

## De Contouren van een Gezonde Toekomst

### KERNBOODSCHAP

Nederland heeft een hoog niveau van gezondheid en welzijn. Dit is voor een belangrijk deel te danken aan de onze goede gezondheidszorg. Zorgverleners staan nu meer in het middelpunt dan ooit. Door de coronapandemie is voor heel Nederland zichtbaar geworden dat zij topprestaties leveren om mensen zo goed mogelijke zorg en ondersteuning te bieden. Het huidige zorgsysteem is daarbij niet altijd behulpzaam. De kaders knellen. Verandering is nodig om de gezondheidszorg toekomstbestendiger te maken. Zeker omdat de zorgvraag de komende jaren verder zal toenemen en complexer wordt doordat we steeds ouder worden. Er zijn de afgelopen jaren al concrete beleids- en wetstrajecten gestart bijvoorbeeld op het gebied van regiobeelden, gegevensuitwisseling en jeugdzorg om deze veranderingen in gang te zetten.

Voor een gezonde toekomst is er meer nodig en dat is ook tijdens de coronapandemie bevestigd. We willen inzetten op niets minder dan een paradigmashift naar gezondheid en welbevinden in plaats van onze blik op zorg en genezing. Meer regie in de regio helpt meer samenhang tussen de domeinen te realiseren waarbij de verantwoordelijkheden duidelijker moeten. En we maken de beweging van klassiek denken in derde, tweede en eerstelijnszorg naar nabije en integrale gezondheidszorg, eventueel pas verder weg als dat beter is. Ook hiervoor hebben we samenwerking en innovatie nodig.

Deze veranderingen moeten sneller. De coronapandemie heeft veel van ons allen gevraagd maar daarbij ook laten zien dat verandering kan én moet. We zien dat drie velden extra aandacht behoeven. Dit zijn: 1. focus op gezondheid en welbevinden, 2. samenhangende gezondheidszorg met heldere verantwoordelijkheden en 3. ruimte voor vernieuwing en werkplezier.

De oplossingsrichtingen omvatten onder andere betere inbedding van gezonde leefstijl, preventie en eigen regie en krachtiger inzet op de aanpak van sociale problematiek. Ook wordt gekeken naar de bekostiging. We doen voorstellen rondom het definiëren van de regio en de governance rondom het regiobeeld alsmede verbetering van de coördinatie in de regio, inclusief beschikbaarheid en marktordening. Tenslotte doen we voorstellen om ruimte te maken voor vernieuwing, het bevorderen van gepast gebruik en maken we ruimte voor de professional, inclusief voorstellen voor het bevorderen van gegevensuitwisseling.

## 1. INLEIDING

### **Strekking van het hoofdstuk:**

*Het kabinet wil in de Contourennota oplossingsrichtingen geven om de gezondheidszorg ook in de toekomst (tijdshorizon 2040) organiseerbaar te houden. Gezondheidszorg betekent het geheel van curatieve gezondheidszorg, jeugdzorg, langdurige gezondheidszorg, ondersteuning én preventie in brede zin. Organiseerbaar betekent dat er voldoende mensen zijn om de vraag naar gezondheidszorg te kunnen leveren, dat deze mensen in staat zijn om via coördinatie en samenwerking binnen de gezondheidszorg en met het sociaal domein kwalitatief goede gezondheidszorg volgens de laatste standaarden te verlenen en dat de betaalbaarheid is gewaarborgd.*

### **1.1 Aanleiding**

Vorig jaar is in de begroting van VWS de Contourennota aangekondigd. We zijn bezig met verbeteringen in de gezondheidszorg zoals de beweging naar de Juiste Zorg op de Juiste Plek, naar meer gepaste en onderbouwde gezondheidszorg en ontwikkeling van uitkomstindicatoren, maar het tempo van implementatie en consolidatie moet hoger. Er is een nog grotere mentaliteitsverandering nodig naar hoe we tegen gezondheid, welbevinden en preventie aankijken; door onder andere nadruk op productie is er vooral aandacht voor gezondheidszorg en genezing en veel minder voor preventie. En het blijft niet bij een mentaliteitsverandering. Ook meer ingrijpende wijzigingen zijn nodig. Oorzaken van het niet optimaal functioneren van de gezondheidszorg zijn o.a.: financiële prikkels (schotten, bekostiging en investeringen), gebrek aan kennis (over gepaste en effectieve gezondheidszorg), regelgeving, organisatiekracht en gebrek aan regie. Ook zijn burgers soms nog onbekend met mogelijkheden en onmogelijkheden van gezondheidszorg.

### **1.2 Doel van nota**

Het kabinet schetst in deze Contourennota haar toekomstvisie op de gezondheidszorg en beschrijft wat er naar haar oordeel nodig is om de gezondheidszorg organiseerbaar te houden. Organiseerbaar houdt in dat gezondheidszorg duurzaam zo is georganiseerd dat kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid zijn geborgd. Dit betekent dat het aanbod goed op de vraag naar gezondheidszorg is afgestemd. Dat mensen zo lang mogelijk gezond blijven. Dat er voldoende mensen zijn om de vraag te kunnen leveren en dat deze mensen geschoold zijn om kwalitatief goede en gepaste gezondheidszorg volgens de laatste standaarden te verlenen. Ook zijn zorgaanbieders in staat om coördinatie en samenwerking binnen de gezondheidszorg en met het sociaal domein op een adequate manier vorm te geven. Het gaat dan bijvoorbeeld om tweedelijns gezondheidszorg, gezondheidszorg voor kwetsbare ouderen of mensen met (langdurige) fysieke- of mentale beperkingen of jeugdigen. De noodzaak tot deze toekomstvisie wordt versterkt door de coronapandemie, die kwetsbaarheden ten tijde van meer zorgvraag en schaarste heeft blootgelegd.

### **1.3 Afbakening en proces**

De Contourennota geeft onze visie en aanpak op hoe de gezondheidszorg ook in de toekomst organiseerbaar te houden. De Contourennota bouwt ook voort op een aantal eerdere domeinspecifieke toekomstbeelden, zoals de Houtskoolschets voor de Acute Gezondheidszorg, de Jeugdbrief en de Visie op het zorglandschap van de GGZ. Onze toekomstvisie op de ouderenzorg, waarin we ook reageren op het rapport van de Commissie Bos, presenteren we in een aparte publicatie. De Contourennota baseert zich mede op andere adviezen over de toekomst van de gezondheidszorg, zoals de adviezen van de SER, de WRR en de Brede Maatschappelijke Heroverwegingen. Het verschil met deze trajecten is dat de Contourennota op de drie gekozen aandachtsvelden voor de organiseerbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg voortbouwt op de hierboven genoemde trajecten en de gesignaleerde knelpunten en oplossingsroutes samenbrengt en voorziet van een eigen visie van dit kabinet, die daarmee ook duidelijk richting geeft voor de in te zetten koers van de

omslag en paradigmashift die zich in de Nederlandse gezondheidszorg moet voltrekken om aan de demografische uitdagingen het hoofd te bieden in de periode tot 2040.

Het afgelopen half jaar heeft in het teken gestaan van de Coronapandemie, die een grote weerslag heeft gehad op alle delen van de gezondheidszorg. In de Contourennota nemen we de relevante en meer lange termijn effecten van de coronapandemie mee.

De Contourennota is tot stand gekomen in nauwe samenwerking met de zorgsector. Op meerdere momenten is vanuit alle delen van de gezondheidszorg inbreng geleverd en is ook breed met partijen gesproken over de impact van de coronapandemie.

Doel is om deze ambtelijke discussieversie na het zomerreces en na bespreking met Bewindspersonen, de Bestuursraad, dienstonderdelen van VWS en uitvoeringsinstanties uit te werken tot een consultatieversie van de Contourennota. Na consultatie wordt “De Contouren van een Gezonde Toekomst” in het najaar aangeboden aan de Tweede Kamer.

#### 1.4 Leeswijzer

De nota is als volgt opgebouwd.

1. INLEIDING
  - 1.1. Aanleiding
  - 1.2. Doel van de nota
  - 1.3. Afbakening en proces
  - 1.4. Leeswijzer
2. NEDERLAND GEZOND EN WEL, NU EN LATER
  - 2.1 De Nederlandse gezondheidszorg heeft een goede startpositie
  - 2.2 Maatschappelijke ontwikkelingen en trends
  - 2.3 Knelpunten in de organiseerbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg
  - 2.4 Drie urgente aandachtsvelden
3. FOCUS OP GEZONDHEID EN WELBEVINDEN
  - 3.1 Inleiding
  - 3.2 Betere inbedding van preventie, leefstijl en eigen regie
  - 3.3 Krachtiger inzet op de aanpak van de sociale problematiek
  - 3.4 Bekostig gezondheidszorg met een open blik
4. SAMENHANGENDE GEZONDHEIDSZORG EN DUIDELIJKE VERANTWOORDELIJKHEDEN
  - 4.1 Inleiding
  - 4.2 Wat is de regio?
  - 4.3 Startpunt van samenhangende gezondheidszorg is kennis van de regio en gezamenlijke doelen: het regiobeeld
  - 4.4 Coördinatie in de regio
  - 4.5 Beschikbaarheid en marktordening
5. RUIMTE VOOR VERNIEUWING EN WERKPLEZIER
  - 5.1 Inleiding
  - 5.2 Ruimte maken voor noodzakelijke vernieuwing
  - 5.3 Gepast gebruik bevorderen
  - 5.4 Ruimte voor professional en werkplezier
  - 5.5 Gegevensuitwisseling bevorderen
6. SLOT

## 2. NEDERLAND GEZOND EN WEL, NU EN LATER.

### Strekking van het hoofdstuk:

*Zoals een goede gezondheid en welbevinden een basisbehoefte is voor iedere Nederlander, zo is een goed functionerende gezondheidszorg een basisbehoefte van onze maatschappij. De coronapandemie heeft de hele maatschappij en de gezondheidszorg in het bijzonder onder druk gezet. Maar het Nederlandse model werkt: de mix van publieke en private partijen waarin zowel aandacht is voor efficiëntie als voor overleg en samenwerken levert goede gezondheidszorg op. Dat blijkt onder meer uit internationale vergelijkingen op het gebied van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg. Dat het zo goed gaat komt in hoge mate door de inzet van zorgverleners op alle niveaus. Hierdoor is de volksgezondheid in Nederland over het algemeen van hoog niveau.*

*Om de gezondheidszorg in de toekomst van goede kwaliteit, toegankelijk en betaalbaar te houden moeten we nu inzetten op een aantal veranderingen. Dit is zeer urgent gezien de dubbele vergrijzing, de toenemende chronische en leefstijlgerelateerde ziekten enerzijds en de toenemende arbeidsmarktkrapte en een daling van het aantal mantelzorgers anderzijds.*

*De veranderingen die zijn ingezet door dit kabinet met tal van wetgevingstrajecten en programma's beginnen hun vruchten af te werpen. Een groot aantal succesvolle initiatieven in de regio laten zien dat het perspectief van een combinatie van transities realistisch is. Op basis van inzichten uit de coronapandemie, analyse van ingekomen documenten en gesprekken met stakeholders kiezen we voor drie aandachtsvelden: focus op gezondheid en welbevinden, samenhangende gezondheidszorg met duidelijke verantwoordelijkheden, en ruimte voor vernieuwing en werkplezier.*

### **2.1 De Nederlandse gezondheidszorg heeft een goede startpositie**

Professionals, bestuurders en alle mensen die in de gezondheidszorg werken zijn gemotiveerd en staan dagelijks vol passie in voor de gezondheid van de Nederlander. Zij zijn het hart van de gezondheidszorg en hebben in de coronapandemie weer bewezen waar het echt om gaat: met kennis en kunde de mensen zo goed mogelijk verzorgen bij ziekte, maar ook het voorkomen van ziekte. In Nederland kan iedereen rekenen op goede gezondheidszorg onafhankelijk van inkomen. In ons land hechten we veel waarde aan gezondheid en willen we samen klaarstaan voor mensen met gezondheidsproblemen. De gemiddeld goede prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg blijkt ook uit vergelijkingen met andere landen.

**De kwaliteit van de gezondheidszorg is hoog.** Ten opzichte van andere landen is de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland over het algemeen minstens van een vergelijkbaar niveau of beter. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de relatief hoge levensverwachting en het relatief weinig voorkomen van sterfte die vermijdbaar is door goede medische zorg. Daar staat tegenover dat de relatieve verschillen in gezondheid tussen groepen met een hoge en een lage sociaaleconomische status fors zijn. Bovendien wordt het in een complexer wordende samenleving voor mensen met een beperking moeilijker om mee te doen en bestaat het risico dat mensen eerder in zorg komen of de weg kwijtraken.

**De Nederlandse gezondheidszorg is toegankelijk, met coördinatie van gezondheidszorg als aandachtspunt.** Ook de toegankelijkheid is in Nederland goed geregeld. Solidariteit is één van de belangrijkste pijlers onder de Nederlandse gezondheidszorg. Gezonde mensen betalen mee aan de gezondheidszorg voor mensen met hogere zorgkosten. Jongeren betalen mee aan de gezondheidszorg voor ouderen en mensen met een hoog inkomen betalen mee aan de gezondheidszorg voor mensen met een lager inkomen. Het aandeel van eigen bijdragen in de totale zorguitgaven is dan ook in weinig landen lager dan in Nederland. Het deel van de bevolking dat aangeeft een onvervulde zorgbehoefte te ondervinden is in Nederland zelfs het laagste van heel de EU en er zijn relatief weinig verschillen tussen de inkomensgroepen. Wel zijn de verschillen in levensverwachting als gevolg van sociale ongelijkheid hoog.

Aandachtspunt is echter coördinatie van gezondheidszorg. Integrale gezondheidszorg beoogt de kwaliteit van gezondheidszorg en gezondheidsuitkomsten te verbeteren door fragmentatie van gezondheidszorg tegen te gaan door betere zorgcoördinatie. De International Health Policy Survey van de Commonwealth Fund geeft inzicht in hoe mensen zorgcoördinatie ervaren: in Nederland gaf bijna een kwart van de volwassenen aan een probleem te hebben ervaren met coördinatie van gezondheidszorg in de afgelopen twee jaar. Betere samenwerking kan dus ook in internationaal opzicht nog winst opleveren.

**De zorguitgaven nemen toe.** De uitgaven aan gezondheidszorg zijn hoog en groeiende en deze kunnen op termijn de houdbaarheid onder druk zetten. Nederland besteedt in vergelijking tot andere EU-landen relatief veel aan langdurige gezondheidszorg, de uitgaven aan curatieve gezondheidszorg zijn gemiddeld of lager dan in de meeste andere Westerse landen. Dit is opvallend omdat de vergrijzing in Nederland de komende jaren nog een inhaalslag zal maken ten opzichte van de andere EU-landen en vergrijzing juist voor de langdurige gezondheidszorg een extra druk oplevert.

## **2.2 Maatschappelijke ontwikkelingen en trends**

**De coronapandemie heeft grote impact op de gezondheidszorg.** De coronapandemie heeft laten zien dat de gezondheidszorg veel aankan, maar heeft ook zwaktes blootgelegd, zoals het belang van meer coördinatie en regie bij schaarste en pandemie. Om de pandemie het hoofd te bieden zijn weerbaarheid en een goede leefstijl van belang. De coronapandemie heeft laten zien dat onder centrale regie coördinatie mechanismen tot stand komen die anders minder snel of niet tot stand komen. Oplossingen om de plotselinge schaarste het hoofd te bieden kwamen weliswaar steeds tot stand in goed overleg met de betrokken actoren, maar wel onder centrale sturing. Lessen van de coronapandemie, ook op basis van de evaluaties, zijn een belangrijke input om de schaarste die optreedt tot en met 2040 het hoofd te kunnen bieden. Bovendien bleek dat veranderingen die zonder druk van de coronapandemie niet tot stand kwamen, nu wel vlot tot stand kwamen, bijvoorbeeld bij het op grotere schaal en versneld inzetten van digitale gezondheidszorg. Hieruit zijn ook belangrijke lessen te leren en het is van groot belang deze goede ontwikkelingen te behouden en uit te bouwen.

Ook heeft de coronapandemie de mate van afhankelijkheid van China en India blootgelegd, waaruit blijkt dat Nederland ook voor wat betreft de volksgezondheid en de gezondheidszorg internationaler is dan we vaak denken. De verbondenheid met de wereld is groot, dus oplossingen moeten ook vaak in samenhang met de internationale en vooral ook Europese situatie worden bekeken. De pandemie heeft ook laten zien dat zowel zorgverleners als besturen van zorgorganisaties goed geëquipeerd zijn om flexibel en kundig te reageren op noodsituaties.

**De zorgvraag neemt de komende decennia fors toe.** We staan voor een flinke opgave om ervoor te zorgen dat burgers ook in de toekomst verzekerd zijn van goede gezondheidsinterventies, gepast gebruik en ondersteuning. En voor de opgave dat de gezondheidszorg vanuit de burger bezien in samenhang wordt geboden. Demografische analyse laat zien dat het goed kunnen opvangen van de snel toenemende zorgvraag al in de nabije toekomst onder druk komt te staan. Dit komt door de vergrijzing, de toenemende chronische, leefstijl gerelateerde ongezondheid en toenemende krapte op de arbeidsmarkt.

De toekomstbestendigheid van onze gezondheidszorg staat onder druk en deze druk is ook nu al merkbaar. Burgers maken zich zorgen over versnippering, het gebrek aan tijd en aandacht, over de werkdruk en het tekort aan zorgverleners. Ook zijn er zorgen over het tekort aan plaatsen in bijvoorbeeld verpleeghuizen of revalidatiecentra en zijn er problemen met wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg. Die zorgen zijn gelet op een aantal ontwikkelingen niet onterecht.

Een eerste belangrijke ontwikkeling betreft de vergrijzing en de toename van de zorgvraag die daar mede uit voortvloeit. Mede door de goede gezondheidszorg waarover we in Nederland beschikken worden we steeds ouder. Ouderen hebben regelmatig (meerdere) chronische aandoeningen. Dit betekent voor de komende

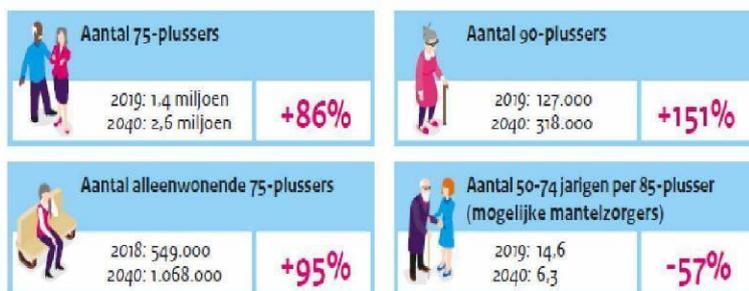
jaren dat meer mensen vaak jarenlang behandelingen ondergaan of medicijnen moeten gebruiken. Bij langer thuiswonende ouderen nemen op den duur ook sociale problemen zoals eenzaamheid toe. De vraag naar gezondheidszorg en ondersteuning wordt hierdoor groter, zowel van mantelzorgers en anderen in de omgeving als van professionele zorgverleners. In 2040 zal 1 op 8 werkenden een ouder met dementie hebben; nu is dat nog 1 op 33 werkenden.

Daarnaast blijft de zorgvraag toenemen doordat er steeds meer nieuwe behandelmogelijkheden zijn door ontwikkelingen in technologie en geneesmiddelen. Nieuwe en steeds meer verfijnde technieken en geneesmiddelen zorgen ervoor dat burgers steeds beter kunnen worden geholpen, waardoor er ook toenemend meer gezondheidszorg wordt verleend. Innovaties dragen bij aan een hogere gezondheidswinst en levensverwachting, maar dragen tegelijkertijd bij aan de stijging van de zorguitgaven.

### Gevolgen voor de volksgezondheid



### Veranderingen in de bevolking

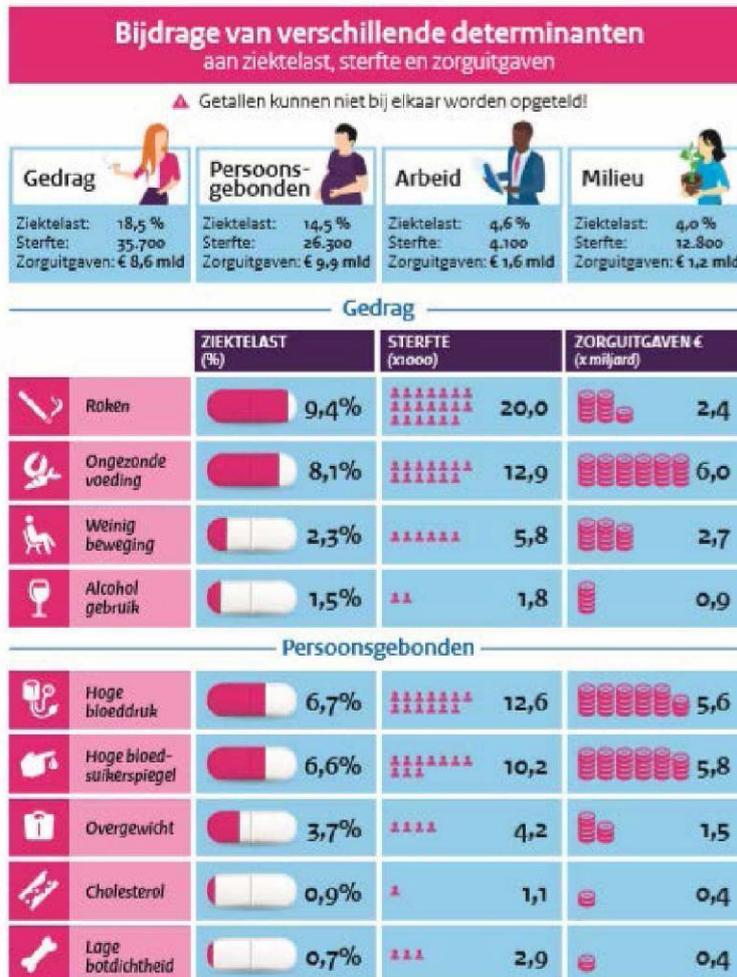


### Gevolgen voor de zorg



Ook neemt de omvang van leefstijl gerelateerde aandoeningen toe. Ongezond gedrag, zoals roken, alcoholgebruik, te weinig bewegen en ongezonde voeding, is verantwoordelijk voor bijna een derde van de ziektelast. Roken is daarvan de belangrijkste oorzaak. We zien gelukkig een positieve trend in de daling van het

aantal volwassen rokers en ook bewegen mensen steeds meer. Tegelijkertijd neemt overgewicht juist toe. Deze ontwikkelingen zijn niet voor alle bevolkingsgroepen hetzelfde. Roken daalt harder bij mensen met een hoge sociaaleconomische status, en ernstig overgewicht stijgt harder bij degenen die een lage sociaaleconomische status hebben. Naast leefstijl heeft de omgeving waarin we wonen, werken en leren op allerlei manieren invloed op onze gezondheid, evenals arbeidsomstandigheden.



Er is steeds minder personeel om de stijgende zorgvraag op te kunnen vangen. De gezondheidszorg is voor een groot deel mensenwerk en een toename in de vraag naar gezondheidszorg leidt tot een grotere vraag naar arbeidskrachten. De gezondheidszorg kampt echter, net als veel andere sectoren zoals onderwijs, met krapte op de arbeidsmarkt. Het wordt daarom steeds moeilijker om voldoende gekwalificeerd personeel aan te trekken en te behouden in de gezondheidszorg. Bovenop de 1,4 miljoen mensen die nu in Nederland in de gezondheidszorg werken, zijn de komende 20 jaar zo'n 700.000 extra werknemers nodig als we dezelfde gezondheidszorg willen blijven leveren die we nu leveren. Nu werkt één op de zeven mensen in de gezondheidszorg. Bij ongewijzigd beleid zou dat in 2040 één op de vier moeten zijn. Tegelijkertijd daalt het aantal mantelzorgers. Naast de krapte op de arbeidsmarkt gaat het zorgaanbod ook op andere vlakken knellen, bijvoorbeeld door toenemende schaarste aan geschikte woningen en capaciteit voor verpleeghuiszorg en een passend aanbod voor de meest complexe zorgvragen.

Een duidelijk voorbeeld van de krapte in het aanbod van gezondheidszorg betreft de uitdagingen in de ouderenzorg voor de komende jaren. Zo komt uit een prognose van het RIVM en TNO naar voren dat de behoefte aan verpleeg(huis)zorg de komende 20 jaar zal verdubbelen als er geen beleidsveranderingen zouden

zijn. Dat zou concreet betekenen dat er voor 2040 een bouwopgave ligt van circa 164.000 plaatsen. Dit is mede afhankelijk van ontwikkelingen op het gebied van het aanbod van wonen, welzijn en gezondheidszorg voor zelfstandig wonende ouderen en hun voorkeuren voor het combineren van wonen en gezondheidszorg en de toepassing van eHealth en domotica. Deze ontwikkeling gaat gepaard met een toename in de vraag naar personeel, mede tegen de achtergrond van een dalend aantal mantelzorgers.

**De grenzen van betaalbaarheid van zorg zijn bereikt.** Deze ontwikkelingen hebben uiteraard ook effect op de betaalbaarheid van onze gezondheidszorg en zetten druk op de solidariteit. De geschetste ontwikkelingen in de zorgvraag zullen ervoor zorgen dat de zorguitgaven de komende jaren verder zullen stijgen. We hebben in Nederland veel over voor goede gezondheidszorg. Als de zorguitgaven de verwachte economische groei echter geruime tijd fors overstijgen gaat dit ten koste van andere belangrijke maatschappelijke uitdagingen. Hogere zorguitgaven kunnen dan andere belangrijke collectieve uitgaven, zoals de uitgaven aan onderwijs, sociale zekerheid en veiligheid verdringen. Ook leidt dit ertoe dat de koopkracht in het gedrang komt vanwege premies en belastingen.

### **2.3 Knelpunten in de organiseerbaarheid van de Nederlandse zorg.**

Onze gezondheidszorg is op dit moment niet goed in staat om in te spelen op alle bovengenoemde ontwikkelingen. Onderzoek naar de totstandkoming van regiobeelden (uitgevoerd door Berenschot in opdracht van team Contourennota en de Juiste Zorg op de Juiste Plek) wijst uit dat 93% van de respondenten knelpunten ervaart bij om samenwerking in de praktijk voor elkaar te krijgen. Men noemt: gebrek aan financiering, gebrek aan afspraken over governance en tegenstrijdige belangen als grootste knelpunten voor de gewenste transities. Daarnaast geven respondenten aan dat er meer inzet nodig is op beschikbaarheid van data, dat de administratieve lastendruk voor zorgverleners te hoog is en dat breder moet worden ingezet op preventie en zelfredzaamheid van burgers. **Kortom, de kaders knellen.**

Hieraan liggen verschillende oorzaken ten grondslag die duiden op zwaktes van onze gezondheidszorg die elkaar ook kunnen versterken:

**Een belangrijk knelpunt in onze gezondheidszorg is dat de focus te veel is gericht op het opsporen en behandelen van ziekte en beperkingen in plaats van op het bevorderen van de gezondheid van mensen en het ondersteunen van participatie.** Preventie helpt ziekte en dus (duurdere) gezondheidszorg voorkomen, voorkomt onnodige medicalisering en draagt bij aan welzijn en welbevinden. Gezondheidsbevordering vraagt om verandering van leefstijl en een ander gedrag van mensen en ook om inspanningen buiten de gezondheidszorg. Het wel of niet hebben van schulden, het opleidingsniveau, (een gebrek aan) sociale interactie of zingeving, de woonomgeving, het al dan niet hebben van werk en de kwaliteit van de leefomgeving hebben immers ook effect op de gezondheid van mensen. Het moet dus minder gaan om 'de patiënt' en meer om 'de mens' en zijn omgeving. Dit sluit goed aan op het concept positieve gezondheid, dat deze bredere dimensies van gezondheid onderkent, en steeds breder toegepast wordt in gezondheidszorg en welzijn in Nederland.

**Er zijn meerdere redenen waarom de totstandkoming van preventie, met name gezondheidsbevordering, momenteel nog onvoldoende van de grond komt.** Zo zijn verantwoordelijkheden ten aanzien van preventieve (leefstijl)interventies onvoldoende helder. Voor gemeenten is een belangrijke taak neergelegd in het sociale domein, In de Wet Publieke Gezondheid is echter geen duidelijke taak voor gemeenten geregeld. Ook bij interventies waarbij samenwerking noodzakelijk is tussen partijen in het sociaal domein en het zorgdomein is onduidelijk wie initiatief moet nemen voor het aanbod en wie verantwoordelijk is voor de uitvoering en coördinatie ervan. En daarmee is ook niet duidelijk wie wat moet betalen. Bovendien ontbreken soms de juiste incentives voor zowel zorginkopers als aanbieders om echt te investeren in preventie. Bijvoorbeeld doordat de partij die investeert in preventie onvoldoende profiteert van de baten en/of doordat er te veel tijd tussen de investering en het rendement zit. Dit maakt investeringen in preventie kwetsbaar. Om dit op te lossen zal de rolverdeling van partijen helder in wetgeving moeten worden opgenomen.

**In grote delen van de gezondheidszorg zijn de productieprikkels groot, waardoor de gezondheidszorg (en niet gezondheid) te veel een verdienmodel is geworden.** Zorgaanbieders worden in de regel per uur, per verrichting of per behandelcode betaald, waardoor het inkomen van zorgaanbieders stijgt naarmate meer zorg wordt geleverd. Dergelijke productieprikkels kunnen belangrijk zijn om ervoor te zorgen dat er voldoende gezondheidszorg wordt geleverd, maar te grote productieprikkels kunnen een belemmering vormen om de werkelijke behoefte van mensen centraal te stellen, goed triage te plegen en onnodige gezondheidszorg te vermijden. Het doel moet zijn dat de bekostiging meer wordt gebaseerd op de waarde die gezondheidszorg toevoegt voor burgers, zeker daar waar mensen en hun omgeving onvoldoende zelfredzaam zijn. Dit vraagt ook om een beter inzicht in de kwaliteit van de gezondheidszorg in termen van de uitkomsten die relevant zijn voor mensen en voor het belonen van uitkomsten. Er zijn nu nog onvoldoende uitkomstindicatoren beschikbaar.

**Bekend is dat nog op grote schaal zorg wordt ingezet, waarvan het nut nog onvoldoende is aangetoond, waardoor ook te weinig ruimte wordt gecreëerd voor daadwerkelijke innovatie en een andere organisatie van meer gezondheidszorg op afstand.** Sinds enkele jaren wordt er meer ingezet op het bevorderen van gepast gebruik van gezondheidszorg, om zo ook naar de toekomst toe een breed basispakket te kunnen behouden. Ook de coronapandemie doet inzien dat mogelijk niet alle soorten zorg en behandeling even noodzakelijk zijn. De uitval van reguliere zorg laat zien dat een deel van het ‘stuwmeer’ mogelijk uit vermijdbare en minder gepaste gezondheidszorg bestaat. De herstart van de zorg na de coronapandemie onderstreepte het belang om versneld de beweging naar meer gepaste gezondheidszorg te maken, waarbij zorg zonder meerwaarde voor de burger snel wordt afgebouwd.

**Tussen verschillende soorten gezondheidszorg bestaan schotten, hetgeen samenhangende gezondheidszorg bemoeilijkt.** Dit speelt tussen de domeinen maar kan ook een rol spelen binnen één domein, zoals bij de overgang van zorg door het ziekenhuis en de vervolgzorg in de revalidatiekliniek. Nieuwe initiatieven kunnen daarmee worden belemmerd. Belemmerend voor investeren in innovatie is met name dat de baten van een investering vaak in een ander domein neerslaan dan het domein waar de investering is gedaan. Dat beperkt bijvoorbeeld de prikkel van partijen om te investeren in een passend woon- en zorgaanbod waarmee zwaardere zorgvragen van ouderen voorkomen. In het licht van de toenemende schaarste en veranderende zorgvraag zullen professionals en hun organisaties hun verantwoordelijkheid alleen nog in samenwerking met anderen waar kunnen maken. We hebben de mogelijkheid niet meer om zorg apart te organiseren, bijvoorbeeld elke thuiszorgorganisatie zijn eigen nachtdienst of elk verpleeghuis dat een paar extra bedden vrijhoudt. Vaak gaat samenwerking goed maar dat is vaak ondanks en niet dankzij hoe we de gezondheidszorg hebben georganiseerd.

**Bij domeinoverstijgende, meer integrale gezondheidszorg is soms niet duidelijk genoeg wie verantwoordelijkheid heeft, aanspreekbaar is en wie dus daadwerkelijk de regie heeft.** Dit kan ertoe leiden dat mensen tussen wal en schip vallen en belemmert de mogelijkheid voor mensen om regie te voeren over hun eigen gezondheidszorg en ondersteuning. Zo bestaat in het sociale domein een prikkel om vooral lichte vormen van ondersteuning te verlenen en zwaardere zorgvragen door te verwijzen naar zorg in andere domeinen. Dergelijke risico's op afwenteling doen zich ook voor in andere domeinen. Nog te vaak is sprake van een te gefragmenteerd en versplinterd aanbod van zorg waardoor samenwerking in de wijk of in de regio vaak lastig vorm krijgt. Daarbij is essentieel dat vaker levensbreed wordt gekeken welke interventie het best passend is. Dat kan een interventie in het zorgdomein zijn, maar ook op een ander vlak, zoals op het gebied van werk, schuldhulpverlening of wonen. Zorgverleners kunnen die ondersteuning niet zelf bieden, maar hebben wel een belangrijke rol bij het signaleren van de behoefte en het doorverwijzen naar en het samenwerken met professionals uit aanpalende domeinen. Dat vraagt ook een betere gegevensuitwisseling tussen zorgverleners. Ook het toezicht is onvoldoende toegesneden op dergelijke vormen van domeinoverstijgende gezondheidszorg in de regio. Zo is het toezicht op de naleving van de zorgplicht met name toegespitst op gezondheidszorg binnen de domeinen, maar richt deze zich niet op het verlenen van integrale gezondheidszorg via domeinoverstijgende samenwerking met andere zorginkopers en het sociaal

domein.

**In de praktijk zien we dat sommige zorgaanbieders zoekende zijn naar domein overstijgende oplossingen voor kwetsbare mensen met een lichtverstandelijke beperking en/of psychische problematiek, autisme, verslaving, daklozen of mensen met een forensische titel. Zij lopen op tal van terreinen vast. Zo hebben ze bijvoorbeeld moeite met het vinden van passende huisvesting, het op orde krijgen en houden van hun financiën, het maken en onderhouden van vriendschappen, het volgen van onderwijs, het vinden en behouden van een baan en weten ze niet goed hoe ze hun dag moeten vullen. Er sprake is van multiproblematiek en multi-complexiteit. Burgers met een lagere sociaaleconomische status vinden hierin nog moeilijker hun weg dan anderen, waardoor gezondheidsverschillen toenemen. De schotten tussen de verschillende leefdoeinen verergert de problematiek, de hulpverlening bestaat veelal uit het begeleiden van deze mensen door de schotten heen. De wet en regelgeving die gekoppeld is aan de verschillende domeinen biedt ruimte voor mensen met een enkelvoudige hulpvraag. Echter, waar sprake is van problematiek op meerdere domeinen werkt wet en regelgeving elkaar tegen en vallen deze mensen tussen wal en schip. In plaats van de beoogde inclusiviteit in de maatschappij is uitsluiting het gevolg.**

**Samenwerkingsprojecten kunnen stuk kunnen lopen, wanneer een of een deel van de betrokken partijen niet mee wil werken.** De benodigde veranderingen vereisen vaak dat zorgorganisaties tijd en geld investeren en zich committeren aan een andere manier van werken en dat kan op obstakels stuiten. Wanneer er bijvoorbeeld veel onzekerheid bestaat of alle betrokken partijen wel gecommitteerd blijven, of het project ook echt de beoogde resultaten gaat opleveren en of de benodigde investeringen uiteindelijk terugverdiend kunnen worden, kan dat een reden zijn voor zorgpartijen om af te haken. Samenwerking is extra ingewikkeld, wanneer er zorgactiviteiten verplaatst of vervangen moeten worden door andere gezondheidszorg. Een andere organisatie van de gezondheidszorg kan bijvoorbeeld als gevolg hebben dat een ziekenhuis over jaren minder inkomsten krijgt. Zelfs wanneer je afspraken kan maken over een compensatie van eventuele verliezen, kan het moeilijk zijn om mee te gaan in plannen die niet overeenkomen met je eigen strategie.

**Samenwerking kan ook stuk lopen wanneer organisaties in de gezondheidszorg hun eigen taken en verantwoordelijkheden te nauw interpreteren.** De laatste jaren zien we bijvoorbeeld geregeld dat ziekenhuizen of huisartsen moeite hebben om een plek te vinden voor kwetsbare ouderen die tijdelijk extra gezondheidszorg en ondersteuning nodig hebben, bijvoorbeeld na een operatie of bij het uitvallen van een partner. Hiervoor zijn op verschillende plekken in de gezondheidszorg bedden gereserveerd voor spoedzorg, zoals het eerste lijns verblijf, in verpleeghuizen of in de WMO spoedzorg, ieder voor een specifieke doelgroep. Hoewel al deze organisaties individueel goed nagedacht kunnen hebben over welke criteria zij moeten hanteren bij opnames, zullen er daarbij altijd mensen zijn die niet in een hokje te plaatsen zijn en daardoor nergens terecht lijken te kunnen. Het zijn deze situaties die laten zien dat om goede gezondheidszorg te verlenen, zorgorganisaties een netwerk moeten vormen om ervoor te zorgen dat iedereen die dat nodig heeft een plek kan krijgen. Als dat niet bij A is dan is het wel bij B.

Voorkomen moet worden dat de benodigde veranderingen in de organisatie van de gezondheidszorg om de verkeerde redenen niet op gang komen. Hiervoor moeten we nagaan waar de toenemende en veranderende zorgvraag en het belang om de gezondheidszorg ook bij mogelijke schaarste in goede banen te leiden andere eisen stellen aan partijen in de gezondheidszorg, die niet waren voorzien bij de invoering van de allerlei wetten. Dit is nodig om onze toezichhouders beter in staat te stellen om zorgorganisaties die door hun opstelling onvoldoende invulling geven aan hun taken en verantwoordelijkheden daarop aan te spreken.

#### ***2.4 Drie urgente aandachtsvelden***

Om de bovenstaande knelpunten in het licht van de organiseerbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg tot 2040 het hoofd te bieden en mede in het licht van de coronapandemie hebben nu drie velden urgent meer

aandacht nodig: Focus op welbevinden, samenhangende gezondheidszorg en duidelijke verantwoordelijkheden en ruimte voor vernieuwing en werkplezier.

### 3. FOCUS OP GEZONDHEID EN WELBEVINDEN

#### Strekking van het hoofdstuk:

*Wat is de behoefte van de mens? Daarvoor moet meer aandacht komen. Van nadruk op het leveren van gezondheidszorg naar het bevorderen van gezondheid en welbevinden. Preventie in brede zin, zowel individuele als collectieve, krijgt nu minder aandacht dan het verdient. Dit komt door verkeerde prikkels, gebrek aan middelen en regels. Voor wat betreft preventie, gezonde leefstijl en positieve gezondheid zijn meer dwingende kaders nodig en minder vrijblijvendheid, zodat alle actoren meer gelijkgericht gaan bijdragen aan preventie. We moeten regelen dat partijen die verantwoordelijkheid nemen en de organisatiekracht regionaal faciliteren. Dit hoofdstuk draagt oplossingen aan bij de gesignaleerde knelpunten.*

#### 3.1 Inleiding

Een belangrijk, overkoepelend knelpunt in de Nederlandse gezondheidszorg betreft de focus op ziekte en het leveren van zorg in plaats van op het bevorderen van gezondheid van mensen en het ondersteunen van participatie. Juist op dit terrein is nog veel gezondheidswinst te behalen, waardoor ziekte, onnodige medicalisering en dus (duurdere) gezondheidszorg kunnen worden voorkomen en zo welzijn en welbevinden worden bevorderd.

Gezondheid en gedrag vraagt een cultuurverandering van de zorgverlener en de burger waarin de 'maakbaarheid' in de gezondheidszorg wordt teruggebracht. De dokter schiet niet meer direct in het behandelen van het probleem en de burger legt zijn probleem niet standaard op het bureau van de dokter. In deze paradigmashift is van belang dat de bewustwording wordt vergroot dat problemen soms moeten worden aangepakt door een sterkere inzet op de aanpak sociale problematiek en er dus nog veel nadrukkelijker dan nu het geval is, moet worden samengewerkt met organisaties in het sociaal domein.

#### 3.2 Betere inbedding van preventie, leefstijl en eigen regie

In onze gezondheidszorg staat nu niet het voorkomen, maar het genezen van ziekte centraal. De overheid zet zich van oudsher wel structureel in voor gezondheidsbescherming, vaccinaties en bevolkingsonderzoeken. Meer aandacht is nodig voor gezondheidsbevordering, een gezonde leefstijl, mentale gezondheid en een gezonde leefomgeving. De impact van COVID-19 maakt extra duidelijk dat juist het hebben van een gezonde en veerkrachtige bevolking van jong tot oud van groot belang is.

Preventie komt echter nog onvoldoende van de grond, vanuit de organisatie van onze gezondheidszorg en breder vanuit de samenleving. Terwijl er een groot potentieel ligt om langs de weg van een gezonde leefstijl en een gezonde omgeving meer gezondheid te realiseren en daarmee de gezondheidszorg in Nederland te ontlasten en tevens de sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verkleinen. Meer werk maken van gezondheidsbevordering is cruciaal om de gezondheidszorg in Nederland organiseerbaar en betaalbaar te houden in de toekomst, omdat zo zorgvraag kan worden voorkomen of verminderd.

Gezondheid gaat over veerkracht, over meedoen in de maatschappij, over betekenisvol werk of andere activiteiten en over de omgeving waarin je leeft. Langer mee kunnen doen vanwege een betere gezondheid betekent ook dat mensen beter en langer in staat zullen zijn om bijvoorbeeld mantelzorg te verlenen. Het is van belang dat er breed wordt gekeken naar de fysieke, sociale en mentale gezondheid en het welbevinden.

Iedereen is zelf verantwoordelijk om gezond te eten, goed voor zichzelf te zorgen, voldoende te bewegen, sociale contacten te onderhouden en naar school of werk gaan. Maar zeker niet iedereen leeft in de omstandigheden en heeft de kennis en vaardigheden om gezonde keuzes te kunnen (blijven) maken en de dagelijkse verleidingen tot ongezond gedrag te kunnen weerstaan. Daar komt bij dat onze maatschappij sterk aanzet tot overconsumptie, met name voor groepen met minder weerstand of kennis. Ook is er een grote

groep mensen met een beperking die niet zonder meer in staat zijn om mee te doen in de maatschappij. Burgers moeten daarom meer dan nu het geval is worden gestimuleerd en ondersteund bij gezond gedrag. Welbevinden moet altijd de kern en het doel zijn. Leefstijlproblemen voor alle groepen dienen beter gesignaleerd te worden en de aanpak hiervan dient een integraal onderdeel uit te maken van gezondheidszorg. Dit vereist een grote paradigmashift in alle lagen van de maatschappij en met name in onderwijs, gezondheidszorg en werk.

De coronapandemie wijst ons ook nadrukkelijk op het belang van gezondheid. Volgens sommige bronnen had meer dan de helft van de burgers met coronaklachten op de intensive care aanzienlijk overgewicht. Een groot aantal anderen had chronische aandoeningen, waarvan sommige over het algemeen in verband kunnen worden gebracht met leefstijl. Overigens past het hier enige voorzichtigheid te betrachten omdat het zeker niet zo is dat de ernst waarin iemand lijdt aan de symptomen van corona direct te relateren is aan leefstijl en voorkomen had kunnen worden. Desalniettemin is er een duidelijke correlatie, waarmee het belang van persoonlijke gezondheid en weerbaarheid van elke burger nu ook veel meer een collectief belang is geworden.

Hoewel de belangrijkste baat van preventie meer gezondheid is, zowel in de vorm van langer leven als in de vorm van een betere kwaliteit van leven, zijn er ook belangrijke maatschappelijke en economische baten. Opmerkelijk daarbij is dat gezondheid geen deel uitmaakt van de economische kernindicatoren bruto nationaal product en economische groei waardoor gezondheid als het ware geen (geldelijke) 'waarde' krijgt. Zo resulteert een vitale beroepsbevolking in productiviteitswinsten en andere maatschappelijke baten die ook bijdragen aan het organiseerbaar en betaalbaar houden van de gezondheidszorg in de toekomst, terwijl economische groei door consumptie van ongezonde goederen en producten evengoed positief worden gewaardeerd.

Concreet stellen we de volgende routes voor een betere inbedding van preventie, gezonde leefstijl en eigen regie voor:

**Gemeentelijke preventietaken worden scherper in de wet publieke gezondheid omschreven.** Gemeenten krijgen een centrale rol bij de totstandkoming van de zogeheten preventie-infrastructuur, aangezien veel interventies (ten dele) liggen op het terrein van de leefomgeving en het sociaal domein waar de gemeente al een leidende rol heeft. De wettelijke verankering ziet op brede preventietaken gericht op gezonde mensen en risicogroepen waar nu diverse rijksprogramma's voor zijn ontwikkeld waar gemeenten desgewenst (en daarmee vrijblijvend) aan kunnen meedoen. Het gaat om leefstijlfactoren zoals overgewicht en roken (met programma's als Jongeren op Gezond Gewicht, Gezonde School of rookvrije gemeenten) of om (andere) risicogroepen, zoals kwetsbare gezinnen waar een programma als Kansrijke Start zich op richt. Daarnaast wordt voor specifieke preventieactiviteiten die gericht zijn op het individu en waar de zorgverzekeraar aan zet is, met deze wettelijke aanscherping ook de inzet van gemeenten geborgd.

**Zorginkopers worden wettelijk verplicht om afspraken te maken over uitvoering, coördinatie en samenwerking rond individuele en selectieve preventie met gemeenten.** Samenwerkingsafspraken tussen zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten over preventie-activiteiten voor individuen en risicogroepen kunnen reeds, maar komen onvoldoende van de grond. Met een wettelijke verplichting tot samenwerking is dit niet vrijblijvend meer.

**Door een regionale preventie-infrastructuur is het mogelijk om samenwerkingsafspraken op regionaal niveau op basis van een gedeeld regiobeeld te maken**

Op basis van regiobeelden worden preventieketens en programma's ontwikkeld voor risicogroepen (zoals mensen met overgewicht) en anderen (jeugd, ouderen). Met name waar het gaat om de preventieketens worden tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren, afspraken gemaakt over wie welk deel van het aanbod voor zijn rekening neemt. Onderdeel van de preventie-infrastructuur is ook dat partijen de uitvoering van de afspraken monitoren. De GGD krijgt een coördinerende rol in de voorbereiding en de uitvoering en is partij bij het opstellen van het regiobeeld.

**Om op regionaal niveau tot een duurzaam en samenhangend preventieaanbod te komen is structurele financiering noodzakelijk.** Om de wettelijke taken voor gemeenten en lokale en regionale afspraken over de inzet op preventie te realiseren, zal er extra geïnvesteerd moeten worden. Er is tijdelijk geld nodig voor het opzetten van preventieketens en het tot stand brengen van samenwerkingsverbanden met de verschillende partijen in de regio. Vervolgens is er structureel budget nodig om de preventie-infrastructuur en de inzet op interventies en programma's te laten werken. Ook is er behoefte aan een impuls om (meer) effectieve interventies te ontwikkelen en te implementeren. Om gemeenten en zorgpartijen een helpende hand te bieden bij een goede keuze uit het aanbod van interventies, wordt gedacht aan een kennisautoriteit die aangeeft welke interventies effectief zijn voor een bepaald probleem of doelgroep.

De bekostiging voor een duurzaam en samenhangend preventieaanbod kan gevonden worden met een (beperkte) schuif van het zorgbudget naar preventie. Een andere mogelijkheid is om vanuit de algemene middelen geld beschikbaar te stellen. Deze middelen aangevuld met middelen van andere partijen kunnen in een preventiefonds samen worden gebracht. Zo is gezekerd dat de middelen daadwerkelijk worden aangewend voor de inzet op preventie.

**Door een gezonde leefstijl aantrekkelijker te maken, kunnen mensen gestimuleerd worden om hun leefstijl te verbeteren.** De omgeving waarin wij verkeren bevat vele prikkels die ons tot ongezond gedrag kunnen verleiden en daar dienen we oog voor te hebben. Vanuit het Rijk en gemeenten kunnen er meer maatregelen worden genomen om de omgeving gezonder te maken. Te denken valt aan krachtiger inzetten op landelijke prijsmaatregelen voor ongezonde producten of aan meer maatregelen die het aanbod van ongezonde producten beperken. Ook op lokaal niveau kan met het inrichten van de fysieke omgeving de gezondheid worden bevorderd. Met de nieuwe Omgevingswet dienen zich kansen aan om gezondheid lokaal actiever te agenderen bij de besluitvorming over ruimtelijke ordeningsvraagstukken. Dit is met name een kans voor de GGD-organisaties. Ook innovatieve vormen van preventie zoals gaming en andere eHealth toepassingen bieden kansen voor de toekomst.

### ***3.3 Krachtiger inzet op de aanpak van sociale problematiek***

De gezondheidszorg kan niet alle problemen van mensen oplossen, bijvoorbeeld als ze onlosmakelijk verbonden zijn met het leven en ook als ze worden veroorzaakt door niet-medische omstandigheden zoals zingeving of de woon-of werksituatie. Daarom is er betere afstemming nodig tussen het zorgdomein en het sociaal domein, bijvoorbeeld op het gebied van de schuldhulpverlening, langdurige werkloosheid en eenzaamheid. Dit speelt ook, maar zeker niet uitsluitend - bij mensen met een beperking of afstand tot de arbeidsmarkt. Er zijn sterke aanwijzingen dat het hebben van werk een grote bijdrage levert aan het welbevinden en acceptatie van het ziektebeeld zelfs als er stevige beperkingen zijn.

Soms manifesteert problematiek zich niet (alleen) in het individu, maar in een gezin of familie. Kindproblematiek (Jeugdwet) hangt vaak samen met problematiek van de ouders (WMO, Zvw). Stress over bestaanszekerheid of wonen veroorzaakt psychische en/of lichamelijke gezondheidsklachten en kan leiden tot verwaarlozing en mishandeling. In de praktijk – in pilots en experimenten - worden steeds meer goede ervaringen opgedaan met gezamenlijke inzet vanuit sociaal domein en (geestelijke) gezondheidszorg.

In de wijk zou er daarom altijd een spil moeten zijn om goede coördinatie te garanderen. Hetzij het wijkteam of de huisarts of een vorm die we nu (nog) niet (veel) zien, zoals een praktijkondersteuner preventie. Voor sommige mensen zijn beperkingen levensbreed en levenslang, bijvoorbeeld als het gaat om bepaalde psychische problematiek of fysieke of verstandelijke beperkingen. Voor hen gaat het om goede begeleiding en ondersteuning, participatie, zo zelfstandig mogelijk mee (blijven) doen, voorkomen van erger. Voorkomen van eenzaamheid, schulden, gebrek aan zingeving, een goede fysieke leef- en werksituatie tellen allemaal mee. Hiervoor zijn al goede methoden, maar die zijn nog (lang) niet overal geïmplementeerd. Een soepele overgang en samenwerking tussen verschillende domeinen is nodig, mogelijkheden voor op- en afschalen van

gezondheidszorg en ondersteuning, voor afwisseling in periodes van opname (Zvw) en zelfstandiger wonen (WMO) zijn daarvan voorbeelden. Dat vraagt om samenwerking en coördinatie, niet alleen op het niveau van de professionals, maar ook op niveau van de financiers.

Ten slotte is de schuldenproblematiek (en armoede) buitengewoon relevant. Uit onderzoek blijkt dat mensen met risicovolle schulden binnen dezelfde SES-groep meer gezondheidsproblemen en een ongezondere leefstijl hebben dan mensen zonder risicovolle schulden. De meest significante samenhang lijkt er te bestaan met de GGZ: de GGZ-kosten voor mensen in de wanbetalersregeling zijn drie keer hoger dan gemiddeld (CBS, 2018) en alle uitkeringsgerechtigden nemen samen een groot deel van de GGZ-kosten voor hun rekening (CBS, 2017).

Concreet stellen we de volgende routes voor een krachtiger inzet op de sociale problematiek voor:

**Zet in op steviger aanpak schuldenproblematiek.** Vroegsignalering, pauzeren van incasso, aanpak van multiproblematiek, doorzettingsmacht en het kwijtschelden van schulden hebben direct invloed op de gezondheid en het voorkomen van zorggebruik. De actieve deelname van VWS aan de Brede Schuldenaanpak moet voortgezet en versterkt worden.

**Onderzoek de mogelijkheid één wet op het sociaal domein te maken om meer integrale en effectievere hulpverlening aan multiprobleemgezinnen mogelijk te maken.** Het is belangrijk om dit samen te doen met gemeenten en landelijke uitvoeringsorganisaties, zoals UWV, SVB, DUO, CAK, CJIB en Belastingdienst. In deze wet wordt één mensbeeld centraal gesteld waarvan (1) de ondersteuning en gezondheidszorg op het terrein van jeugd, maatschappelijke ondersteuning en arbeidsparticipatie georganiseerd wordt; en (2) de eigen verantwoordelijkheid en verplichtingen van burgers gedefinieerd worden. De dan meer gebundelde financieringsstructuur bevordert ook dat gemeenten investeren in preventie. Door de gemeentelijke uitvoering van verschillende wetten in het sociaal domein meer integraal te benaderen kan de complexiteit afnemen, wordt de effectiviteit van de ondersteuning verhoogd en wordt meer preventief gewerkt.

**Organiseer meer proactieve gezondheidszorg vanuit de gemeenten.** Proactieve gezondheidszorg vanuit gemeenten is ondersteuning en gezondheidszorg die verder gaat dan waar de cliënt in eerste instantie zelf om vraagt. Dit kan nodig zijn als de gemeente vindt dat de cliënt zelf niet in staat is de noodzaak van ondersteuning en gezondheidszorg goed te beoordelen. Proactieve gezondheidszorg moet worden ingezet in het kader van preventie en ook in situaties waarin cliënten zichzelf, al dan niet via hun netwerk, hebben gemeld. Het kan behulpzaam zijn hiervoor meer middelen beschikbaar te stellen aan gemeenten.

### **3.4 Bekostig gezondheidszorg met een open blik**

Een waardevolle ontwikkeling in de gezondheidszorg is dat er steeds meer aandacht is voor de vraag hoe we kijken naar waar patiënten en cliënten het beste mee gediend zijn. Een toenemend aantal zorgverleners werkt vanuit het perspectief van positieve gezondheid en er is steeds meer aandacht voor het belang van het goede gesprek tussen zorgverlener en burger, over de mogelijke uitkomsten en risico's van behandelingen. Zorgverleners versterken op deze manier hun vaardigheden om met een open blik te kijken naar wat iemand echt nodig heeft. Zo kan een praktijk ontwikkeld worden waarin een burger ook de bewuste keuze kan maken om nog even te wachten met een behandeling of waarin blijkt dat een jongere met gedragsproblemen zich deels beter kan ontwikkelen in de context van een judoschool.

Hiervoor is het belangrijk dat zorgverleners de ruimte hebben om waar nodig meer tijd te nemen voor het goede gesprek en de verbinding te leggen met andere soorten interventies. Dit vergt van zorgorganisaties dat zij werken vanuit een brede visie op gezondheid en hun rol in de maatschappij en dat de budgetten waar zij mee werken hier ruimte voor bieden. Voorkomen moet immers worden dat investeringen in consultatie en andere behandelvormen, die vaak kunnen leiden tot betere uitkomsten en lagere zorgkosten, ten koste gaan van de financiële ruimte die zorgaanbieders hebben. Dit kan geval zijn wanneer zorgaanbieders of

zorgverleners per uur of per behandeling betaald worden, waardoor het inkomen daalt wanneer er minder reguliere zorg wordt geleverd.

Zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren hebben daarbij een belangrijke rol. In de afspraken die zij maken met aanbieders over de financiering van de gezondheidszorg en ondersteuning moeten zij ruimte bieden voor andere manieren van zorgverlenen, wanneer dit de gezondheidszorg beter en doelmatiger maakt. Wanneer duidelijk is dat een nieuwe benadering betere resultaten oplevert en zorgkosten bespaart, kunnen zij via afspraken erop sturen dat ook andere zorgaanbieders deze benadering overnemen. Daarbij is belangrijk dat de financieringsafspraken de juiste prikkels bevatten, die aansluiten bij de organisatie van de zorg, zodat goede uitkomsten van gezondheidszorg ook beloond worden. Ook is het van belang dat deze afspraken meerjarig zijn en uitgaan van een bredere visie op de organisatie van de gezondheidszorg in de regio. Dit geeft zorgaanbieders de zekerheid die nodig is om te investeren in een andere manier van zorgverlenen en stelt hen in staat om samen te werken met andere partijen aan een betere gezondheidszorg en betere gezondheid in de regio (zie ook hieronder, hoofdstuk 4).

Dat vraagt van zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren een andere manier van werken. Verschillende verzekeraars en gemeenten werken in dit verband met innovatieve contractvormen, waarin afspraken over een betere organisatie van de zorg en afspraken over de vergoeding van de gezondheidszorg elkaar versterken. Bijvoorbeeld Welzijn op recept in Nieuwegein of werken met positieve gezondheid in Afferden of Samen beter Noord in Amsterdam. Deze en andere voorbeelden laten zien wat er mogelijk is binnen de Nederlandse gezondheidszorg, maar de toepassing is nog niet breed omarmd.

#### Concrete voorstellen voor de route naar het stimuleren van innovatieve contractafspraken

**Ondersteun zorgaanbieders, verzekeraars, gemeenten, zorgkantoren bij het maken van afspraken op basis van shared savings.** Investerings in een populatiegerichte manier van zorgverlenen komen vaak niet tot stand omdat de opbrengsten veelal bij andere zorgorganisaties terecht komen. Hierdoor kan de initiatiefnemer zijn investering moeilijk terugverdienen. Dit knelpunt kan weggenomen worden wanneer de betrokken zorgorganisaties samen bijdragen aan de kosten en afspraken maken over de onderlinge verdeling van de opbrengsten. Afspraken op basis van shared savings kunnen ingewikkeld zijn om te maken. Dit vergt een afbakening van de populatie en goede data over de uitkomsten van zorg en de gezondheid van de populatie. Ook moet de gezondheidszorg op een andere manier gedeclareerd kunnen worden. Door zorgpartijen bij deze stappen te ondersteunen, kan deze vorm van financiering vaker toegepast worden. De NZa kan deze ondersteuning in de praktijk toepassen. Een verdergaande optie is om voor een bepaald gebied of populatie de totale zorgkosten te meten en van jaar op jaar afspraken te maken over de gezondheidsuitkomsten en het budget. De minderuitgaven ten opzichte van het vorige jaar kunnen via een sleutel verdeeld worden onder de contractanten. Dit zou ook zijn beslag kunnen krijgen via een revolverend fonds (kavelaanpak).

**Bekostig chronische zorg op basis van keten-dbc's of een abonnementstarief.** Patiënten met een chronische aandoening maken vaak gebruik van verschillende zorgvormen. Door goed samen te werken kunnen de zorgaanbieders ervoor zorgen dat de zorg beter aansluit bij de behoefte van de burger. Dit wordt vergemakkelijkt door de verschillende zorgsoorten te vergoeden op basis van een vast tarief per jaar, waaruit alle betrokken zorgaanbieders betaald moeten worden. Zorgaanbieders moeten hiervoor afspraken maken over wie wat doet en hoe de vergoeding verdeeld wordt. De huisarts kan hierin de leiding nemen als eerste aanspreekpunt voor de burger. Zorgaanbieders worden zo geprikkeld om telkens de best passende zorgverlener in te zetten, waardoor de patiënt bijvoorbeeld minder vaak naar het ziekenhuis moet.

**Maak bestuurlijke afspraken met ziekenhuizen partijen over het vergroten van de gelijkgerichtheid.** Veel medisch specialisten zijn niet in loondienst, maar maken via een medisch specialistisch bedrijf aparte afspraken met het ziekenhuis over de vergoeding van hun inzet. De meeste vergoedingsmodellen die daarbij gebruikt worden zijn gebaseerd op het leveren van productie. Dit heeft als gevolg dat specialisten die meer behandelingen uitvoeren ook meer betaald krijgen. Dit heeft als gevolg dat medisch specialisten een ander financieel belang kunnen hebben bij de organisatie van de zorg dan de rest van het ziekenhuis. Dit kan een belemmering vormen voor de invoering van nieuwe zorgmodellen en alsook voor de samenwerking met

andere zorgaanbieders. Deze belemmering kan worden weggenomen wanneer medisch specialisten afspraken maken met het ziekenhuis op basis van een ander verdeelmodel. Met inkopende partijen kunnen per regio hieraan ondersteunende afspraken gemaakt worden over indicatoren op basis waarvan zij inkopen (zie ook 4.5 over inkoop en representatie).

**Ondersteun zorgpartijen door onduidelijkheden over de rechtmatigheid van regionale financieringsconstructies weg te nemen en handreikingen op te stellen voor financiële arrangementen voor domeinoverstijgende zorg.** Zorgkantoren krijgen een budget voor de zorg voor mensen die 24 uur per dag zorg en begeleiding nodig hebben en mogen dat budget daarom in principe niet besteden aan andere cliënten.

Hoewel het vaak ook goed gaat kunnen de verschillende criteria voor de vergoeding van zorg kunnen in de praktijk soms een lastig obstakel vormen om de zorg goed te organiseren. Bijvoorbeeld in de zorg voor kwetsbare mensen met een handicap, die als alles goed gaat zelfstandig kunnen wonen, maar gevoelig zijn voor tegenslag. Om deze mensen zoveel mogelijk gezond en zelfredzaam te houden is het belangrijk om vroeg te signaleren dat het niet goed gaat met iemand en dan snel extra zorg en ondersteuning te organiseren. Voor zorgfuncties waarvoor geen effectieve financieringsvorm gevonden kan worden, kan de NZa in samenwerking met het Zorginstituut separate prestaties formuleren. Om te vergemakkelijken dat zorgaanbieders elkaar bijstaan met raad en daad, kunnen consultatie en coördinatiefuncties bekostigd worden op basis van beschikbaarheid. Door bovendien de btw verplichting voor de uitleen van zorgpersoneel weg te nemen, kunnen zorgaanbieders gemakkelijker taken van elkaar overnemen en afspraken maken over netwerkzorg. Door ten slotte wettelijk te regelen dat ook zorgkantoren financieel kunnen bijdragen aan regionale oplossingen, kunnen zorgpartijen meer doen om ouderen die thuis willen blijven wonen te ondersteunen.

Een verdergaande oplossingsrichting is dat de overheid samenwerking tussen verschillende zorgsoorten vergemakkelijkt door zorgactiviteiten en zorgfuncties die veel overlap kennen op een andere manier te financieren. Door bijvoorbeeld een fonds in te richten onder de Zvw, kan de overheid faciliteren dat zorgverzekeraars domeinoverstijgende zorgactiviteiten inkopen op basis van een vast abonnementstarief per verzekerde. Alternatief kan de overheid domeinoverstijgende zorgactiviteiten volledig overdragen aan gemeenten of door middel van een subsidieregeling zelf middelen beschikbaar stellen voor de uitvoering.

#### 4. SAMENHANGENDE GEZONDHEIDSZORG EN DUIDELIJKE VERANTWOORDELIJKHEDEN

##### 4.1 Inleiding

Kenmerkend voor Nederland is dat organisaties in de gezondheidszorg relatief veel zelf regelen. Of het nou om ziekenhuizen, GGZ instellingen, huisartsenpraktijken of wijkverpleegkundigen gaat, allen hebben de ruimte om hun eigen beleid te bepalen en eigen accenten te leggen in de gezondheidszorg die ze aanbieden en de manier waarop ze dat organiseren. Ook zorgverzekeraars en gemeenten leggen hun eigen accenten en bepalen zelf welke nieuwe initiatieven zij ondersteunen en welke afspraken zij maken over de verbetering van de gezondheidszorg. Deze manier van organiseren past goed bij de intrinsieke motivatie van alle betrokkenen om goede gezondheidszorg te leveren en voortdurend te zoeken naar verbeteringen. Inherent aan deze manier van organiseren is dat samenwerking niet altijd goed op gang komt. De ruimte die zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren hebben om hun eigen strategie te bepalen heeft als keerzijde dat zij zich terughoudend kunnen opstellen ten opzichte van zaken die niet bij de eigen strategie passen. Dat leidt ertoe dat afspraken tussen zorgorganisaties over verbeteringen of oplossingen voor knelpunten vaak moeizaam en soms helemaal niet tot stand komen.

Gezondheidszorg vergt dat professionals zich specialiseren en dat komt de kwaliteit ten goede. Tegelijkertijd weten we meer over hoe verschillende aandoeningen elkaar beïnvloeden en hoe belangrijk bijvoorbeeld het veranderen van voeding en beweegpatronen of het wegnemen van stress kan zijn om je gezondheid te verbeteren. Deze kennis biedt kansen op betere zorguitkomsten, maar om deze te benutten moet de coördinatie tussen alle soorten gezondheidszorg vanuit de burger gezien samenhangend zijn. Dat is hard

nodig, omdat er zoals in hoofdstuk 2 beschreven, steeds meer complexe burgers komen die meerdere aandoeningen tegelijkertijd hebben.

Kansen zijn er ook in de coördinatie tussen zorgverleners die zich bezig houden met verschillende soorten gezondheidszorg. Kwetsbare ouderen of mensen met een beperking willen en kunnen vaak met de hulp van de mensen om hen heen nog zelfstandig blijven wonen, als zij tijdig ondersteuning kunnen krijgen. Dit vergt dat de gezondheidszorg zo georganiseerd wordt dat de betrokken zorgorganisaties gezamenlijk optrekken en een samenhangend netwerk rondom de cliënt vormen.

In het verleden zijn financieringssytemen ingericht die niet per se helpen om deze coördinatie te bevorderen, bijvoorbeeld omdat zij een grote nadruk op productie van een bepaalde zorgsoort leggen, waardoor gezondheidszorg te veel een verdienmodel is geworden. Ook cultuuraspecten spelen een rol. Een medisch specialist op de eerste hulp heeft geleerd om een breuk door middel van elke medische technologie die hem ter beschikking staat uit te sluiten en dat net zo lang te doen tot hij een breuk daadwerkelijk uit kan sluiten. Daarnaast is er voor grote groepen zorgaanbieders min of meer vrije toetreding, waardoor het aantal entiteiten dat zich bezig houdt met een bepaalde vorm van gezondheidszorg of een schakel uitmaakt in een keten van gezondheidszorg in één enkele wijk heel groot kan zijn. Bovendien kan er daardoor te veel of te weinig capaciteit ontstaan voor bepaalde vormen van gezondheidszorg. Schotten binnen een domein of tussen domeinen houden bemoeilijkt coördinatie van zorg ook.

Deze kwetsbaarheid werd duidelijk zichtbaar tijdens de Coronapandemie, die een enorme krachtingspanning vergde van alle zorgverleners. Tijdens de pandemie moest de gezondheidszorg in korte tijd zo georganiseerd worden, dat ziekenhuizen de toevloed aan burgers op de IC konden opvangen en dat zorgverleners in de wijk en in de verpleeghuizen onder moeilijke omstandigheden gezondheidszorg kunnen blijven leveren aan de meest kwetsbare mensen. Daarbij is essentieel dat zorgorganisaties hun eigen belang weten te overstijgen en samen één vangnet vormen, onder centrale coördinatie, zodat het belang van de burger altijd voorop staat. Dit is op veel plekken goed gegaan, maar het zijn de onderdelen waar het in eerste instantie niet goed ging waar we van moeten leren. Het laat zien dat we de organisatie van de gezondheidszorg moeten versterken, zodat op die onderdelen waarop het nodig is dat zorgaanbieders gezamenlijk optrekken, de benodigde samenwerking en coördinatie ook echt tot stand komt.

De lessen uit de coronapandemie hebben daarbij een bredere relevantie. Onvoldoende samenwerking maakt de gezondheidszorg niet alleen kwetsbaar in tijden van pandemie, maar belemmert ook de verbeteringen die nodig zijn om ervoor te zorgen dat het zorgaanbod kan mee veranderen met de stijgende en veranderende zorgvraag. De verbeteringen die we nodig hebben om te voorkomen dat de gezondheidszorg in de komende jaren vastloopt - op het gebied van preventie, een sterkere inzet op de aanpak van sociale problematiek, gepast gebruik en uitkomstgerichte gezondheidszorg - hebben als gemene deler dat ze samenhangende veranderingen verlangen van veel verschillende organisaties. Waar de Coronapandemie ook heeft laten zien wat er mogelijk is in de gezondheidszorg als de nood aan de man is, dringt de vraag zich op hoe we deze daadkracht kunnen organiseren voor een pandemie die zich geleidelijk voltrekt.

In de reguliere gezondheidszorg zien steeds meer (domeinoverstijgende) voorbeeldprojecten ontstaan waarin uit het oogpunt van de burger samenhangende gezondheidszorg wordt geleverd en die gaan over het verplaatsen, vervangen en voorkomen van gezondheidszorg. Bijvoorbeeld Welzijn op recept in Nieuwegein of werken met positieve gezondheid in Afferden of Samen beter Noord in Amsterdam. Het gaat steeds over lokale samenwerkingen in de regio met grote impact. Wat op de landelijke tekentafel moeilijk tot stand komt, kan concreet in de praktijk voor elkaar worden gebokst in samenwerking tussen zorgpartijen die aan dezelfde opgaven werken. Deze regionale samenwerking is dus vaak een oplossing om de gewenste transitie daadwerkelijk invulling te geven. Waar samenwerking niet of onvoldoende van de grond komt ontbreekt vaak coördinatie in de aanpak.

#### **4.2 Wat is de regio?**

Het grootste deel (in termen van volume) van de gezondheidszorg wordt georganiseerd in de wijk, binnen het verzorgingsgebied van een gemeente, jeugdzorginstelling, ziekenhuis, huisarts of wijkverpleegkundige. Hoewel de gezondheidszorg daar wordt georganiseerd is voor een goede domeinverstijgende samenwerking en transitie naar nabije gezondheidszorg coördinatie en samenwerking in de planning en allocatie van schaarse middelen op het niveau van de regio nodig.

Uitgangspunt zou moeten zijn dat gezondheidszorg wordt georganiseerd op het juiste en laagst mogelijke niveau, zo dicht mogelijk bij de burger en lokale behoeften. Er zijn grote verschillen tussen provincies, steden, dorpen en wijken in de zorgbehoeften van mensen. Organisatie van gezondheidszorg op het laagst mogelijke niveau biedt partijen meer mogelijkheden om maatwerk te kunnen bieden. Soms is het echter niet effectief om alleen op wijkniveau of gemeenteniveau te opereren en moet er op een niveau hoger worden samengewerkt of gecoördineerd. Dat geldt bijvoorbeeld voor de organisatie van sommige complexe medisch-specialistische gezondheidszorg. Gezondheidszorg kan zodanig veel expertise en middelen vergen dat het beter is deze gezondheidszorg op een beperkt aantal plekken te concentreren, zodat de kwaliteit toeneemt en/of de kosten lager. Daarom moeten sommige zorgvormen landelijk geregeld worden.

Op dit moment worden in de gezondheidszorg circa 26 formele verschillende regio-indelingen naast elkaar gebruikt (bv. op het niveau van zorgkantoren, gemeenten, jeugdzorg, veiligheid, etc.) en daarnaast is er nog een groot aantal informele samenwerkingsregio's. Dit gebrek aan eenduidigheid kan de regionale samenwerking belemmeren en gaat gepaard met veel bestuurlijke last. Het is daarom van belang dat partijen in de gezondheidszorg tot een eenduidigere regio-indeling komen. Dit vermindert de onzekerheid voor zorgorganisaties over met wie je moet samenwerken en stelt de betrokken partijen in staat om te investeren in het vertrouwen dat nodig is om goed samen te werken. Zo is het voor zorgorganisaties die jeugdzorg aanbieden in verschillende gemeenten erg lastig wanneer de regionale coalities van gemeenten waar zij een contract mee aangaan telkens wisselen. Dit zorgt voor veel onzekerheid over de financiën en de eisen waar de gezondheidszorg aan moet voldoen, belemmert hen om te investeren in een goede samenwerking met bijvoorbeeld de plaatselijke wijkteams en huisartsenpraktijken en om hun werknemers een vast dienstverband en goede loopbaanperspectieven te kunnen bieden.

#### Concreet voorstel voor een route naar een uniforme regio-indeling:

Uit gesprekken is naar voren gekomen dat voor veel vormen van gezondheidszorg de regio-indeling van de zorgkantoren een goede basis is voor verdergaande afspraken over de organisatie van de gezondheidszorg. De zorgkantorregio's vormen ook nu reeds de basis voor de totstandkoming van de regiobeelden die in de laatste Hoofdpijnenakkoorden zijn afgesproken. Ook staat de regio-indeling van de zorgkantoren centraal bij de samenwerkingsafspraken die Zorgverzekeraars Nederland en de Vereniging Nederlandse Gemeenten hebben gemaakt, in het bijzonder voor ouderen, geestelijke gezondheidszorg en preventie.

**Een kansrijke denkrichting voor een uniforme regio-indeling is om hierop voort te bouwen en te werken met een indeling die bestaat uit de huidige ROAZ-regio's met daarbinnen de zorgkantorregio's.** De ROAZ-regio's worden gebruikt voor het coördineren van de acute gezondheidszorg. Binnen deze ROAZ-regio worden de grenzen van zorgkantorregio's gebruikt voor het opstellen van regiobeelden en regiovisies, het maken van regioafspraken en de afstemming tussen zorgverzekeraar, zorgkantoor en gemeenten als inkopers van gezondheidszorg en ondersteuning. Een eerste analyse biedt inzicht in de mate waarin de huidige zorgkantorregio-grenzen (36 in totaal) aansluiten op grenzen van de ROAZ-regio's (11 in totaal). Het aantal 'rafelranden' blijkt relatief beperkt. Van alle gemeenten in Nederland zijn voor 26 gemeenten, waarin ongeveer 5% van de Nederlandse bevolking woont, de grenzen niet gelijk. Nadere analyses laten zien dat herinrichting om te komen tot een congruente regio-indeling goed mogelijk moet zijn, zonder te grote mutaties die impactvol zijn voor bijvoorbeeld patiëntstromen en omvang van de regio. Zorginkopers en zorgverleners kunnen hier gezamenlijk invulling aan geven. Verkend moet worden of en hoe de zorgkantorregio's congruent gemaakt kunnen worden met de GGD- en veiligheidsregio's, die bij preventie en crises een belangrijke rol spelen.

#### **4.3 Startpunt van samenhangende gezondheidszorg is kennis van de regio en gezamenlijke doelen: het regiobeeld.**

Het startpunt van een goede coördinatie in de regio is kennis. Het is essentieel dat meer inzicht wordt verkregen in gezondheid en leefstijl in de regio. Om gezondheidszorg goed te kunnen organiseren, moeten we weten wat de vraag is en wat het aanbod, waar de schaarste zit en waar de oplossing, en uiteindelijk wat de regionale opgaven en uitdagingen zijn. Dit inzicht moet gaan over alle onderdelen van gezondheidszorg in brede zin: de curatieve gezondheidszorg, de langdurige gezondheidszorg, maatschappelijke ondersteuning, jeugdzorg en preventie. Het is tevens van belang dat deze inzichten meerjarig worden gemaakt en bijtijds worden geüpdatet. Hiertoe is het regiobeeld hét instrument. Deze richting is reeds onderkend bij de vorige Hoofdlijnenakkoorden maar het is van belang dat dit verder wordt uitgebouwd en er ook de komende jaren regiobeelden worden gemaakt.

De regiobeelden lijken op twee manieren tot stand te komen: op een meer regionaal niveau (zorgkantorregio) zoals door de zorgverzekeraars benoemd en op een meer lokaal niveau (samenwerkende organisaties rond een specifieke zorgvraag of doelgroep, gemeentelijk niveau). Zorgverzekeraars hanteren de zorgkantorregio-indeling. In een aantal gevallen hebben zij er (al dan niet in overleg met regiopartners) voor gekozen meerdere regiobeelden te maken, omdat subregio's of historische regio's binnen de zorgkantorregio erg van elkaar verschillen. In totaal leidt dit tot 37 regiobeelden. Uit de input van verzekeraars blijkt dat zij in (op één na) alle zorgkantorregio's bezig zijn of zijn geweest met het ontwikkelen van een regiobeeld. De marktleider van de regio waarvoor nog geen beeld in ontwikkeling was, heeft aangegeven dat ten tijde van het onderzoek een bestuurlijke tafel werd ingericht als randvoorwaarde voor het opstellen van een regiobeeld. Bij de totstandkoming van het regiobeeld zijn naast het zorgkantoor en de zorgverzekeraar (97%) vaak ook ziekenhuizen (83%), huisartsen (83%), ouderen- en thuiszorgorganisaties (78%), burger- en/of burgervertegenwoordiging (72%), gemeenten (67%) en GGZ (56%) betrokken. Minder betrokken zijn wijkteams (8%), GGD (50%), revalidatie (36%), jeugdzorg (11%), paramedie (11%) en provincie (17%).

De regiobeelden die met behulp van subsidies tot stand komen zijn vooral gericht op gemeente(n), een historische regio of het adherentiegebied van een zorgaanbieder. Bovendien zijn deze beelden veelal gericht op een specifieke zorgvraag of doelgroep. Van de 96 regionale samenwerkingsverbanden die via ZonMw een datavoucher hebben gekregen, hebben er 26 input geleverd aan Berenschot. 31% van hen heeft een regiobeeld gereed, bij 62% is het beeld in ontwikkeling en 7% moet nog starten. De partijen die de trekkersrol vervullen bij deze regiobeelden zijn vooral ziekenhuizen (18x), gemeenten (13x), VVT-organisaties (10x) en zorgverzekeraars (9x). Het type organisaties die zij betrekken bij de totstandkoming varieert sterk. Een opvallend verschil ten opzichte van de beelden per zorgkantorregio is dat wijkteams (42%) en jeugdzorg (31%) veel vaker worden betrokken. Daarnaast blijkt dat slechts bij 54% van de voucher initiatieven een zorgverzekeraar en bij 15% een zorgkantoor betrokken is. Tenslotte geven respondenten aan dat er bij 73% van de regiobeelden (in ontwikkeling) een samenwerkingsagenda met de gemeente(n) is.

#### **Concrete voorstellen voor routes naar een meer dwingend kader voor regiobeelden:**

Naast inzicht in de regiobeelden heeft het onderzoek inzichtelijk gemaakt in hoeverre regiobeelden zijn vertaald naar gezamenlijke opgaven en/of afspraken. In 43% van de zorgkantorregio's is dat nog niet het geval, omdat het regiobeeld nog in ontwikkeling of pas net gereed is. In de gezamenlijke opgaven komen de volgende thema's naar voren: garanderen van beschikbaarheid van gezondheidszorg (met name spoedzorg, GGZ en voldoende zorgverleners), vergrijzing en gezondheidszorg voor kwetsbare ouderen, preventie van leefstijlgerelateerde aandoeningen, chronisch zieken, organiseren van samenwerking in de keten en digitalisering. Concrete acties richten zich op het realiseren van de Juiste Zorg op de Juiste Plek, het realiseren van continuïteit van gezondheidszorg door herinrichting, ontwikkelen van specifiek aanbod gericht op kwetsbare ouderen, inzet van technologie/eHealth, verkleinen van gezondheidsverschillen en zorgdragen dat burgers geen last hebben van wettelijke schotten. Opvallend is dat de acties en afspraken zich vooral richten op de domeinen waar zorgverzekeraars vanuit hun inkooprol ook een rol hebben. Partijen die een subsidie

gebruiken hebben het vaker over het verkleinen van gezondheidsverschillen, preventie en positieve gezondheid en gerichte acties ten aanzien van kwetsbare bevolkingsgroepen.

**Institutionaliseer het regiobeeld per zorgkantorregio door minimumeisen voor te schrijven.** We hebben geen mogelijkheid te sturen op de ontwikkeling van regiobeeld. Bovenstaande analyse legt bloot dat er verschillen zijn in de regiobeelden. Enerzijds is het goed dat regiobeelden per regio verschillen mogelijk maken in de doelen, uitdagingen en opgaven. Anderzijds is het niet goed dat de scope van regiobeelden verschilt, de mate van betrokkenheid van partijen verschilt per regio en de kwaliteit en grondigheid per regio verschilt. Er zijn verschillende manieren om de mate van verplichting te regelen. Te denken valt aan best practices (lichte variant), vastleggen in de volgende hoofdlijnenakkoorden tot wettelijke verplichting. Nadeel van het laatste is dat, aangezien het een veelsoortigheid van betrokkenheid van entiteiten omvat, er waarschijnlijk een groot aantal wetten zou moeten worden gewijzigd. De voor te schrijven minimumeisen kunnen in ieder geval inhouden dat tenminste een bepaald aantal zorgaanbieders en inkopers (gemeenten en verzekeraars) wordt betrokken evenals dat er een bepaalde vorm van burgerparticipatie zal zijn. Het gebruik van bepaalde databronnen kan worden voorgeschreven. Ook kan worden voorgeschreven dat regiobeelden moeten ingaan op het wegwerken van gezondheidsverschillen. Overwogen kan worden om de regiovisies jeugdzorg te includeren en inhoudelijke integraliteit voor te schrijven. Tevens kan gedacht worden een verbinding te zoeken met capaciteit en vraag inzake de bebouwde omgeving, met name met betrekking tot ouderenzorg.

**Faciliteer regiobeeld beter door postcode rapportages aan te bieden.** Technisch is het mogelijk om RIVM (basisdataset regiobeeld), NZa en CBS data op postcodeniveau te verbinden en daar specifieke rapportages van te draaien waarbij zorgvraag en sociaal economische indicatoren gecombineerd worden. Dit wordt nu nog niet breed aangeboden. Het zou niet heel ingewikkeld zijn om hier een tool voor te ontwikkelen om dit structureel te doen, hetgeen wel in ene grote vraag kan voorzien. Tegelijkertijd kan ook overwogen worden om (zie de optie hierboven) het gebruik van een minimum van bepaalde data bronnen bij het opstellen van de regiobeelden te verplichten. Op het moment is de regio vrij om databronnen te kiezen. Dit zou de vergelijkbaarheid en kwaliteit van de regiobeelden kunnen vergroten.

#### **4.4 Bevorder coördinatie in de regio**

Tijdens de pandemie is gebleken dat coördinatie van IC bedden, bedden buiten ziekenhuis, testcapaciteit, beschermingsmiddelen knellend was. Het antwoord is steeds geweest: meer regio, meer samenwerking, meer publieke regie. De Rijksoverheid heeft steeds gezorgd dat het gebeurde: LCPS, directeur PG (bedden), landelijke testcapaciteit, LCH (PBM, inkoop én verdeling), landelijk centrum medicijnen zijn enkele voorbeelden. De geleerde les die relevant is voor de toekomst is dat voor toenemende schaarste meer samenwerking en meer publieke regie de oplossing is.

Gezondheidszorg in samenhang te bieden voor wat mensen nodig hebben te functioneren vereist dat zorgpartijen over domeinen samenwerken. De aansluiting van de langdurige gezondheidszorg (ouderenzorg, gehandicapten, jeugd, mensen met een beperking thuis, maar ook ggz moet verbeterd worden. Hiervoor kan de focus van ROAZ op de acute gezondheidszorg en de directeuren PG verbreed worden naar domeinoverstijgende oplossingen op het gebied van kwaliteit van leven.

Concrete stellen we de volgende routes naar een betere coördinatie van gezondheidszorg voor:

**Naar het voorbeeld van de landelijke hoofdlijnenakkoorden zou kunnen worden ingezet op 'regioakkoorden'.** Deze afspraken dienen te zien op alle delen van de gezondheidszorg, zoals uit de domeinen van de curatieve gezondheidszorg, de langdurige gezondheidszorg, maatschappelijke ondersteuning, jeugdzorg en preventie. Het is daarbij essentieel dat meer wordt ingezet op meerjarige afspraken én dat in de afspraken duidelijk wordt gemaakt welke partij, wanneer en voor welke zorgsoort aanspreekbaar en verantwoordelijk is. De regiobeelden vormen de basis voor samenwerkingsafspraken tussen zorginkopers en zorgverleners om de gezondheidszorg goed te kunnen organiseren.

Meerjarige contractering is van belang voor een betere samenwerking, met name bij afspraken gericht op het voorkomen, verplaatsen en vervangen van gezondheidszorg. Meerjarige afspraken zouden daarom eerder de regel dan de uitzondering moeten zijn. Dit geeft rust en vertrouwen en creëert daarmee ruimte voor noodzakelijke transitie. De veranderingen die nodig zijn, zoals rond het voorkomen, vervangen en verplaatsen van gezondheidszorg, zullen effect hebben voor partijen in de gezondheidszorg. Ook financiële ombuigingen zijn onvermijdelijk. Daarmee kan op gepaste wijze rekening worden gehouden als hierover meerjarige afspraken worden gemaakt. De baten die worden behaald met het slimmer organiseren van de gezondheidszorg kunnen worden verdeeld via zogenoemde afspraken over 'shared savings', waarbij de baten van het slimmer organiseren van de gezondheidszorg worden verdeeld over betrokken zorgverleners en zorginkopers.

Tevens is van belang dat de regionale afspraken duidelijk maken welke partij, wanneer, voor welke zorgsoort aanspreekbaar is. Het moet klip en klaar zijn hoe de verantwoordelijkheden zijn belegd en welke bevoegdheden partijen hebben om deze verantwoordelijkheid waar te maken. Daarmee wordt de aanspreekbaarheid bij het vormgeven van de noodzakelijke transformatie vergroot. Ook moet duidelijk blijken welke zaken partijen gezamenlijk organiseren omdat onderscheid tussen bijvoorbeeld zorgverzekeraars geen reële optie is, zoals het organiseren van noodzakelijke infrastructuur voor basiszorg en preventie in de regio.

**Wanneer een coalitie van regionale zorgpartijen de gezondheidszorg wil verbeteren, kan de overheid hen helpen door gezamenlijk in regionale of landelijke leidraden vast te leggen wat de randvoorwaarden zijn om de gezondheidszorg op een verantwoorde manier te organiseren en in te kopen.** Om de benodigde veranderingen tot stand te brengen moeten we partijen die de gezondheidszorg willen veranderen in staat stellen in hun regio leidend te zijn. Dat kunnen zorgverzekeraars zijn, gemeenten, zorgaanbieders of een combinatie daarvan. Hiervoor moet het mogelijk zijn in de regio afspraken te maken. Door het financieren van kortlopend onderzoek en evaluaties kan de overheid zorgpartijen ondersteunen bij het in kaart brengen van de gevolgen van beoogde verbeteringen voor de toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid. Zorgverzekeraars en gemeenten kunnen de leidraden gebruiken ter versterking van hun inkoopbeleid door bijvoorbeeld alleen nog gezondheidszorg en ondersteuning in te kopen die aan deze leidraad voldoet. Regionale afspraken en/of leidraden kunnen als basis dienen voor verdergaande samenwerkingsafspraken. De NZa en de IGJ kunnen deze leidraden in zetten in het toezicht, ter invulling van het verantwoorde zorg-begrip in de Zvw, door te toetsen of zorginkopers die afwijken van de leidraad, het hiermee gediende belang op een andere manier voldoende waarborgen. De NZa kan partijen daarnaast helpen door de financiering van overkoepelende functies te faciliteren. Bijvoorbeeld door het formuleren van separate facultatieve prestaties. Een verdergaande optie is om overkoepelende functies, die bewezen effectief en voldoende doorontwikkeld zijn om landelijk op te schalen, onder te brengen in prestaties die iedere verzekeraar moet contracteren.

Wanneer ten slotte een of enkele partijen met aanmerkelijke marktmacht door hun opstelling de totstandkoming van de benodigde veranderingen belemmeren, kan de Nza het aanmerkelijke marktmacht instrumentarium inzetten. Om de effectiviteit hiervan te vergroten kan het AMM instrument verbreed en versterkt worden. Door de betreffende zorgpartijen daarbij de verplichting op te leggen om belemmeringen voor de totstandkoming van breed gedragen veranderingen weg te nemen, kan de NZa voorkomen dat de verandering hierop stuk loopt.

**Door in de wet te expliciteren dat zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren hun inkoopbeleid zodanig vormgeven dat dit er redelijkerwijs toe leidt dat de verschillende zorgsoorten goed op elkaar aansluiten kan de NZa hen aanspreken wanneer hun inkoopbeleid dit onvoldoende faciliteert.** In de Zvw, de Wmo en de WLZ is opgenomen dat zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren de samenwerking met elkaar opzoeken om de gezondheidszorg waar nodig af te stemmen. Daarbij is nu echter niet uitgewerkt hoe zij hier invulling aan moeten geven of voor welk resultaat zij daarbij minimaal verantwoordelijk gehouden kunnen worden. Een verdergaande variant is dat in de wet geëxpliciteerd wordt welke inspanning zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren moeten leveren, bijvoorbeeld het zorg dragen voor de totstandkoming van een regionaal plan

voor de gezondheidszorg voor kwetsbare doelgroepen of dat zij systematisch waarborgen dat risico's voor de beschikbaarheid van de gezondheidszorg vroegtijdig gesignaleerd en dat zij zich tijdig inspinnen om deze risico's weg te nemen.

Zo wordt in de nieuwe Amvb Jeugd verankerd dat gemeenten gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor het inkopen en organiseren van de bovenlokale jeugdzorg. Daarbij wordt geëxpliciteerd dat gemeenten zich hiervoor organiseren in vaste regionale verbanden en van daaruit zorg dragen voor een goede organisatie van de bovenlokale jeugdhulp. Op deze manier wordt gewaarborgd dat er een integrale afweging plaatsvindt van wat er nodig is om de jeugdhulp toegankelijk en kwalitatief goed te houden en is klip en klaar wat in dit verband van gemeenten verwacht wordt.

Zo wordt op grond van wetgeving bepaald welke gezondheidszorg minimaal moet worden geboden, welke kwaliteitsnormen gelden en hoe de gezondheidszorg wordt bekostigd. Het gaat dan onder meer om het expliciteren in de WPG regelen van gemeentelijke taken bij gezondheidsbevordering, het vormgeven van een coördinerende rol van de GGD en in de ZVW het verplichten dat zorgverzekeraars met gemeenten afstemmen over de uitvoering en afspraken rond preventie. Ook coördinatie van gezondheidszorg in de regio kan in wet- en regelgeving worden verankerd indien deze onvoldoende tot stand komt. Daarop wordt vervolgens ook toezicht gehouden, bijvoorbeeld via signalering, in het kader van toezicht op de naleving van de zorgplicht en/of het interbestuurlijke toezichtsinstrumentarium.

**Langs deze lijn kan ook de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders versterkt worden door in de WKKGZ te expliciteren welke waarborgen van zorgaanbieders verlangd worden voor de continuïteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg in het eigen verzorgingsgebied.** Het aangaan van samenwerkingsverbanden, bijvoorbeeld voor een gezamenlijk aanpak voor de werving en behoud van voldoende zorgverleners, kan daarbij onderdeel zijn van de manier waarop een zorgaanbieder invulling geeft aan deze verantwoordelijkheid. Ook is het van belang dat er naast specifieke richtlijnen, ook integrale richtlijnen worden ontwikkeld, bijvoorbeeld over de gezondheidszorg voor thuiswonende ouderen, of de gezondheidszorg voor mensen met een handicap, waarin concreet uitgewerkt wordt wat er nodig is om ervoor te zorgen dat de inzet van de betrokken zorgorganisaties vanuit het perspectief van de burger samenhangend en doeltreffend is.

**Verken mogelijkheden om de organisatie- en veranderkracht in de regio verder te vergroten, bijvoorbeeld door vanuit het ministerie van VWS op verschillende niveaus gesprekstafels te organiseren voor verandering op bepaalde thema's of in bepaalde regio's.** Het versterken van de personele en financiële capaciteit om – naast de reguliere zorgverlening – tot afspraken te komen over verandering is hoogstnoodzakelijk en wordt vaak genoemd als knelpunt. De noodzakelijke veranderingen vergen veel van partijen in de zorg. Ook als alle betrokken partijen het allemaal eens zijn, kan het toch moeilijk zijn om een samenwerking tot stand te brengen. Dat ligt vaak niet aan harde belemmeringen in de Nederlandse gezondheidszorg of aan de intrinsieke motivatie van betrokkenen, maar vooral aan de wijze waarop de zorg is georganiseerd. De verandering kan wel, maar echt makkelijk is het niet en het vergt veel van alle betrokkenen die zelf ook druk zijn met ontwikkelingen die op de eigen organisatie afkomen. Knelpunten kunnen per partij en per regio verschillen (bv. een groot ziekenhuis heeft meer capaciteit dan een eerstelijnszorgaanbieder). Door de zorg anders te organiseren, verlagen we de drempels voor partijen voor verandering en ontketenen we de positieve energie die alom aanwezig is zodat goede intenties ook echt worden omgezet in daden. Ook verkennen we of bestaande ondersteuningsstructuren kunnen worden versterkt door bijvoorbeeld financieringsstromen samen te brengen.

**Verken de mogelijkheid om een transitieautoriteit in te stellen.** De veranderingen die de komende jaren nodig zijn vragen veel van de betrokken zorgpartijen. Op regionaal niveau zullen zij oplossingen moeten vinden om de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg op nieuwe manieren te waarborgen. Om de governance op regionaal niveau te versterken en de transparantie van de overwegingen die hier gemaakt worden te vergroten kan overwogen worden om in iedere regio een onafhankelijke functionaris te benoemen

die de totstandkoming van de benodigde afspraken ondersteunt en aanjaagt. Deze functionaris kan daarbij fungeren als transitieautoriteit, die enerzijds regionale ondersteunt en anderzijds toetsen of er voldoende voortgang gemaakt. De transitieautoriteit kan daarbij de volgende taken vervullen:

- Door als onafhankelijk voorzitter te fungeren kan hij het proces begeleiden dat nodig is om tot regionale afspraken te komen. Ook kan hij zorgorganisaties bij elkaar roepen rondom een bepaald thema en de verbinding leggen met andere overlegniveau's en zodoende verder bijdragen aan een overlegstructuur die eenduidig, maar ook voldoende flexibel is.
- Door regiobeelden te toetsen en waar nodig aanvullende informatie uit te vragen of zelf in overleg met partijen een regiobeeld vast te stellen kan hij bijdragen aan een gezamenlijk beeld van de uitdagingen op het gebied van gezondheid en zorg en de opgave om deze te verbeteren.
- Door te bemiddelen bij bestuurlijke knelpunten en door financiële en juridische knelpunten te signaleren bij de NZa en het ministerie kan hij voorkomen dat het proces onnodig vertraging oploopt.
- Door een regionale adviesraad in te stellen met de vertegenwoordiging van de belangrijkste stakeholders kan hij de transparantie van en het draagvlak voor regionale afspraken vergroten. Daarbij kan hij de formulering van regionale leidraden ondersteunen en de legitimiteit versterken door deze na overleg met de adviesraad te publiceren en te verspreiden.
- Door risico's te signaleren voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg en deze waar nodig te melden bij de toezichthouders, draagt hij bij aan de waarborging van het publieke belang bij het goede functioneren van de zorg.

#### **4.5. Beschikbaarheid en marktordening**

Coördinatie van gezondheidszorg kan op gespannen voet staan met vrije toetreding, gebrek aan planning van capaciteit en gebrek aan doorzettingsmacht ten opzichte van autonome aanbieders en inkoopers waarbij niet beschikbaarheid maar efficiëntie door prikkels het leidende principe is. Tijdens de huidige kabinetsperiode zijn al veel ontwikkelingen in gang gezet om juist deze versnippering tegen te gaan. Zo is er een nieuw inkoopkader wijkverpleging waar coördinatie in de wijk sterk tot uitdrukking komt. Ook in de opdracht voor de bekostiging van de wijkverpleging komen prikkels die aanzetten tot coördinatie tot uitdrukking. Te denken valt ook aan de nieuwe aanbestedingswet, waarin meer mogelijkheden zitten om te sturen op coördinatie als leidend principe. De vraag is of voor bepaalde delen van gezondheidszorg het leidende principe niet meer op beschikbaarheid moet worden geënt.

Concreet stellen we de volgende routes voor om beschikbaarheid als leidend principe voor de marktordening te verkennen:

**Verken welke vormen van gezondheidszorg zich gegeven de huidige wens van coördinatie nog lenen voor vrije toetreding en de mogelijkheid om via wet- en regelgeving toetreding te reguleren dan wel capaciteit te plannen door middel van toewijzen van vergunningen voor het leveren van bepaalde vormen van gezondheidszorg.** Dit speelt zowel bij de laagcomplexen dicht bij de burger te organiseren gezondheidszorg, zoals wijkverpleging, als bij meer complexe gezondheidszorg, zoals aanbieders van intensive care, dat fragmentatie van aanbieders die worden aangezet verschillende belangen te hebben, met name door af te rekenen voor productie, samenwerking wordt bemoeilijkt. In deze gevallen kan het helpen om toetreding te reguleren of capaciteit centraal te plannen. We gaan dan meer richting een model dat stuurt op beschikbaarheid van specifieke functies. Uiteraard geldt dit niet voor alle vormen van gezondheidszorg. Wet- en regelgeving bepalen ook voor welke zorgsoorten keuzemogelijkheden bestaan zodat mensen kunnen kiezen voor een zorgverlener, bijvoorbeeld fysiotherapeut, of waar alle inspanning juist moet worden gericht op het waarborgen van zorgcapaciteit, zoals het beschikbaar houden van acute gezondheidszorg, zoals bijvoorbeeld bij ambulancezorg het geval is.

Verken ook zijn in hoeverre huidige wettelijke vergunningsplichten zich lenen voor duidelijker capaciteitsplanning en reguleren van toetreding. In voorkomende gevallen zal de verduidelijking van verantwoordelijkheden die partijen bij de organisatie van de gezondheidszorg hebben ook wettelijke aanpassingen vergen. Zo wordt op grond van wetgeving bepaald welke gezondheidszorg minimaal moet worden geboden, welke kwaliteitsnormen gelden en hoe de gezondheidszorg wordt bekostigd.

**Voor zorgfuncties waarvan de beschikbaarheid in iedere regio gewaarborgd moet worden, kan een verplichtende governancestructuur ingevoerd worden.** Voor sommige onderdelen van de gezondheidszorg geldt dat deze zo belangrijk zijn dat er aanvullende checks and balances nodig zijn om de beschikbaarheid en toegankelijkheid te waarborgen. Voor de acute gezondheidszorg en die onderdelen van de gezondheidszorg die hun inzet ten behoeve van een snelle triage en doorverwijzing hierop moeten afstemmen geldt dat er eenduidige afspraken gemaakt moeten worden over de benodigde capaciteit en de inrichting van de keten. Het Regionaal overleg acute zorgketen neemt in dit verband in de regionale governancestructuur een bijzondere positie in. De AMVB acute gezondheidszorg voorziet in duidelijke regels met betrekking tot de leiding, deelname en het resultaat van het overleg. Naast deze procesverplichtingen zijn de betrokken zorgaanbieders en zorgverzekeraars bovendien gebonden aan de waarborging van een goede kwaliteit en toegankelijk conform de kwaliteitsrichtlijnen en spreidingsnorm. De meldplicht met betrekking tot risico's voor de beschikbaarheid van de gezondheidszorg stelt de toezichthouders in staat om op tijd in te grijpen.

Een verdergaande oplossingsrichting is om deze zorgfuncties in representatie in te kopen, zodat één zorgverzekeraar namens de andere zorgverzekeraars voor alle inwoners in de regio inkoopafspraken maakt.

De combinatie van inkoop in representatie in combinatie met regulering van de toetreding en planning van de capaciteit voor bepaalde vormen van gezondheidszorg en een verplichtende governancestructuur met meldplicht voor risico's kan daarbij ook een model bieden voor de organisatie van een breder palet aan zorgfuncties waarvoor geldt dat de beschikbaarheid in iedere regio gewaarborgd moet worden, wanneer de benodigde transformatie binnen de huidige structuur onvoldoende tot stand komt.

**Heroverweeg bepaalde vormen van zorg te verschuiven tussen domeinen.** Voor bepaalde vormen van zorg geldt dat coördinatie juist wordt bemoeilijkt, doordat de zorg valt onder het ene wettelijk kader terwijl het andere logischer zou zijn. Hierdoor ontstaan allerlei ongewilde en onbedoelde afstemmingsproblemen in het toezicht, allocatie en afrekening. Dit speelt bijvoorbeeld met specialistische langdurige wondzorg tussen zorgkantoor en zorgverzekeraar. Herpositionering van de ouderenzorg binnen het stelsel van Wlz naar Zvw en Wmo 2015 is een ander voorbeeld. Dit als middel om doelen te bereiken als omgaan met schaarste van professionele zorg en mantelzorg en complexiteitsreductie. Deze laatste wordt specifiek genoemd in het advies van de Commissie Tzto worden nog meer aanbevelingen gedaan hoe deze toenemende vraag aan zorg opgevangen zou kunnen worden.

Het gaat hierbij o.a. om frictie tussen de domeinen en de bekostigings- en eigen bijdrage regimes. Oplossingen voor de toekomst van zorg aan ouderen vraagt een bredere context dan alleen zorg. Het gaat ook om het vraagstuk hoe ouderen in de toekomst zullen gaan wonen en het realiseren van de capaciteit hiervan. Daarom worden de oplossingen die specifiek noodzakelijk zijn om de toekomstige vraag naar zorg, ondersteuning en het wonen van ouderen te kunnen opvangen, nader uitgewerkt in een aparte visiedocument ouderenzorg dat past binnen de lijnen die in de Contourennota worden uitgezet. Dit vanuit het perspectief van de verschillende fasen van het ouder worden. Het gaat dan om in welke vorm de zorg- en ondersteuningsvraag van nog enigszins vitale ouderen, hulpbehoevende ouderen en zeer kwetsbare ouderen te beantwoorden.

## 5. RUIMTE VOOR VERNIEUWING EN WERKPLEZIER

### Strekking van het hoofdstuk:

*De zorgverlener is de hoeksteen van de gezondheidszorg. Om het werkplezier te vergroten en om maatwerk te kunnen blijven leveren zijn (digitale) innovaties nodig. Persoonlijk contact en digitale innovaties kunnen hand in*

*hand gaan. De coronapandemie heeft laten zien dat we samen in snel tempo kunnen veranderen, vernieuwen en verbeteren. Om de richting van deze positieve veranderingen vast te houden zijn maatregelen en randvoorwaarden nodig. Het moment is nu.*

*We vragen daarom de komende jaren een grotere inzet op het bevorderen van ruimte voor vernieuwing, gepast gebruik, en meer werkplezier.*

### **5.1 Inleiding**

Innovaties komen in een snel tempo op de zorg af. Dat biedt kansen voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Tegelijkertijd stellen de snelle technologische ontwikkelingen de sector en de maatschappij voor nieuwe uitdagingen. Eén ding is zeker: de gezondheidszorg zal hierdoor blijven veranderen. Het is van belang dat alle partijen (van innovator tot burger) goed kunnen inspelen op deze ontwikkelingen, zodat innovaties een bijdrage kunnen leveren aan de opgaven van de organiseerbaarheid, meer preventie, de betaalbaarheid en het toenemende aantal chronisch zieken en krapte op de arbeidsmarkt.

Als gevolg van de maatregelen rond het coronavirus heeft de afgelopen maanden het gebruik van innovatieve (digitale) toepassingen een grote vlucht genomen, waarbij digitale zorg meer de norm is gaan worden in brede delen van de zorg. Gedacht kan worden aan consulten-op-afstand, maar ook het in de thuisomgeving zelf bijhouden en doorgeven van gezondheidswaarden door burgers en/of cliënten, het doen van oefeningen op afstand of het coachen en het ondersteunen van zorgpersoneel. De opgave is nu om de inzet van e-health en digitale zorg niet meer als ‘innovatie’ te blijven beschouwen, maar als ‘gewoon’ onderdeel van de gezondheidszorg.

De digitale transformatie biedt grote kansen om de zorg in Nederland te verbeteren door de zorg anders en beter te organiseren. Dit levert voordelen op voor burgers en burgers in termen van hogere gezondheidswinst, voor werkkenden in de zorg in de vorm van meer werkplezier en in de aanpak van personeelstekorten. En geeft burgers meer mogelijkheden voor eigen regie en zelfmanagement. Ten slotte is het van belang om professionals zoveel mogelijk de ruimte te geven om tot goede zorgverlening te komen. Minder administratiedruk levert meer werkplezier op. Het is daarom van belang om administratieve lasten te verminderen, gegevensuitwisseling versneld te harmoniseren en arbeidsmarkt knelpunten aan te pakken.

### **5.2 Ruimte maken voor de noodzakelijke vernieuwing**

De afgelopen jaren is de verandering naar meer digitale zorg in gang gezet en er zijn veel kleine succesvolle voorbeelden van goede toepassingen, maar de impact van digitale zorg aan de Nederlandse gezondheidszorg blijft nog te beperkt en kleinschalig. Belangrijke randvoorwaarden voor snellere vernieuwing zijn benodigde veranderingen in informatie-infrastructuur, financiering en meer regie en samenwerking. Regionale samenwerking kan een bijdrage leveren aan het anders organiseren van de zorg, doordat organisaties ‘zorgpaden’ beter op elkaar afstemmen en waar nodig zorg op afstand leveren via bijvoorbeeld beeldbellen en monitoring op afstand.

Het vernieuwen van de zorg moet meer lonen. Een essentiële randvoorwaarde - voor zowel het vernieuwen van de zorg als ook het creëren van ruimte hiervoor door meer gepast gebruik – is dat de productieprikkel die het leveren van reguliere zorg stimuleren worden beperkt en andere vergoedingsmodellen worden geïntroduceerd. De coronapandemie heeft daarmee momentum gegenereerd om de beweging naar zorgvernieuwing en meer zorg op afstand te versnellen, waarbij ondersteuning vanuit de overheid van belang is. De zorgcyclus laat zien dat echte verandering pas gaat plaatsvinden als nieuwe (digitale) zorg in plaats van reguliere zorg komt, in plaats van daarbovenop. Het stimuleren van innovatie en meer gepast gebruik gaan daarmee hand in hand.

Concrete voorstellen voor route naar versnelling van innovaties:

**Stimuleer ontwikkeling en instroom van innovaties via de bekostiging.** Een belangrijke belemmering voor inzet van innovaties is dat de bekostiging onvoldoende prikkelt. Het is daarom nodig om via de bekostiging te stimuleren dat analoge zorg met hoge volumes (poliklinische consulten) wordt vervangen door digitale zorg (screen-to-screen consulten). Dit kan door breder digitale zorgprestaties in te voeren, door afdwingbaar te maken dat transformatiegelden worden ingezet voor overgang naar telemonitoring, door als zorgverzekeraar het eigen risico kwijt te schelden bij gebruik van digitale zorg en door via facultatieve prestatie te stimuleren dat partijen regionaal passende afspraken maken over digitale zorg. **Tzt AANPASSEN N.A.V. ADVIES NZa**

**Stroomlijn subsidies en programma's VWS.** Voor zowel sociale innovaties als voor andere innovaties zijn aanbieders soms veel capaciteit en moeite kwijt om fondsen van VWS bij elkaar te zoeken voor eenzelfde project. De subsidieregelingen van VWS zijn sterk gefragmenteerd terwijl ze min of meer hetzelfde doel na kunnen streven. Zo zit er overlap tussen subsidies rond GLI, JZOJP, SET en andere subsidieprogramma's. Het is aan te bevelen deze te bundelen. Bovendien is het zaak om de voorwaarden aan te scherpen met betrekking tot een goede businesscase en of meerjarige financiering na de opstartfase van het gesubsidieerde project. Een veelgehoorde klacht uit het zorgveld is dat projecten worden gestopt na een pilotfase. Ook kan gedacht worden aan het opzetten van kant en klare financiële producten voor het opschalen van vernieuwing in de zorg in samenwerking met pensioenfondsen of NL-INVEST en de samenwerking met Health Holland via de topsectoren voor wat betreft innovaties buiten geneesmiddelen en medische technologieën.

**Ondersteun innovators met betere bewegwijzering en ondersteuning.** Door het Health Innovation Initiative uit te rollen worden diepgaandere ondersteuning geboden aan innovators binnen de stappen van ontwikkeling tot implementatie van nieuwe (digitale) technologie. Samen met relevante stakeholders worden vroegtijdig de belangrijke ontwikkelvraagstukken met de eindgebruiker besproken, om de instroom van veelbelovende innovaties te versnellen. Daarnaast helpt het als de bewegwijzering van Zorg voor Innoveren wordt uitgebreid met meer concrete informatie over ontwikkeling, implementatie en opschaling van innovaties, waarbij ook waar nodig methodologische ondersteuning bij onderzoek wordt geboden.

#### **Het stimuleren van arbeidsbesparende innovaties door aanpassing van het Kwaliteitskader**

**Verpleeghuiszorg.** Het benutten van arbeidsbesparende innovaties in de langdurige zorg draagt bij aan het opvangen van de verwachte krapte op de arbeidsmarkt. Het veld kan worden gevraagd om het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg hierop aan te passen. Het is dan bijvoorbeeld mogelijk om kwaliteit te definiëren op basis van uitkomstindicatoren of om de personeelsnorm te verlagen. Dit biedt ruimte voor het benutten van kwaliteitsmiddelen voor arbeidsbesparende innovaties.

**Om deze veranderingen een impuls te geven moet er een bundeling van kennis en instrumenten komen.** De regionale communities of practice moeten samenkomen op een plek waar kennis en kunde over regioaanpak collectief wordt. Daarom willen we een plek creëren waar de kennis en kunde samenkomt over wat wel en wat niet werkt als we met de benodigde transitie gaan werken. Een plek waar je kennis en kunde kan halen, generiek en specifiek. Maar ook een plek waar je voorbeelden, ambassadeurs en experts kan vinden die je helpen in de volgende stap naar iets meer gezondheid/welbevinden. Hoe organiseer, financier en monitor je dat. Hoe communiceer je in je regio en hoe meet je wat wel of niet werkt. Eigenlijk de toolkit om de benodigde organisatiekracht te faciliteren. De plek zal instrumenten bevatten op 6 domeinen, namelijk meten, bekostigen, beleid-praktijkuitwisseling, samenwerken, communiceren en kennis vergroten. Ook kijken we naar verbeteringen in protocolvorming en het inbouwen van stimuli om standaarden sneller te innoveren. Dat kan gaan om afspraken in de regio, op nationaal niveau maar ook over afstemming tussen individuele aanbieders in de wijk. En dat terwijl het loslaten of aanpassen van bestaande organisatie van zorg prioriteit verdient. Vaak willen zorgprofessionals en bestuurders wel veranderingen doorvoeren, maar hebben zij eenvoudigweg de tijd of capaciteit er niet voor. Veranderkracht moet gefinancierd worden.

#### **5.3 Gepast gebruik bevorderen**

Daarnaast is het noodzakelijk dat gezondheidszorg gepast is en zo goed mogelijk aansluit bij de persoonlijke behoeften van de burger. Dat vraagt van zorgverleners continu leren, verbeteren en in overleg met burgers

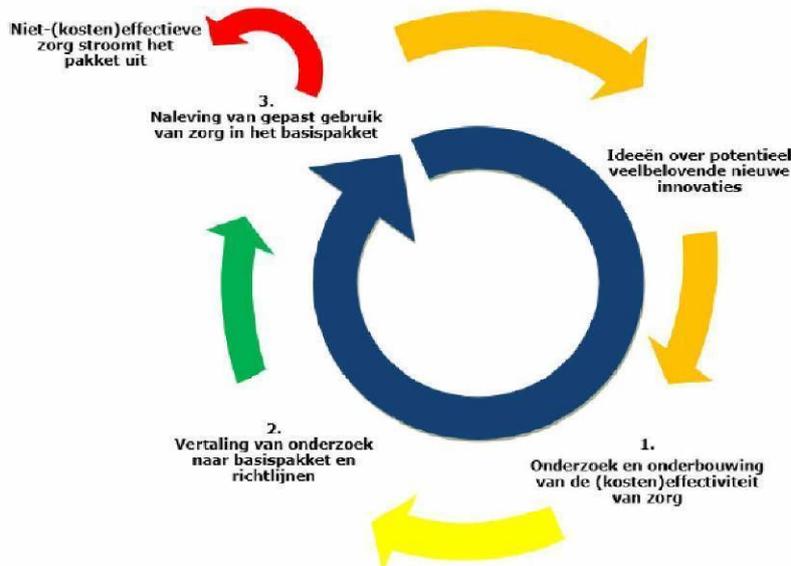
onderzoeken wat voor hen belangrijke uitkomsten zijn. Om ook daadwerkelijk meer ruimte voor innovatie te maken en zorg vanuit de tweede lijn te verplaatsen is stevige inzet op gepast gebruik onontbeerlijk. De overheid moet hierop meer regie gaan nemen en ook zorgen dat de geldstromen de beweging naar meer gepaste gezondheidszorg beter faciliteren.

Het is van belang actiever te bevorderen dat burgers die gezondheidszorg krijgen die daadwerkelijk nut heeft en aansluit bij de behoefte van de burger. Dit kan door toe te werken naar een goed onderbouwd basispakket en gepast(er) gebruik van gezondheidszorg. Daarvoor is op grotere schaal onderzoek nodig naar welke behandelingen, geneesmiddelen en technologieën wel of geen meerwaarde hebben voor de burger en tegen welke kosten. Op basis van een beter onderbouwd basispakket krijgen burgers gezondheidszorg van meerwaarde, wordt de gezondheidszorg minder arbeidsintensief en kan tegelijkertijd veel ruimte worden gemaakt voor vernieuwende vormen van gezondheidszorg.

De afgelopen jaren heeft het kabinet al volop ingezet op de beweging naar meer gepast gebruik. Zorgpartijen hebben in het Hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg afgesproken om het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik op te zetten. Dit programma richt zich op het grootschalig onderzoeken van de effectiviteit van gezondheidszorg en het stoppen met zorg die geen meerwaarde heeft voor de burger. Inmiddels heeft het programma een breed gedragen lijst opgeleverd van zorg die kan worden afgebouwd en maken zorgverzekeraars afspraken met aanbieders over gepast gebruik van gezondheidszorg waarop de NZa toeziet.

Maar met deze inspanning zijn we er nog niet, de opgave is groot. Het blijft belangrijk dat overheid, zorgaanbieders en zorgverzekeraars kritisch blijven kijken of nieuwe en bestaande behandelingen onderdeel van het verzekerde pakket moeten zijn. Door dit gezamenlijk met veldpartijen te doen en in te zetten op meer onderzoek naar effectiviteit van gezondheidszorg, kan op grotere schaal niet of minder effectief gebleken zorg uitstromen. De verwachting is dat voor de grote opgave om meer kennis op te bouwen ook de komende decennia nog veel onderzoek nodig is en dat de eerste stappen naar meer versnelling hiervan zijn gezet.

Alle gezondheidszorg en behandelingen maken een continue verbetercyclus door van idee tot innovatie, van onderzoek tot pakkettoelating en implementatie. Effectieve zorgverlening start daarmee bij het vaststellen van de meerwaarde van gezondheidszorg door middel van onderzoek. (Kosten)effectieve gezondheidszorg komt in aanmerking voor toelating tot het basispakket en landt in kwaliteitsrichtlijnen en -standaarden. Inzichten uit onderzoek worden geïmplementeerd in de praktijk: gezondheidszorg van bewezen waarde wordt verleend en gezondheidszorg waarvan is vastgesteld dat er geen toegevoegde waarde is stroomt het pakket niet in of stroomt uit na evaluatie. Dit moet worden gehandhaafd: behandelingen die niet effectief zijn worden niet vergoed en niet verklaarbare en niet wenselijke praktijkvariatie wordt tegengegaan. Onderstaande figuur geeft deze stappen schematisch weer.



Gezondheidszorg moet dus impact hebben op de actoren in "de spreekkamer", omdat daar de goede, noodzakelijke gezondheidszorg tot stand moet komen. Als er toch een zorgvraag ontstaat, betekent dat dat met de burger vanaf het eerste begin het goede gesprek gevoerd wordt, maar tevens dat uitkomsten zo transparant mogelijk zijn zodat daadwerkelijk passende keuzes worden gemaakt. Anders gezegd, het is van belang dat keuzes voor behandelingen meer gezamenlijk plaatsvinden, goed onderbouwd zijn en meer zijn gebaseerd op uitkomsten die er voor de burger toe doen.

Niet iedereen heeft immers dezelfde doelen in het leven en dat kan medebepalend zijn voor de behandelkeuze. Zo kiest een jonge vader of moeder die een oncologische aandoening krijgt er wellicht voor om alles uit de kast te trekken om het leven zo lang mogelijk te verlengen (en alle nadelige bijwerkingen te accepteren), terwijl een ouder iemand, die in de laatste fase van het leven zit, mogelijk kiest voor minder levensverlenging maar voor zo hoog mogelijke kwaliteit van leven in de tijd die resteert.

Een op kwaliteit gericht proces tussen burger en professional is de sleutel tot duurzame gezondheidszorg. Uitkomstinformatie kan worden gebruikt door zorgverleners om voortdurend te leren van de eigen resultaten, om kennis toe te passen, om het gesprek tussen burger en zorgverlener te kunnen voeren om te komen tot de beste behandelkeuze voor die individuele burger en om de gezondheidszorg te kunnen organiseren en belonen op basis van de beschikbare uitkomstinformatie. Toegang tot informatie moet op orde zijn om maatwerk te kunnen leveren aan burgers.

Concreet stellen we de volgende routes naar het vergroten van gepast gebruik voor:

Zet in op actiever pakketbeheer met horizonscanning en meer toetsing, om de beweging naar meer gepast gebruik op de  **korte termijn te versnellen**. Het is van belang dat het basispakket breder wordt doorgelicht, zowel in de curatieve als in de langdurige gezondheidszorg. Het opzetten van een breed systeem van continue horizonscanning helpt hierbij, om goed in beeld te krijgen welke innovaties er op de gezondheidszorg afkomen. Het is van belang dat in een vroeger stadium een beeld ontstaat welke innovaties op het pakket afkomen en wat van deze innovaties de verwachte meerwaarde en risico's voor kosten en kwaliteit zijn. Het Zorginstituut zou op aanzienlijk grotere schaal risicogerichte toetsing van het pakket kunnen gaan uitvoeren, door bijvoorbeeld een pakketuitspraak te doen over alle nieuwe instromende gezondheidszorg.

**Het is van belang dat de (kosten)effectiviteit van nieuwe en bestaande gezondheidszorg**

**in het pakket op grotere schaal wordt onderzocht.** Omdat van het grootste deel van de zorg nog niet bekend is of deze (kosten)effectief is, is het van belang dat de zorgsector op grotere schaal gaat onderzoeken welke behandelingen, geneesmiddelen en technologie wel of niet van nut zijn voor de burger (=effectiviteit) en tegen welke kosten (=kosteneffectiviteit). Dit vergt een structurele investering van jaarlijks 90 miljoen euro. Zorg en onderzoek kunnen samen gebracht worden, bijvoorbeeld door herstructurering van onderzoeksmiddelen. Het Zorginstituut kan de regie krijgen over het proces om, in samenspraak met het veld, te bepalen welk onderzoek noodzakelijk is voor effectief beheer van het basispakket. Desgewenst kan hierbij een onderzoeksplicht worden ingesteld, om bij gezondheidszorg die nog niet bewezen effectief is te verplichten dat deze nader wordt onderzocht.

**Versterk handhaving en naleving van gepast gebruik van gezondheidszorg.** Om de naleving op gepaster gebruik van gezondheidszorg te verhogen, is versterking van de sturing en handhaving op naleving van bijstellingen in het verzekerde pakket noodzakelijk. Dit is mogelijk door op basis van in kwaliteitsstandaarden vastgestelde behandelingen en behandelprocedures de gezondheidszorg te benchmarken op praktijkvariatie. Deze informatie maakt transparant waar sprake is van over- of onderbehandeling en stelt verzekeraars in staat beter in te kunnen kopen op effectieve gezondheidszorg. De IGJ kan hierdoor beter toetsen op (naleving van) kwaliteitsstandaarden, de NZa kan toetsen in hoeverre zorgverzekeraars hierdoor gericht inkopen.

**Vergroot de inzet op het *Programma Uitkomstgerichte Zorg*.**

De verzameling en beschikbaarstelling van uitkomstinformatie moet worden verbreed zowel in de curatieve als in de langdurige gezondheidszorg. Door kwaliteitsinformatie en zorguitkomsten publiek beschikbaar te stellen kunnen burgers de kwaliteit van aanbieders vergelijken en betere behandelkeuzes maken en kunnen zorginkopers de beste zorgaanbieders kiezen voor hun polissen. Dit stimuleert zorgaanbieders om meer burgers aan te trekken door betere en meer gepaste gezondheidszorg te leveren. Op basis van uitkomsten kunnen aanbieders beloond worden op basis van de toevoegde waarde voor de burger.

**Om op de langere termijn de beweging naar gepast gebruik (vervangen en verplaatsen van zorg) te versnellen en te verdiepen is het nodig dat de productieprikkel wordt verminderd.** Zorgaanbieders worden in de regel per uur of per verrichting of per DBC betaald, waardoor het inkomen van zorgaanbieders stijgt naarmate meer gezondheidszorg wordt geleverd. Dergelijke productieprikkel kunnen belangrijk zijn om ervoor te zorgen dat er voldoende gezondheidszorg wordt geleverd. We merken dat steeds meer dat productieprikkel een belemmering vormen om de werkelijke behoefte van mensen centraal te stellen, goed triage te plegen en onnodige zorg te vermijden. Het doel moet zijn dat de bekostiging meer wordt gebaseerd op de waarde die gezondheidszorg toevoegt voor burgers. Daarvoor is het nodig om per deelsector te bekijken welke bekostigingsvorm het meest geschikt is. **Op basis van het advies van de NZa en het Zorginstituut, over de randvoorwaarden om meer gepast gebruik en meer ruimte voor e-health te kunnen versnellen, moeten concrete maatregelen worden uitgewerkt.**

**Zet een sluisprocedure op voor medische technologie.** Op basis van de geïntensiveerde toetsing ontstaat veel meer inzicht in (kosten)effectiviteit van gezondheidszorg. De minister van VWS kan dan prijsonderhandelingen aangaan met leveranciers. Illustratief is dat er aan intramurale technologie jaarlijks meer wordt uitgegeven dan aan dure geneesmiddelen. De hoge uitgaven zouden het instellen van een sluis kunnen legitimeren.

*5.3 Ruimte voor de professional en meer werkplezier*

De solide basis van de gezondheidszorg is de zorgverlener. En juist deze wordt relatief 'schaarser', terwijl gezondheidszorg ook in de toekomst arbeidsintensief mensenwerk op maat blijft. Conjunctuur en arbeidsmarktkrapte in de zorg blijven sterk verbonden. Dus we moeten het werkplezier nu en later vergroten. Dit doen we door bijvoorbeeld meer standaardisatie in de inkoop te regelen en de ruimte te maken in de regels. Daarnaast werken we aan het verbeteren van goed werkgeverschap, standaardisatie van CAO's en

vergroten van mobiliteit met meer baanzekerheid voor de langere termijn. Maar belangrijker is dat zorgverleneren relevant werk doen. We moeten beter luisteren en het gesprek voeren hoe zorgverleneren het zien: dan komen er vaak oplossingen die beter zijn, structureler van aard. Zorgverleneren willen van toegevoegde waarde zijn voor de persoon die tegenover ze zit; niet om lijstjes af te vinken en protocollen perfect na te leven. Dat vereist niet alleen het aanpakken van bureaucratie maar ook gestandaardiseerd werk vervangen door technologie.

Dat vergt ook aanpassingen op het gebied van de opleidingen van de zorgverleneren. Als een burger of cliënt een zorgvraag heeft, wordt er geleerd welke behandeling effectief is. Om de focus van zorgverleneren te verleggen naar het voorkomen van onnodige zorg en advisering over preventie en positieve gezondheid zullen de zorgopleidingen hun curricula hierop dienen aan te gaan passen.

#### Concrete voorstellen voor route naar het vergroten van werkplezier:

**Versterk de inzet op het verminderen van de administratieve lastendruk en vergroot de ruimte voor de zorgverlener.** Er is ingrijpende en structurele inzet nodig om ervoor te zorgen dat zorginstellingen de regel- en verantwoordingsdruk terugbrengen. De regeldruk is een diepgeworteld probleem in de Nederlandse zorg en hangt ook samen met de financiële prikkel, die van de professional vraagt dat de aandacht is gericht op het leveren van productie, in plaats van het leren en ontwikkelen.

**Stimuleer het opleiden voor beroepen waar een tekort aan is of wordt verwacht door transparant te maken wat waar wordt opgeleid en door te benchmarken.** Per regio verschillen de tekortberoepen, de achterliggende oorzaken daarvan en de oplossingsmogelijkheden. Door per regio de gehele opleidingsbehoefte in kaart te brengen kan er gericht en efficiënter worden opgeleid om de zorg organiseerbaar en doelmatig te houden. Hierbij moet ook rekening gehouden worden met wat per regio haalbaar is aan opleidingsmogelijkheden en kan gekeken worden naar oplossingen door middel van taakherschikking per regio. Ook is van belang dat de opleidingen beter aansluiten bij de veranderende zorgvraag. Hiervoor moet meer transparant worden gemaakt wat er waar wordt opgeleid. Scholingsprogramma's voor herregistratie evalueren en verbeteren. Door de scholingsprogramma's voor herregistratie te verbeteren, kunnen we het voor herintreders gemakkelijker maken om weer in de zorg te komen werken.

**Roep zorginkopers op resultaatsafspraken te maken over goed werkgeverschap, opleidingsplekken en het terugdringen van administratieve lasten.** Bij oplopende personeelstekorten komt ook de zorgplicht van zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten in het geding. Om dit te voorkomen kunnen zij via de contractering resultaatsafspraken maken met zorgaanbieders over goed werkgeverschap, het terugdringen van ziekteverzuim, en de beschikbaarheid van voldoende opleidingsplekken. Het afsluiten van meerjarige contracten stelt zorgaanbieders daarbij beter in staat om te investeren in een goed werk- en leerklimaat.

**Zorgaanbieders kunnen instroom van medewerkers vergroten door een mix van maatregelen.** Voorop staat dat het werkplezier omhoog gaat als zorgverleneren minder regeldruk en meer autonomie in hun werk ervaren. Dit kan bijvoorbeeld door de medezeggenschap van verpleegkundigen en verzorgenden binnen zorginstellingen te versterken, door het subsidiëren van leiderschapstrajecten. Daarnaast kunnen aanbieders veel doen door meer maatwerk in aanstellingsvormen te bieden (meer flexibiliteit), het benutten van potentieel van werknemers die meer willen werken en door collectief afspraken te maken tussen sociale partners en zzp-organisaties over gelijke beloning en behandeling van werknemers in loondienst en flexwerkers.

#### **5.5 Gegevensuitwisseling bevorderen**

Randvoorwaardelijk voor het maken van meer ruimte voor de professional is een goed functionerende zorg ICT-infrastructuur. Er zijn de afgelopen jaren op het vlak van de Persoonlijke Gezondheidsomgeving stappen in

de goede richting gezet, waarvan zorgverleners in de komende jaren tastbaar resultaat gaan ervaren: zij moeten makkelijker en veilig kunnen beschikken over alle medische data die zij nodig hebben voor hun belangrijke werk. In ieder geval is duidelijk dat een stimulerende en coördinerende rol van de overheid nodig is en blijft, juist ook omdat hier veel potentieel op korte termijn mogelijk is voor meer werkplezier en doelmatigheid. Ook draagt betere gegevensuitwisseling bij aan de opschaling van het gebruik van eHealth. Het is van belang dat digitale transformatie een belangrijke plek krijgt in medische opleidingen.

Concrete voorstellen voor een route naar het verbeteren van informatie-uitwisseling:

**Zorg voor permanente aandacht voor digitale zorg in de opleidingen voor aankomende zorgverleners en in bijscholingen, instructie en trainingen van de huidige zorgverleners.** In de opleidingen voor de zorg en voor de werkenden in de zorg is er op dit moment onvoldoende aandacht voor de gevolgen van de digitale transformatie voor de hoofdtaken in de meeste zorgberoepen en de kernprocessen in de zorg. Er is evenwel. De digitale transformatie kan zorgverleners ondersteunen in het voorzien in de groeiende vraag naar zorg. Veel mensen beschikken nog onvoldoende over de benodigde digitale gezondheidsvaardigheden. Voor zover dat geldt voor burgers moeten zij daarin begeleid worden door zorgverleners.

**Voer een verplichting in voor zorgaanbieders voor deelname aan landelijke infrastructuur voor gegevensuitwisseling.** Zorgverleners zijn veel tijd met het verkrijgen van de juiste informatie om de juiste zorg te leveren. Dit komt deels voort uit het feit dat de zorgverleners vanwege het beroepsgeheim niet alle gegevens mogen delen en deels voort uit het feit dat er in Nederland geen interoperabele infrastructuur is. Om dit te realiseren is het nodig om een landelijke verplichting in te voeren voor zorgaanbieders om een nader aan te wijzen landelijke ICT-infrastructuur voor gegevensuitwisseling toe te passen bestaande uit meerdere daartoe aan te wijzen en te realiseren componenten:

- In het Informatieberaad Zorg maakt VWS afspraken over standaarden en voorzieningen die bij digitale gegevensuitwisseling nodig zijn.
- Er komt een wet die elektronische uitwisseling van gegevens verplicht voor zorgverleners.
- Er lopen meerdere programma's, waaronder MedMij en diverse VIPP-regelingen, die het makkelijker maken om data uit te wisselen tussen zorgverleners onderling en met de patiënt zodat de info veilig en op het juiste moment beschikbaar is.
- Er wordt nadrukkelijk ingezet op het gebruik en de beschikbaarheid van Persoonlijke Gezondheids Omgevingen (PGO's) door burgers.
- Best practices over hoe data veilig te delen moeten worden verspreid op basis van succesvolle ervaringen uit regiosamenwerkingen. Regiosamenwerkingen moeten ondersteund worden bij het gericht koppelen van data.

## 6. SLOT

De Nederlandse gezondheidszorg is goed. Nederlanders zijn gemiddeld genomen gezond en leven relatief lang, al is er ook sprake van aanzienlijke gezondheidsverschillen en kan niet iedereen goed meedoen. Goede zorg is geen rustig bezit. Als er niets verandert, zijn we onvoldoende in staat om ook in de toekomst voldoende zorg en ondersteuning van goede kwaliteit te blijven bieden. Een grotere mate van **samenwerking en coördinatie** in de zorg is noodzakelijk. De coronacrisis heeft laten zien dat de Nederlandse zorg in staat is tot topprestaties en veel kan opvangen. Verdergaande samenwerking tussen onder meer ziekenhuizen en verpleeghuizen kwam snel van de grond. Tegelijkertijd zijn ook een aantal zwakheden extra bloot komen te liggen. Het is belangrijk om de lessen van de coronacrisis te leren.

De opdracht is groot. De zorgvraag neemt de komende jaren in hoog tempo verder toe en wordt steeds complexer, ook doordat we ouder worden. Deze zorgvraag kunnen we niet opvangen als we doorgaan zoals we het gewend zijn, want het aantal zorgmedewerkers en mantelzorgers neemt af, waardoor er al over een

aantal jaren een situatie met grote personeelstekorten dreigt. Delen van de Nederlandse gezondheidszorg moeten **anders georganiseerd** worden om aan deze opgave het hoofd te kunnen bieden. De zorgvraag van mensen verloopt niet via de keurige domeinindeling die we met onze domeinwetten hebben bedacht. De zorg is nog te sterk ingericht op genezen en het leveren van productie, wat ten koste gaat van samenwerking en de focus op gezondheid. Om burgers ook in de toekomst het brede palet aan zorg te kunnen blijven leveren is veel meer samenwerking en coördinatie tussen alle zorgpartijen nodig.

**Meer regie op samenwerking** is nodig om te zorgen dat gemeenten, inkopers, zorgaanbieders en zorgprofessionals zich gezamenlijk tot het maximale gaan inspannen om hun zorgaanbod zo goed mogelijk op de zorgvraag af te stemmen. Samenwerking op lokaal en/of regionaal niveau biedt hiervoor het juiste perspectief, waar partijen elkaar vaak al kennen en steeds meer weten te vinden. Met goede afspraken en verantwoordelijkheden kunnen partijen op regionaal niveau zich samen inspannen op **de noodzakelijke transities**: het voorkomen van zorgvraag door goede inzet op preventie, de zorg uit de ziekenhuizen zo dicht mogelijk bij de burger te organiseren en met meer coördinatie tussen domeinen. Alleen met maximale inzet op deze transities kunnen we er in slagen om de zorg ook in de toekomst **organiseerbaar** te houden.

Het huidige kabinet heeft al veel in gang gezet om het hoofd te bieden aan deze opgave. Er zijn de afgelopen jaren al concrete beleids- en wetstrajecten gestart bijvoorbeeld op het gebied van regiobeelden, gegevensuitwisseling en jeugdzorg om deze veranderingen in gang te zetten. Voor een gezonde toekomst is er meer nodig en dat is ook tijdens de coronapandemie bevestigd. We willen inzetten op niets minder dan een paradigmashift naar gezondheid en welbevinden in plaats van onze blik op zorg en genezing. Meer regie in de regio helpt meer samenhang tussen de domeinen te realiseren waarbij de verantwoordelijkheden duidelijker moeten. En we maken de beweging van klassiek denken in derde, tweede en eerstelijnszorg naar nabije en integrale gezondheidszorg, eventueel pas verder weg als dat beter is. Ook hiervoor hebben we samenwerking en innovatie nodig. De coronacrisis heeft veel van ons allen gevraagd maar daarbij ook laten zien dat verandering kan én dat het moet.

Met de contouren van een gezonde toekomst hebben we op drie aandachtsvelden concrete voorstellen gedaan. De aandachtsvelden zijn: 1. focus op gezondheid en welbevinden, 2. samenhangende gezondheidszorg met heldere verantwoordelijkheden en 3. momentum voor vernieuwing. De oplossingsrichtingen omvatten onder andere betere inbedding van gezonde leefstijl, preventie en eigen regie en krachtiger inzet op de aanpak van sociale problematiek. Ook wordt gekeken naar de bekostiging. We doen voorstellen rondom het definiëren van de regio en de governance rondom het regiobeeld alsmede verbetering van de coördinatie in de regio, inclusief beschikbaarheid en marktordening. Tenslotte doen we voorstellen om ruimte te maken voor vernieuwing, het bevorderen van gepast gebruik en maken we ruimte voor de professional, inclusief voorstellen voor het bevorderen van gegevensuitwisseling.