

Glöckner & Weijers
(redactie)

SERIE Werken met logistiek

Logistiek in de zorg

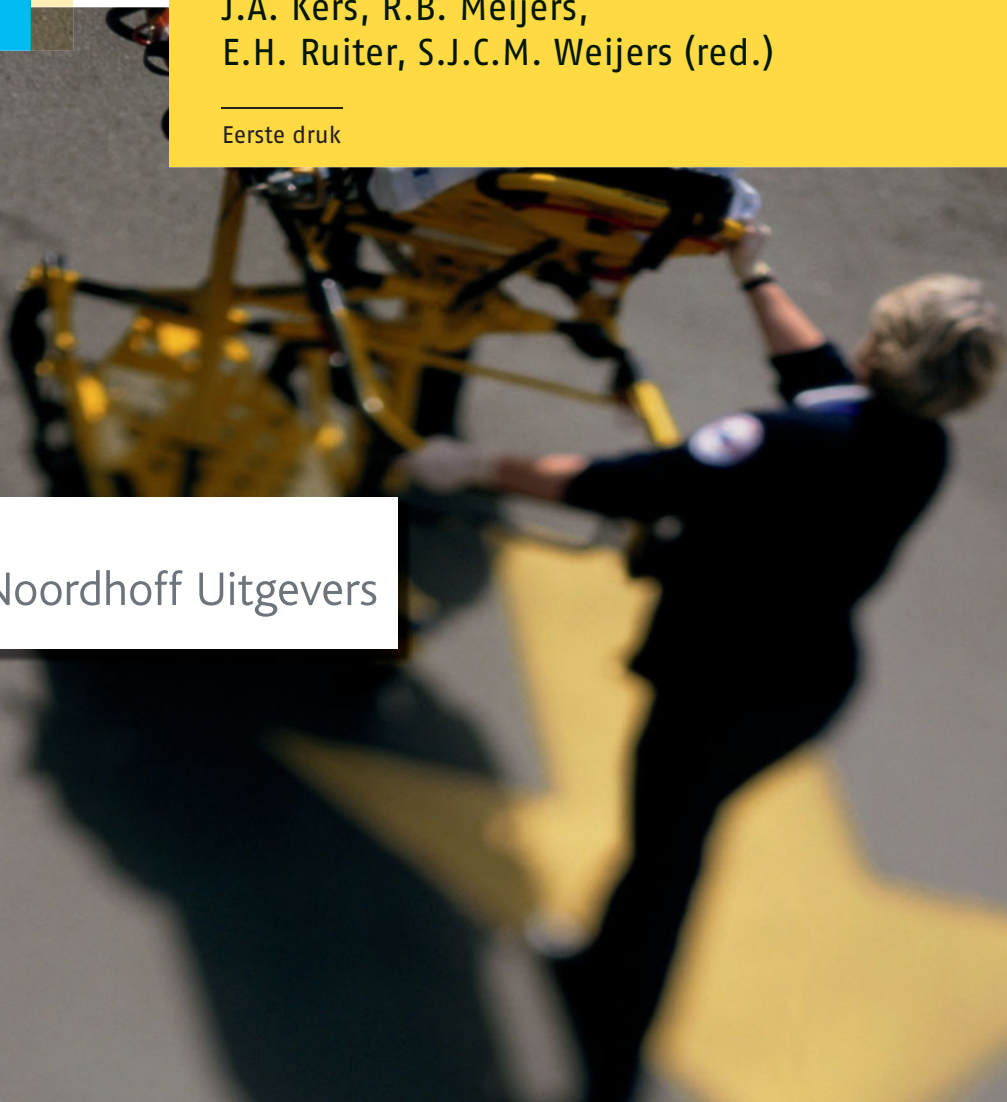
Beheersing van patiënten
en goederenstromen

F.A.M. Blessing, S.G. Elkhuisen,
H.H. Glöckner (red.),
J.A. Kers, R.B. Meijers,
E.H. Ruiter, S.J.C.M. Weijers (red.)

Eerste druk



Noordhoff Uitgevers



Logistiek in de zorg

Beheersing van patiënten-
en goederenstromen

Redactie

Hans-Heinrich Glöckner

Stef Weijers

Eerste druk

Noordhoff Uitgevers Groningen/Houten

Ontwerp omslag: G2K Designers, Groningen/Amsterdam
Omslagbeeld en beelden hoofdstukopeningen: Photodisc
Basisontwerp binnenwerk: Lava, Amsterdam

Eventuele op- en aanmerkingen over deze of andere uitgaven kunt u richten aan:
Noordhoff Uitgevers bv, Afdeling Hoger Onderwijs, Antwoordnummer 13,
9700 VB Groningen, e-mail: info@noordhoff.nl

0 1 2 3 4 5 / 13 12 11 10 09

© 2009 Noordhoff Uitgevers bv Groningen/Houten, The Netherlands.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden veeleenvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische veeleenvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor verschuldigde vergoedingen te voldoen aan Stichting Reprorecht (postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/reprorecht). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior written permission of the publisher.

ISBN (ebook) 978-90-01-84872-9
ISBN 978-90-01-76967-3
NUR 804

Voorwoord

Logistiek is interessant voor mensen in de zorg. Veel zorginstellingen besteden er de laatste jaren aandacht aan. Maar de zorg is ook interessant voor de logistiek. De zorg laat logistici zien dat je in de specifieke context van de zorg tot geheel eigen oplossingen kunt komen die passen in die sector. Het laat tevens zien dat de weg om te komen tot die oplossingen belangrijk is. Het verbeteren van de logistiek in de zorg begint met het goed beheersen van de logistiek én met adequate kennis van de zorgsector. Alle hoofdzaken die daarvoor van belang zijn, staan in dit boek beschreven.

Logistieke tools en methoden worden steeds interessanter voor de zorgsector. Immers, de druk van buiten om op kosten te besparen is heel groot, en tegelijk verwachten patiënten steeds meer om klantgericht behandeld te worden. Op beide punten kan juist de logistiek goed helpen. Met een goede patiëntenlogistiek én goederenlogistiek kun je uiteindelijk een betere zorg aan de zorgvrager verlenen, én tegelijk de kosten en het kapitaalgebruik naar beneden brengen. Daarom krijgen beide toepassingsgebieden van logistiek steeds meer aandacht in het onderwijs. In dit boek behandelen we zowel patiënten- als goederenlogistiek in de zorg.

Het boek *Logistiek in de zorg* hebben we geschreven voor studenten die een hbo- of post-hbo-opleiding volgen. En wel voor twee categorieën: studenten van logistieke, bedrijfskundige of andere managementopleidingen die kennis willen verwerven over de zorg (en hoe logistiek daar werkt), maar ook voor studenten die een zorgopleiding volgen en willen weten wat logistiek inhoudt. Voor de laatste categorie denken we bijvoorbeeld aan studenten verpleegkunde die geïnteresseerd zijn in managementvraagstukken, of aan cursisten met een medische of verpleegkundige achtergrond die een vervolgopleiding op managementgebied doen.

In *Logistiek in de zorg* hebben we rekening gehouden met de voorkennis van zowel lezers met een economische, als ook met medisch-verpleegkundige achtergrond.

De gezondheidszorg is een bijzondere sector. Je hebt immers te maken met mensen. En elke patiënt is uniek. Daarom zijn er zeer veel verschillende processen met zeer diverse logistieke kenmerken. Tegelijk is de zorg een sector waar je, zij het op eigen wijze, logistieke principes kunt toepassen, net zoals je dat kunt doen bij de organisatie van evenementen, het onderwijs, of noem maar een andere sector. Dit boek is niet bedoeld om alle mogelijke toepassingen van logistiek in de zorg te beschrijven. Een goede logistiek begint met 'het logistieke denken'. Wie zit er vóór je in de keten, wie erna, en kunnen we onze processen samen beter op elkaar afstemmen? Om dergelijke zaken gaat het ons. Met *Logistiek in de zorg* leveren we een bijdrage aan het logistieke denken in de zorg. Dat doen we door de basisprincipes van logistiek voor te leggen, deze toe te passen op de zorg,

en met voorbeelden te illustreren waar logistiek om draait. Dat stelt de lezer in staat om de verworven logistieke kennis over te dragen op vergelijkbare zorgprocessen om uiteindelijk een bijdrage te kunnen leveren aan verbeterprojecten in zorginstellingen, in het kader van stages, afstudeeropdrachten, projectmatig of regulier werk. Voor de lezer die niet thuis is in de zorg, beschrijven we hoe de sector in elkaar zit.

Vakkennis van de logistiek en van de specifieke eigenheden van de zorg en dat goed combineren. Dat is het uitgangspunt van dit boek.

In dit boek behandelen we de basistheorie van logistiek. De theorie lichten we toe met aansprekende praktijkvoorbeelden en cases uit de zorg.

Anderzijds geven we veel informatie over de zorg. Dat doen we om de vertaalslag van theorie naar praktijk te vergemakkelijken, en het boek geschikt te maken als naslagwerk voor verbeterprojecten.

We hebben het boek vormgegeven als een leerboek met trefwoorden in de marge en tussenvragen, inclusief antwoorden. Het boek is zowel geschikt voor zelfstudie als voor gebruik in groepswork.

Dit is een boek zowel over patiëntenlogistiek als over goederenlogistiek. Juist deze combinatie wilden we al langer graag in één boek verenigen. Met veel plezier hebben we als auteursteam samengewerkt om dit boek mogelijk te maken. De samenwerking was constructief en inspirerend. Daarvoor danken we alle andere leden van het auteursteam: Frits Blessing, Sylvia Elkhuizen, Josanne Kers, Roeland Meijers en Evert Ruiter.

Ook bedanken we met veel plezier onze uitgever Peter Knoester, die ons stimuleerde en in staat stelde dit boek te schrijven, en Jacomine de Lange, Henk van der Pol, Paul Joustra, Dick van Damme, Hanna Neys, Hans Compagne, Veerle Struben, Piet Bakker, Dirk Ubbink en Susanne Smorenburg die als meelezers enkele hoofdstukken van bruikbaar commentaar voorzagen.

Dit boek is tevens een blijk van samenwerking tussen de hogescholen van Arnhem en Nijmegen, Amsterdam en Rotterdam die samen met Fontys, Windesheim, Transport en Logistiek Nederland (TLN), Eigen Verladere Organisatie (EVO) en Koninklijk Nederlands Vervoer (KNV) het Kennisaccorder Logistiek vormen dat in 2008 de hbo-innovatieprijs ontving.

Redactie
Hans-Heinrich Glöckner
Stef Weijers

Serie Werken met logistiek

- *Beginnen met logistiek* (1^e dr., 2007), 978-90-01-10051-3
website: www.beginnenmetlogistiek.noordhoff.nl
- *Werken met logistiek*, op weg naar supply chain management (5^e dr., 2008), 978-90-01-70682-1
website: www.werkenmetlogistiek.noordhoff.nl
- *Logistics: principles & practice* (1^e dr., 2006), 978-90-207-3304-4
website: www.logisticsprinciplesandpractice.noordhoff.nl
- *Inkoop: werken vanuit een ketenbenadering* (1^e dr., 2009), 978-90-01-71210-5
website: www.inkoop.noordhoff.nl
- *Distributielogistiek, werken vanuit een ketenperspectief* (3^e dr., 2009), 978-90-01-71211-2
website: www.distributielogistiek.nl
- *Fysieke distributie, werken aan toegevoegde waarde* (1^e dr., 2009), 978-90-01-71645-5
website: www.fysiekedistributie.noordhoff.nl
- *European distribution and supply chain logistics* (1^e dr., 2003), 978-90-207-3253 5
website: www.europeandistribution.noordhoff.nl
- *Werken met supply chain management* (1^e dr., 2006), 978-90-207-3329-7
website: www.werkenmetsupplychainmanagement.noordhoff.nl
- *Logistiek in de zorg*, beheersing van patiënten- en goederenstromen (1^e dr., 2009), 978-90-01-76967-3
website: www.logistiekinezorg.noordhoff.nl

Logistiek is slim
organiseren

Inhoud

Effectief studeren 10

DEEL 1

Afbakening van de inhoud 13

1 De zorgsector in Nederland 15

- 1.1 De structuur van de Nederlandse zorgsector 17
- 1.2 Overheidsbeleid in de zorg aan het begin van de 21ste eeuw 25
- 1.3 De toekomst van de Nederlandse zorg 30
Samenvatting 38

2 Rol en betekenis van logistiek voor de zorg 41

- 2.1 Logistiek als instrument van de bedrijfsvoering 44
- 2.2 Zorg als dienstverleningsproces 47
- 2.3 Ontwikkeling van logistiek in de zorg – een kort historisch overzicht 51
Samenvatting 54

3 Logistiek concept – aanpak voor het verbeteren van de logistiek 57

- 3.1 Functies en structuur van het logistieke concept 60
- 3.2 Elementen van het logistieke concept 61
Samenvatting 69

DEEL 2

Cliënten en patiënten 71

4 Cliënten- en patiëntenlogistiek 73

- 4.1 Specifieke aspecten van de cliënten-/patiëntenlogistiek 75
- 4.2 Patiënt en proces 80
- 4.3 Capaciteitsmanagement 86
- 4.4 Analysemethoden 95
- 4.5 Topics in de zorg 103
- Samenvatting 106

5 Transmurale zorg: van patiëntenlogistiek naar ketenzorg 109

- 5.1 Ketenintegratie 112
- 5.2 Transmurale zorg en ketenzorg 113
- 5.3 De structuur van transmurale netwerken en zorgketens 118
- 5.4 Vormen van ketenlogistiek 122
- 5.5 Logistieke organisatie van ketensamenwerking: wie is ketenregisseur? 126
- 5.6 Tot slot 127
- Samenvatting 128

DEEL 3

Goederenlogistiek in de zorg 131

6 Logistieke beheersing van goederenstromen in de zorgsector 133

- 6.1 Productgroepen in de zorgsector 135
- 6.2 Specifieke eisen aan de goederenlogistiek in de zorg 146
- 6.3 Grondvormen van de goederenstroom in de zorg 151
- 6.4 Besturingsconcepten binnen de goederenlogistiek 156
- 6.5 Informatiesystemen in de goederenlogistiek binnen de zorg 159
- 6.6 Subsystemen in de interne goederenlogistiek 161
- Samenvatting 177

DEEL 4

Informatie en organisatie 181

7 Zorginformatiesystemen en ICT 183

- 7.1 Rol en gebruik van ICT in de zorgsector 185
- 7.2 ICT-ontwikkelingen in de zorg 186
- 7.3 ICT-beheer en -organisatie 197
- 7.4 Automatisering van de logistiek van zorgprocessen 200
Samenvatting 201

8 Logistieke organisatieverandering in de zorg 203

- 8.1 Organisatie van de logistieke functie binnen zorgorganisaties 206
- 8.2 Logistieke beheersing 210
- 8.3 Verandermanagement in zorginstellingen 213
- 8.4 Bevorderende en belemmerende factoren 215
- 8.5 Doelstellingen en prestatie-indicatoren 215
- 8.6 Stappenplan voor logistieke verbetering 218
Samenvatting 225

Antwoorden op vragen 228

Literatuuroverzicht 237

Register 242

Illustratieverantwoording 246

Effectief studeren

Om het logistieke denken goed toe te kunnen passen in de zorglogistiek, moet je de belangrijkste aspecten van het vak stap voor stap doorlopen. We hebben in dit boek een volgorde gehanteerd die het je daarbij gemakkelijk maakt. Deze staat weergegeven in de volgende schema's.

Als je bekend bent met de **logistiek** en je van daaruit gaat toeleggen op de zorg, bestudeer je hoofdstuk 1 en 2 en vervolg je met hoofdstuk 4 en verder.

Als je bekend bent met de **zorg** en je gaat je toeleggen op patiënten- of cliëntenlogistiek, bestudeer je achtereenvolgens de hoofdstukken 2 tot en met 5 en 7 en 8.

Heb je een achtergrond in de zorg **en** mocht je je enkel goederenlogistiek eigen willen maken, dan lees je de hoofdstukken 2 en 3 en 6 tot en met 8.

We lichten de verschillende onderdelen van dit boek hieronder toe.

Deel 1

Deel 1 bevat de basisingrediënten om zicht te krijgen op de zorg en logistiek. Het start met een uitleg van de vraag hoe het Nederlandse zorgstelsel is opgebouwd. Daarna bakenen we af waar het om gaat bij logistiek in de zorg. Wat zijn de karakteristieken van de dienstverlenende processen en hoe hebben logistieke principes zich historisch ontwikkeld in de zorg? En als je deze principes toe gaat passen, uit welke elementen bestaat dan een verantwoorde methodiek?

Deel 2

Vervolgens kijken we naar aspecten, aandachtspunten en methoden op het gebied van cliënten- en patiëntenlogistiek. Wat speelt in het primaire proces van zorginstellingen en wat zijn de principes om verschillende soorten processen efficiënt en conform de verwachte prestatie te beheersen? En hoe bereik je logistieke verbeteringen? We kijken in dit deel niet alleen naar cliënten- en patiëntenlogistiek binnen een enkele instelling, maar we kijken ook over de grenzen van de afzonderlijke instellingen heen.

Deel 3

In dit deel geven we aan hoe je goederenstromen in de zorgsector beheerst. We beginnen met de structuur van de goederenstromen in zorginstellingen en de specifieke eisen die aan de omgang met de verschillende soorten goederen gesteld worden. Daarna beschrijven we hoe de distributie eruit ziet van de leverancier naar de zorginstelling en binnen de zorginstelling zelf en met welke principes je dit proces in de verschillende logistieke subsystemen zo effectief en efficiënt mogelijk kunt beheersen.

Deel 4

In dit deel behandelen we enkele ondersteunende processen die noodzakelijk zijn om tot een goede zorglogistiek te komen. We geven een overzicht over de rol en het gebruik van verschillende ICT-systemen in de zorg, laten specifieke aspecten van het ICT-beleid en de organisatie zien en kijken naar de toekomst van automatisering in de zorg. Dat helpt je om de functie, het doel en de beperkingen van ICT in de zorg te begrijpen. Tot slot geven we een antwoord op de vraag hoe de logistieke functie geïmplementeerd is in de organisatiestructuur van zorginstellingen, en wat je moet doen om een logistiek verbetertraject in de zorg te kunnen realiseren.

4 Cliënten- en patiëntenlogistiek

De meeste vraag naar handboek is: **Waarom hebben we niet een handboek voor de cliënten- en patiëntenlogistiek, maar een handboek voor de cliënten- en patiëntenlogistiek?**

Waarom hebben we een handboek van de hand van de volgende auteurs?

- Het is een specifiek boek volgens de wetgeving (Paragraaf 4.1)
- Het is een zeer uitgebreid boek (zie ook de inhoudsopgave op pagina 4)
- Het is een boek dat voor iedereen toegankelijk is (zie ook de inhoudsopgave op pagina 4)
- Het is een boek dat voor iedereen toegankelijk is (zie ook de inhoudsopgave op pagina 4)
- Het is een boek dat voor iedereen toegankelijk is (zie ook de inhoudsopgave op pagina 4)

Paragraaf 4.1	Gedrag van patiënten 82
Paragraaf 4.2	Organisatie van patiënten 82
Paragraaf 4.3	Organisatie van patiënten 82
Paragraaf 4.4	Organisatie van patiënten 82
Paragraaf 4.5	Organisatie van patiënten 82
Paragraaf 4.6	Organisatie van patiënten 82
Paragraaf 4.7	Organisatie van patiënten 82
Paragraaf 4.8	Organisatie van patiënten 82
Paragraaf 4.9	Organisatie van patiënten 82
Paragraaf 4.10	Organisatie van patiënten 82

Deze vragen worden beantwoord in het hoofdstuk

Belangrijkste begrippen uit het hoofdstuk met paginanummers

DEEL 4: CLIËNTEN EN PATIËNTEN

Dit boek vertaalt kennis van cliënten van wat er in de agenda is gepland. Hieronder staan de belangrijkste begrippen die in dit hoofdstuk worden behandeld:

- een patiënt is iemand die hulp nodig heeft
- een patiënt is iemand die hulp nodig heeft
- een patiënt is iemand die hulp nodig heeft
- een patiënt is iemand die hulp nodig heeft

DEEL 4: CLIËNTEN EN PATIËNTENLOGISTIEK

Wanneer patiënten een afspraak maken voor een consult, dan volgen ze een bepaalde route die in de agenda is gepland. Dit wordt de patiëntenlogistiek genoemd. Het is belangrijk om te weten hoe de patiëntenlogistiek werkt en hoe deze kan worden verbeterd.

4.1 De bezettingsgraad van de capaciteit

Plaats	Opnamen	Verwijzing
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9
10	10	10
11	11	11
12	12	12
13	13	13
14	14	14
15	15	15
16	16	16

4.2 Bezettingsgraad van een agenda

Plaats	Opnamen
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16

Voorbeelden uit de praktijk

DEEL 4: CLIËNTEN EN PATIËNTEN

Wanneer patiënten een afspraak maken voor een consult, dan volgen ze een bepaalde route die in de agenda is gepland. Dit wordt de patiëntenlogistiek genoemd. Het is belangrijk om te weten hoe de patiëntenlogistiek werkt en hoe deze kan worden verbeterd.

DEEL 4: CLIËNTEN EN PATIËNTENLOGISTIEK

Wanneer patiënten een afspraak maken voor een consult, dan volgen ze een bepaalde route die in de agenda is gepland. Dit wordt de patiëntenlogistiek genoemd. Het is belangrijk om te weten hoe de patiëntenlogistiek werkt en hoe deze kan worden verbeterd.

DEEL 4: CLIËNTEN EN PATIËNTEN

Wanneer patiënten een afspraak maken voor een consult, dan volgen ze een bepaalde route die in de agenda is gepland. Dit wordt de patiëntenlogistiek genoemd. Het is belangrijk om te weten hoe de patiëntenlogistiek werkt en hoe deze kan worden verbeterd.

Samenvatting

Wanneer patiënten een afspraak maken voor een consult, dan volgen ze een bepaalde route die in de agenda is gepland. Dit wordt de patiëntenlogistiek genoemd. Het is belangrijk om te weten hoe de patiëntenlogistiek werkt en hoe deze kan worden verbeterd.

Samenvatting per hoofdstuk en verwijzing naar de website

Elk hoofdstuk heeft tussenvragen

Krantenartikelen, webartikelen en casuïstiek

Wanneer patiënten een afspraak maken voor een consult, dan volgen ze een bepaalde route die in de agenda is gepland. Dit wordt de patiëntenlogistiek genoemd. Het is belangrijk om te weten hoe de patiëntenlogistiek werkt en hoe deze kan worden verbeterd.

Dialyse spoelvoelstoffen

Wanneer patiënten een afspraak maken voor een consult, dan volgen ze een bepaalde route die in de agenda is gepland. Dit wordt de patiëntenlogistiek genoemd. Het is belangrijk om te weten hoe de patiëntenlogistiek werkt en hoe deze kan worden verbeterd.

Zorggroep Ormring heeft meer tijd voor zorg voor haar cliënten door mobiele registratie

Wanneer patiënten een afspraak maken voor een consult, dan volgen ze een bepaalde route die in de agenda is gepland. Dit wordt de patiëntenlogistiek genoemd. Het is belangrijk om te weten hoe de patiëntenlogistiek werkt en hoe deze kan worden verbeterd.



DEEL 1

Afbakening van de inhoud

- 1 De zorgsector in Nederland 15**
- 2 Rol en betekenis van logistiek voor de zorg 41**
- 3 Logistiek concept – aanpak voor het verbeteren van de logistiek 57**



1

De zorgsector in Nederland

1

De centrale vraag van dit hoofdstuk is: Hoe zit de Nederlandse zorg in elkaar?

We beantwoorden de centrale vraag aan de hand van de volgende deelvragen:

- Hoe is de Nederlandse zorgsector opgebouwd, wie speelt er welke rol, en hoe financieren we in Nederland de zorg? (Paragraaf 1.1.)
- Welke rol speelt de overheid en wat houdt marktwerking in de zorg in? (Paragraaf 1.2.)
- Wat komt er in de toekomst op de zorg af, en hoe is dit te beïnvloeden? (Paragraaf 1.3.)

Informele zorg 17

Formele zorg 17

Financieringsstelsel 20

Betaalsysteem 22

Zorgverzekeringswet 23

Stakeholders 23

Stelselherziening 25

Marktmechanisme 28

Financiering van de zorgsector 28

Vraaggestuurde zorg 32

Marktwerking 34

Ketenzorg 34

Ketensamenwerking 35

Zorgzwaartepakketten 35

Preventie 36

Contourennota 36

Zorg tot het einde

1

Zes jaar geleden ontdekte het specialistenteam tijdens het tweejaarlijks bevolkingsonderzoek naar borstkanker bij vrouwen van 50 tot 75 jaar een verdachte plek bij een patiënte. We noemen haar uit privacyoverwegingen Ans. Na twee weken kreeg Ans een brief waarin de arts liet weten dat hij een afwijking had geconstateerd. Hij raadde haar aan om naar de huisarts te gaan en met haar de resultaten te bespreken. Deze verwees Ans naar een mammapoli. Daar onderzochten verschillende specialisten haar op een en dezelfde dag. Zij bleek een kwaadaardige tumor te hebben in de linkerborst. In overleg met de chirurg koos Ans voor een borstsparende operatie. Zij herstelde voorspoedig en kon na enkele maanden weer alles zelf. Ze had korte tijd hulp gehad van de thuiszorg voor het verzorgen van de wond, en hulp van de gemeente voor ondersteuning bij het huishouden. Sinds haar man acht jaar daarvoor bij een ongeluk was omgekomen stond zij er alleen voor. Haar kinderen wilden haar helpen, maar woonden te ver weg om het huishouden over te kunnen nemen. Bovendien hadden ze hun eigen werk en een gezin om voor te zorgen. Gelukkig kwamen ze geregeld langs en belden vaak.

Na vier jaar liet Ans, voor de zekerheid, op aanraden van een gespecialiseerd verpleegkundige van het Integrale Kankercentrum, haar eierstokken onderzoeken door de gynaecoloog. Hij constateerde een tumor, en deze bleek uitgezaaid. Na de operatieve verwijdering van de tumor en het aangetaste omringende weefsel begonnen de bestralingen en chemokuur. En telkens naar de huisarts voor het bespreken van uitslagen, voortgang en haar zorgen.

Na twee jaar ging Ans opeens snel achteruit. De artsen moesten constateren dat behandelen niet meer hielp. Zij moest zich voorbereiden op het einde. Haar artsen konden haar enkel helpen met pijnbestrijding.

Uiteindelijk overleed Ans in een hospice. Daar had ze de laatste maanden tijd om rustig met haar kinderen en vriendinnen te praten of naar muziek te luisteren die haar troost bood. Ook de gesprekken met de maatschappelijk werker hielpen haar om haar einde te aanvaarden. Aanvankelijk had zij overwogen om de huisarts euthanasie te vragen, maar eenmaal in het hospice met goede zorg en pijnbestrijding, koos zij er voor om op natuurlijke wijze te overlijden.

1.1 De structuur van de Nederlandse zorgsector

Hoe is de Nederlandse zorgsector opgebouwd, wie speelt er welke rol, en hoe financieren we in Nederland de zorg?

Om deze vragen te beantwoorden, moeten we weten over welke instanties en diensten we feitelijk praten, hoe de zorg in Nederland betaald wordt en wie welke verantwoordelijkheid in de zorg heeft.

1.1.1 De zorgsector in vogelvlucht

Als we ons met de zorg bezighouden, hebben we het over huisartspraktijken, apotheken, paramedische praktijken, thuiszorginstellingen, ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen, instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en voor openbare gezondheidszorg, de GGD-en, enzovoort. Al dit soort instellingen kunnen jouw pad als patiënt kruisen. En dan beperken we ons in dit boek tot de reguliere gezondheidszorg – we gaan hier niet in op alternatieve geneeswijzen of de maatschappelijke zorg, zoals maatschappelijk werk of de ambulante verslavingszorg.

Binnen de zorg is het gebruikelijk om een onderscheid te maken tussen informele en formele zorg. Informele zorg is de ondersteuning die een patiënt krijgt in het herkrijgen van zijn gezondheid vanuit zijn persoonlijk netwerk: van familie, huisgenoten, vrienden. We noemen deze informele zorg ook wel mantelzorg.

Formele zorg is de gezondheidsondersteuning die professionals en instellingen vanuit hun functie bieden, op zakelijke gronden, in de regel tegen betaling.

Van oorsprong is de formele zorg in Nederland gebaseerd op particulier initiatief. De vrijevestigde arts, maar ook kerkgenootschappen en charitatieve instellingen speelden een belangrijke rol in de zorg voor de hulpbehoevende medemens. Veel van de huidige zorginstellingen hebben om die reden nog steeds een stichtings- of verenigingsvorm. Diverse thuiszorgorganisaties bijvoorbeeld waren tot voor kort zogenoemde kruisverenigingen met leden die op basis van hun jaarlijkse bijdrage een voorkeursbehandeling kregen. Het Wit-Gele Kruis bijvoorbeeld was in Nederland een kruisvereniging op het gebied van zieken- en gezondheidszorg, waarbij de rooms-katholieke geloofsbeleving voorop stond. Het Nationale Wit-Gele Kruis fuseerde in 1978 met het Oranje-Groene Kruis en het Groene Kruis tot de Nationale Kruisvereniging (NK).

De formele zorg kunnen we op verschillende manieren indelen:

- Naar specialisme: dan praten we over:
 - Medici, oftewel medisch specialisten. Daaronder vallen huisartsen, een zeer brede groep specialisten, tandartsen, apothekers, verloskundigen en psychotherapeuten.
 - Paramedici, oftewel paramedische specialisten. Dit omvat een grote groep ondersteunende specialisten zoals verpleegkundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, diëtisten, mondhygiënisten, enzovoort.
- Naar toegankelijkheid:
 - **Eerstelijnszorg:** dit soort zorg is binnen het vakgebied niet specialistisch maar algemeen, en is laagdrempelig voor de patiënt. We hebben het dan over huisartsen, verloskundigen, tandartsen, fysiotherapeuten en

andere paramedische beroepen en praktijken al dan niet in particuliere of groepspraktijken en gezondheidscentra georganiseerd. Ook thuiszorg valt hieronder, net als eerstelijnspsychologen en maatschappelijk werk. In het algemeen is deze zorg direct toegankelijk voor de patiënt, of algemener voor een 'zorgvrager', maar in sommige gevallen verlangt de verzekeraar een verwijfsbrief van de huisarts. Deels leveren eerstelijnszorginstellingen zorg ambulant: aan huis, in wijkcentra.

- **Tweedelijnszorg:** dit soort zorg is in hoge mate specialistisch en vaak alleen toegankelijk via doorverwijzing uit de eerste of tweede lijn. Concreet hebben we het dan over medische specialisten. Deze zorg is doorgaans intramuraal, dat wil zeggen de patiënt krijgt deze in een ziekenhuis, kliniek, polikliniek, verpleeghuis, verzorgingshuis, of in een privépraktijk, dus niet bij hem thuis. Dat kan met 24-uurszorg – in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis – of zonder – in een kliniek of polikliniek. Onder dit soort zorg valt ook de intramurale zorg voor verstandelijk gehandicapten en de gespecialiseerde instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), al dan niet met tijdelijke opname- en verblijfsvoorzieningen in psychiatrische ziekenhuizen, dan wel in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen.
- Naar de aard van de zorg:
 - **Cure** is curatieve zorg; deze is bedoeld om te genezen.
 - **Care** is verpleging en verzorging; deze is bedoeld om het leven van een patiënt met beperkingen zo leefbaar mogelijk te maken, het liefst met maatschappelijke participatie door de patiënt, ondanks een chronische ziekte of andere beperking. Deze indeling wordt gebruikt om een scheiding te maken tussen het werk van artsen en specialisten ten opzichte van de ondersteunende zorgberoepen. Verzekeraars en Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) hanteren een dergelijk onderscheid om vast te stellen wat een patiënt vergoed kan krijgen uit de ziektekostenverzekering dan wel de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).
- Naar de plaats waar zorg verleend wordt:
 - **Intramurale zorg** vindt plaats binnen het ziekenhuis of een andere zorginstelling.
 - **Extramurale zorg** vindt plaats buiten de muren van de betrokken zorginstelling, zoals in bepaalde praktijken of thuis.
 - **Transmurale zorg** is zorg die verleend wordt door meer dan één instelling waarbij de verschillende instellingen hierbij samenwerken.
- Naar reikwijdte:
 - De individuele gezondheidszorg, dat wil zeggen aan de afzonderlijke patiënt.
 - De **algemene gezondheidszorg**. Deze is gericht op meerdere individuen: op bevolkingsgroepen of op de bevolking in zijn totaliteit. In het algemeen is deze zorg preventief en signalerend van aard, ter voorkoming van individuele ziekten maar ook ter bescherming tegen epidemieën. Concreet omvat dit bevolkingsonderzoeken, vaccinatieprogramma's, voorlichtingcampagnes, zoals tegen aids, maar ook gezondheidsadviezen of het registreren van besmettelijke ziekten ter voorkoming van epidemieën. Voorbeelden van instellingen in deze sector zijn consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters, de gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD-en), kankercentra en andere gespecialiseerde onderzoeksinstituten, maar ook Arbodiensten die bijdragen aan een gezonde en veilige werkomgeving.

- Verder maken we een onderscheid tussen basiszorg, topreferente zorg en topklinische zorg. In hoofdstuk 4 gaan we daar uitvoerig op in.
- Tot slot zijn er andere indelingen, zoals naar het specialisme, naar patiëntengroepen, al dan niet verenigd in patiëntenverenigingen, zoals de diabetesvereniging, enzovoort. In tabel 1 lees je een voorbeeld van een indeling naar specialisme, toegepast op het ziekenhuiswezen.

TABEL 1.1 Aantal Nederlandse zorginstellingen van 1998 tot en met 2002

Instelling	1998	1999	2000	2001	2002
Algemeen ziekenhuis	107	101	96	93	90
Categoriaal ziekenhuis	28	27	27	28	-
Academisch ziekenhuis	8	8	8	8	8
Psychiatrisch ziekenhuis	44	38	31	28	25
Gehandicaptenzorg	39	40	43	44	46
Thuiszorg (totaal)	170	172	174	192	201
Gezinsverzorging	104	107	113	110	120
Wijkverpleging	80	88	91	94	107
Verzorgingshuizen	1380	1366	1346	1346	1342

Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen 20-12-2004

De laatste jaren hebben in de zorg structuurveranderingen en reorganisaties plaatsgevonden, waaronder ook fusies van zorginstellingen. Als gevolg hiervan zijn de getallen over de jaren heen beperkt vergelijkbaar. Het aantal ondernemingen in 2006 is voor een aantal categorieën in tabel 1.2 weergegeven.

TABEL 1.2 Aantal ondernemingen per groep zorginstelling in Nederland in 2006

Instelling	Aantal ondernemingen
Algemeen ziekenhuis	80
Categoriaal ziekenhuis	29
Academisch ziekenhuis	8
Geestelijke gezondheidszorg (Zvw-AWBZ gefinancierd)	100
Gehandicaptenzorg (Zvw-AWBZ gefinancierd)	158
Ouderenzorg (Zvw-AWBZ gefinancierd)	742

Bron: <http://statline.cbs.nl>**VRAAG 1.1**

Noem ten minste zes indelingen die hier zijn besproken. Wat wordt met elk van die indelingen zichtbaar gemaakt?

1.1.2 De financiering van de Nederlandse zorg

Per saldo heeft Nederland een omvangrijk zorgstelsel, en dat vraagt om omvangrijke financieringsstromen.

In de tweede helft van de twintigste eeuw merkte de overheid gezondheidszorg aan als een basisvoorziening en sindsdien stuurt ze de financiering van de zorg aan. Sinds 1941 is elke Nederlander verplicht verzekerd tegen ziektekosten. Alle burgers in loondienst betalen direct mee aan de zorg, en voor degenen die de premie voor deze verzekering niet geheel kon betalen – bijvoorbeeld omdat zij een uitkering ontvingen vanwege arbeidsongeschiktheid – nam de overheid dat deel van de premiekosten over. Kinderen waren gratis meeverzekerd met de meestverdienende ouder. De overheid inde de premies bij alle belastingplichtigen.

De overheid vergoedde hieruit onder meer de verzekeraars.

Dankzij de principiële keuze voor zorg als een basisvoorziening kregen de overheid en de verzekeraars een centrale rol in het Nederlandse zorgstelsel. Voor de burger betekende dit een verplichte zorgverzekering. Dat startte destijds met de invoering van het ziekenfonds, waarmee elke burger recht kreeg op zorg. Met deze beleidskeuze van de overheid veranderde de financiering van de zorg van een simpele klant-leveranciersverhouding in een ingewikkelde meerpartijenrelatie tussen de zorgvrager, de zorgleverancier, de zorgverzekeraar en de overheid als regulerende en deels betalende instantie. Dat laatste omvat bijvoorbeeld het in stand houden van algemene ziekenhuizen in dunbevolkte gebieden, het meefinancieren van academische ziekenhuizen, het financieren van preventie en het vervullen van inspectietaken. Historisch gezien heeft de overheid de meeste gezondheidswinst weten te bereiken door een eeuw geleden het rioolstelsel in te voeren en in bouwverordeningen het watergespoelde toilet verplicht op te nemen. Maar ook met vaccinatieprogramma's heeft zij de gemiddelde leeftijd van de inwoners fors weten te verhogen.

In 2005 gaf Nederland €68,5 miljard uit aan de gezondheidszorg. Dat was 13,5% van het bruto binnenlands product, oftewel €4.200 per inwoner (RIVM, 2008). Op de website www.kostenvanziekten.nl kun je lezen hoe de zorgkosten variëren per ziekte, leeftijd, geslacht, per zorgsector en zorgfuncties, en waaruit de zorg wordt bekostigd.

In 2007 was het totaalbedrag als volgt verdeeld (zie figuur 1.1):

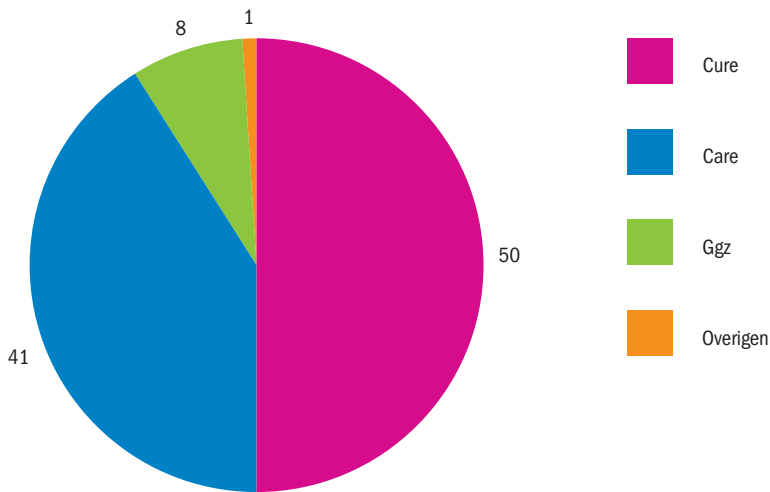
Vijftig procent van alle uitgaven in Nederland waren in 2007 aan cure, uitgesplitst in 40% aan zorg en 10% aan geneesmiddelen, implantaten en medische technologie. 41 Procent van alle uitgaven was voor care, uitgesplitst in 28% voor verpleging, verzorging en ouderenzorg, en 14% voor gehandicaptenzorg. GGZ was verantwoordelijk voor 8% van de kosten, preventie en overige uitgaven voor 1%.

Financieel gezien zijn er twee systemen relevant in de zorg: het financieringsstelsel en het betaalsysteem.

'Het financieringsstelsel is het geheel van transacties en instanties waarmee men de financiële middelen bijeen brengt c.q. vergaart bij de bevolking met het doel deze in de zorgsector aan te wenden.'
(zie ook Schrijvers, 2001)

FIGUUR 1.1 De verdeling van de uitgaven in Nederland aan de verschillende zorgcategorieën in 2007

Percentage in 2007 van 68,5 miljard



Geredeneerd vanuit de zorg is dit het inkomstensysteem.

Er zijn vier financieringsbronnen (zie tabel 1.3):

- Ten eerste de inkomsten uit de premies voor de zorgverzekeringen, zowel de verplichte als de aanvullende verzekeringen, inclusief de eigen betalingen van patiënten voor niet-verzekerde zorg. In 2005 bedroegen deze inkomsten €34,7 miljard. 50,7 Procent van alle inkomsten in de zorg komt uit deze bron.
- Ten tweede de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Via de AWBZ komt €22 miljard beschikbaar voor de zorg: 32% van het totaal.
- De centrale en lokale overheid bekostigt onder andere via subsidie-regelingen €9 miljard, zijnde 13,2% van het totaal.
- €2,9 miljard, oftewel 4,2% van het totaal wordt bekostigd uit andere bronnen, onder andere door het bedrijfsleven en haar uitgaven voor bedrijfsgezondheidszorg.

(Bron: RIVM)

Financieringsbronnen

TABEL 1.3 Financiering van de Nederlandse gezondheidszorg

	1988	1992	1996	2000	2005
Overheid	13,7%	10,2%	9,7%	4,4%	13,2%
AWBZ	23,7%	40,8%	31,1%	37,9%	32%
Ziekenfondswet	35,3%	26,9%	35,7%	36,9%	
Particuliere verzekeringen	16,5%	14%	15,5%	14,2%	50,7%
Eigen betalingen	10,8%	8,1%	8,1%	6,7%	4,2%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%

Bron: Gebaseerd op Boot en Knapen (2001) en RIVM (2007)

Het betaalsysteem 'is het geheel van transacties, instanties en individuen dat de via het financieringsstelsel verzamelde gelden omzet in zorg'. (Schrijvers, 2001)

Bezien vanuit de zorg is dit het uitgavensysteem.

Rond 2000 kende Nederland overwegend vier vormen:

- 1 Betaling per verrichting. Apothekers, tandartsen, fysiotherapeuten en andere paramedici kregen op deze wijze betaald.
- 2 Betaling per verrichting plus een betaling per patiënt. Huisartsen kregen voor ziekenfondspatiënten een vergoeding per patiënt per jaar, het zogenoemde abonnementssysteem. Daarnaast kregen ze per verrichting betaald voor patiënten die particulier verzekerd waren.
- 3 Een **kostenbudget**. Ziekenhuizen kregen in het verleden een budget waarbinnen zij de zorg dienden te verrichten. Overschrijding of onderbenutting van het budget werden beide bestraft met korting op het budget van het er op volgende jaar. Tegenwoordig worden ziekenhuizen (grootendeels) gefinancierd vanuit de DBC-systematiek. Met een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) beschrijft men de activiteiten en verrichtingen van een gemiddeld zorgtraject dat bij een bepaalde diagnose hoort. Op basis daarvan berekent men dan de omvang, aard en de kosten van het zorgtraject. En dat is dan weer de basis voor de bedragen die de ziekenhuizen en de GGZ vergoed krijgen voor het deel van de zorg dat met DBC's is beschreven. Men deelt de financiering van de ziekenhuizen in een A-, B- en C-segment. Het A-segment valt onder de basiszorg en de ziekenhuizen kunnen niet onderhandelen over de prijs hiervan. Men krijgt hiervoor een standaard vergoeding op basis van ligdagen, opnameduur en dergelijke. Hiervoor stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) jaarlijks sinds 1 januari 2005 de maximumtarieven vast. Het B-segment is het onderhandelbare deel van de zorg. Hiervoor kunnen de ziekenhuizen zelf de prijs bepalen, bijvoorbeeld op basis van de eigen zorgtrajecten. Er zijn wel prijsinstrumenten die door de overheid ingezet kunnen worden wanneer de prijzen te hoog worden. Het B-segment (ongeveer 35%) omvat nog maar een beperkt deel van de zorg die ziekenhuizen en GGZ leveren, waaronder wel nog delen van de basiszorg. Daarnaast is er het C-segment. Dit is de private zorg, met andere woorden: hiervoor betaalt de patiënt; deze krijgt de kosten hiervoor niet vergoed door de verzekeraar of maar voor een deel. Instellingen voor verpleging en verzorging, voor geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg kregen per periode een budget uitgekeerd waarvoor zij patiënten dienden te verzorgen conform de richtlijnen van de verzekeraar. Momenteel werkt men in deze sector niet met DBC's maar met zo'n 50 **zorgzwaartepakketten** (Zzp's); ook hiervoor stelt de Nza jaarlijks de maximale prijs vast.
- 4 Voor de extramurale zorg zoals de thuiszorg berekent men tarieven per functies (persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf) en per tijdsduur (klasse). Deze zorg kan in natura (Zin) geleverd worden of als **persoonsgebonden budget (Pgb)**. Het Centraal indicatieorgaan voor de zorg (CIZ) stelt vast wat de cliënt nodig heeft en waar men recht op heeft.

Op de website van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport <http://www.minvws.nl/onderwerpen/bekostiging-van-zorg/> vind je veel informatie over de uitgaven in de zorg.



Een goed zorgstelsel kost veel geld

In 2006 is de Zorgverzekeringswet (Zvw) ingevoerd. Deze verving het systeem van ziekenfonds en particuliere verzekering. Iedereen heeft nu verplicht een basisverzekering en kan deze, tegen extra betaling, aanvullen. Verzekeraars hebben nu een centrale rol gekregen. Enerzijds bieden zij aan individuen en collectieven polissen aan. Anderzijds contracteren zij zorgaanbieders en komen met hen overeen welke zorg zij leveren en welke vergoeding zij daarvoor krijgen.

**Basis-
verzekering**

Sinds 2006 is stapsgewijs marktwerking ingevoerd, en dat betekent dat het principe van budgetfinanciering wordt vervangen. In de volgende paragraaf komen we daar uitgebreid op terug.

VRAAG 1.2

Welke partij speelt de belangrijkste rol in de financiering van de zorg? Waarom?

1.1.3 Stakeholders in de Nederlandse zorg

Elke partij in de zorg heeft zijn eigen rol.

Artsen, verpleegkundigen en specialisten zijn professionals. Zij hebben expertise ontwikkeld, en hebben hun opleiding afgesloten met een eed of belofte dat zij zorg gaan leveren zonder aanzien des persoons, op de best mogelijke manier. Zij zijn persoonlijk verantwoordelijk voor de kwaliteit van hun handelen naar de hedendaagse standaarden. Daartoe zijn hun bevoegdheden wettelijk vastgelegd en onderscheiden, zijn opleidingen erkend en gecertificeerd en zijn er wetten opgesteld zoals de Wet individuele beroepen in de gezondheidszorg, de Wet BIG, en de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (Wgbo). Het beroepsmatig handelen van professionals wordt gecontroleerd door de inspectie gezondheidszorg, hun

**Wet BIG
Wgbo**

tarieven door de Nza. Daarnaast hebben de beroepsgroepen van deze professionals beroepscodes opgesteld en controleren hun leden via tuchtcolleges en registreisen. De beroepsgroepen hebben ook kwaliteitscontrole-instrumenten ontwikkeld zoals opleidingseisen en vestigingseisen. Verder adviseren zij de overheid over wettelijke maatregelen, bijvoorbeeld over behandelmethoden als IVF, maar ook over capaciteitsmaatregelen en ethische kwesties.

De medische professionals werken vaak in een gezondheidszorginstelling. Het management daarvan ziet er op toe dat er een doelstelling wordt geformuleerd, waarin ten minste is aangegeven voor welke doelgroepen de instelling welke zorgdiensten wil leveren in welke regio (adherentiegebied geheten in de ziekenhuiswereld). Het management maakt afspraken met de centrale, provinciale en lokale overheden over het verzorgingsgebied, de capaciteit die zij in stand houden, en met de Nza over de vergoedingen en tarieven van de verrichtingen, de diagnosebehandelcombinaties (DBC's) en de zorgzwaartepakketten (zzp's).

Verzorgings- gebied

Zorgverzekeraars verzekeren de ziekte- en zorgkosten, deels op eigen voorwaarden, deels strikt gebonden aan de regels van de Zvw en de AWBZ. Zij innen premies bij de verzekerden en betalen de zorgleveraars direct of indirect aan de hand van de nota's voor de geleverde zorg, al dan niet na aftrek van de eigen bijdrage van de verzekerde. Ook adviseren zij gevraagd en ongevraagd de overheid. Zij zijn georganiseerd in het College van zorgverzekering (CVZ).

De centrale overheid stelt wetten en regels op om de werking te reguleren, bepaalt jaarlijks welke zorgverrichtingen onder de basisverzekering en de AWBZ vallen en welke men uit een aanvullende verzekeringen of eigen zak dient te betalen. Voor een klein deel financiert zij zelf de zorg, zoals de openbare gezondheidszorg, inspectietaken en haar eigen inspanningen om fricties in de zorgmarkt op te lossen of sneller tot een oplossing te brengen. De overheid schrijft voor waar aan zorgvoorzieningen zoals ziekenhuizen en GGD-en dienen te voldoen, en reguleert de cure- en schadesectoren door wetten uit te vaardigen over het verzekeringsstelsel, de tarieven, de kwaliteitszorg en de marktwerking, en door te controleren via organen als de Inspectie gezondheidszorg en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA).

En 'last but not least', de zorgvrager/patiënt. Iedereen in Nederland heeft recht op zorg, maar ook plichten. Hij dient zich te verzekeren en de bijbehorende premies te betalen. De overheid ziet er op toe dat de Belastingdienst wanbetalers aanpakt – dat waren er circa 300 000 in 2007. Tegenover het algemene recht op adequate zorg dient elke zorgaanvrager zich te houden aan de afspraken met de zorgverleners. In toenemende mate zijn zorgvragers georganiseerd in algemene en specifieke patiëntenverenigingen, die samen met consumentenorganisaties hun belangen behartigen.

VRAAG 1.3

Wat is de primaire verantwoordelijkheid van de verschillende 'stakeholders' in de zorg?

1.2 Overheidsbeleid in de zorg aan het begin van de 21ste eeuw

Welke rol speelt de overheid en wat houdt marktwerking in de zorg in?

In 2006 heeft de overheid een stelselherziening doorgevoerd in de zorg, tegen de achtergrond van een maatschappelijk debat over de zorg. Wat waren daaraan voorafgaand rond de eeuwwisseling de belangrijkste politieke issues in de zorg?

- Voor de burger en potentiële zorgvrager waren de sterk opgelopen wachttijden een grote punt van zorg. Deze zetten de kwaliteit van de zorg onder druk, tenminste in de beleving van burgers. In combinatie met de stijging van de verzekeringspremies – die het gevolg was van de toegenomen omvang van de zorg – vormden deze opgelopen wachttijden een forse politieke hobbel.
- Voor de overheid speelden de sterk oplopende kosten een belangrijk politiek item, en het perspectief dat, met de toenemende vergrijzing, de kosten in de toekomst alleen maar verder op kunnen lopen. De zorgkosten dienden de concurrentiepositie van Nederland niet te zeer te verslechteren via stijgende werkgeverskosten – met een inherent risico op inflatie – noch dienden ze andere overheidstaken in gevaar te brengen. Naast het streven de zorg betaalbaar te houden was voor de overheid het vasthouden aan de solidariteit in het systeem een politiek item: in principe heeft iedereen recht op dezelfde soort zorg.
- Zorginstellingen en andere zorgleveranciers stonden voor het leveren van goede zorg, maar ook voor een gezonde bedrijfsvoering. De uitvoerenden in de zorg maakten zich sterk voor een kwalitatief goede zorg aan de cliënt/patiënt, het management voor een goede bedrijfsvoering, gegeven de relaties met zorgverzekeraars en de rijksoverheid en de gegeven personele en materiële lasten. Ook waren er zorgen of er in de toekomst 'voldoende handen aan het bed' zouden zijn, kortom over de beschikbaarheid van deskundig en betaalbaar personeel op de verschillende niveaus.

Alle partijen drongen vanaf de eeuwwisseling aan op een hervorming van het zorgstelsel met daarin de volgende zaken:

- het beperken van de kosten voor de AWBZ, door bijvoorbeeld het beperken van de AWBZ tot zorg voor chronisch zieken en gehandicapten;
- de invoering van een nieuwe zorgverzekeringswet;
- een wijziging van het bekostigingssysteem, met ruimte voor een bepaalde mate van marktwerking;
- het overhevelen van een aantal zorgtaken van de centrale naar de lokale overheid;
- een aanscherping van de kwaliteitseisen en de rechten van de patiënten.

1.2.1 Verbetering van de kwaliteit van zorg

De kwaliteit in de zorg staat al jaren hoog op de politieke agenda. Maar wat is kwaliteit?

De Nationale Raad voor de Volksgezondheid omschreef in 1991 kwaliteit als:

Kwaliteit

'De mate waarin het geheel van eigenschappen van een product, proces of dienst voldoet aan de daaraan gestelde eisen, welke voortvloeien uit het gebruikersdoel.'

Schrijvers (2001) noemt vier factoren die de afgelopen decennia er aan hebben bijgedragen dat kwaliteit en kwaliteitszorg hoog op de agenda zijn gekomen van alle betrokken partijen:

- Een verdere professionalisering van de betrokken beroepsgroepen leidde tot een aanscherping van de eisen aan het vak.
- Het mondiger worden van de patiënten en cliënten, uitmondend in een Cliënten- en patiëntenfederatie en wetgeving op het gebied van patiëntenrecht, klachtrecht en inspraak.
- De toenemende schaarste aan middelen in de zorg noopte de zorgleveranciers het aantal behandelingen en behandelwijzen te beperken.
- De overheid gaf aan marktwerking te willen in de zorg, maar nam tegelijkertijd maatregelen om de zorgconsument te beschermen door haar rechten uit te breiden en eisen te stellen aan de kwaliteit van instellingen, beroepsbeoefenaren en de zorgprocessen.

Concreet betekent kwaliteit voor elk van de partijen net iets anders:

- Medische en paramedische professionals hebben de primaire verantwoordelijkheid om de best mogelijke zorg te leveren, te zorgen dat de beroepsgroep betrouwbaar is, en dat de **professionele standaarden** voortdurend tegen het licht gehouden worden en aangepast worden aan de nieuwste wetenschappelijke inzichten en technische mogelijkheden. Hun instrumenten om kwaliteit te bevorderen zijn het stellen van opleidingseisen, het aanleggen en onderhouden van een beroepsregister, het verrichten van onderzoek, enzovoort.
- Voor verzekeraars staat kwaliteit altijd in relatie tot de prijs. **Doelmatigheid** staat bij hen hoog in het vaandel, zowel bij het uitvoeren van de zorg als in hun eigen bedrijfsvoering. Kwaliteit betekent voor de verzekeraar dat voorkomen wordt dat patiënten te lang ziek zijn: dat kost immers geld, ook voor de verzekeraar. Tegen deze achtergrond spanden een aantal verzekeraars zich vanaf de eeuwwisseling in voor het verkorten van wachttijden. Daarmee is de patiënt eerder hersteld, en dan heeft ook de verzekeraar minder uitgaven. Binnen het kader van de maximale vergoeding die de verzekeraar toezegt kan de verzekerde zelf zijn aanbieder of hulpmiddelen met bijbehorende kwaliteit kiezen.
- **Kwaliteit** is een levensvoorwaarde voor elke zorginstelling. Zij trachten hun kwaliteit te verbeteren en te borgen door kwaliteitszorgsystemen op te zetten. Een kwaliteitssysteem is 'het geheel van procedures en functies voor het bevorderen en bewaken van kwaliteit', aldus het kwaliteitsinstituut Internationale Organisatie voor Standaardisatie (ISO). Het meest gebruikte systeem in de zorgsector is het European Foundation for Quality Management-model (EFQM) dat deze stichting in Europees verband heeft ontwikkeld voor het midden- en kleinbedrijf. Voor de dienstensector heeft het Instituut Nederlandse Kwaliteit (INK) het model aangepast en op de markt gebracht als het INK-model. Sommige instellingen passen Total Quality Management (TQM) toe. In deze aanpak definieert men kwaliteit niet op instellingsniveau, maar over een aantal instellingen heen die samen een zorgketen vormen. Een kwaliteitssysteem levert uiteindelijk resultaten op in de vorm van eisen aan procedures, maar ook aan personeel, opleiding en bijscholing; een patiënttevredenheidsonderzoek vormt vaak het startpunt van een dergelijke kwaliteitsmeting.
- Ook cliënten/patiënten wensen de beste kwaliteit van de zorg. Het raakt hen persoonlijk. Veel patiënten willen graag 'met hun voeten kunnen stemmen': zelf hun zorgleverancier kiezen. Dat geldt niet alleen voor de keuze van een fysiotherapeut of tandarts, maar ook voor bijvoorbeeld de

verzekeraar. Dergelijke keuzes waren tot voor kort maar beperkt mogelijk. De verzekeraars wensten in het kader van hun eigen efficiency vaak enkel vergoedingen te geven aan een vaste, selecte, vaak vooraf afgesproken groep zorgverleners. Daarnaast zijn keuzes natuurlijk beperkt door de schaarste en/of locaties van de zorgverleners. Consumenten- en patiëntenorganisaties bieden in toenemende mate informatie over de mogelijkheden en kwaliteit van zorg.

Tot slot kan een cliënt de kwaliteit beïnvloeden door gebruik te maken van klachtrecht en van medezeggenschapsorganen.

- De rijksoverheid garandeert dat elke burger adequate zorg krijgt en dient bijgevolg de kwaliteit van de zorg te bewaken. Dat doet ze door normen te stellen en de zorg te reguleren. Dit legt ze vast in wetgeving. Een aantal recente relevante wetten zijn:
 - de **Kwaliteitswet** zorginstellingen (KZi) van 1 april 1996; herzien in 2003;
 - de Wet beroepen individuele gezondheidszorg (Wet BIG);
 - de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi);
 - de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo);
 - de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz);
 - de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz);
 - de Wet bijzondere opnemings psychiatrie ziekenhuizen (Bopz).

De handhaving heeft de overheid in handen gelegd van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Daarnaast kent de overheid twee wetten die niet specifiek zijn voor de zorgsector, maar in de praktijk een goede ketenzorg in de weg kunnen staan:

- de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp);
- de Wet privacyregeling (Wpr).

VRAAG 1.4

Wat is voor elk van de genoemde partijen de belangrijkste reden om werk te maken van kwaliteitszorg?

1.2.2 Marktwerking

De voorstanders van marktwerking vinden dat de economie het beste draait als alle partijen vrijelijk producten en diensten kunnen aanbieden en uitkiezen: vraag en aanbod. De partijen functioneren dan als een markt, dat betekent in concurrentie, maar vrijelijk, en dat is zonder inmenging van buitenstaanders c.q. de overheid. De vragende en biedende partijen zouden dan de ruimte hebben om vraag en aanbod op elkaar af te stemmen, en dat zou leiden tot lage prijzen en zou de kwaliteit gunstig bevorderen is hun overtuiging.

Aan het begin van de twintigste eeuw waren veel politici en beleidsmakers ervan overtuigd dat dit marktmechanisme beter zou werken dan de geleide prijspolitiek die de overheid de decennia daarvoor had gehanteerd, met een sterk sturende overheid als het gaat om het financieringssysteem, de tarieven, de toelating van het aantal op te leiden artsen, enzovoort. In de meeste West-Europese landen won in deze periode het neoliberalisme veel aan populariteit.

Op diverse terreinen heeft de Nederlandse overheid overheidstaken en -instellingen geprivatiseerd. Midden jaren negentig werd de NS deels geprivatiseerd. Enkele jaren later de telecombedrijven, en daarna de nutsbedrijven.

Marktwerking

In 2004/2005 heeft de overheid voorzichtig een aantal stappen gezet om ook in de zorg het marktmechanisme toe te passen. Dat begon met een ingrijpende wijziging van het financieringsstelsel: vanaf dat moment geeft de overheid niet de zorginstellingen geld, maar de klant krijgt, al dan niet via de verzekeraars, geld te besteden bij de zorgaanbieders. Patiënten en cliënten kunnen nu bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget krijgen. Dat is het geval bij de AWBZ en bij de thuiszorginstellingen.

De verzekeraars krijgen in dit proces de regulerende rol. Het beoogde effect is dat die zorginstelling overleeft die zijn klanten goed verzorgt en efficiënt werkt; de andere instellingen verdwijnen of worden overgenomen.

De verwachting is dat marktwerking dankzij de concurrentie uiteindelijk zorgt dat instellingen efficiënt gaan werken. Dat werkt alleen, als klanten kunnen kiezen en er voldoende aanbod is in die markt. Prijsafspraken zouden dit proces verstoren, net als onvoldoende keuzemogelijkheid, doordat er enkel grote conglomeraties van zorginstellingen zijn. Daarom zijn monopolies verboden en bestrijdt de overheid deze. In de EU ziet een speciale commissaris hier op toe; in Nederland hebben we hiervoor de Nederlandse MededingingsAutoriteit (NMA) en voor de zorgsector kennen we sinds 1 oktober 2006 de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza), de toezichhouder op alle zorgmarkten in Nederland.

In feite hebben we in de zorgsector drie markten, drie onderhandelingsruimten:

- de markt van zorgverzekeraars en zorgaanbieders: de zorginkoopmarkt;
- de markt van zorgaanbieders en zorgconsumenten: de zorgverleningsmarkt;
- de markt van zorgconsumenten en zorgverzekeraars: de zorgverzekeringsmarkt.

Voor alle drie markten heeft de rijksoverheid regels gesteld en wetten gemaakt vanuit het uitgangspunt om marktwerking te bevorderen en monopolies tegen te gaan.

VRAAG 1.5

Onder welke condities werkt de markt zoals bedoeld?

1.2.3 Herziening van het financieringsstelsel

In 1987 bracht de Commissie Structuur en Financiering van de Gezondheidszorg, kortweg de commissie-Dekker, op verzoek van de regering de problemen van de financiering van de zorgsector in kaart, en deed voorstellen om de problemen tot 2030 het hoofd te kunnen bieden. Het toenmalige kabinet had aan captain of industry Dekker gevraagd hoe de zorgsector bedrijfsmatiger en efficiënter gemaakt kon worden. In de uiteindelijke stelselherziening zijn 18 jaar later veel van de aanbevelingen van deze commissie overgenomen. Het uitgangspunt van de overheid was zoals gezegd om de zorg ook op lange termijn betaalbaar en voor iedereen toegankelijk te houden. Zij concludeerde dat de zorgsector:

- onbuigzaam was door te strakke regels;
- ondoelmatig was in de zin dat het aanbod niet goed paste bij de vraag;
- onbetaalbaar dreigde te worden mede vanwege een gebrekkige kostenbeheersing.

Een nieuwe aanpak was daarom geboden, en deze diende de volgende elementen te bevatten:

- zorg diende meer op maat geleverd te worden;
- het stelsel diende flexibeler te worden;
- in plaats van dure zorg diende de goedkoopst-effectieve zorg geleverd te worden;
- zorg diende meer in samenhang verleend te worden: later sprak men over zorgketens en ketenzorg;
- er diende continuïteit te komen in het zorgproces;
- verantwoordelijkheid diende duidelijk afgebakend te worden;
- kwaliteit diende bevorderd te worden,
- en de doelmatigheid diende verhoogd te worden,
- en tot slot diende de zorg vermaatschappelijkt te worden: dichterbij huis dan wel thuis.

Op basis van deze uitgangspunten heeft de overheid vijf nieuwe wetten ingevoerd in de periode tussen 2002 en 2007:

- de vernieuwde Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ);
- de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw);
- de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi);
- de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);
- de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO).

Sinds deze herziening kunnen burgers zelf hun zorgleverancier kiezen. Zij betalen de zorgkosten zelf aan de zorgverleners, al dan niet vergoed uit de uitkeringen van de verzekeraars. Ook kan iedereen zelf zijn verzekeraar kiezen. Elke verzekeraar dient ten minste een nader omschreven basispakket te bieden. Naast dit basispakket kan iedere burger een aanvullend pakket kopen, waarmee men meer mogelijkheid krijgt om, tegen betaling, de gewenste zorgkwaliteit te ontvangen.

Anders dan daarvoor onderhandelen verzekeraars nu met zorgleveranciers over de diensten die zij aan patiënten en cliënten bieden, inclusief de prijs en kwaliteit daarvan. Deze onderhandelingen resulteren in afspraken over diagnosebehandelcombinaties en zorgzwaartepakketten. De overheid stelt daarbij enkel de grenzen via het stellen van normen, en controleert op de naleving.

Zo staat bij de vernieuwing van de AWBZ de keuzemogelijkheid van de klant voorop. Dat vertaalde de wetgever naar de twee hoekstenen van de nieuwe AWBZ: de onafhankelijke indicatiestelling en het persoonsgebonden budget. Het geld volgt nu de klant en gaat niet eerst naar de instelling. Daarnaast beperkt de nieuwe AWBZ zich tot de zorg voor chronisch zieken en gehandicapten.

Met deze stelselherziening is geen absolute marktwerking ingevoerd, maar wel een gedeeltelijke. De overheid controleert onder meer de prijzen, c.q. tarieven via de Nza.

VRAAG 1.6

Welke instrumenten/wetten heeft de overheid ingezet om het financieringsstelsel te wijzigen?

1.3 De toekomst van de Nederlandse zorg

Wat komt er in de toekomst op de zorg af en hoe is dit te beïnvloeden?

De mogelijkheden en onmogelijkheden van de zorg worden momenteel bepaald door de volgende factoren:

- De **vergrijzing** van de bevolking, en de kosten die dat met zich meebrengt. Mensen worden gemiddeld veel ouder dan een aantal decennia geleden, en oudere mensen kosten gemiddeld gezien meer geld aan zorg dan jongeren. Hierna komen we hier op terug.
- Nieuwe technologieën. Zij maken veel nieuwe behandelingen mogelijk. Anderzijds leveren nieuwe behandelmethoden geregeld ethische discussies op. Denk bijvoorbeeld aan de mogelijkheden die het gevolg zijn van het in kaart kunnen brengen van DNA-structuren, en de mogelijkheden van **gentherapieën**. Dat biedt weliswaar mogelijkheden om mensenlevens te redden die tot voor kort niet te redden waren, of om ziektes te voorkomen, maar hoe ver gaan we daarin? In 2008 stelde staatssecretaris Bussemaker bijvoorbeeld dat embryoselectie mogelijk moest zijn om erfelijke borstkanker te voorkomen, maar meteen daarop werd ze teruggefloten door de Tweede Kamer.
- De toegenomen **mobilititeit** van verzekerden. Steeds grotere aantallen verzekerden brengen delen van het jaar – denk aan de pensionado's – of delen van hun leven in het buitenland door, en laten hun verzekering dan doorlopen. Daar tegenover zijn de verzekeringsstelsels in de meeste landen nog steeds nationaal georiënteerd.
- De toegenomen aandacht voor een gezonde bedrijfsvoering in de zorg. Dat uit zich op verschillende manieren. Huisartsen verbinden zich bijvoorbeeld aan collega-huisartsen, aan gezondheidscentra, maar ook aan eerstelijnscentra. Soms vullen zorginstellingen hun eigen vermogen aan met vreemd vermogen, risicodragend kapitaal. Zo is bijvoorbeeld het Slotervaartziekenhuis gekocht door een private marktpartij. Diverse zorginstellingen wijzigen sinds een aantal jaren hun rechtspersoon. In plaats van een stichting wordt men dan een besloten vennootschap, en in de missie komt naast het verlenen van zorg en liefdadigheid ook het streven naar winst te staan.
- Een andere plaats van de zorg in de samenleving. Gezondheid krijgt veel meer aandacht dan enkele decennia geleden. Enerzijds zijn er veel meer zorgvoorzieningen, anderzijds medicaliseert de samenleving. Ongezonde leefwijzen worden actief bestreden. Zo ging de overheid bijvoorbeeld over van waarschuwen tegen de risico's van roken naar het instellen van rookverboden in onder meer de horeca (2008): van preventie naar strafrecht.
- Ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. De sector en de overheid vragen zich af of er in 2010 en verder voldoende artsen, verpleegkundigen, verzorgenden, enzovoort beschikbaar komen met de vereiste kwalificaties. De prognoses zijn somber en de belangrijkste koers die de overheid heeft ingezet is: 'meer eigen verantwoordelijkheid voor de burger' en zijn directe omgeving die hem informele zorg kan verlenen, gekoppeld aan maatregelen ter ondersteuning van deze mantelzorg.

1.3.1 De toekomstige behoefte aan zorg

De vraag of de zorg in de toekomst betaalbaar zal blijven hangt niet alleen af van de vraag welk aanbod aan zorginstellingen er in de toekomst nodig zal zijn, maar natuurlijk ook van de vraag welke behoefte aan zorg er zal

zijn. Op basis van de huidige trend valt er de volgende inschatting te maken van de toekomstige behoefte aan de zorg.

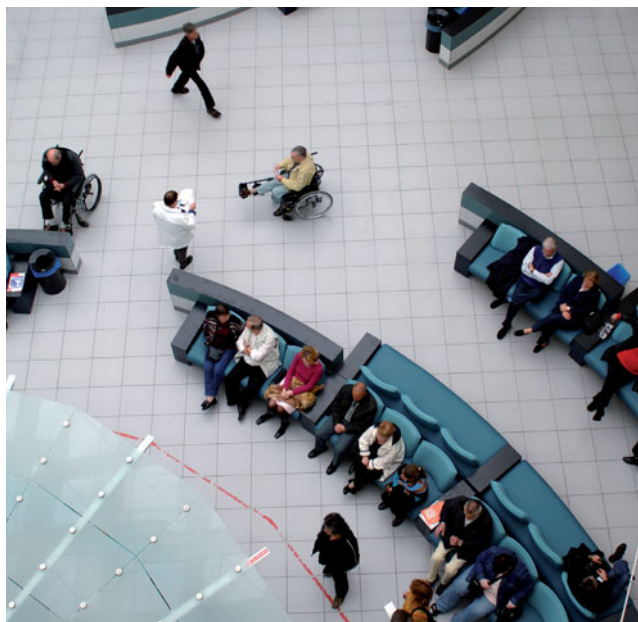
Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) zal Nederland in 2033 de grens van 17 miljoen inwoners overschrijden. Daarna groeit de bevolking niet veel verder. Tot 2035 verwacht zij een positief migratiesaldo (meer immigranten dan emigranten) en wel zoveel meer dat het compenseert dat er minder mensen geboren worden dan dat er overlijden (het zogenoemde negatieve geboorteoverschot). Daarna verwacht zij dat de bevolkingsgroei omslaat in een lichte krimp, met 16,8 miljoen inwoners in 2050 (CBS, 2006).

Voor het bepalen van de toekomstige behoefte aan zorg is het niet alleen van belang te weten hoeveel inwoners Nederland zal tellen, maar ook hoe de bevolking samengesteld zal zijn. Immers, gemiddeld vragen jongere mensen minder zorg dan oudere. Ook is het van belang of er voldoende jongeren zullen kiezen voor beroepen in de zorg.

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) verwacht dat het aandeel jongeren in de bevolking iets zal afnemen, maar niet in de mate als in de jaren zeventig en tachtig. In 2007 was 24% van de bevolking jonger dan 19 jaar. Naar verwachting neemt dit aandeel geleidelijk af tot 21% in 2020 en blijft het daarna stabiel.

In 2007 waren er 2,4 miljoen 65-plussers. Dat was 14% van de bevolking. Het RIVM verwacht dat het aandeel 65-plussers de komende decennia verder stijgt. Tot 2010 geleidelijk en daarna sterk, omdat dan de eerste leden van de babyboomgeneratie 65 worden. Omstreeks 2040 zijn er dan ruim vier miljoen Nederlanders 65 jaar of ouder. Dat is 25% van de bevolking. Daarna neemt naar verwachting het aandeel ouderen in de bevolking iets af. Ook het aantal 80-plussers, een sterk zorgbehoefte groep, zal stijgen. Was in 2007 4% van de bevolking 80 jaar of ouder, in 2050 zal dat 9% van de bevolking zijn, ongeveer 1,5 miljoen mensen.

**Babyboom-
generatie**



Wachten op een polieplein anno 2008

Vooruitlopend op de toekomstige behoefte aan zorg plande de overheid in 2008 de volgende praktische maatregelen; zie www.minvws.nl:

- Het verbeteren van de transparantie van de kwaliteit van ziekenhuiszorg. De overheid zegde toe dat er in 2011 informatie te vinden is over de kwaliteit van de behandelingen van 80 soorten aandoeningen op de speciale website KiesBeter.nl.
- De overheid ziet er op toe dat de rechten en plichten van patiënten worden vastgelegd in nieuwe Wet Cliënt en Kwaliteit van zorg.
- Verzorgings- en verpleeghuizen dienen het aantal éénbedkamers uit te breiden.
- De overheid investeert €10 miljoen extra in palliatieve zorg (stervensbegeleiding).
- Iedereen vanaf 60 jaar krijgt recht op een grieprik per jaar, kosten €10 miljoen.
- Het doel van de overheid is binnen enkele jaren 5 000-6 000 extra handen aan het bed te krijgen. Daartoe trekt ze €60 miljoen uit, om onder meer de stage- en carrièremogelijkheden in de zorg te verbeteren.
- De overheid gaat plannen maken om mantelzorgers en vrijwilligers beter te ondersteunen.
- In de bekostiging krijgen burgers een eigen risico. De overheid zegde toe dat mensen die meerjarige onvermijdbare zorgkosten hebben, er financieel niet op achteruit zouden gaan.
- Ziekenhuizen krijgen meer mogelijkheden om zelf te investeren in gebouwen.
- Ziekenhuizen en zorginstellingen krijgen meer mogelijkheden om zelf hun prijzen te bepalen.
- De overheid neemt meer maatregelen om de kosten van ziekenhuizen, geneesmiddelen en AWBZ naar beneden te krijgen.
- Het basispakket van de zorgverzekering wordt uitgebreid met onder andere kortdurende geestelijke gezondheidszorg, de anticonceptiepil, tandartszorg aan 18- tot en met 21-jarigen, extra uren kraamzorg. Totale uitgaven: €204 miljoen.

VRAAG 1.7

Welke mogelijkheden en onmogelijkheden van de zorg zijn te sturen, zo ja door wie?

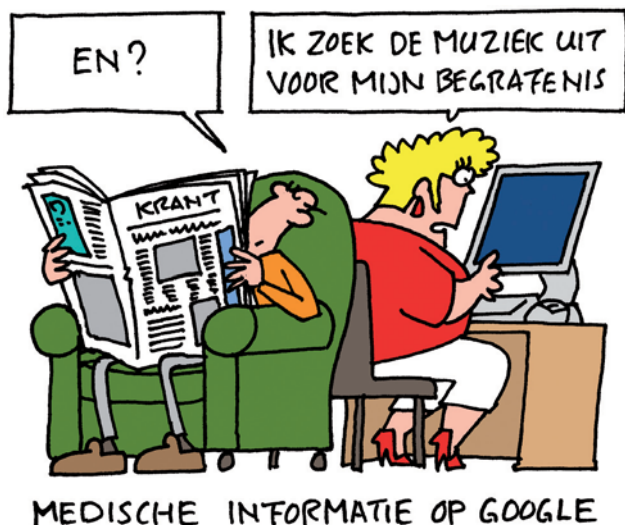
1.3.2 De klant centraal

Eén van de centrale gedachten van de stelselherziening is dat de zorgklant in principe zelf keuzes moet kunnen maken – binnen de grenzen van het door de overheid vastgestelde verzekerbare zorgpakket, en nog even los van het gegeven dat iedereen met voldoende eigen geld in Nederland of in het buitenland nagenoeg alle zorg en behandeling kan en kon kopen die hij of zij nodig achtte. De klant dient centraal te staan. In de praktijk blijkt dat nog niet altijd te werken en blijken er overheidsmaatregelen nodig te zijn om de zorgconsument te beschermen. Omgekeerd kan dit doorschieten naar betutteling. Wanneer bijvoorbeeld komt het moment dat je zelf mag bepalen of je met je leven klaar bent? De overheid trekt daar een grens. In de doelstellingen van praktisch elke zorginstelling is geformuleerd dat 'de patiënt centraal' staat en dat de zorg 'vraaggestuurd' dient te zijn. Wie

bepaalt dat wat in het belang van de klant is? Hij zelf of de medisch specialist?

In de praktijk is vraagsturing maar beperkt het geval. Ten dele komt dat doordat zorgadvisering en zorglevering vaak samengaan: dezelfde persoon die een medisch advies geeft, voert deze vaak ook uit; tegenover deze gespecialiseerde dienstverlening is de klant in het algemeen een leek, en gezien zijn gezondheidssituatie is hij niet altijd in de positie objectief en wilsbekwaam te kunnen oordelen over het aanbod en de gevolgen voor zijn eigen levensperspectief. Dat kan hij vaak nog wel bij een onderhandeling over het invullen van een zorgzwaartepakket, veel moeilijker is dat als het bijvoorbeeld gaat over het inschatten van het persoonlijke risico en de gevolgen van een complexe operatieve ingreep.

Diverse instanties schieten de laatste jaren de zorgklant te hulp bij diens keuze van verzekeraar, ziekenhuis, kliniek of type behandeling, denk aan consumenten- en patiëntenorganisaties. Maar ook op internet krijgt de moderne burger steeds meer mogelijkheden om zich goed te oriënteren op ziektes en behandelmethoden, soms tot schrik (of irritatie) van de professional.



Zorgverleners en verzekeraars verwachten andersom van de klant steeds meer onderhandelingsvaardigheden, alsmede therapietrouw en het strak nakomen van financiële verplichtingen. Voor zorgklanten die deze verwachtingen niet kunnen beantwoorden zijn er gespecialiseerde hulpverleners, bijvoorbeeld ouderenadviseurs, of consulenten voor verstandelijk gehandicapten. Gemeenten kunnen deze adviseurs vergoeden binnen de kaders van de WMO.

VRAAG 1.8

Is vraagsturing hetzelfde als: de klant centraal?

1.3.3 Het nieuwe beeld van de zorg

De overheid probeert ook via de beeldvorming de zorg- en welzijnsinstellingen te stimuleren om zich als een marktpartij te gedragen. Economen onderscheiden sinds jaar en dag de dienstensector van de productiesector, maar de overheid spreekt steeds meer in termen van producten in plaats van diensten: zij koopt 'zorgproducten' in en maakt productieafspraken. Dit taalgebruik spoort met de behoefte om in de begroting en het betaalsysteem te kunnen werken met standaardbouwstenen en pakketten met een vast prijskaartje. In de mate dat de marktwerking vorm krijgt in de zorgsector, zien we daar alle marketingstrategieën en methoden ingang vinden die in de commerciële dienstensector gebruikelijk zijn. Zo verdwijnt ook langzamerhand het begrip 'non-profit' uit het taalgebruik.

Ook al is voorzichtig enige marktwerking ingevoerd, de vraag blijft hoe ver deze doorgevoerd gaat worden. De veronderstelling over marktwerking is dat het de efficiëntie bevordert, maar hoe ver gaat de samenleving daarin? Moeten zwakkeren in de samenleving helemaal niet beschermd worden? Zo ver gaan maar weinig westerse regeringen. Maar waar komt de grens te liggen: wie wel en wie niet?

De achtereenvolgende kabinetten van de jaren negentig en 2000 – Lubbers, Kok, Balkenende I, II, III – zochten naar mogelijkheden om zowel marktwerking en privatisering te stimuleren, als ook naar een betaalbaar vangnet en een 'fatsoenlijk' minimumpakket. Waar we decennialang trachtten iedereen de beste zorg te leveren zonder aanzien des persoons hebben we sinds 2005 een basisverzekering die niet alles meer verzekert wat de patiënt graag zou willen. Wat is redelijke zorg voor iedereen en welke prijs zijn we bereid voor de solidariteit met de zwakkeren in de samenleving te betalen en wat mag een behandeling kosten in vergelijking met de winst in gezonde levensjaren? Momenteel hanteert de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) een richtlijn waarin sprake is van maximaal €20.000 per gewonnen gezond levensjaar. Hoe denken volgende regeringen daarover?

VRAAG 1.9

Wat is het voordeel van het praten in termen van 'producten' in plaats van 'diensten' in de zorgsector?

1.3.4 Ketenzorg en ketensamenwerking

Ketenzorg zal om meerdere redenen in de toekomst van belang zijn. Het is in het belang van een goed behandelingsproces van de patiënt. Maar ook vanuit continuïteit en efficiency is ketenzorg belangrijk. Ter vergelijking: we zouden verbaasd zijn wanneer we een lamp kochten en thuis de stekker niet in het stopcontact blijkt te passen. Of, we raken geïrriteerd wanneer trein en bus niet op elkaar aansluiten. Feitelijk verwachten we ook van de zorgsector dat het hele proces soepel verloopt: vanaf eerste gezondheidsklacht en de eerste afspraak met bijvoorbeeld de huisarts tot aan het ontslag uit het ziekenhuis, maar daarna ook de revalidatie, thuiszorg en afrekening met de zorgverleners en de verzekeraar. Voor elke patiënt horen alle schakels en betrokkenen in het proces bij elkaar en zou hij centraal dienen te staan. Weinig patiënten ervaren dit als zodanig. In feite is het

zorgproces, ook met de voorzichtige marktwerking, versnipperd. Elk specialisme heeft zijn eigen verantwoordelijkheid. Dat vraagt om afstemming. En die is er vaak onvoldoende.

Zowel uit het oogpunt van efficiency als uit het oogpunt van kwaliteit zijn er de laatste decennia op deelterreinen diverse vormen van afstemming ontstaan. Soms had dat de vorm van fusies, soms van strategische allianties tussen zorgleveraars, soms van praktische digitale informatie-uitwisseling tussen partijen onderling, bijvoorbeeld tussen huisartsen onderling, of over de grens van de eigen discipline heen, bijvoorbeeld met apotheek en zorgverzekeraar.

De beperkingen van de ketensamenwerking hebben voor een deel te maken met de opgedeelde verantwoordelijkheden in de zorg. In een ziekenhuis bijvoorbeeld is er niet één persoon of functionaris die verantwoordelijk is voor de gehele ketendienstverlening. Elke specialist heeft zijn eigen verantwoordelijkheid. Veel ziekenhuizen kennen conflicten, vaak tussen de medische staf en het management 'dat zaken wil stroomlijnen'.

Een andere beperking ligt in het feit dat vergaande fusies in strijd zijn met de regels van de marktwerking. Immers, het fuseren tot grote conglomeraten kan er toe leiden dat er in een regio of op een markt geen effectieve concurrentie meer mogelijk is. Als dat het geval is grijpt de Nma in. De zorgkantoren – dat zijn de zorgverzekeraars voor de AWBZ – zijn bij wet verplicht om meerdere zorgaanbieders te contracteren, teneinde de klant keuzemogelijkheden te kunnen bieden.

Een andere beperking is dat, als bijwerking van de marktwerking, instellingen en professionals elkaars concurrent zijn geworden: beiden azen op het budget dat de patiënt te besteden heeft, en dat bevordert ketensamenwerking niet. Zorgzwaartepakketten (zzp's) bijvoorbeeld zijn in eerste instantie bedoeld om efficiënte zorg te kunnen leveren in intramurale situaties. De wet schrijft voor dat één instelling de budgethouder is van het pakket. Daarmee is hij de voorkeursleverancier voor alle onderdelen van het pakket. Nu extramurale zorg ook met zzp's werkt, kan de instelling hiermee de concurrentie letterlijk buiten de deur houden.

**Ketensamen-
werking**

Ketensamenwerking kent ook beperkingen in de privacywetgeving. Persoonsgegevens dienen beschermd te worden; artsen en verpleegkundigen kennen een geheimhoudingsplicht. Dat alles kan botsen met ketensamenwerking.

In hoofdstuk 5 komen we uitgebreid terug op ketenzorg en de vraag hoe je daar vanuit de logistiek naar zou kunnen kijken.

VRAAG 1.10

Welk factoren belemmeren ketenzorg en zorgketens?

1.3.5 Dilemma tussen economie en ethiek

Hoeveel geld hebben we over voor de zorg? Waar leggen we de grens in het zo goed mogelijk zorgen voor elke patiënt of cliënt?

Iedere professional in de zorg hanteert graag het uitgangspunt dat ieder-

een, zonder aanzien des persoons, in principe de best mogelijke zorg dient te krijgen. In de praktijk moet men, gegeven de beschikbare middelen, voortdurend keuzes maken, met als gevolg dat de ene persoon eerder of anders geholpen wordt dan de ander. Maar ook politici maken keuzes, al was het maar bij de jaarlijkse verdeling van budgetten, of bij het vaststellen van de onderhandelingsruimte voor de tarieven van specialisten of de inhoud van het basispakket van de zorgverzekering.

Feitelijk is er een permanent spanningsveld tussen de financiële, de maatschappelijke en de personele doelstellingen van zorgorganisaties en praktijken. Wat goed is voor de financiële situatie van de organisatie staat vaak haaks op het zuiver en alleen leveren van de best mogelijke zorg. Die kan zeer kostbaar zijn. En dat kan leiden tot een verslechtering van de concurrentiepositie of conflicten met de verzekeraar.

Er zit altijd ook een politiek aspect aan de afweging tussen solidariteit en betaalbaarheid. Hoe hoog kunnen de premies van bijvoorbeeld de Zvw of de AWBZ worden voordat burgers en werkgevers gaan morren en politici zetels verliezen?

Medicalisering

Preventie lijkt de beste methode om hoge kosten in de cure-sector te vermijden. Maar preventie leidt ook tot medicalisering van ons leven, en dat is niet zonder meer gewenst. Feitelijk verdient de medicijnindustrie per saldo het meest aan middelen ter preventie zoals de medicijnsoort voor het verlagen van het cholesterolgehalte en aan antidepressiva. Hoe ver moeten we mensen tegen zichzelf beschermen? Is gezondheid meer waard dan geluk? Wanneer wel, wanneer niet?

Elk overheidsbeleid worstelt met een dergelijk dilemma, en maakt daar keuzes in. In de Contourennota van de vernieuwde AWBZ benoemde de overheid een driedubbel doel (2003):

- **Solidariteit** in de vorm van een houdbare AWBZ maar enkel voor de mensen die het echt nodig hebben, gericht op hun maatschappelijke participatie.
- Een betaalbare, fatsoenlijke, basisverzekering waarvan de in- en uitsluitingen alsmede de eigen bijdragen jaarlijks door de politiek worden vastgesteld.
- Grotere eigen verantwoordelijkheid van de burger, met ondersteuning op lokaal niveau.

Uiteindelijk vertaalde de overheid dit in de volgende keuzes:

- Een groter beroep op de eigen draagkracht; dus concreet: minder voorzieningen en met name minder vergoedingen; om dit te bereiken zijn de taken van zorgverzekeraars, AWBZ en WMO herverdeeld.
- Gemeenten kregen de taak om te zorgen voor een **samenhangend stelsel** voor ondersteuning, aangepast aan de lokale situatie en behoeften, voor aanvullende voorzieningen om maatschappelijke participatie en maatschappelijke zorg mogelijk te maken.
- De rijksoverheid garandeert een AWBZ voor de 'onverzekerbare risico's', voor de ernstig chronisch zieken en gehandicapten, met name voor degenen voor wie 24-uurszorg en toezicht nodig is.

Elke zorgverzekeraar streeft naar winst, of tenminste behoud van zijn positie. Dat impliceert in principe zo veel mogelijk premie-inkomsten tegen zo weinig mogelijk claims. Concreet poogt de verzekeraar in de praktijk om aan de uitgavenkant bijvoorbeeld de vergoeding van medicijnen te beperken

tot het goedkoopst-effectieve middel. Maar daarmee gaat de verzekeraar volgens veel artsen op hun stoel zitten.

Ook de professionals worstelen met lastige keuzes. Wanneer tracht je de patiënt te verzoenen met zijn lot en wanneer ga je met hem mee in het aangrijpen van alle mogelijke onderzoeken en therapieën, als je tegelijkertijd weet dat de financiële middelen van het ziekenhuis beperkt zijn en er zo minder overblijft voor andere patiënten of investeringen in betere apparatuur?

Of voor de zorgleveranciers: voor hen is het bijvoorbeeld de vraag hoe ver je gaat in het vergroten van de efficiency als je daarvoor privacy moet aantasten?

Tot slot, als patiënt of cliënt hebben we heel graag als de nood aan de man komt de beste zorg, maar zijn we bereid om bijvoorbeeld een gezondere maar minder aangename levenswijze er op na te houden, of om heel veel premie te betalen?

VRAAG 1.11

Welk ethisch uitgangspunt werkt het meest kostenverhogend?

Samenvatting

1

Hoe is de Nederlandse zorgsector opgebouwd, wie speelt er welke rol, en hoe financieren we in Nederland de zorg?

In de zorg werkt alles anders, hoor je vaak in de sector. Nu geldt dat voor veel sectoren, maar als je iets wilt weten van logistiek in de zorg, moet je weten hoe de sector in elkaar steekt. Welke partijen een rol spelen in de zorg, hoe de zorgsector is georganiseerd, waar de geldstromen vandaan komen, en waar ze heen gaan, wie welke verantwoordelijkheden heeft, dat alles is te lezen in de eerste paragraaf.

Welke rol speelt de overheid en wat houdt marktwerking in de zorg in? In de tweede paragraaf hebben we beschreven wat de belangrijkste uitgangspunten en acties zijn geweest van de overheid in de gezondheidszorg aan het begin van de 21ste eeuw. De belangrijkste elementen van de stelselwijziging kwamen daar aan de orde en de maatregelen en wetgeving waarmee de overheid haar doelen tracht te bereiken. Natuurlijk ging het over marktwerking, maar ook over de kwaliteit en de klantgerichtheid van de zorg.

Wat komt er in de toekomst op de zorg af, en hoe is dit te beïnvloeden? Tot slot hebben we beschreven welke factoren van grote invloed kunnen zijn op de kwaliteit, de houdbaarheid en de toegankelijkheid van ons zorgstelsel in de nabije toekomst. Daarbij hebben we met name gekeken naar de demografische ontwikkelingen, de technologische ontwikkelingen, de samenhang in het stelsel en de vraagsturing. We eindigen dit hoofdstuk met enkele ethische dilemma's waar de zorg steeds voor zal staan.



Maak nu op de website de oefentoets bij dit hoofdstuk.

