



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Maatschappelijke Opgaven Volksgezondheid en Gezondheidszorg

Update anno 2009

*met prioritaire thema's voor de kennis- en
innovatieagenda voor de gezondheidssector.*

| | |
|---|-----------|
| Vooraf | 3 |
| Trends | 4 |
| Demografische ontwikkelingen | 4 |
| Sociale ontwikkelingen | 5 |
| Epidemiologische ontwikkelingen | 6 |
| Medisch-technologische ontwikkelingen | 8 |
| Ontwikkelingen in preventie en zorg | 9 |
| Kostenontwikkeling | 10 |
| Maatschappelijke Opgaven | 13 |
| Opgave I Langer leven in gezondheid | 14 |
| Opgave II Anticiperen op de veranderende zorgvraag | 17 |
| Opgave III Een goede en veilige zorg | 21 |
| Opgave IV Omgaan met grenzen aan de zorg | 23 |
| Opgave V Governance: heldere rollen en verantwoordelijkheden | 26 |
| Literatuurlijst | 29 |
| Bijlage: samenstelling VWS-kenniskamer | 32 |

Vooraf

Aanzet voor een kennis- en innovatieagenda

Tijdens het nationaal congres Kennis Beter Delen eind maart 2006 heeft de toenmalige Directeur-Generaal van de Volksgezondheid, Hans de Goeij vijf maatschappelijke opgaven voor de volksgezondheid en zorg gepresenteerd. Die maatschappelijke opgaven waren gebaseerd op een synthese van trendstudies, toekomstverkenningen en strategische adviezen. Geconstateerd kan worden dat deze maatschappelijke opgaven hun invloed hebben gehad op tal van onderzoekagenda's en werkprogramma's.

¹ Zie voor de samenstelling van de VWS-kenniskamer bijlage 1

In de VWS-kenniskamer¹ zijn de maatschappelijke opgaven in 2008 getoetst en zijn er suggesties voor aanpassingen en nadere inkleuring gedaan. Deze zijn verwerkt, evenals de recente toekomstvisies en trendstudies. Het afgelopen jaar bijvoorbeeld heeft het ministerie van VWS een aantal visie- en beleidsdocumenten uitgebracht, waarin de maatschappelijke opgaven wat meer in detail zijn uitgewerkt, waardoor ze ook preciezer kunnen worden geagendeerd. Ook hebben zich nieuwe thema's aangediend zoals 'governance' en participatie, terwijl andere thema's zoals het omgaan met schaarste en risico's nog pregnanter blijken te zijn dan we dachten. De in de eerste editie van de Maatschappelijke Opgaven geformuleerde opgave 'versnellen van de ontwikkeling en toepassing van innovatieve medische producten' is in de voorliggende editie niet meer expliciet opgenomen. Niet omdat deze opgave geen aandacht meer verdient, maar omdat het ook te beschouwen is als een onderdeel van de opgaven 'anticiperen op de veranderende zorgvraag' en 'governance'.

De geschetste 'maatschappelijke opgaven' zijn het resultaat zijn van een momentopname. Het zijn opgaven die nu relevant zijn voor het huidige denken over de richting waarin de zorg zich beweegt. Over een jaar, en zeker over vijf jaar, zal dat weer anders liggen.

Ondanks de beperkingen in tijd en reikwijdte bieden ze hopelijk houvast voor het ontwikkelen van beleid en voor het doen van onderzoek. In ieder geval zijn ze bedoeld om focus en richting te geven aan de programmering van op het VWS-domein opererende adviesraden en kennisinstellingen. En voorts aan allen die zich betrokken voelen bij de gezondheidszorg om vragen en problemen zichtbaar te maken en bij te dragen aan de oplossing.

Maart 2009

Trends

Als opmaat voor de maatschappelijke opgaven schetsen we in dit hoofdstuk in grove lijnen een aantal trends, variërend van demografische en sociaal-culturele ontwikkelingen tot ontwikkelingen in de medische technologie en de zorgkosten.

Demografische ontwikkelingen

Meest in het oog springend en daardoor ook veel besproken is de vergrijzing, ofwel het groeiend aandeel ouderen (65+) op het totaal van de bevolking. De komende decennia verwachten we een snelle groei, omdat ten eerste de babyboomgeneratie toetreedt tot de categorie ouderen en ten tweede omdat de huidige generaties nog steeds ouder worden dan hun ouders. Nederland behoort tot de groep van landen waar de levensverwachting hoog is. Na enige stagnatie rond de eeuwwisseling is sinds enkele jaren weer sprake van een stijging.

In 2040 zal de grijze druk (het aantal ouderen als percentage van de beroepsbevolking van 20-64 jaar) zijn gestegen tot 43 procent, bijna het dubbele van nu. Anders gezegd: terwijl het aantal ouderen stijgt, daalt het aantal werkenden. Enerzijds heeft dat gevolgen voor de collectieve lasten, inclusief zorgkosten, die waarschijnlijk op en andere manier verdeeld zullen worden tussen werkenden en niet-werkenden; een kwestie die al tot veel discussie heeft geleid. Anderzijds leidt dit tot een beperking van de beschikbare arbeidskrachten voor alle sectoren, inclusief de gezondheidszorg.

Schattingen laten zien dat bij gelijkblijvende arbeidsproductiviteit er bijna een half miljoen werkenden (fte) in de zorg bij moeten komen om aan de groeiende vraag te voldoen. Dat is bijna twee keer zoveel als de verwachte groei van de beroepsbevolking. Gevoegd bij het gegeven dat veel mensen in de zorg kiezen voor werken in deeltijd dreigt er een groot tekort aan arbeidskrachten te ontstaan. Tot 2011 valt het mee, mede omdat organisaties hun doelmatigheid hebben verhoogd en daarmee hun arbeidsproductiviteit, maar na dat jaar kunnen de tekorten snel toenemen.

De druk op de arbeidsmarkt wordt verder versterkt door een andere demografische ontwikkeling die de komende jaren waarschijnlijk zal doorzetten, te weten de toename van het aantal alleenstaanden. Tegelijkertijd groeit de geografische afstand tussen familieleden en neemt de arbeidsparticipatie van met name vrouwen toe. In combinatie met de groeiende werkdruk van zowel mannen als vrouwen leidt dat waarschijnlijk tot een afname van de informele of mantelzorg en een stijging van de behoefte aan professionele zorg.

Sociale ontwikkelingen

Aansluitend op de vergrijzing doet zich nog een andere ontwikkeling voor, namelijk de groeiende kloof in levensverwachting tussen hoog- en laag-opgeleiden, ofwel tussen mensen met een sterke dan wel zwakke sociaal-economische status (SES). Waar het verschil in levensverwachting tussen man en vrouw al jaren schommelt rond de vijf jaar, is het verschil in laag en hoog opgeleide vrouwen inmiddels 5,5 jaar en tussen laag en hoog opgeleide mannen zelfs zeven jaar. Het verschil in (ervaren) gezonde levensjaren is tussen laag en hoog opgeleide mannen nog groter nl. 19 jaar.

Opleiding en sociaal-economische status beïnvloeden niet alleen de levensverwachting, maar ook het ouder worden als zodanig. Tegenover de maatschappelijk actieve, sportieve en reislustige oudere staat de vereenzaamde, inactieve oudere die door gebrek aan geld en een slechte gezondheid nauwelijks verder komt dan zijn eigen voordeur. Naarmate het verschil in inkomens- en vermogenspositie groter wordt, zullen ook de gezondheidsverschillen tussen beide groepen ouderen groter worden.

Veel van de ouderen met een lage SES behoren tot de groep mensen die veertig jaar geleden als ‘gastarbeider’ naar Nederland zijn gekomen. In die hoedanigheid hebben ze doorgaans weinig kansen gehad om zich zowel qua opleiding als qua inkomenspositie te versterken. Gevoegd bij de culturele verschillen in het omgaan met ouderen, vraagt dat om een specifieke aanpak in de zorg.

Hoewel de verschillen in sociaal-economische status groter worden, is de bevolking als geheel er de laatste vijftien jaar behoorlijk op vooruit gegaan, althans in materieel opzicht. Die overvloed heeft ook een keerzijde, die soms tot uiting komt in een levensstijl met veel drank, overvloedig eten en weinig bewegen. Vergeleken met een generatie geleden hebben jongeren meer te besteden en voor een deel van hen geldt dat zij dat doen aan een teveel aan drank, drugs en/of sigaretten en aan ongezond voedsel. In combinatie met gebrek aan beweging kan dat ertoe leiden, dat het aantal mensen dat op relatief jonge leeftijd te maken krijgt met chronische aandoeningen zoals, diabetes en nierstenen, zal toenemen.

Een belangrijke sociaal-culturele ontwikkeling is de toegenomen mondigheid van de zorgvrager. Die mondigheid uit zich op twee manieren. Er is een groep zorgvragers die zich uitgebreid informeert – onder meer via Internet – en samen met de zorgverlener een ‘zorgpad’ uitstippelt. Daarnaast is er een groep zorgvragers die zich meer als consument opstelt. Hij of zij verwacht van de zorgverlener dat die snel en duidelijk een zorgpad voor hem uitstippelt. Daarbij zijn de verwachtingen van de zorgvrager niet altijd in overeenstemming met de mogelijkheden van de zorgverlener. Voor beide type mondige patiënten geldt dat ze hoge eisen stellen, sneller een

second opinion vragen en meer privacy wensen. Daarnaast blijft er nog altijd een relatief grote groep zorgvragers die minder goed de weg weten en/of minder mondig zijn, maar die toch ook de aandacht behoeft van de zorgverlener.

Niet alleen de zorgverlener, maar ook de zorginstelling heeft te maken met een mondiger wordende burger. Dat vertaalt zich in een groeiende maatschappelijke behoefte aan transparantie. Organisaties en instellingen en de mensen die er werken worden geacht verantwoording af te leggen over de kwaliteit en kosten van de geleverde zorg. De veiligheid van de zorgvrager en zorgverlener is een thema dat voortdurend aandacht zal vergen. Standaarden worden belangrijker omdat je daarmee het kwaliteitsniveau tot op zekere hoogte meetbaar kunt maken. De keerzijde van de medaille is dat verantwoording afleggen tijd en geld kost en het gevaar bestaat dat alleen makkelijk meetbare kwaliteitsaspecten gemeten worden en vervolgens alleen daarop wordt gestuurd. Een te grote nadruk op standaardisatie kan bovendien tekort doen aan de professionaliteit van de zorgverlener en zijn/haar motivatie (beroepseer) ondermijnen.

Epidemiologische ontwikkelingen

Anderhalve eeuw geleden waren de cholera-epidemieën in de Nederlandse steden de aanleiding voor de overheid om zich te bemoeien met de volksgezondheid. Hoewel cholera in ons land niet meer epidemisch is, zijn er nog steeds voldoende redenen om die allereerste taak, het voorkomen en bestrijden van epidemieën, serieus te nemen. Nederland is geen eiland en met het sterk toegenomen verkeer met andere landen, zowel zakelijk als toeristisch, kan een eventuele epidemie zich snel over de wereld verspreiden. De uitbraken van SARS en vogelgriep (H5N1) bleven relatief beperkt in omvang, maar vormen wel een waarschuwing dat een wereldwijde epidemie niet is uit te sluiten. Daarnaast moet rekening worden gehouden met oprukkende virussen, zoals West Nile, dat inmiddels al in Noord-Italië is gesigneerd.

Lange tijd hebben we ons kunnen koesteren in de gedachte dat in ieder geval bacteriële infecties adequaat bestreden kunnen worden met antibiotica. Onzorgvuldig voorschrijfgedrag – overigens niet in Nederland – en gebrekkige therapietrouw hebben ertoe geleid dat steeds meer pathogene bacteriën resistent worden tegen antibiotica. MRSA is natuurlijk hét voorbeeld, waartegen met name de ziekenhuizen zich - tot op heden vrij effectief – moeten weren. Elders, in Afrika en Oost-Europa, wordt men echter geconfronteerd met tbc veroorzakende mycobacteriën die zich nauwelijks meer laten beteugelen met antibiotica.

Een zorgwekkende ontwikkeling, voortvloeiend uit de toegenomen mondigheid van de zorgvrager, is de weigering om zich te laten vaccineren. In het verleden gebeurde dat vooral uit geloofsovertuiging en beperkte de non-vaccinatie zich tot

enkele gebieden op de Zeeuwse en Zuid-Hollandse eilanden, op de Veluwe en onder antroposofen. Van recenter datum echter is de groeiende zorg van ouders over de mogelijke risico's van vaccinatie bijvoorbeeld over een verondersteld verband tussen MMR (Eng: measles, mumps & rubella)-vaccinatie en autisme. Als er al een dergelijk verband zou zijn – hetgeen hoogst onwaarschijnlijk is – dan weegt het risico daarvan (kans x gevolg) volstrekt niet op tegen het risico van niet-vaccineren. Niet alleen voor het kind zelf, maar ook voor de bevolking.

Waar vanaf 1900 vooral een strijd werd geleverd tegen infectieziekten, kwamen in de jaren vijftig en zestig ook de welvaartsziekten om de hoek kijken, zoals hart- en vaatziekten en longkanker (kostwinnerssterfte), gevolgd door chronische aandoeningen, zoals diabetes en copd. Deze chronische aandoeningen raken niet alleen ouderen, maar treden ook op jongere leeftijd op. Zo heeft reeds 1 op de 5 kinderen een chronische aandoening. In het verlengde daarvan ligt de groeiende aandacht voor overgewicht en obesitas. De afgelopen vijftientig jaar is de Nederlandse bevolking gemiddeld dikker geworden en is het percentage volwassenen met overgewicht (BMI > 25) gestegen van 33 naar 45 procent. De categorie met ernstig overgewicht (BMI > 30) is gestegen van 5.1 naar 10.7 procent. Het aantal kinderen met overgewicht is in 25 jaar toegenomen van ca 2 % naar 10% (gemeten voor de populatie 15-jarigen). Aan de basis van de gewichtstoename ligt een verstoring van de energiebalans, de verhouding tussen de hoeveelheid energie die in de vorm van voedsel wordt opgenomen en de hoeveelheid die wordt verbruikt door beweging. Afgezien daarvan spelen ook genetisch en hormonale factoren een rol.

Verkeerde voeding, gebrek aan beweging en (over-)gewicht spelen ook een rol in de toename van het aantal chronisch zieken en dan met name hart- en vaatziekten en diabetes. Als gevolg van de vergrijzing groeit daarnaast ook het aantal patiënten met chronische oogaandoeningen, ouderdomsdoftheid, artrose en dementie.

In een paragraaf over trends mogen onder het hoofdje epidemiologische trends de toename in aandoeningen op het terrein van de psychische stoornissen niet onbesproken blijven. In de top-17 van aandoeningen die de meeste ziektelast voor de gehele Nederlandse bevolking veroorzaken staan maar liefst 5 psychische stoornissen: depressie, angststoornissen, dementie, verstandelijke handicap en afhankelijkheid van alcohol. Depressie, angststoornissen en dementie staan ook in het lijstje 'sterkste stijgers in prevalentie'.

In zijn algemeenheid vormen chronisch zieken de snelst groeiende groep binnen de gezondheidszorg. Zij zullen een steeds groter beslag leggen op het zorgveld en het zorgbudget.

Medisch-technologische ontwikkelingen

Ontwikkelingen in de medische technologie – in brede zin, van diagnostica tot telegorg - zullen de komende jaren een versnelling te zien geven dankzij de snelle ontwikkelingen in drie zogeheten ‘enabling’ technologieën: nanotechnologie, biotechnologie en informatietechnologie en de combinaties daarvan.

De weidse perspectieven die de pleitbezorgers van deze technologieën schetsen zullen niet allemaal werkelijkheid worden. Wel is het aannemelijk dat bijvoorbeeld ontwikkelingen in de nanotechnologie zullen leiden tot meer precieze diagnostiek en het gericht en gedoseerd afleveren van medicijnen. Anderzijds moeten we er voor waken dat deze trend niet leidt tot een situatie waarin er in feite geen gezonde mensen meer bestaan maar alleen ‘ondergediagnosticeerde patiënten’.

Kennis van het genoom maakt het mogelijk om therapieën verder te personifiëren. Het inzetten van nanotechnologie en synthetische biologie (de overtreffende trap van biotechnologie) maakt de ontwikkeling van ‘levensechte’ biologische materialen mogelijk, terwijl de groeiende kennis van processen op subcellulair niveau het aantal potentiële ‘targets’ voor geneesmiddelen waarschijnlijk zal verveelvoudigen.

De snelheid van ontwikkelingen in de informatietechnologie verbaast ons nauwelijks meer gezien het korte verleden van bijvoorbeeld mobiele telefoon en Internet. Om nog maar niet te spreken van de revolutie die zich onder de motorkap van de auto heeft voorgedaan. Ook hier zal zich de komende jaren een versnelling voordoen die vooral te maken heeft met de sterk groeiende capaciteit, zowel in geheugen als rekenkracht, op een microchip. De toegenomen reken- en geheugencapaciteit maakt het mogelijk om meer gegevens op te slaan en te verwerken, zowel op individueel niveau - voor een betere zorg- als op populatieniveau - voor een beter gezondheidsbeleid.

De zorg profiteert van de ontwikkelingen in de informatietechnologie bijvoorbeeld door betere beeldvormende technieken, die ook nog eens ‘real time’ bruikbaar zijn. En door de ontwikkeling van domotica-systemen en robots die een deel van de taken van de zorgverlener over kunnen nemen en daarmee de arbeidsproductiviteit een forse stimulans kunnen geven.

De snelle technologische ontwikkelingen roepen ook vragen op. Over de privacy bijvoorbeeld. Maar ook ethische vragen over biotechnologie en synthetische biologie, bijvoorbeeld over de vraag of er grenzen zijn en zo ja welke aan het ver- ‘beter’-en van mensen.

Een andere vraag is wat het effect zal zijn van een verdere technologisering van de ‘care’ en dan vooral wat betreft de ‘zorgzaamheid’. Komt daar meer ruimte voor als

intelligente machines de zorgverlener het werk uit handen nemen? Of nemen ze zoveel werk uit handen dat er nooit meer iemand langskomt bij een eenzame oudere of bedlegerige chronisch zieke?

Ontwikkelingen in preventie en zorg

Het Nederlandse overheidsbeleid gaat ervan uit dat de burger in hoge mate zelf verantwoordelijk is voor zijn / haar gezondheid. Alleen als iemand er een leefstijl op nahoudt, waardoor hij schade toebrengt aan derden gaan er geluiden op dat de overheid moet ingrijpen. Het tot stand brengen van een rookvrije horeca is hiervan een voorbeeld. Naast het beschermen tegen ziektebelasting is het huidige overheidsbeleid er ook op gericht om mensen zoveel mogelijk te steunen bij het ontwikkelen en aanhouden van een gezonde leefstijl. Daarbij ligt de nadruk op het bevorderen van de gezondheid door meer te bewegen, gezonder te eten, het tegengaan van overgewicht, roken, overmatig alcoholgebruik, diabetes en depressie. De verwachting is dat preventieve acties op deze terreinen zullen leiden tot minder arbeidsverzuim en lagere zorgkosten.

Bij preventie gaan we steeds vaker uit van parallelle belangen. Volksgezondheid is niet alleen een zaak van het ministerie van VWS, maar ook van andere organisaties die zich bezighouden met wonen, werken, integratie, onderwijs, sociale zaken en leefomgeving. Niet alleen dragen ze bij aan het bevorderen en behouden van een goede volksgezondheid, ze plukken er ook mede de vruchten van.

Preventie is ook steeds vaker het 'voorkomen van erger' en het benadrukken van het belang van therapietrouw. Een belangrijk thema voor de komende jaren is het vaststellen van de grens tussen welke vormen van preventie worden betaald uit collectieve middelen en wat toegerekend moet worden aan het individu, zijn (aanvullende) ziektekostenverzekering dan wel zijn werkgever. Een vraag die in het verlengde hiervan ligt, is de financiering van zaken als vroegsignalering en toeleiding (naar de zorg).

In de zorgverlening zien we een duidelijke ontwikkeling in de richting van vraagsturing, onder meer tot uiting komend in het opzetten van integrale zorg. Daarbij gaat het om combinaties van preventie, behandeling, verzorging en ondersteuning dwars door de systemen heen waarbij de zorgvraag leidend is. Een voorbeeld is de diabetesketen waarvoor een concept keten-dbc is ontwikkeld dat nu wordt beproefd en geëvalueerd.

Integrale zorg vraagt om meer expertise in de eerste lijn (brede eerste lijn), onder meer door het inschakelen van praktijk- en gespecialiseerde verpleegkundigen. In het kielzog daarvan zullen ook andere (para)medische beroepen hun intrede

doen in de eerste lijn. Daarnaast vraagt integrale zorg om een optimale interactie binnen de gezondheidszorg en tussen gezondheidszorg en andere hulp- en dienstverleners. De gemeenten spelen steeds vaker een belangrijke (regie-)rol bij de onderlinge afstemming.

Cliënt- of patiëntgerichtheid heeft ook gevolgen voor de werkwijze en interne organisatie van de zorginstellingen. Verschillende poliklinieken en ziekenhuizen werken aan een betere zorgverlening, waarbij de onderzoeken zodanig worden gepland, dat de wachtrijen minimaal zijn en de patiënt/cliënt zo min mogelijk tijd kwijt is. Een andere trend die in gang is gezet is het efficiënt organiseren van niet spoedeisende ingrepen, zoals staar- en liesbreukoperaties door ze zoveel mogelijk op een dag te plannen en de logistiek verregaand te optimaliseren. Op die manier kan forse tijdwinst worden geboekt. De groepsbehandeling bij bijvoorbeeld heupoperaties blijkt tevens dat de resultaten op patiëntniveau beter zijn.

Een belangrijk thema in de zorg tenslotte is de veiligheid van zowel personeel als patiënten. Fouten maken is menselijk, dus ook in de zorg worden fouten gemaakt. Ervaringen in andere bedrijfstakken (de chemische industrie, de luchtvaart) laten zien dat het met een gericht beleid mogelijk is om het aantal fouten drastisch te verminderen. Dat vraagt om een open veiligheidscultuur, waarin mensen worden gestimuleerd om zelf alert te zijn op mogelijke risico's en ook hun collega's daarop attent te maken. Een cultuur ook waar incidenten en bijna-incidenten in alle openheid worden besproken om er wat van te leren.

Kostenontwikkeling

Naarmate Nederlanders ouder worden, leggen ze gemiddeld een groter beslag op de zorg. Een vrij autonoom proces dat slechts tot op zekere hoogte wordt afgeremd doordat mensen langer gezond blijven. Als gevolg daarvan zullen de kosten van de zorg de komende jaren sneller stijgen dan het Bruto Binnenlands Product, of wel de zorg neemt een steeds groter deel in van onze welvaart. Omgekeerd zorgen welvaart en de bijbehorende sociaal-culturele veranderingen ervoor dat de kosten in de zorg stijgen. Zo leidt de individualisering ertoe dat de eenpersoonskamer de nieuwe standaard is in verpleegtehuizen en eist de mondige patiënt / cliënt – enigszins gechargeerd - extra onderzoeken voor meer zekerheid, een second opinion en bij voorkeur de duurste medicijnen.

Een belangrijke oorzaak voor het stijgen van de zorgkosten is de loonontwikkeling in de sector en dan vooral het zogeheten Baumol-effect. Dat houdt in dat de lonen in de zorg meestijgen met de lonen in andere sectoren, zonder dat de arbeidsproductiviteit evenredig toeneemt. Of de kloof tussen enerzijds de loonontwikkeling en anders de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit in de

nabije toekomst groter of kleiner zal worden, valt moeilijk te zeggen. Verbetering van de logistiek in de zorg kan volgens Peter Bakker, bestuursvoorzitter van TNT, zeker 3 à 3,5 miljard euro op jaarbasis besparen. Ook technologische ontwikkelingen zoals automatisering en robotisering kunnen de arbeidsproductiviteit drastisch verbeteren. Anderzijds was een stijging van 0,5% in het verleden al aan de hoge kant.

Hoe het ook zij, de groeiende vraag naar zorg in combinatie met een achterblijvende arbeidsproductiviteit leidt tot een stijging van de zorgkosten met jaarlijks 5,5%. Geen nieuw fenomeen overigens, want ook de afgelopen decennia zijn de zorguitgaven als percentage van het Bruto Binnenlands Product flink gestegen. Bedroegen ze in 1970 nog 2,5%, inmiddels is dat opgelopen tot 8,8% en in 2040 zal dat naar verwachting ruim 13% zijn. Tot op heden hebben de groeiende uitgaven voor de zorg nog niet geleid tot verdringing van andere publieke voorzieningen of vermindering van de particuliere consumptie omdat tegelijkertijd de welvaart ook toenam. Bovendien zijn mensen bereid om meer geld uit te geven aan gezondheidszorg naarmate ze welvarender worden. In economische termen: de inkomenselasticiteit is groter dan 1. De komende paar jaar zal blijken of de bereidheid meer geld uit te geven aan gezondheid ook overeind blijft als economische groei niet meer vanzelfsprekend is.

Zorg is natuurlijk niet alleen een kostenpost op de balans. Daartegenover staan ook baten, zij het dat die zich niet allemaal laten kwantificeren. Dankzij een goede zorg worden we nauwelijks meer geconfronteerd met kindersterfte, leven we langer en ook langer in een goede gezondheid. Nog niet zolang geleden was iemand van 60 oud; nu zeggen we dat hij aan het begin staat van zijn derde – actieve – levensfase. Een fase waarin mensen zichzelf ontplooien, maar tegelijkertijd ook sociaal actief zijn als vrijwilliger bijvoorbeeld, maar ook als grootouder. Mede dankzij technische ontwikkelingen is ook chronisch lijden voor veel patiënten dragelijker geworden en zijn er meer mogelijkheden om ondanks beperkingen te functioneren in de samenleving.

De verandering van aanbodgestuurde zorg naar vraaggestuurde zorg heeft ook veel particuliere bedrijven de ogen geopend voor de mogelijkheden om geld te verdienen in deze sector. De zorg als motor van nieuwe bedrijvigheid, waarbij het accent ligt op het ontwikkelen van nieuwe producten en markten. Dat beperkt zich allang niet meer tot de farmaceutische industrie. Zo vormen 'healthcare' en 'life style' twee van de drie speerpunten van Philips, ontwikkelt DSM biomedische materialen en supplementen en is gezondheid een belangrijk thema voor de agrosector en levensmiddelenindustrie. Banken, verzekeraars en pensioenfondsen – ook buitenlandse - zien steeds meer kansen op de markt voor gezondheid en geluk. Het gaat hierbij dus niet alleen om mensen met een aandoening: in toenemende

mate worden gezonde mensen benaderd als potentiële patiënten en hen de weg gewezen naar nieuwe technologische mogelijkheden, bijv. op het gebied van periodieke screening. In veel gevallen zijn de claims die aan deze nieuwe technologieën worden gehangen nog niet geobjectiveerd waar gemaakt of toont wetenschappelijk onderzoek zelfs aan dat toepassing meer nadeel dan voordeel oplevert.

Maatschappelijke opgaven

Het beleid van de overheid op het gebied van de volksgezondheid heeft tot doel het zoveel mogelijk voorkomen en waar nodig bestrijden van ziekten, het bevorderen van een gezonde leefstijl en het garanderen dat iedereen toegang heeft tot adequate en betaalbare zorgvoorzieningen. In het beleid op gebied van gezondheidszorg gaat het erom dat het medische handelen en de geboden zorg van goede kwaliteit is met veel aandacht voor patiëntveiligheid. De zorg moet voldoen aan de vraag van de patiënt naar goed medisch handelen en zorgzaamheid ten dienste van de kwaliteit van zijn leven. In het licht van de hiervoor geschetste trends vertalen die doelstellingen zich in een aantal maatschappelijke opgaven voor onderzoek, ontwikkeling en beleid. Niet alleen voor de rijksoverheid, maar ook voor andere overheden en organisaties (profit en not-for-profit) die betrokken zijn bij de gezondheidszorg in brede zin. Om denken en debat te stimuleren en uiteindelijk te komen tot een gezamenlijke koers, formuleren we in dit hoofdstuk vijf maatschappelijke opgaven. Niet als een dictaat, maar om zaken in beweging te brengen en het veld uit te dagen om te komen met ideeën voor onderzoek, innovatie en toepassing.

Maatschappelijke Opgaven en hun samenhang



Deze opgaven worden hieronder nader uitgewerkt in prioritaire thema's voor kennis en innovatie.

Opgave I

Langer leven in gezondheid

Gezondheid is meer dan de afwezigheid van ziekten, en heeft ook te maken met lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn. Naast biologische factoren zoals genetische en persoonskenmerken wordt iemands gezondheid ook beïnvloed door leefstijl (voeding, beweging, genotmiddelen), de sociale omgeving (inkomen, onderwijs, arbeid, sociale contacten), de fysieke omgeving (milieu, veiligheid, woonomgeving) en de kwaliteit, bereikbaarheid en toegankelijkheid van de zorgvoorzieningen.

Het beleid op al die verschillende terreinen komt op lokaal niveau bij elkaar. Daar liggen dan ook de kansen om te komen tot een integraal gezondheidsbeleid, waarin de verschillende factoren – in hun onderlinge samenhang – kunnen worden afgewogen. De opgave is dat de verschillende beleids- en wettelijke kaders zodanig op elkaar worden afgestemd dat de gemeenten inderdaad een integraal gezondheidsbeleid kunnen voeren. Een bijkomende voorwaarde is dat ze beschikken over voldoende gegevens om zo'n beleid te voeren, zowel gericht op de individuele burger als op groepen van burgers, zoals scholieren, inwoners van een bepaalde wijk of ouderen. Voortdurend moet daarbij de afweging worden gemaakt waar de grens ligt van overheidsinterventies en wat valt onder de eigen verantwoordelijkheid van mensen.

Op vele terreinen wordt rond het thema langer leven in gezondheid onderzoek verricht. Gezien de ontwikkelingen die in hoofdstuk 2 zijn benoemd heeft VWS een aantal prioritaire thema's benoemd.

Stimuleren gezonde leefstijl

Veel chronische aandoeningen op latere leeftijd zijn het gevolg van een bepaalde leefstijl op jongere leeftijd, zoals roken, een ongezond eetpatroon, te weinig bewegen en overmatig alcoholgebruik. Het loont dan ook de moeite om in te zetten op het bevorderen van een gezondere leefstijl; niet alleen bij jongeren, maar bij alle leeftijdsgroepen. Dat draagt bij aan het verminderen van de last van chronische aandoeningen zowel voor het individu als voor de samenleving als geheel en zorgt voor meer gezonde jaren.

De Preventienota uit 2006 noemt als speerpunten: roken, overmatig alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie. De aanpak daarvan vergt niet alleen afstemming tussen Rijksbeleid en lokaal beleid, maar ook samenwerking met andere betrokkenen zoals scholen, bedrijven, patiëntenorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraar. Gedrag is immers in hoge mate contextueel en wordt beïnvloed door gezin, wijk, werk, school en publieke ruimte (groen).

Daarom is het belangrijk dat preventie zich niet alleen richt op de individuele burger, maar ook op de fysieke en sociale omgeving.

Het Centrum Gezond Leven is opgericht om programma's en maatregelen die (evidence-based) bijdragen aan gezond gedrag te stimuleren en de ervaringen die in binnen- en buitenland worden opgedaan over het voetlicht te brengen. Die ervaringen laten zien dat een integrale aanpak van de publieke gezondheidszorg, gebaseerd op samenwerking tussen zorgverleners en openbare gezondheidszorg zeer lonend kan zijn. Mits consequent en langdurig volgehouden.

Infectieziekten bestrijden

Met de ontwikkeling van resistentie tegen antibiotica, de opkomst van nieuwe virussen zoals SARS en vogelgriep en de dreiging van biologische wapens blijft het bestrijden van infectieziekten ook de komende decennia een belangrijke opgave. Vele organisaties zijn actief op dat gebied, zowel op internationaal (WHO), Europees (ECDC, European Center for Disease prevention and Control) en nationaal niveau (CIB, Centrum Infectieziektenbestrijding). We hebben nog onvoldoende kennis om alle infectieziekten te voorkomen en te bestrijden, terwijl daarnaast ook de infrastructuur om die kennis toe te passen voor verbetering vatbaar is, vooral in tijden van crises.

De opgave is dus niet alleen om meer onderzoek te doen naar het ontstaan van infectieziekten en te zorgen voor effectieve preventie en mogelijkheden voor behandeling, maar ook om die kennis te laten landen bij betrokkenen. Bijvoorbeeld door meer aandacht te besteden aan infectieziekten in het medisch curriculum. Een andere opgave is dat het Rijksvaccinatieprogramma regelmatig onder de loep wordt genomen om te zien of het in het licht van de mogelijke bedreigingen nog actueel is. Omdat vaccinatieplicht ontbreekt en het aantal weigeraars dreigt toe te nemen, blijft het belangrijk om mensen ervan te overtuigen dat vaccineren nuttig en nodig is. Niet alleen voor het individu, maar ook voor de samenleving als geheel.

Meedoen chronisch zieken stimuleren

Het aantal mensen met een chronische ziekte stijgt vanwege de successen van de gezondheidszorg en vanwege de vergrijzing. De zorg voor hen is vooral toegesneden op het voorkomen van complicaties en het afremmen van achteruitgang. Werden chronisch zieken tot voor kort vooral als zieken gezien; tegenwoordig ligt de nadruk op het zo normaal mogelijk functioneren in de samenleving. Ook zij moeten kunnen werken, sporten en deelnemen aan sociale activiteiten, inclusief vrijwilligerswerk. Om chronisch zieken zo goed mogelijk te laten meedoen, is een programmatische, op het individu afgestemde zorgaanpak nodig, gebaseerd op het zo goed mogelijk 'managen' van de ziekte.

Leren omgaan met gezondheidsrisico's

Screening en vroege opsporing (hielpruk, uitstrijkje, borstkanker) hebben hun nut bewezen in de zin dat de winst in gezonde levensjaren ruimschoots opweegt tegen de financiële (en emotionele) kosten. Maar op de gezondheidsmarkt worden ook testen aangeboden, waarvan het nut twijfelachtig is. De mogelijkheden voor screening nemen snel toe onder meer dankzij de ontwikkelingen in het genetisch onderzoek, de verbetering van de diagnostiek en de automatische opslag van gegevens waardoor het mogelijk wordt om te zoeken naar statistische verbanden tussen bijvoorbeeld leefstijl en kans op ziekten.

De vraag is wat we met die kennis zouden moeten doen. Bij hielpruk, uitstrijkje of borstfoto gaat het om vroege opsporing van een al aanwezige aandoening. Bij genetisch of epidemiologisch onderzoek gaat het – erfelijke ziekten uitgezonderd – om een verhoogde kans op het krijgen van een ziekte of aandoening. Naarmate het gemakkelijker en goedkoper wordt om iemands individuele genoom in kaart te brengen dan wel op zoek te gaan naar statistische verbanden in databanken zullen steeds meer mensen tot een 'risicogroep' behoren voor een of meerdere aandoeningen. Wat voor gevolgen heeft dat bijvoorbeeld voor het aanvragen van een hypotheek of levensverzekering, voor het werk en voor de zorg? In de nabije toekomst ontkomen we er niet aan om die vragen onder ogen te zien, breed te bediscussiëren en de uitkomsten vast te leggen.

Opgave II

Anticiperen op de veranderende zorgvraag

Demografische, epidemiologische, sociaal-culturele en medisch technologische ontwikkelingen zorgen ervoor dat de vraag naar zorg niet alleen groeit, maar ook verandert. Prioritaire thema's voor de kennis- en innovatieagenda zijn:

Verminderen arbeidstekorten

Aan de groeiende vraag naar zorg kan voor een deel tegemoet worden gekomen door de arbeidsproductiviteit van de zorgverlener te verbeteren. Inzet van technologie, variërend van 'zorg op afstand' via Internet tot een steunkousenhulp kunnen daarbij helpen, maar zijn op zichzelf niet voldoende. Voor een kwantumsprong in de arbeidsproductiviteit moet ook het werk anders worden georganiseerd, te beginnen met de verhouding tussen patiënt/cliënt en zorgverlener. Gebruik van technische hulpmiddelen verhoogt de zelfredzaamheid van de cliënt en vermindert het beroep op de zorgverlener.

De arbeidsproductiviteit kan verder worden verhoogd door het optimaliseren van bedrijfsprocessen in de instelling zelf. Bijvoorbeeld door routinematige operaties te clusteren en door 'intake' en routing van diagnostisch onderzoek te optimaliseren. Maar ook door taakdifferentiatie en door het verminderen van de administratieve lastendruk, zodat zorgverleners meer tijd hebben voor hun 'core business'.

Wat betreft het laatste is ook een rol weggelegd voor overheid en zorgverzekeraars in het ontwikkelen van 'key performance indicators' die enerzijds recht doen aan de noodzaak tot verantwoording, anderzijds weinig tijd kosten.

Verhoging van de arbeidsproductiviteit is maar een deel van het verhaal. Om tegemoet te komen aan de groeiende vraag naar zorg zullen ook nieuwe vormen van hulpverlening en nieuwe opleidingen moeten worden gecreëerd en duizenden nieuwe mensen moeten worden aangetrokken op allerlei niveaus. Tekorten doen zich nu alleen voor bij specifieke groepen zoals IC-verpleegkundigen, maar op de lange termijn ontstaan er hoogstwaarschijnlijk tekorten over de volle breedte ook al omdat het totaal aantal arbeidskrachten in Nederland daalt.

Er is daarom behoefte aan een lange termijnstrategie om werken in de zorg aantrekkelijk te maken en te houden, zowel qua inhoud en vooruitzichten als qua beloning. Met het actieplan 'Werken aan de Zorg' geeft het ministerie van VWS een aanzet voor zo'n lange termijnstrategie. Specifieke maatregelen moeten ervoor zorgen dat de zorg in Nederland op een hoog niveau blijft, ondanks de toename van de zorgvraag. Tegelijkertijd richt het actieplan zich op het behouden van huidige medewerkers en het werven van nieuwe door de aantrekkelijkheid van werken in de zorg te vergroten. Het realiseren daarvan zal veel inventiviteit en creativiteit van het hele zorgveld vergen.

Rekening houden met complexe zorgvragen

Zorgvragen worden complexer. Wat te denken van een patiënt met een psychiatrische stoornis, die dement wordt en een invaliderend longemfyseem ontwikkelt. Hoe kun je ervoor zorgen dat zo'n patiënt niet alleen wordt behandeld, maar ook nog eens een zo volledig en aangenaam mogelijk leven kan leiden. Het uitgangspunt in Nederland is dat de patiënt zelf bepaalt wat zijn kwaliteit van leven inhoudt. De middelen om die gewenste kwaliteit te realiseren zijn echter beperkt. Dat betekent dat hij, binnen de beschikbare mogelijkheden, samen met de zorgverlener en –verzekeraar nagaat wat voor ondersteuning hij nodig heeft. Maatwerk dus, waardoor een steeds groter beroep wordt gedaan op de flexibiliteit en het inlevingsvermogen van zorgverlener en –organisatie.

Rekening houden met diversiteit zorgvragen

Zorgvragen, vooral waar het gaat om verpleging en verzorging, worden ook meer divers. Ouderen worden niet alleen ouder, maar ook de populatie verandert. Vanouds zijn vrouwen oververtegenwoordigd. Van meer recente datum is de toename van het aantal ouderen met een andere etnische en/of culturele achtergrond. Nederland verkleurt en dat is natuurlijk ook te merken in de verzorgings- en verpleegtehuizen en in de thuiszorg. Dat betekent dat zorgverlener en zorgorganisatie steeds meer rekening houden met culturele diversiteit. Ook is er een groeiend aantal vermogende ouderen dat additionele eisen stelt aan langdurige zorg en de middelen heeft om die eisen te realiseren.

Chronische zorgvragen kennen steeds vaker een programmatische aanpak. Dat betekent op de eerste plaats dat er meer gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheden van de patiënt zelf. Hij (her-)neemt de regie over zijn eigen leven. Zijn gezondheidsbeleving is maatgevend en de zorg wordt daar zo goed mogelijk op afgestemd. Centraal daarbij staat de zorgstandaard, een beschrijving waar goede zorg voor een chronisch zieke minimaal aan moet voldoen en waarin wordt vastgelegd wie welke verantwoordelijkheid heeft bij het realiseren van die zorgstandaard. Dat betekent wel dat de zorgverleners moeten samenwerken over de grenzen van hun disciplines en instellingen heen, ofwel dat ze multidisciplinair en transmuraal ketenzorg moeten leveren, maar dat ze daarbij ook flexibel moeten zijn wanneer een patiënt de voorkeur uitspreekt voor een andere samenwerkingspartner dan de standaardpartner.

Rekening houden met mondige zorgvragers

Met de individualisering en mogelijkheden van het internet moeten we rekening houden met patiënten die mondiger zijn. Uit onderzoek blijkt echter dat er patiënten zijn die niet of slechts in beperkte mate willen kiezen en zich graag laten leiden door de adviezen van de professionele hulpverlener. Voor hulpverleners is het dus niet alleen zaak rekening te houden met de diversiteit van zorgvragen, maar ook met de diversiteit van zorgvragers. Een van de vragen die gesteld kan worden is bijvoorbeeld of therapietrouw een plicht is of dat de patiënt het recht heeft om therapievoorschriften niet te volgen. Vraag is dan ook welke consequenties een hulpverlener daaraan mag verbinden? Een andere vraag is in hoeverre tegemoet moet worden gekomen aan de veeleisende patiënt, die bijvoorbeeld vraagt om behandeling volgens de nieuwste ontwikkelingen die nog niet evidence based (kunnen) zijn. De opgave voor het beleid is die diversiteit in zorgvragers toe te staan dan wel aan te geven waar de grenzen daarvan liggen.

Samenhangende zorg voor chronisch zieken: versterken eerste lijn

De eerste lijn is buitengewoon geschikt voor het ontwikkelen van zorgprogramma's voor chronisch zieken (ketenzorg diabetes bijvoorbeeld) en voor het ontwikkelen en doelgroepgericht uitvoeren van preventieve activiteiten. Immers, de eerste lijn is cruciaal om ervoor te zorgen dat de patiënt snel op de juiste plaats door de juiste zorgverlener wordt behandeld. Dat is niet alleen in het belang van de patiënt, maar draagt ook bij aan het effectief en efficiënt functioneren van de zorgsector.

Om al die rollen te kunnen vervullen, zou de eerstelijnszorg in samenhang georganiseerd moeten worden en zou er meer en beter gebruik gemaakt kunnen worden van de mogelijkheden van ICT. Een van de voordelen van samenhangende eerstelijnszorg is differentiatie en specialisatie, waardoor ruimte ontstaat voor onder meer specialistische verpleegkundigen in de eerstelijnspraktijk. Om de meerwaarde van deze paramedische specialismen te benutten en de taken van de huisarts te verlichten moeten de werkzaamheden en verantwoordelijkheden wel goed op elkaar worden afgestemd.

Versterken van de eerste lijn gebeurt onder meer door de samenwerking met andere partijen, zowel in de zorgketens, als in de eerste lijn zelf te verbeteren. In de nota Gezond Zijn Gezond Blijven wordt gepleit voor een intensievere samenwerking in de eerste lijn tussen GGD en zorgverleners. In de praktijk echter blijkt het niet eenvoudig om samenwerking zowel in de keten als in de eerste lijn te realiseren, omdat er vele partijen bij zijn betrokken, elk met hun eigen missie en visie. Omdat nog niet voor iedereen duidelijk is wat het effect zal zijn van recente veranderingen in de wetgeving is men voorzichtig in het aangaan van samenwerkingsrelaties. Samenwerking geeft juist mogelijkheden tot flexibiliteit die nodig is om aan de

keuzevrijheid van burgers tegemoet te komen. Daarnaast scheidt de decentralisatie via de WMO aan lokaal samenwerkende partijen ook meer mogelijkheden voor een aanpak op maat van bijvoorbeeld sociaal-economische gezondheidsverschillen.

Opgave III

Een goede en veilige zorg

In vergelijking met de ons omringende landen staat de Nederlandse gezondheidszorg op een hoog peil. Maar het kan altijd beter, vooral waar het gaat om de veiligheid van de patiënten en van de medewerkers. Dat is niet alleen een zaak van de zorginstellingen zelf. Naast de inspectie spelen ook de zorgverzekeraars (via hun inkoop) en de patiënt / cliënt een rol bij het continu verbeteren van kwaliteit en veiligheid. Prioritaire thema's voor de kennis- en innovatieagenda in dit verband zijn:

Meetbaar en openbaar maken van kwaliteit

Transparantie op het punt van kwaliteit is cruciaal voor de werking van de Zorgverzekeringswet. Immers, zowel inkopers (verzekeraars) als gebruikers (patiënten / cliënten) moeten weten waar ze aan toe zijn willen ze een welbewuste keuze kunnen maken. De laatste jaren is dan flink geïnvesteerd in indicatoren voor het vaststellen van kwaliteit en in het gebruik ervan. Voorbeelden zijn de indicatoren ontwikkeld met Inspectie van de Gezondheidszorg en veldpartijen in o.a. de programma's 'Zorg voor Beter' en 'Beter Voorkomen' en de ontwikkeling van de CQ-index. Daarnaast gaat er ongetwijfeld ook een belangrijke impuls uit van de lijsten die worden gepubliceerd door onder meer Consumentenbond, Elsevier en het AD. Niemand wil tenslotte graag als laatste eindigen.

Continue verbetering gebeurt alleen maar als de leiding voortdurend blijft investeren: niet alleen in systemen voor kwaliteitsborging, maar ook in de motivatie van de mensen om de goede dingen goed te doen en zichzelf voortdurend te verbeteren. Naast deze 'push' vanuit de organisaties zelf is ook de 'pull' van patiënten en verzekeraars belangrijk. Dat wil zeggen ook gebruikers en inkopers moeten oog hebben voor de kwaliteit van de geleverde zorg en niet schromen om hun mening kenbaar te maken. De overheid blijft inzetten op het meetbaar en openbaar maken van kwaliteit. Waar nodig worden normen voor goede zorgverlening bindend verklaard. Afspraken die partijen met elkaar maken over kwaliteitscriteria en – programma's kunnen zo nodig worden getoetst door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De kunst is wel om een balans te vinden tussen verantwoord en vertrouwen vanwege de toezichtsparadox. Meer toezicht leidt tot meer incidenten in het nieuws, hetgeen leidt tot meer wantrouwen bij burger, hetgeen leidt tot roep om meer regelgeving, hetgeen weer leidt tot meer toezicht, etc. Daarnaast bestaat het risico dat meer toezicht ertoe leidt dat zorgaanbieders zich alleen richten op gecontroleerde activiteiten. Met andere woorden waar ligt de grens van het vragen om verantwoording en is het geven van meer vertrouwen geboden?.

Veiligheidsmanagement en – cultuur verbeteren

De zorg voor veiligheid van patiënt en medewerker is in veel zorginstellingen niet optimaal. Incidenten en bijna-incidenten worden niet of onvoldoende geregistreerd, onveilige situaties worden niet tijdig onderkend en de bedrijfscultuur is er vaak niet naar om fouten of dingen die bijna fout gingen te melden en te bespreken.

Het ontbreken van een systeem voor veiligheidsmanagement heeft tot gevolg dat directies niet kunnen sturen op veiligheid. Bovendien kan de omgeving zich daardoor geen afgewogen oordeel vormen over de veiligheid in een instelling. Om die situatie te veranderen kunnen zorginstellingen veel van anderen en van elkaar leren. Hoewel de risico's op zich behoorlijk verschillen vertoont het 'managen' van veiligheid verrassend veel overeenkomst tussen uiteenlopende sectoren als de chemische industrie, de luchtvaart en de zorg. Een van de kenmerken is dat veiligheid zeer geholpen is met het adequaat registreren van incidenten en het uitwisselen van ervaringen. Een ander kenmerk is dat het ontwikkelen en in stand houden van een veiligheidscultuur begint aan de top. 'De trap wordt van bovenaf geveegd', is een bekend adagium in de veiligheidswereld.

Wat betreft leren van elkaar en uitwisselen van ervaringen zijn en worden er verschillende initiatieven genomen. Zo hebben mensen uit de chemische industrie een kritisch blik laten gaan over het veiligheidsbeheer in ziekenhuizen. Onderling worden activiteiten ondernomen om kennis en ervaringen van zorgverleners en –gebruikers te bundelen en uit te wisselen, onder meer via het actieprogramma's als 'Sneller Beter', 'Zorgen voor Beter' en het Platform Patiëntveiligheid. Tenslotte is de veiligheid van patiënten een belangrijk thema in het onderzoek.

Alle inspanningen en maatregelen staan of vallen echter met de ontwikkeling van een cultuur waarin medewerkers niet alleen incidenten veilig kunnen melden, maar zich ook voldoende vrij voelen om collega's – inclusief hun meerderen – aan te spreken op de mogelijke gevolgen van hun gedrag voor de veiligheid van de patiënt.

Opgave IV

Omgaan met grenzen aan de zorg

In het voorgaande is het al meermalen aan de orde gekomen. De zorgbehoefte stijgt en bijgevolg stijgen de kosten voor zorg sneller dan de groei van de welvaart. Zolang de Nederlandse samenleving bereid is om een steeds groter deel van de welvaart te besteden aan zorg en de arbeidsmarkt kan voorzien in die vraag naar zorg, hoeft dat geen probleem te zijn. Als dat verandert, bijvoorbeeld omdat de welvaart minder snel of helemaal niet meer groeit of de zorgkosten sneller stijgen of dat er te weinig werkers in de zorg zijn, komen grenzen in zicht en moeten nieuwe antwoorden worden gevonden. Die kunnen hopelijk gevonden worden in de onderstaande prioritaire thema's:

Stimuleren innovatiecultuur

De veranderingen die de afgelopen jaren in het zorgstelsel zijn ingevoerd (deregulering en van aanbod- naar vraagsturing) zijn mede bedoeld om innovatie en ondernemerschap te stimuleren. Door optimaal te profiteren van technologische en organisatorische vernieuwingen, moet de zorg ondanks de groeiende vraag en het dreigend tekort aan arbeidskrachten betaalbaar blijven. Innovaties en ondernemerschap kunnen echter niet worden afgedwongen. De overheid kan wel de randvoorwaarden scheppen voor innovatie door anderen. Zij doet dat bijvoorbeeld door onderzoekagenda's te laten opstellen, zoals de op te stellen onderzoeksagenda medische producten en het op basis daarvan te stimuleren onderzoek naar veelbelovende nieuwe medische producten. Daarnaast vraagt de overheid aandacht voor sociale innovatie met het oog op het verkrijgen van meer rendement uit R&D. De drie belangrijkste factoren hierbij zijn dynamisch management, flexibele organisatievormen en hoogwaardige samenwerkingsverbanden.

In de Innovatiebrief van februari 2008 wordt een aantal initiatieven voorgesteld om professionals, bestuurders van zorginstellingen, verzekeraars, onderzoekers en bedrijfsleven te stimuleren tot innovaties die de doelmatigheid en kwaliteit in preventie en zorg verder verbeteren. Daartoe is onder meer het ZIP opgericht, het Zorg Innovatie Platform. Het heeft tot doel om de innovatiekracht in de zorgsector op allerlei manieren te versterken.

Via het ZIP worden onderzoekers en ondernemers uitgedaagd om 'best practices' te ontwikkelen en uit te dragen en doorbraakexperimenten op te zetten. De resultaten van wetenschappelijk onderzoek moeten door nieuwe (start ups) en bestaande bedrijven snel tot waarde worden gebracht (valorisatie). Van belang is verder een snelle verspreiding van vernieuwingen door partijen met elkaar in contact te

brengen, goede voorbeelden in de schijnwerpers te zetten en goede afspraken te maken over intellectuele eigendomsrechten.

Baten van zorg benoemen

Zo lang de Nederlandse samenleving bereid is om een steeds groter deel van de welvaart te besteden aan zorg hoeven de zorgkosten geen probleem te zijn. De kosten voor preventie, behandeling, verzorging en ondersteuning leveren immers een bijdrage aan onze kwaliteit van leven. Deze bijdrage varieert per interventies en is tussen de verschillende sectoren moeilijk onder een noemer te brengen. Maar als die bereidheid afneemt en de uitgaven voor zorg onder druk komen te staan, zou het welk helpen als we weten welke investeringen in gezondheid en zorg het meest renderen, de meeste kwaliteit van leven opleveren of als essentieel voor goede zorg worden beleefd.

Wat is noodzakelijke zorg?

De toename van de zorgvraag kan uiteraard niet worden weggedefinieerd, maar ziekte en gezondheid vragen wel om goede definities, zodat het zorgaanbod zo goed mogelijk kan worden gericht op mensen voor wie de zorg een wezenlijk verschil maakt.

Omgekeerd draagt niet alle zorg bij aan een betere gezondheid of een betere kwaliteit van leven. Een voorbeeld is de total body scan als preventief diagnostisch hulpmiddel. Je kunt je afvragen wat de echte gezondheidswinst is van zo'n onderzoek en hoeveel extra diagnostisch onderzoek het oproept. Ondoelmatige zorg is per definitie niet noodzakelijk, maar wat is ondoelmatig? Daarbij spelen niet alleen medisch-technische overwegingen een rol, maar ook normatieve. Alleen daarom al moeten we ons steeds blijven afvragen welke zorg noodzakelijk is.

Welke verschillen in geboden zorg zijn acceptabel?

In de zorg spelen, net als in andere sectoren, twee belangrijke principes een rol: gelijkwaardigheid en solidariteit. Het basispakket is gegrondvest op het solidariteitsprincipe, terwijl een te grote ongelijkheid algemeen als ongewenst wordt gezien. Voorrangszorg, waarbij mensen meer betalen om sneller behandeld te worden, is omstreden, terwijl de facto iedereen profiteert van de kortere wachtlijsten. Ook verschillen in serviceaspecten, waarbij bijvoorbeeld à la carte gegeten kan worden tegen extra betaling, vindt niet iedereen bespreekbaar. Uit deze voorbeelden blijkt ook dat doelmatigheid en gelijkwaardigheid kunnen botsen en dat naarmate de schaarste toeneemt dit soort botsingen zich vaker kunnen voordoen.

De vraag is hoe je hiermee om moet gaan in de besluitvorming. Moeten kostenoverwegingen altijd doorslaggevend zijn en zo ja hoe stellen we het beoogde effect vast? Weegt één gered leven op tegen 78 DALY's? Hoe werkt een bepaalde maatregel uit voor verschillende SES-groepen?

Een ander aspect is dat de besluitvorming over de zorg niet altijd even rationeel is. Spectaculaire interventies die in feite maar weinig gezondheidswinst opleveren krijgen soms voorrang boven minder spectaculaire meer uit oogpunt van gezondheidswinst uiterst effectieve interventies. Er is, kortom, behoefte aan onderzoek naar de overwegingen die bij de besluitvorming over de zorg een rol spelen.

Opgave V

Governance: heldere rollen en verantwoordelijkheden

Het klassieke zorgsysteem had onvoldoende antwoord op de groei en verandering van de zorgvraag. Bij het nieuwe zorgsysteem (Zvw maar ook WMO) is geprobeerd om aan die groeiende en veranderende vraag tegemoet te komen door het inbouwen van ‘checks & balances’. De prikkels die daarvan uitgaan zijn echter nog onvoldoende voor de gewenste transitie in het zorgaanbod, waarbij de vraag van de patiënt c.q. cliënt het uitgangspunt is. Daarvoor is naast een goed zorgondernemerschap ook een goed patiëntschap nodig. De patiënt c.q. cliënt gaat verantwoord met het zorgaanbod om: hij overvraagt niet en volgt de behandelvoorschriften. De zorgondernemer streeft ernaar om zijn zorgaanbod zo te organiseren dat de patiënt en cliënt daar het meeste baat bij hebben en de zorgverlenende professionals optimaal kunnen werken. Het nemen van de (financiële) risico's die daarbij horen, kan botsen met de wens om het aanbod van zorgvoorzieningen regionaal op peil te houden. Een spagaat die nog een slagje groter wordt, omdat het budget voor zorg niet tot in het oneindige door kan groeien. De drie belangrijke thema's bij deze opgave zijn dan ook:

Versterken governance, verhelderen rollen en verantwoordelijkheden

Zowel op het terrein van preventie, cure, care en ondersteuning is de sturing vanuit de overheid ingrijpend veranderd met de Wet publieke gezondheid (Wpg), respectievelijk Zorgverzekeringswet (Zvw), gemoderniseerde Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Op al deze terreinen wordt gestreefd naar een zoveel mogelijk functionele bekostiging en het verhogen van de kwaliteit van de zorg. Hoewel de veranderingen talrijk en ingrijpend waren, hebben de instellingen ze voortvarend opgepakt en zo goed mogelijk uitgevoerd. De verschillende prikkels die worden gegeven door patiënten, financiers, zorgverleners, raden van bestuur, in- en externe toezichthouders en overheden blijken echter nog onvoldoende om die verbetermogelijkheden maximaal te benutten. In het kader van de maatschappelijke opgaven wordt zowel gedoeld op governance op macroniveau alsook op mesoniveau, de zogenaamde corporate governance. Op beide niveaus valt nog veel te verbeteren en te verhelderen.

Wat betreft het verbeteren van het bestuur en beheer van de instellingen: Op veel onderwerpen worden verantwoordelijkheden nog onvoldoende ingevuld of bestaat er onduidelijkheid of onenigheid over de verdeling van bevoegdheden. Voorbeelden zijn de financiële planning & control cyclus, de borging van kwaliteit en implementatie van vernieuwingen. Het ontbreekt het management veelal aan voldoende sturingsinformatie in de vorm van performance indicators en de interne

verantwoording is onvoldoende gestructureerd. Moderne informatiesystemen kunnen een nuttig hulpmiddel zijn, maar echte verbeteringen komen pas van de grond als het instellingsmanagement het voortouw neemt en er flink aan trekt. En als hij bereid is om ook zijn eigen prestaties te kwantificeren en te vergelijken met die van andere instellingen in een bij voorkeur openbare ‘benchmark’.

Vergroten patiëntgerichtheid

‘Governance’ is niet alleen een zaak van raden van bestuur en raden van toezicht. In feite gaat het bij ‘governance’ om het resultaat van beslissingen en keuzes van alle partijen in de zorg. De gerichtheid op de patiënt – wat iets anders is dan aan al zijn wensen tegemoet komen – moet hierbij het uitgangspunt zijn, zo hebben we met zijn allen besloten. De vraag is hoe dat uiteindelijk vorm zal krijgen. De Raad voor de Volksgezondheid duidt de verandering in trefwoorden: van instellingsbeheer naar ‘disease’ management; van grootschalig naar zorg-op-maat en van intra- naar trans- en extramuraal en van gezondheidsbeleid naar gezond beleid. Er zal een andere ordening ontstaan; er komen nieuwe beroepen; het onderscheid tussen cure en care vervaagt, evenals het onderscheid tussen zorg en preventie.

De grote maatschappelijke opgave is het vinden van een antwoord op de vraag hoe en door wie deze transities worden vormgegeven. Wie van de partijen op lokaal niveau geeft leiding aan deze ontwikkelingen, zodat voorwaarden worden geschapen waaronder bijvoorbeeld de brede eerstelijnscentra van de grond kunnen komen. Wie zorgt voor een integraal zorgaanbod, dwars door de bestaande financiële kaders heen?

Ontwikkelen van goed patiëntschap

De laatste decennia is er terecht veel aandacht voor de rechten van patiënten. Over de keerzijde daarvan, verantwoordelijkheden en verplichtingen van patiënten, wordt veel minder gesproken. Tijden veranderen en de kosten van de gezondheidszorg stijgen snel. Omdat die kosten door alle burgers gezamenlijk worden opgebracht, verwachten ze dan ook van elkaar een prudent en doelmatig gebruik van de gezondheidszorg. Ook zorginhoudelijke ontwikkelingen en wijzigingen in het zorgstelsel leggen meer verantwoordelijkheid bij de patiënt. De maatschappelijke opgave is om na te gaan wat we verstaan onder ‘goed patiëntschap’ en hoe dat in de praktijk gestalte moet krijgen. Wat mag een patiënt worden aangerekend en wat niet en welke consequenties mag dat hebben. Waarbij de kwetsbaarheid van patiënten en de toegankelijkheid van de zorg niet uit beeld mogen verdwijnen.

Literatuurlijst

De belangrijkste bronnen uit 2007 en 2008

1. Eggink, E. et al. De ontwikkeling van AWBZ-uitgaven. Een analyse van awbz-uitgaven 1985-2005 en een raming van de uitgaven voor verpleging en verzorging 2005-2030. Den Haag: SCP-special 18, 2008
2. De Boer, A. (editor). Toekomstverkenning informele zorg. Den Haag: SCP publicatie 2007/21, 2007
3. Kooiker, S. en van der Velden, K. Een nuchtere kijk op gezond gedrag. Vier thema's voor Gezondheidsbevordering. Den Haag: SCP publicatie 2007/4, 2007
4. Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg. Den Haag: RVZ, 2008
5. Briefadvies De strategische beleidsagenda zorg 2007 – 2010. Den Haag: RVZ, 2007
6. Vertrouwen in de arts. Den Haag: RVZ, 2007
7. Rechtvaardige en duurzame zorg. Den Haag: RVZ, 2007
8. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. Bilthoven: RIVM, 2006
9. Zorgbalans 2008. Bilthoven: RIVM, 2008
10. Harbers, M.M. et al. Dare to Compare! : Benchmarking Dutch health with the European Community Health Indicators (ECHI). Bilthoven: RIVM Rapport 270051011, 2008
11. Verweij, A., Lucht, F. van der Droomers, M. Gezondheid in veertig krachtwijken. Bilthoven: RIVM rapport 270951001, 2008
12. Wendel-Vos, G.C.W. et al. Meervoudig ongezond gedrag in Nederland: Een exploratie van risicogroepen en samenhang met omgeving, gezondheid en zorggebruik. Bilthoven: RIVM rapport 260301008, 2007
13. Wong, A., Kommer, G.J., Polder, J. Levensloop en zorgkosten - achtergrondrapport. Zorg voor euro's-7. Bilthoven: RIVM rapport 270082002, 2007
14. Geertsma, R.E. Nieuwe technologieën: Rapportage ten behoeve van SGZ-2008. Bilthoven: RIVM, 2008
15. Pomp, M. en Vujic, S. Rising health spending, new medical technology and the Baumol effect. Den Haag: CPB discussion paper No 115, 2008
16. Douven, R., Ligthart, M., Mannaerts, H. en Woittiez I. Een scenario voor de zorguitgaven 2008-2011. Den Haag: CPB Document (i.s.m. SCP en RIVM) No 121, 2006
17. Bijlsma, M.J., Meijer, A.G. en Shestalova. V. Vertical relationships between health insurers and healthcare providers. Den Haag: CPB document No 167, 2008
18. Van Hien, A. Ontwikkelingen rondom de rol van de Nederlandse huisarts. Den Haag: CPB document No 202, 2008
19. Bijlsma, M.J. en Pomp, J.M. Kwaliteitstransparantie en concurrentie in de ziekenhuiszorg; kansen en dilemma's. Den Haag: CPB document No 164, 2008

20. Webbink, D., Martin, N.G. en Visscher, P.M. Does education reduce the probability of being overweight? Den Haag: CPB document No 102, 2008
21. Pomp, J.M. Qaly-tijd; nieuwe medische technologie, kosteneffectiviteit en richtlijnen. Den Haag: CPB document No 157, 2007
22. Gezondheid en zorg in cijfers 2008. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2008
23. Smit, J.M. et al. Working paper Zorgrekeningen 1998-2005. Voorburg/Heerlen: 2006
24. Gezond zorgonderzoek. De toekomst van het gezondheidszorgonderzoek in Nederland. Den Haag: Raad voor Gezondheidsonderzoek nr. 59, 2008
25. Van gegevens verzekerd. Kennis over de volksgezondheid in Nederland nu en in de toekomst. Den Haag: Raad voor Gezondheidsonderzoek nr. 58, 2008
26. Onderzoek dat ertoe doet. De responsiviteit van universitair medische centra op vraagstukken in volksgezondheid en gezondheidszorg. Den Haag: Raad voor Gezondheidsonderzoek nr. 57, 2007
27. Translationeel onderzoek in Nederland Van kennis naar kliniek. Den Haag: Raad voor Gezondheidsonderzoek nr. 55, 2007
28. Patiëntenparticipatie in gezondheidsonderzoek. Den Haag: Raad voor Gezondheidsonderzoek nr. 56, 2007
29. The World Health Report 2008 - Primary Health Care Now More Than Ever. Geneve: World Health Organisation, 2008
30. Tarricone, R. en Tsouross, A.D.(editors) Home care in Europe. The solid facts. Geneve: World Health Organisation, 2008
31. Kanström, L. et al. (editors) Healthy ageing profiles. Guidance for producing local health profiles for older people. Kopenhagen: World Health Organisation, 2008
32. Samen werken aan gezondheid: een EU-strategie voor 2008-2013. Brussel: Europese Commissie Witboek, 2007
33. The looming crisis of the health workforce: How can OECD countries respond? Parijs: OECD, 2008
34. Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market. Parijs: OECD, 2008
35. OECD, Health at a Glance: OECD indicators – 2007. Parijs: 2007
36. Cahier Overgewicht. NFU en VWS, 2008
37. Cahier Screening en Keuring, NFU en VWS, 2008
38. Acute Zorg: Een dynamische eerstelijnszorg. Brief van de minister aan de Tweede Kamer (29 247 nr. 56), 25 januari 2008
39. Geneesmiddelenbeleid: Langetermijnvisie geneesmiddelenvoorziening. Brief van de minister aan de Tweede Kamer (29 477 nr. 39), 15 januari 2008
40. Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector: Arbeidsmarktbrief 2008 Brief van de minister en staatssecretaris aan de Tweede Kamer (29 282 nr. 79), 24 december 2008

41. Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2008; Brief minister en staatssecretaris over innovatie in de gezondheidszorg Brief van de minister en staatssecretaris aan de Tweede Kamer (31200 XVI nr. 116) 7 februari 2008
42. Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2008; het beleid t.a.v. chronische ziekten Brief van de minister en staatssecretaris aan de Tweede Kamer (31200 XVI nr. 155) 13 juni 2008
43. Preventiebeleid voor de volksgezondheid: kabinetsvisie op gezondheid en preventie Brief van de minister aan de Tweede Kamer (22 894 nr. 134), 24 september 2007

Bijlage 1

Samenstelling VWS-kenniskamer per 1 maart 2009

Externe Leden

| | |
|---------------------------------|--|
| Prof. dr. J.J. Engelen | Voorzitter Algemeen Bestuur NWO |
| Dr. A.H. Flierman | Voorzitter College van Bestuur Universiteit Twente |
| Prof. dr. P.P. Groenewegen | Directeur NIVEL |
| Prof. dr. L.J. Gunning-Schepers | Voorzitter NFU en Raad van Bestuur AMC |
| Prof. dr. J.A. Knottnerus | Voorzitter Gezondheidsraad |
| Prof. dr. P. van der Maas | Voorzitter Raad voor Gezondheidsonderzoek |
| Drs. M.H. Meijerink | Voorzitter Raad voor de Volksgezondheid & Zorg |
| Prof. dr. P. Schnabel | Directeur Sociaal en Cultureel Planbureau |
| Drs. H.J. Smid | Directeur ZonMw |
| Dr. M.J.W. Sprenger | Directeur-Generaal RIVM |
| Prof. dr. J.A. Walburg | Voorzitter Raad van Bestuur Trimbos-instituut |

VWS-leden

| | |
|------------------------|------------------------------------|
| Drs. M.J. Boereboom | Directeur-Generaal Langdurige Zorg |
| Drs. P.H.A.M. Huijts | Directeur-Generaal Volksgezondheid |
| Drs. G.H.O. van Maanen | Secretaris-Generaal VWS |
| Drs. D.M.J.J. Monissen | Directeur-Generaal Curatieve Zorg |
| Dr.ir. C.M. Vos | secretaris |

Contact

Cees M. Vos
senior-adviseur kennisbeleid VWS

T 070 340 5057

E cm.vos@minvws.nl