij willen meer geld voor mensen in de verpleging en verzorging. De ruimte voor **loonstijging** in de zorg is gekoppeld aan de loonstijging in de marktsector. Wij garanderen dat dit zo blijft.

**PvdA**

#### Meer waardering, minder werkdruk en meer collega's

- Wij investeren structureel in het **salaris**, de **werkomstandigheden** en **perspectief** van alle verpleegkundigen, verzorgenden en andere zorgmedewerkers in de ziekenhuiszorg, thuiszorg, gehandicaptenzorg, jeugdzorg, GGZ en verpleeghuiszorg.
- We investeren in het **aanstellen van meer wijkverpleegkundig** en geven wijkverpleegkundigen de tijd en het vertrouwen om de beste zorg te kunnen bieden.

**CDA**

#### Voldoende personeel door het werk aantrekkelijker te maken en meer ruimte voor eigen professionaliteit

- Wij willen een flinke opwaardering van het beroep van verpleegkundige. Zij verdienen een goed **salaris** dat aansluit bij de verantwoordelijkheden die ze dragen.
- Wij verlagen de werkdruk in de zorg door o.a. te zorgen voor **voldoende personeel**.
- In de directie van elke instelling komt een verpleegkundige in een **bestuurlijke rol** van chieft nursing officer.

**VVD**

#### Aantrekkelijkere werkomstandigheden voor het zorgpersoneel

- Meer autonomie, opleidingen, flexibelere roosters en doorgroeimogelijkheden.
- Een plek voor **verpleegkundigen in het bestuur** van zorginstellingen.
- Nauwer contact en minder afstand tussen bestuurders en verpleegkundigen / verzorgenden. Bestuurders en toezichthouders gaan regelmatig meelopen op de werkvloer.

**PARTIJ VOOR DE VRIJHEID**

#### Meer tijd en geld voor het leveren van zorg

- We willen dat het makkelijker wordt / meer loont om meer uren te werken. Daarvoor willen we dat er een **voltijdbonus** komt.
- Forse, structurele **salarisverhoging**.
- Tienduizenden **extra zorgmedewerkers**.





## Menskracht

### Wat zeggen de 7 partijen over de Regeldruk?

**SP.**

#### We schrappen onzinnige regels

- **zorgverleners krijgen meer invloed** om onzinnige regels en bureaucratie te schrappen.

**GROEN LINKS**

#### Professionals krijgen eigen middelen om de administratie aan de pakken

- **Professionals krijgen eigen middelen** om de werkdruk en administratie aan te pakken. We stoppen met 5-minutenregistraties.

**D66**

#### We perken de administratieve lasten in

- We willen de administratieve lasten inperken. Bij de bestrijding van de coronacrisis is het **vertrouwen gegeven aan de professional**. Dit moeten we vasthouden.

**PvdA**

#### We investeren in het verminderen van de regeldruk

- We investeren in het **verminderen van de regeldruk bij wijkverpleegkundigen**.

**CDA**

#### We maken een einde aan onzinnige regels

- Wij verlagen de werkdruk in de zorg door o.a. te zorgen voor minder administratieve rompslomp. Met **schrapsessies** zetten we het mes in onnodige regels en geven we meer vertrouwen aan de zorgprofessionals.
- Wij willen een flinke opwaardering van het beroep van verpleegkundige. Zij verdienen meer zeggenschap over hun eigen werk en dus **minder regels en afvinklijstjes**.

**VVD**

#### We pakken toegenomen regeldruk aan

- Aanpakken van problemen als gevolg van doorgesloten bureaucratie, zoals toegenomen **regeldruk en registraties, declaratiedrang**.

**PARTIJE VOOR DE VRIJHEID**

#### Heilige plicht om administratie te

#### automatiseren, standaardiseren of af te schaffen

- We **automatiseren, standaardiseren of schaffen administratie af**. Zodat zorgmedewerkers steeds meer tijd krijgen om dat te doen waarvoor ze zijn aangenomen: zorgen voor mensen.
- Administratie schrappen door **één tarief** in thuiszorg en verpleeghuis.



## Menskracht

### Wat zeggen de 7 partijen over de Werkvorm van medisch specialisten?

**SP.**

#### Loondienst

- Medisch specialisten gaan in **loondienst** werken.

**GROEN  
LINKS**

#### Loondienst én WNT

- Medisch specialisten komen in **loondienst** én gaan onder de **Wet normering topinkomens** vallen.

**D66**

#### Loondienst van ziekenhuis

- Een financiële prikkel om veel behandelingen uit te voeren rijmt niet met het streven de best passende zorg te leveren. Daarom willen wij dat alle medisch specialisten in **loondienst** van hun ziekenhuis gaan werken.

**PvdA**

#### Loondienst met een nette CAO

- Publiek geld wordt niet verspild aan exorbitante salarissen. Daarom komen medisch specialisten in **loondienst** van het ziekenhuis, met een **nette cao**.
- Tegelijkertijd verhogen we de **salarissen van artsen in opleiding**.

**CDA**

#### Loondienst

- Medisch specialisten komen in **loondienst**.

**VVD**

Geen stellingname

**PARTEI VOOR DE  
VRIJHEID**

Geen stellingname



## Preventie

### Wat zeggen de 7 partijen over de Inzet van Preventie?

#### SP. We zetten meer in op preventie

- We zetten meer in op preventie, zoals het bestrijden van overgewicht.
- De **belasting** op gezonde voeding gaat omlaag.

#### GROEN LINKS Voorkomen is beter dan genezen

- We bouwen aan een rookvrije generatie door de accijnzen op **tabak** te verhogen en parken, speeltuinen en terrassen rookvrij te maken. Tabak wordt niet meer in supermarkten verkocht maar in aparte winkels.
- We dringen alcoholmarketing en fastfoodmarketing gericht op jongeren terug.

#### D66 We verlagen de drempels om gezonder te leven

- We maken **afspraken met producenten** over de maximale hoeveelheid zout, suiker en vet in producten. Bij onvoldoende resultaat, leggen we hier verplichtingen op.
- We steunen de accijnsverhoging op **tabak**. Voor de verkoop van tabak en rookwaren wordt een vergunning verplicht, die alleen kan worden verleend aan tabaksspecialzaken.
- We verhogen de **belasting** op suikerhoudende dranken. Zodat fabrikanten frisdrank met minder suiker maken.

#### PvdA We zorgen dat het gaat lonen om gezonde keuzes te maken

- We stellen een **Nationaal Programma Publieke Gezondheid** vast om de wetenschappelijke basis onder preventiebeleid te verstevigen.
- We maken sluitende **afspraken met de voedingsindustrie** voor gezonder voedsel. Er komt een suikertaks.
- Er komt een wettelijk verbod op alle **marketing** voor ongezonde producten gericht op kinderen.
- **Tabak** en alcohol maken we duurder.
- **Nultarief BTW** op groente en fruit.

#### CDA We maken werk van preventie en het voorkomen van zorg

- Voor een **gezondere voeding** komen er maxima aan de hoeveelheid toegevoegde suiker en zout in voedselproducten.
- Wij willen **regionale preventiefondsen** waarin gemeenten, zorgkantoren, verzekeraars en zorgorganisaties gezamenlijk investeren in preventie en gezond leven en vervolgens gezamenlijk delen in de opbrengsten van lagere zorgkosten.

#### VVD We investeren in preventie

- **Afspraken met producenten** van levensmiddelen en supermarkten over het gezonder maken van producten én het meer promoten van gezonde producten.
- Meer **gebruik van data door zorgverzekeraars** om een ziekteverloop beter te voorspellen en daarmee beter in te zetten op preventie. Het delen van deze data door verzekeren stimuleren we door bijvoorbeeld het gratis aanbieden van wearables. Het gebruik van persoonlijke data mag alleen met toestemming.

Geen stellingname



## Preventie

### Wat zeggen de 7 partijen over de Bekostiging van Preventie?

**SP.**

#### Preventieve middelen in verzekerde pakket

- Preventieve middelen waarvan het nut is aangetoond komen voortaan in het **verzekerde pakket**.

**GROEN LINKS**

#### Vast percentage van regionale zorgbudgetten naar preventie

- We besteden een vast percentage van de **regionale zorgbudgetten** aan preventie.
- Daarmee investeren we in hulpverlening op plaatsen waar problemen het eerst kunnen worden gesignaleerd.

**D66**

#### Medische preventie vergoed vanuit het Zorgverzekeringsfonds

- Medische preventie wordt volledig vergoed vanuit het **Zorgverzekeringsfonds**.
- Voor verzekeraars worden de kosten voor **gecombineerde leefstijlinterventies** achteraf vergoed, zodat zij zich niet geremd voelen te investeren.
- Financiële beloning voor gemeenten die met goede preventieve **ouderenzorg** zorgen voor minder Wlz-indicaties.

**PvdA**

#### Preventie in het basispakket

- We investeren met **zorgverzekeraars** in preventieve maatregelen zoals meer bewegen, stoppen met roken en gezonder eten.
- Preventieve programma's in buurten en wijken gericht op kinderen en ouders krijgen steun via **regionale preventiefondsen**.

**CDA**

Geen stellingname

**VVD**

Geen stellingname

**PARTIJ VOOR DE VRIJHEID**

Geen stellingname



# 7. Conclusies

## Conclusies

- Impact op leden
- Impact op praktijken, zorginstellingen en zorgondernemingen

## Conclusie

### Impact op onze leden

De kans op een geheel nieuw stelsel is klein. Toch wijzen de diverse bestudeerde beleidsrapporten én de verkiezingsprogramma's van de politieke partijen erop dat de rol en werkomstandigheden van zorgprofessionals blijven veranderen.

#### Veranderingen in de "rol" van de zorgprofessional

- **Minder autonomie t.a.v. "welke" zorg wordt geleverd**

Door meer doorzettingsmacht van publieke organen als het Zorginstituut, VWS en NZa, wordt de ruimte van zorgprofessionals kleiner om zelf te bepalen welke zorg geleverd wordt. Enkel bewezen effectieve zorg wordt nog vergoed uit het basispakket. Dit geldt ook als zorgverzekeraars meer instrumenten krijgen om hun rol als inkoper van doelmatige en innovatieve zorg vorm te geven (vb. meerjarencontracten met financiële prikkels voor preventie, digitalisering en samenwerking). In beide gevallen komt er meer sturing op het "wat en hoe" zorg geleverd wordt.

- **Nieuwe zorgleveringsmodellen veranderen het "waar" en door "wie" zorg wordt geleverd**

Door nieuwe zorgleveringsmodellen t.g.v. de digitale transformatie en innovatie in de zorg, de sturing op passende zorg en preventie zullen taken en rollen van en tussen zorgprofessionals verschuiven. Gezocht wordt naar bekostigingsmodellen die deze verschuiving stimuleren. Voorbeeld: de "medisch specialistische zorg" voor chronisch zieken verschuift door telebegeleiding meer naar de thuissituatie en leidt ertoe dat de zorg voor deze patiënt meer vanuit een regionaal zorgnetwerk wordt geleverd.

- **Belangrijke teamspeler in de regio (over sectoren heen)**

Door meer samenwerking tussen partijen in een regio (zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten) mogelijk te maken, kan de zorgprofessional lokaal/regionaal meer invloed krijgen.

- **Stevige rol in preventie-aanpak**

Van zorgprofessionals wordt een verschuiving gevraagd van een specialistische, medische benadering naar een meer holistische benadering van de patiënt waarbij zowel de medische als sociale context van de patiënt wordt geïntegreerd. Iedere zorgprofessional krijgt een eigen rol in de preventie-aanpak.

- **Meer digitale vaardigheden vereist**

Met nieuwe bekostigingsvormen, selectieve zorginkoop en centrale sturing moet de ingezette versnelling van digitale zorg ten tijde van corona verder kracht bij worden gezet. Ook vanuit patiënten zal de vraag naar digitale zorg toenemen, ondersteund door informatie vanuit zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties. Deze transformatie vraagt om digitale vaardigheden van de zorgprofessional en een "leven lang ontwikkelen".

- **Gewijzigde rol in het management en het bestuur**

Waar de rol van verpleegkundigen en verzorgenden wordt versterkt door hen een duidelijkere positie te geven in het management en bestuur, kan de positie van medisch specialisten mogelijk verzwakt worden indien zij allemaal verplicht in loondienst komen. De vraag is of een VMSSD

(vanwege een gezagsverhouding) dezelfde invloed kan uitoefenen als een MSB.



## Conclusie

### Impact op onze leden

#### Veranderingen in de “werksituatie” van de zorgprofessionals

- **Meer samenwerken in zorgnetwerken**

Meer samenwerken in zorgnetwerken, over instellingsmuren en “lijnen” heen. Het vraagt van de zorgprofessional in de toekomst nog meer de vaardigheid om goed te kunnen samenwerken en communiceren. Nieuwe vormen van bekostiging, zoals zorgbundels voor planbare en chronische zorg, geven een financiële prikkel voor deze samenwerking.

- **Nieuwe werkplekken**

Ziekenhuizen zullen in de toekomst duidelijke strategische keuzes moeten maken t.a.v. hun rol en ambitie in het (regionale) zorglandschap. Dit kan o.a. tot gevolg hebben dat bepaalde specialismen niet meer binnen de muren van het huidige ziekenhuis worden geleverd. Voor de zorgprofessional betekent dit mogelijk andere en meerdere werkplekken. Waar mogelijk ook nieuwe werkplekken ontstaan, is in de wijkverpleging: het is goed mogelijk dat door diverse beleidsopties straks nog slechts een beperkt aantal grote aanbieders bestaan. Zorgverleners die eerder (al dan niet zelfstandig) werkten bij een kleine aanbieder, zullen deze zorg dan voortaan leveren bij één van deze grote spelers.

- **Nieuwe werkvormen (meer loondienst)**

Door het verbeteren van de werkomstandigheden, wordt onder meer getracht te voorkomen dat veel zorgverleners overstappen naar het zzp-schap. Daarnaast bestaat inmiddels een Kamermeerderheid voor het voorstel om alle medisch specialisten in loondienst te laten werken. Mocht dit voorstel overgenomen worden door het nieuwe kabinet, dan heeft dat grote financiële gevolgen voor de huidige vrijgevestigde medisch specialisten (inkomen, compensatie goodwill). Gezien de grote gevoeligheid (zeker ook ten tijde van de pandemie) en de uitdagingen die hierbij komen (financieel en juridisch) wordt het nog zeer spannend of dit ook in de praktijk wordt gebracht. Eenvoudiger wordt het om enkel nieuwe specialisten in loondienst te nemen. De VVD heeft – als huidige grootste partij – hierover niet expliciet iets opgenomen in haar verkiezingsprogramma.

- **Meer ruimte voor ‘meer uren’ contracten**

‘Meer uren’ contracten worden waarschijnlijk financieel aantrekkelijker om ‘voor zorgverleners, door aanpassing van fiscale regelingen zoals toeslagen en inkomensafhankelijke bijdragen/belastingen, betere voorlichting en ondersteunend HR beleid.



## Conclusie

# Impact op praktijken, zorginstellingen en zorgondernemingen

De kans op een geheel nieuw stelsel is klein. Toch wijzen de diverse bestudeerde beleidsrapporten én de verkiezingsprogramma's van de politieke partijen erop dat de rol van praktijken / zorginstellingen / zorgondernemingen als zorgaanbieder, ondernemer en werkgever gaat veranderen.

### Veranderingen in de "rol" van zorgaanbieder

- **Tweede lijn: concentratie en specialisatie & samenwerking in regionale zorgnetwerken**

Het is aannemelijk dat de corona crisis een grotere compartimentering tussen de verschillende soorten medisch specialistische zorg (vb. planbare en acute zorg) gaat veroorzaken. Dit vraagt van ziekenhuisbesturen een duidelijke visie op de toekomst. Welke strategische keuzes worden gemaakt t.a.v. de rol en ambitie in het (regionale) zorglandschap (vaststellen zorgprofiel)? Op basis van meerjarenafspraken met zorgverzekeraars en het benutten van transitiegelden moeten capaciteit en investeringen hierop aangepast worden. Oftewel: niet meer een alles-in-een-ziekenhuis, regionaal dient een (her)verdeling vastgesteld te worden.

- **Eerste lijn: meer samen en minder versnipperd**

Monodisciplinaire praktijken zullen nog meer onderdeel (moeten) gaan worden van een lokaal zorgnetwerk en soms zelfs opgaan in grotere zorgorganisaties of nieuwe regionale multidisciplinaire zorgcentra waarin het medische, sociale domein en welzijn zijn samengebracht. Van concurreren naar samenwerken zal hier het uitgangspunt zijn.

### Veranderingen in de "rol" van ondernemer

- **Aanpassingen in de bekostiging doen inkomensstromen en "verdienmodellen" in de zorg veranderen**

Door volumeprikkels in de bekostiging te reduceren of te elimineren, door introductie van zorgbundels voor planbare en chronische zorg en sterkere preventieprikkels zullen inkomensstromen wijzigen. Capaciteit en investeringen zullen hier op aangepast moeten worden.

- **Minder onderhandelingspartners en minder administratieve lasten door meer samenwerking en gelijkgerichtheid tussen zorgverzekeraars / gemeenten**

Door de dominante zorgverzekeraar in een regio nog meer leidend te laten zijn kan er meer gelijkgerichtheid in de regio ontstaan en leidt de afname van het aantal onderhandelingspartners tot minder administratieve lasten. Zorgaanbieders worden hierdoor wel nog meer afhankelijk van de uitkomsten van de onderhandelingen met de grootste zorgverzekeraar. Mogelijk verdwijnen zorgverzekeraars zelfs, als is dit niet zeer aannemelijk. Ook gemeenten zullen onderling meer gaan samenwerken bij de inkoop van zorg.

- **Een algeheel verbod op winstuitkering remt de mogelijkheid tot ondernemen en innovatie in de zorg af**

De optie van een algeheel verbod op winstuitkering neemt de prikkel mogelijk weg om tot nieuwe zorgleveringsmodellen te komen. En maakt het voor private partijen minder aantrekkelijk in innovatieve zorgconcepten te investeren.





## Conclusie

### Impact op praktijken, zorginstellingen en zorgondernemingen

#### Veranderingen in de “rol” van werkgever

- **Tekorten aan zorgprofessionals maken goed en vooruitstrevend werkgeverschap tot topprioriteit**

Hierbij spelen zowel interne als externe factoren een rol:

- Interne factoren: de huidige en toekomstige tekorten aan zorgprofessionals vraagt van werkgevers om goed en vooruitstrevend werkgeverschap met een versterkte HR functie om werknemers zoveel mogelijk te behouden en aan te trekken. Goed werkgeverschap uit zich in het realiseren van meer passende arbeidsvoorwaarden, meer waardering, meer zeggenschap en invloed op eigen werk, meer ontwikkelingsmogelijkheden en loopbaanperspectieven. Vooruitstrevend werkgeverschap uit zich door het ontdekken en benutten van onconventionele mogelijkheden (vb. personeel inzetten over instellingsgrenzen heen inzetten).
- Externe factoren: tot goed werkgeverschap behoort ook zorgprofessionals goed voorbereiden op ingrijpende veranderingen in hun werk (door externe factoren zoals digitale transformatie en zorgnetwerken). In de eerste plaats dient dit in curricula van alle opleidingen verankerd te worden. Maar ook het continu leren tijdens het werkzame leven.

- **Terugbrengen van de administratieve (regel)druk is ook een verantwoordelijkheid van werkgevers**

De administratieve druk blijft ondanks alle initiatieven, waaronder ont(regel) de zorg, groot. Niet alleen verdringt het de “tijd voor de patiënt”, het is tevens een belangrijke reden waarom zorgprofessionals de zorg verlaten. Ook werkgevers moeten hierin hun verantwoordelijkheid pakken door eigen opgelegde administratieve lasten te beperken.

- **Zeggenschap erkennen en verankeren in bestuur/management**

Zeker het verplegend en verzorgend personeel voelt zich niet altijd gehoord en vertegenwoordigd. Meer zeggenschap en invloed op inrichting van eigen werk en de besturing van de organisatie, is vereist om behoud en betrokkenheid van personeel te borgen.





# Bijlagen

## Lijst met afkortingen

- Afkortingen A t/m L
- Afkortingen M t/m Z

## Literatuurlijst

- Rapporten (Bron A t/m R)
- Rapporten (Bron S t/m Z) en Kamerbrieven
- Artikelen (titel A t/m H)
- Artikelen (titel K t/m W)
- Artikelen (titel Z)
- Online bronnen & Verkiezingsprogramma's



## Bijlagen

### Lijst met afkortingen (A t/m L)

Afkorting	Beschrijving
ACM	Autoriteit Consument & Markt
AD	Algemeen Dagblad
Actiz	Branchevereniging van circa 400 zorgorganisaties voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken.
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CPB	Centraal Planbureau
CNO	Chief Nursing Officer
DBC	Diagnose Behandelcombinatie
ECD	Elektronisch Cliëntendossier
EPD	Elektronisch Patiëntendossier
ESB	Economisch Statistische Berichten
EVRM	Verdrag voor de Rechten van de Mens
FD	Financieel Dagblad
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HAP	Huisartsenpost
InEen	Branchevereniging van organisaties in de eerstelijnszorg: gezondheidscentra, zorggroepen, huisartsenposten en regionale ondersteuningsstructuren (ROS'en)
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging



## Bijlagen

### Lijst met afkortingen (M t/m Z)

Afktoring	Beschrijving
MSB	Medisch Specialistisch Bedrijf (hierin zijn de vrijgevestigd medisch specialisten van een ziekenhuis verenigd)
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
PGO	Persoonlijk gezondheidsomgeving
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVS	Raad Volksgezondheid en Samenleving
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SEH	Spoedeisende hulp
SER	Sociaal-Economische Raad
VPH	Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen
V&VN	Beroepsvereniging voor verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
VMSD	Vereniging Medisch Specialisten in Dienstverband (hierin zijn de medisch specialisten in loondienst van een ziekenhuis verenigd)
VwEU	Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie
Wlz	Wet langdurige zorg
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
ZiN	Zorginstituut Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZN	Zorgverzekeraars Nederland



## Literatuurlijst

### Rapporten (bron A t/m R)

#### Rapporten

Adviescommissie werken in de zorg, *Behoud en betrokkenheid van zorgprofessionals*, november 2020

Algemene Rekenkamer, *Verzekerd van zinnige zorg*, oktober 2020

Algemene Rekenkamer, *Geen plek voor grote problemen. De aanpak van wachttijden in de specialistische ggz*, juni 2020.

Algemene Rekenkamer, *Paardenmiddel of noodverband*, april 2020

Brede maatschappelijke heroverweging, Rijksoverheid, *Naar een toekomstbestendig zorgstelsel*, april 2020

Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen, *Oud en zelfstandig in 2030, aangepast reisadvies*, juni 2020

CPB, *Zorgkeuzes in kaart 2020*, juli 2020

Deloitte, *Studie Toekomstbestendigheid Geneesmiddelenstelsel*, februari 2020.

KPMG, *Healthcheck GGZ 2020, versnellen op veerkracht*, 2020

Nivel/Prismant, *Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg*, november 2018

NZa, *Advies zorgprestatie model GGZ en FZ*, april 2019

NZa, *Stand van de zorg, 15 jaar zorgverzekeringswet*, oktober 2020

NZa, *Stimuleren van passende zorg en digitale zorg*, juli 2020

NZa, *Zorgprestatie model GGZ & FZ Rapportage voor besluitvorming*, juli 2020

OECD/EU, *Health at a Glance 2019*

RVS, *Applaus is niet genoeg*, november 2020

RVS, *Zorg op afstand of dichterbij? Digitale zorg na de coronacrisis*, augustus 2020

TNO, *Prognose capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg*, december 2019.



## Literatuurlijst

# Rapporten (bron S t/m Z) en Kamerbrieven

### Rapporten

SCP, *Burgerperspectieven*, 2019, december 2019

SCP, *Sociaal domein op koers? Verwachtingen en resultaten van vijf jaar decentraal beleid*, november 2020

SER, *Zorg van de toekomst - Over de toekomstbestendigheid van de zorg*, juni 2020

SiRM, *Op naar hoger hangend fruit*, maart 2019.

SiRM & Finance Ideas, *Uitkering van dividend door zorgaanbieders, praktijkanalyse en effectanalyse*, juni 2019

Stichting Het potentieel pakken, *Het potentieel pakken in de zorg, De kansen rondom grotere deeltijdbanen*, februari 2020

TNO, *Prognose capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg*, december 2019.

VWS, *Houtskoolschets acute zorg*, juli 2020

VWS, *Werken in de zorg, actieprogramma*, maart 2018

VWS, *Bijlage monitor actieprogramma werken in de zorg*, oktober 2020

ZN, *Blijvend verzekerd van goede zorg*, september 2020

### Kamerbrieven

Kamerbrief, *flexibilisering arbeidsmarkt zorg*, 10 februari 2020

Kamerbrief *Nieuwe prognose verwachte personeelstekort en deelrapportages van de Commissie Werken in de Zorg*, 9 november 2020.



## Literatuurlijst

### Artikelen (titel A t/m H)

#### Artikelen

*Artsen omarmen sinds corona e-health*, NRC 06/11/2020

*Artsen, kom uit je bubbel*, J. Bussemaker in Zorgvisie, 07/10/2020

*Belangrijke jeugdzorgorganisaties staan op omvallen, terwijl kleine aanbieders grote winst boeken*, Trouw, 05/10/2020

*Bezem door het basispakket, niet effectieve zorg niet langer vergoed*, S. Wijma in AD, 05/10/2020

*Collectieve zorgdoelen alleen bereikbaar met doorzettingsmacht*, M. Kaljouw in Zorgvisie 26/01/2021

*Coronacrisis maakt nieuwe ordening GGZ urgent*, J. Geel in Zorgvisie, 18/10/2020

*De coronacrisis kan de zorg structureel veranderen*, ESB 08/04/2020

*De zorg is gebaat bij een tandje minder overheid*, P. Meurs in FD 19/01/2020

*De zorg is teveel een verdienmodel geworden*, M. Kaljouw in NRC 26/06/2020

*Geld gaat naar lichte zorg, het kwetsbaarste kind is de dupe*, A. Harder in Trouw, 05/10/2020

*Gemeenten zijn halsstarrige minister De Jonge zat*, Zorgvisie 26/10/2020

*Gemeenten zijn weer meer kwijt aan zorgtaken*, Zorgvisie 15/01/2021

*Gereguleerde marktwerking is toekomstbestendig*, G. Schrijvers, M. Bouwmans, in Zorgvisie 03/08/2020

*Haal de productieprikkel uit het systeem*, J. van den Heuvel in Skipr 25/06/2020

*Het schiet al tien jaar niet op met preventie*, J. Blok in Zorgvisie, 3/09/2020.

*Hoe de NZa de volumeprikkel uit bekostiging en zorginkoop gaat halen*, J. Kursten in Zorgvisie, 01/10/2020

*Hoe marktwerking in de zorg innovatie belemmert*, B. Noort in Zorgvisie 17/09/2020



## Literatuurlijst

### Artikelen (titel K t/m W)

#### Artikelen

*Kracht van acute zorg zit in de regio*, E. Kuipers in Zorgvisie 14/08/2020

*Les van coronacrisis: productie geneesmiddelen terug naar Europa*, G. Schouw in Zorgvisie, 12/05/2020

*Marktwerkingprikkel werken juist goed voor planbare zorg*, H. Klopper-Kes in Zorgvisie 07/07/2020

*OLVG laat planbare operaties in ZBC's doen*, Zorgvisie 12/11/2020

*Omzetplafonds verzekeraars brengen ggz-behandelaars aan de rand van de afgrond*, Follow the money, 07/09/2020

*Pak deze structurele weeffout in de jeugdzorg nu aan*, Trouw 07/10/2020

*Parnassia Groep: over een jaar kwart van onze behandelingen online*, Zorgvisie, 25/11/2020

*Parnassia Groep stopt met verliesgevende ggz-zorg*, Zorgvisie, 16/11/2020.

*Patiënten schieten niets op met nieuwe inrichting acute zorg*, D. Baden in Zorgvisie, 13/10/2020

*Politieke plannen voor vervanging zorgstelsel niet echt reëel*, M. Varkevisser in Zorgvisie 04/11/2020

*Rivaliteit is nodig voor samenwerking*, A. Klink in Zorgvisie, 16/09/2020

*RVS advies lost arbeidsmarktproblemen niet op*, Zorgvisie, 11/11/2020

*SEH artsen waarschuwen: ernstig zieke patient komt op de verkeerde spoedpost*, D. Baden in Zorgvisie 10/11/2020

*Stelseldiscussie ontaardt in geloofsstrijd*, M. Canoy, in Zorgvisie 10/09/2020

*Veel gemeenten hebben geen visie op jeugdzorg*, De Stentor, 10/10/2020

*Wanneer moet je spreken van zinnige zorg?*, M. Kaljouw in NRC, 03/07/2020

*We moeten posten spoedeisende hulp halveren om zorgkosten te beheersen*, W. de Boer in FD 27/10/2020





## Literatuurlijst

### Artikelen (titel Z)

#### Artikelen

*Zorg schiet weinig op met stelselwijziging*, Pieter Hasekamp in Zorgvisie 17/09/2020

*Zorgstelsel heeft niet gefaald*, W. Bos in Zorgvisie 24/08/2020

*Zorgverzekeringswet helpt om zorguitgaven in de toom te houden*, D. Ooms, M. Tanke en D. van Vuuren in ESB, 10/09/2020.

*Zware jeugdzorg verdient eigen financiering*, H. Spigt in Zorgvisie, 13/10/2020

*Zorgprofessionals moeten voelen dat het geld kost wat ze doen*, B. van den Dungen in FD, 19/10/2020

*Zorgaanbieders mogen alleen nog passende zorg declareren*, S. Wijma in Zorgvisie, 30/11/2020



## Literatuurlijst

# Online bronnen & Verkiezingsprogramma's

Online bronnen	Link
Brief-BGZJ-WGO-Jeugd-23-november-2020	<a href="https://www.jeugdzorgnederland.nl/wp-content/uploads/2020/11/Brief-BGZJ-WGO-Jeugd-23-november-2020.pdf">https://www.jeugdzorgnederland.nl/wp-content/uploads/2020/11/Brief-BGZJ-WGO-Jeugd-23-november-2020.pdf</a>
OECD (2020) "Health spending" (indicator)	<a href="https://doi.org/10.1787/8643de7e-en">https://doi.org/10.1787/8643de7e-en</a>
Fundament jeugdhulp op instorten, andere tarieven nodig	<a href="https://www.jeugdzorgnederland.nl/actueel/fundament-jeugdhulp-op-instorten-andere-tarieven-nodig/">https://www.jeugdzorgnederland.nl/actueel/fundament-jeugdhulp-op-instorten-andere-tarieven-nodig/</a>
Groot aantal psychiaters overweegt de beroepsgroep te verlaten	<a href="https://zorgnu.avrotros.nl/nieuws/item/groot-aantal-psychiaters-overweegt-de-beroepsgroep-te-verlaten/">https://zorgnu.avrotros.nl/nieuws/item/groot-aantal-psychiaters-overweegt-de-beroepsgroep-te-verlaten/</a>
Los knelpunten acute zorg op met regionaal maatwerk, Zorgverzekeraars Nederland	<a href="https://www.zn.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht?newsitemid=5630984192">https://www.zn.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht?newsitemid=5630984192</a>
RIVM (2018) Het Nederlandse gezondheidszorgsysteem in internationaal perspectief	<a href="https://doi.org/10.21945/RIVM-2018-0066">https://doi.org/10.21945/RIVM-2018-0066</a>
Wachlijsten langdurige zorg (Zorginstituut Nederland)	<a href="https://istandaarden.nl/wachlijsten">https://istandaarden.nl/wachlijsten</a>
Tweede Kamer zet eindsprint in – 15 moties over jeugdzorg	<a href="https://www.jeugdzorgnederland.nl/actueel/tweede-kamer-zet-eindsprint-in-15-moties-over-jeugdzorg/">https://www.jeugdzorgnederland.nl/actueel/tweede-kamer-zet-eindsprint-in-15-moties-over-jeugdzorg/</a>

Politieke partij	Titel Verkiezingsprogramma
CDA	<i>Zorg voor elkaar</i>
D66	<i>Een nieuw begin</i>
Groen Links	<i>Tijd voor nieuw realisme</i>
PvdA	<i>Ons plan voor een eerlijker en fatsoenlijker Nederland</i>
PVV	<i>Het gaat om u</i>
SP	<i>Stel een daad</i>
VVD	<i>Samen aan de slag</i>

