

Vergaderjaar 2007–2008

**31 200 XVI**

## **Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2008**

**Nr. 155**

### **BRIEF VAN DE MINISTER EN STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 13 juni 2008

#### **1. Inleiding**

Door de vergrijzing, door het succes van de medisch technologische vooruitgang en door de toename van ongezonde leefstijlgewoontes, stijgt het aantal mensen met een chronische ziekte en hebben mensen vaker meerdere aandoeningen tegelijk. Hieraan het hoofd bieden is een nieuwe uitdaging voor onze gezondheidszorg.

Met deze brief komen wij tegemoet aan de toezegging<sup>1</sup> om u in het voorjaar van 2008 te informeren over het beleid ten aanzien van chronische ziekten.

Allereerst schetsen wij de toename van het aantal mensen met chronische aandoeningen en de consequenties hiervan voor het individu, de zorg en de maatschappij. Vervolgens zetten we uiteen welke ambitie dit Kabinet heeft, welke aanpak wij voorstaan om deze ambitie te realiseren en wat daarbij de rollen van de verschillende partijen in de zorg zijn. Tenslotte beschrijven we welke concrete activiteiten en programma's worden ingezet om de ambitie te realiseren.

Deze brief sluit aan bij de brieven «Koers op kwaliteit. Evaluatie kwaliteitswet zorginstellingen»<sup>2</sup>, «Kaderbrief 2007–2011 – Visie op gezondheid en preventie»<sup>3</sup>, «Multimorbiditeit en ouderenzorg»<sup>4</sup>, «Dynamische eerstelijnszorg»<sup>5</sup>, «Innovatie in preventie en zorg»<sup>6</sup> en «Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: Investeren in de zorgrelatie»<sup>7</sup>. Dat geldt ook voor de «Kaderbrief screening» die u binnenkort zult ontvangen.

#### **2. Toename chronisch zieken en de gevolgen voor het individu, de zorg en de maatschappij**

##### *Toename aantal mensen met een chronische ziekte*

Het aantal chronisch zieken zal de komende jaren sterk stijgen. Ter illustratie staat in onderstaande figuur de verwachte toename tussen 2005 en 2025 van een aantal belangrijke chronische aandoeningen.<sup>8</sup>

<sup>1</sup> TK 2004–2005, 22 894, nr. 62.

<sup>2</sup> TK 2006–2007, 28 439, nr. 18.

<sup>3</sup> TK 2007–2008, 22 894, nr. 134.

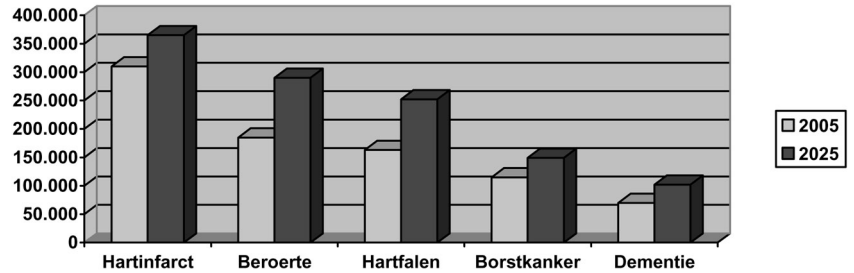
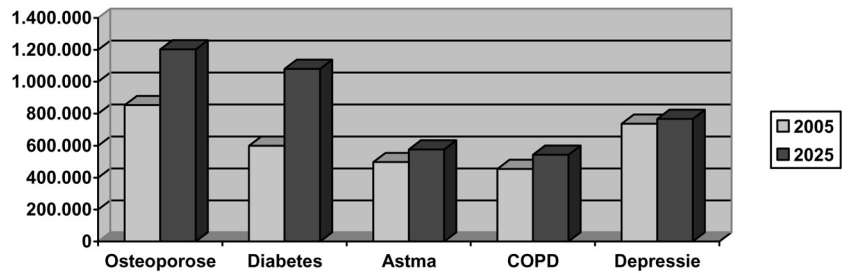
<sup>4</sup> Tk 2007–2008, 29 549, nr. 12.

<sup>5</sup> TK 2007–2008, 29 247, nr. 56.

<sup>6</sup> TK 2007–2008, 31 200 XVI, nr. 116.

<sup>7</sup> TK 2007–2008, 31 476, nr. 1.

<sup>8</sup> Bron: RIVM. Gebaseerd op: «Vergrijzing en toekomstige ziektelast. Prognose chronische ziektenprevalentie 2005–2025», Blokstra A. Verschuren W.M.M. RIVM, 2007, rapportnummer 260 401 004; «Diabetes in Nederland. Omvang, risicofactoren en gevolgen, nu en in de toekomst», Poortvliet M.C., Schrijvers C.T.M., Baan C.A. RIVM, 2007, rapportnummer 260 322 001; [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl) (dementie en depressie).



Deze toename is het gevolg van drie factoren. Allereerst speelt de vergrijzing een grote rol. De stijgende levensverwachting leidt er overigens ook toe dat steeds meer mensen meerdere chronische ziekten tegelijk hebben (co- of multi-morbiditeit). De tweede factor is de medische vooruitgang. Die heeft ervoor gezorgd dat voorheen ongeneeslijke ziekten zoals kanker en hartfalen steeds beter behandelbaar en beheersbaar worden. De derde oorzaak is de negatieve trend in leefstijl zoals te weinig bewegen en te veel en ongezonde voeding, met als gevolg een toename van overgewicht en obesitas.

#### *Gevolgen voor het individu*

Voor de betrokkene zelf is de impact groot als er een diagnose van een chronische aandoening wordt gesteld. In de regel gaat de aandoening immers niet meer weg. Dat betekent dat iemand moet leren omgaan met de aandoening en zijn leven hierop moet aanpassen. Niet alleen voor het individu maar ook voor de omgeving (gezin, sociale verbanden, school, werk) heeft dit consequenties. Uit onderzoek van het Nivel<sup>1</sup> blijkt dat veel mensen door de chronische aandoening beperkingen ervaren in de leef-situatie. Ruim 40% van de chronisch zieken geeft aan dat zij maatschappelijk niet zo kunnen functioneren als zij zouden willen. Problemen op het gebied van werk worden als het meest ernstig ervaren. Bijna 60% van de chronisch zieken ervaart problemen op het gebied van werk en onderwijs. Zij worden belemmerd door lichamelijke beperkingen, pijn, doordat ze niet goed kunnen lopen, of doordat ze snel moe worden.

#### *Gevolgen in de zorg*

Meer chronische aandoeningen in absolute én relatieve zin maakt dat de zorgvraag groter én anders wordt. Nu al wordt het grootste deel van het zorgbudget in Nederland besteed aan chronische aandoeningen. In de toekomst zal dit nog sterker het geval zijn. Mensen met één of meer chronische aandoeningen maken namelijk meer gebruik van de zorg dan mensen die niet chronisch ziek zijn. In de «Arbeidsmarktbrief 2007 Werken aan de zorg»<sup>2</sup> staat beschreven dat er een forse discrepantie tussen vraag en aanbod van zorgpersoneel dreigt te ontstaan. Die discrepantie is niet alleen op te lossen met de inzet van meer arbeidskrachten, maar vraagt

<sup>1</sup> Bron: [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl), ongelijke kansen voor chronisch zieken.

<sup>2</sup> TK 2007–2008, 29 282, nr. 46.

tevens om nieuwe zorgconcepten en innovaties ten aanzien van chronische ziekten. Ook om tegemoet te komen aan de veranderende zorgvraag vanwege verhoudingsgewijs meer aandoeningen die blijvend zijn en waarbij meerdere disciplines structureel betrokken zijn.

### *Maatschappelijke gevolgen*

Goede zorg voor chronisch zieken is allereerst belangrijk voor het bestrijden van persoonlijk leed, maar is ook een investering in menselijk talent. Chronische aandoeningen zijn een belangrijke oorzaak van arbeidsverzuim, arbeidsongeschiktheid of het niet meer kunnen uitvoeren van vrijwilligerswerk of mantelzorg. Zo blijft de arbeidsparticipatie van mensen met een chronische ziekte (34%) sterk achter bij die van de algemene Nederlandse bevolking (69%)<sup>1</sup>. De helft van de mensen met een chronische ziekte heeft een uitkering.

Een hoofddoelstelling van het coalitieakkoord is dat mensen niet aan de kant komen te staan. Inzet van dit Kabinet is daarom een verbreding en verdieping van arbeidsparticipatie en maatschappelijke participatie. Dit willen we als Kabinet niet alleen bereiken door de toename van chronisch zieken aan te pakken, maar ook door mensen die ziek zijn, beter mee te laten doen. Om in de woorden van onze collega minister Donner van Sociale Zaken en Werkgelegenheid te spreken; ziekte en arbeid zijn niet wederzijds exclusief maar kunnen naast elkaar bestaan. Overigens brengt het hebben van een chronische ziekte in veel gevallen ook meerkosten voor de betrokkene met zich mee. Het kabinet wil per 2009 de huidige fiscale regeling voor Buitengewone Uitgaven aan ziektekosten vervangen door een nieuwe regeling die beter toegespitst is op chronisch zieken en gehandicapten. U bent hierover recent geïnformeerd<sup>2</sup>.

### **3. De maatschappelijke ambitie**

#### *Ambitie:*

1. De toename van het aantal mensen met een chronische aandoening afremmen.
2. De leeftijd waarop een chronische ziekte zich voor het eerst manifesteert uitstellen.
3. Complicaties als gevolg van de chronische ziekte voorkómen dan wel uitstellen.
4. Mensen met een chronische aandoening in staat stellen zo goed mogelijk met hun ziekte om te gaan, zodat de best mogelijke kwaliteit van leven wordt bereikt.

Gezien de ontwikkelingen die wij u hebben geschetst, is dit een zeer uitdagende maatschappelijke ambitie. Dit zal een grote inspanning vergen van alle partijen in de zorg; de patiënt/consument, de zorgverleners, de zorgverzekeraars, NGO's, het onderzoeksveld en de overheid. Voor chronische aandoeningen is andere zorg nodig dan voor gezondheidsproblemen die kortdurend, enkelvoudig (waarbij één zorgverlener vaak toereikend is) en minder gerelateerd aan leefstijl zijn.

#### *Ad 1 & 2. Toename aantal mensen met chronische aandoening afremmen en leeftijd waarop aandoening zich manifesteert uitstellen*

Omdat veel chronische ziekten gerelateerd zijn aan leefstijlfactoren, zijn ze (ten dele) te voorkómen of uit te stellen. Hiervoor is allereerst collectieve preventie essentieel; bijvoorbeeld gezondheidsbevorderende maatregelen gericht op de thema's bewegen, roken, alcohol en overgewicht. Deze collectieve preventie kan gericht zijn op de algemene bevolking of op risicogroepen binnen de bevolking. In de recente kaderbrief «Visie op

<sup>1</sup> Bron: Nivel. Patiëntenpanel Chronisch Zieken, Kerngegevens Maatschappelijke situatie 2004.

<sup>2</sup> TK 2007–2008, 29 689, nr. 188.

gezondheid en preventie»<sup>1</sup> heb ik als minister aangegeven wat ik op het gebied van collectieve preventie de komende jaren doe. Een tweede belangrijke stap is het opsporen van personen die nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen. Met geïndiceerde preventie kan bij deze groep het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade worden voorkómen of uitgesteld.

### *Ad 3. Complicaties als gevolg van de chronische aandoening voorkómen of uitstellen*

Hiertoe is allereerst vroegtijdige onderkenning essentieel; als de ziekte eenmaal aanwezig is, moet de diagnose zo snel mogelijk worden gesteld. Verergering of complicaties kunnen vervolgens worden voorkómen met zorggerelateerde preventie. Deze preventie is onderdeel van effectieve zorg waarbij de patiënt centraal staat, die gericht is op de lange termijn en waarin verschillende zorgaanbieders goed samenwerken. Het gaat daarbij niet alleen om zorgaanbieders uit de curatieve eerste- en tweedelijnszorg, maar ook om hulpverleners vanuit de openbare gezondheidszorg, de thuiszorg, de instellingen voor verpleging en verzorging, de geestelijke gezondheidszorg, etc.

### *Ad 4. Zo hoog mogelijke kwaliteit van leven bereiken*

Om mensen in staat te stellen hun chronische ziekte zo goed mogelijk in het leven in te passen en een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven te behouden, is adequaat «zelfmanagement» essentieel. Zelfmanagement kan eraan bijdragen dat mensen met een chronische ziekte maatschappelijk beter kunnen blijven participeren (bijvoorbeeld via werk). Over het onderwerp zelfmanagement is intensief overleg geweest met vertegenwoordigers van patiënten, zorgaanbieders, verzekeraars en het onderzoeksveld.

Met zelfmanagement kan de patiënt de regie over zijn leven in eigen hand houden en mede richting geven aan hoe de beschikbare zorg wordt ingezet. Maar het is ook het nemen van verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid, bijvoorbeeld via een leefstijl die eraan bijdraagt dat de ziekte niet verergert. Toepassen van zelfmanagement veronderstelt dat de patiënt weet wat de ziekte inhoudt, wat de consequenties zijn en wat hij zelf kan en moet doen om de ziekte(complicaties) te voorkómen of beheersen. Hij wordt gemotiveerd en ondersteund door een multidisciplinair zorgteam en krijgt de benodigde kennis en vaardigheden aangereikt via educatieprogramma's. Veel mensen zijn goed in staat adequaat zelfmanagement toe te passen. Bijzondere aandacht zal uitgaan naar de groep patiënten die hiertoe niet in staat is. Overigens is voor adequaat zelfmanagement een gelijkwaardige relatie tussen zorgaanbieder en patiënt én aandacht voor de kwaliteit van leven in de behandelkamer nodig. Partijen in het veld geven aan dat op deze punten veel verbetering nodig is.

## **4. Zorgstandaard als norm**

### *Een programmatische aanpak van chronische ziekten*

Een veelbelovend concept om bovenstaande principes toe te passen, is dat van de programmatische aanpak; ook wel aangeduid met de internationale term «diseasemanagement». De programmatische aanpak stelt de patiënt centraal en voorziet in een zoveel mogelijk sluitende keten van vroegtijdige onderkenning, (geïndiceerde of zorggerelateerde) preventie, zelfmanagement en goede zorg. Deze aanpak kan daarmee zorgen voor verbinding en verbetering op drie essentiële punten:

a) Meer samenhang tussen preventie en curatie.

---

<sup>1</sup> TK 2007–2008, 22 894, nr. 134.

- b) Beter gebruik maken van de mogelijkheden van de chronische patiënt zelf (via zelfmanagement).
- c) Beter afgestemde multidisciplinaire zorg (ketenzorg).

#### *De zorgstandaard als norm*

In de curatieve zorg bestaan landelijke richtlijnen en protocollen. Deze vormen de basis voor verantwoorde en veilige zorg. Overigens zijn deze richtlijnen nog niet op alle terreinen aanwezig of voldoende geïmplementeerd. Daar waar de veiligheid voor patiënten in het geding kan zijn, willen wij de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen stimuleren. Wat we ook willen stimuleren, is de veelbelovende ontwikkeling om deze landelijke richtlijnen en protocollen uit te bouwen naar zorgstandaarden. De zorgstandaard is de basis voor de programmatische aanpak. Deze beschrijft waar goede zorg voor een specifieke aandoening minimaal aan moet voldoen, gezien vanuit het patiëntenperspectief. De zorgstandaard wordt uitgewerkt en vastgesteld door patiëntenvertegenwoordigers en zorgaanbieders. Daarnaast dienen de zorgverzekeraars tenminste betrokken te zijn bij het vaststellen van de standaard. De zorgstandaard bestaat uit bouwstenen zoals vroegtijdige onderkenning, preventie, educatie & zelfmanagement, diagnose, behandeling en begeleiding. De verschillende bouwstenen kunnen verder uitgewerkt zijn in wetenschappelijk onderbouwde (multidisciplinaire) richtlijnen. Aan de standaard worden ketenindicatoren gekoppeld om de resultaten van de zorg te meten.

De zorg volgens de standaard wordt geleverd vanuit multidisciplinaire samenwerking waarin verschillende zorgverleners hun krachten bundelen. De coördinatiefunctie is daarbij duidelijk belegd. De standaard is ook altijd vertaald in een patiëntenversie, zodat het voor de patiënt duidelijk is waar hij recht op heeft maar ook wat hij zelf kan bijdragen. Een zorgstandaard kan, aan de hand van de specifieke zorgvraag van de betreffende patiënt, worden vertaald in een individueel behandelplan. Zo kan ook het benodigde maatwerk worden geleverd aan patiënten met meerdere chronische aandoeningen.

De zorgstandaard omschrijft dus waar goede zorg voor een bepaalde aandoening minimaal aan moet voldoen. Het is echter geen blauwdruk. Er staat bijvoorbeeld niet per se in wie wat moet doen, de standaard biedt daarmee goede mogelijkheden voor taakherschikking. De uitvoering kan passend bij de lokale situatie en met voldoende ruimte voor zorgvernieuwing worden ingevuld.

Voor de aandoening diabetes wordt al enige tijd met een zorgstandaard gewerkt. Voor COPD, cardiovasculaire aandoeningen en depressie zijn deze standaarden in ontwikkeling. Tien diabetes zorggroepen experimenteren momenteel via een ZonMw programma met een diabetes keten-DBC die gebaseerd is op de diabetes zorgstandaard. De zorggroepen hebben met verzekeraars een bepaald bedrag per patiënt per jaar afgesproken waarvoor alle zorg geleverd wordt.

#### *Internationaal*

Ook in andere landen, die dezelfde toename van chronisch zieken doormaken, is er veel belangstelling voor een programmatische aanpak van chronische aandoeningen. Landen als Duitsland, Oostenrijk, Finland, Verenigd Koninkrijk, Ierland, Verenigde Staten en Australië werken met of ontwikkelen disease management programma's. Belangrijk is de kennis die op de verschillende plekken wordt opgedaan uit te wisselen, zodat we van elkaar leren.

### *Initiatieven vanuit de praktijk*

In Nederland komen er vanuit de zorgaanbieders en zorgverzekeraars steeds meer initiatieven die aansluiten bij de programmatische aanpak. Zo is er veel aandacht voor de samenhang tussen preventie en curatie. Er zijn bijvoorbeeld verschillende lokale initiatieven op het gebied van bewegen binnen de zorg, stoppen met roken en depressiepreventie.

Door het land heen ontstaan steeds meer zorggroepen, vooral rondom diabetes. Dergelijke zorggroepen zijn multidisciplinaire samenwerkingsverbanden die passend bij de lokale situatie worden ingevuld.

Uit gesprekken die ik als minister heb gevoerd met vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties en fondsen, blijkt dat ook zij vinden dat de zorg rondom chronische ziekten via het model van disease management georganiseerd moet worden. Overigens moet de mens daarbij centraal staan, niet de ziekte. In een gezamenlijke brief<sup>1</sup> noemen deze partijen als belangrijke voorwaarden onder meer optimale organisatie van de zorg (via coördinatie, invoering van een keten-DBC en zorgregisseur), optimale kwaliteit van zorg (via kwaliteitscriteria binnen zorgstandaarden en inkoopvoorwaarden) en bevordering van zelfmanagement.

Voor diabetes is de programmatische aanpak al het verst toegepast. Daarom staat, ter illustratie van het bovenstaande, de praktijk rondom diabetes hier toegelicht.

#### **Diabetes, een voorbeeld**

##### *Preventie en vroeg opsporen; de «Kijk op Diabetes» campagne*

De landelijke leefstijlcampagne «Kijk op Diabetes» wijst mensen op de risico's van diabetes en stimuleert mensen ouder dan 45 jaar met overgewicht, de diabetesrisicotest te doen. Mensen met een sterk verhoogd risico komen via de huisarts terecht in een «begeleidingsschema». Doel van het begeleidingsschema is om door middel van leefstijl-interventies het daadwerkelijk ontwikkelen van diabetes te voorkomen of uit te stellen. De campagne was een groot succes en wordt met subsidie van ons ministerie voortgezet tot april 2010.

##### *De Nederlandse Diabetes Federatie en de zorgstandaard*

In 1995 is de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) opgericht. De NDF verenigt de bij diabetes betrokken zorgverleners, wetenschappers en mensen met diabetes. De NDF heeft een zorgstandaard opgesteld die op hoofdlijnen beschrijft waaraan goede diabeteszorg – zowel inhoud als organisatie – moet voldoen. De standaard is gebaseerd op wetgeving en op richtlijnen (bijvoorbeeld NDF/CBO-richtlijnen en NHG-standaard) en is zoveel mogelijk «evidence based». De hele keten van zorg is vastgelegd. De standaard beschrijft wat er gedaan moet worden, in functies, en niet wie het doet. De invulling en uitwerking kunnen dus lokaal verschillen. Wel staat de patiënt altijd centraal. De NDF-zorgstandaard biedt, via het meten van prestaties en het vergelijken van uitkomsten, concrete indicatoren om inzicht te verkrijgen in de geleverde zorg.

##### *Multidisciplinaire diabeteszorggroep*

Volgens de NDF-zorgstandaard vereist goede diabeteszorg een multidisciplinaire aanpak. De samenstelling van de diabeteszorggroep kan wisselen. De volgende kerndisciplines zijn in elk geval vertegenwoordigd: een behandelend arts (veelal huisarts), een praktijk-ondersteuner of praktijkverpleegkundige, een diabetesverpleegkundige, een praktijk-assistente en een diëtist. Daarnaast zijn disciplines buiten de diabeteszorggroep benoemd waarmee structurele werkafspraken gemaakt worden: medisch specialisten (onder andere internist, oogarts, cardioloog), podotherapeut, apotheker, fysiotherapeut, maatschappelijk werker en psycholoog. De patiënt maakt als «regisseur» van de eigen aandoening als het ware deel uit van de diabeteszorggroep.

<sup>1</sup> Brief dd. 27 maart 2008 aan minister Klink. Ondertekend door: Nederlandse Diabetes Federatie en Diabetes Fonds, Diabetesvereniging Nederland, Astma Fonds, Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties, Stichting Hart Hoofd en Vaten, Nierpatiënten Vereniging Nederland, Reuma patiëntenbond, Fonds Psychische gezondheid, Landelijk Platform in de GGZ, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie.

### *Meerdere aandoeningen*

In de brief «Een dynamische eerstelijnszorg» heb ik als minister al aangegeven dat een programmatische aanpak van chronische ziekten, vanwege de aanzienlijke kans op co- of multimorbiditeit, bij voorkeur geleverd moet worden in een setting die aan een veelzijdigheid van klachten tegemoet komt. Er moet worden voorkomen dat allerlei doelgroepgerichte subsystemen in de zorg langs elkaar heen werken. De eerstelijnszorg biedt met zijn generalistische insteek hiervoor in beginsel een uitstekende basis. De zorg zal zich ook hier rond de patiënt moeten organiseren.

Gezien de specialisaties die zich hier en daar aftekenen in de huisartsenzorg, ingebed in samenwerkingsverbanden, spelen huisartsen in op de behoeften voor zowel specialistische als integrale zorg. Denkbaar is dat zorggroepen die zich nu nog op bijvoorbeeld alleen diabetes richten, uitgroeien tot zorggroepen die alle grote chronische aandoeningen behandelen en daarmee ook co- en multimorbiditeit kunnen opvangen. Op die manier wordt in de eerste lijn specialistische én integrale zorg gecombineerd.

### *Ouderenzorg*

Veel ouderen hebben één of meerdere chronische aandoeningen en kampen daarnaast ook met leeftijdspecifieke stoornissen zoals vergeetachtigheid, doof- en/of slechthoortheid, incontinentie en mobiliteitsproblemen. Daardoor is vaak sprake van complexe problematiek, wat speciale eisen stelt aan de deskundigheid van zorgverleners. Bij kwetsbare ouderen is integrale zorg met voldoende oog voor de sociale en maatschappelijke kant extra van belang. Om tot goede integrale zorg te komen speelt, ook hier, de geïntegreerde eerstelijnszorg een sleutelrol. Het programma Ouderenzorg dat ik als staatssecretaris heb aangekondigd in de brief «Multimorbiditeit en ouderenzorg»<sup>1</sup>, richt zich op het bereiken van meerwaarde in de zorg voor ouderen. In het beleid ten aanzien van chronische ziekten wordt aangesloten bij dit programma. Ook zal de informatie over consultatiebureaus voor ouderen zoals opgenomen in het – uw Kamer onlangs toegestuurde – visiedocument<sup>2</sup> «consultatiebureaus voor ouderen» alsmede de kennis en ervaringen die wordt opgedaan bij de op dit terrein lopende experimenten bij de uitwerking van deze beleidsbrief worden betrokken.

## **5. Verantwoordelijkheden verschillende partijen bij uitvoeren zorgstandaard**

Zoals gezegd vergt de ambitie een grote inspanning van alle partijen in de zorg. Met de zorgstandaard hebben we een goed instrument in handen om de zorg voor mensen met chronische aandoeningen daadwerkelijk te verbeteren. De zorgverleners en patiënten zijn gezamenlijk overeengekomen dat de zorgstandaard de norm is waar goede zorg minimaal aan moet voldoen. Vervolgens is het zaak dat die standaarden ook daadwerkelijk worden toegepast. Wij zien daarbij de rollen en verantwoordelijkheden van de verschillende partijen als volgt:

### *De patiënt/consument*

De zorgstandaard kan bijdragen aan het versterken van de positie van de patiënt. Patiëntenorganisaties ontwikkelen, samen met zorgaanbieders, de zorgstandaarden. De organisaties moeten namens de patiënt de (zorg)behoeftes expliciet maken en aangeven aan welke voorwaarden voldaan moet worden om zelfmanagement goed te kunnen toepassen.

Via de patiëntenversie van de standaard weet de individuele patiënt waar hij recht op heeft en wat hij zelf kan doen. Daarmee kan hij dus (mede)

<sup>1</sup> TK 2007–2008, 29 549, nr. 12.

<sup>2</sup> TK 2007–2008, 29 389, nr. 9.



richting geven aan hoe de beschikbare zorg wordt ingezet. Maar heeft hij ook een verantwoordelijkheid om via een goede leefstijl zelf bij te dragen aan het voorkómen van verergering en complicaties. De patiënt wordt hierin ondersteund door het multidisciplinaire zorgteam en krijgt de benodigde kennis en vaardigheden aangereikt via educatieprogramma's.

#### *De zorgverlener*

Zorgaanbieders ontwikkelen samen met patiëntenorganisaties de zorgstandaarden.

Van zorgverleners wordt verwacht dat zij kwalitatief goede zorg leveren die aansluit bij de wensen van patiënten, voor een zo scherp mogelijke prijs. Dat betekent dus het leveren van zorg die in elk geval voldoet aan de standaard (de minimumnorm voor goede zorg), die geleverd wordt in goede samenwerking met andere zorgverleners en die uitgevoerd wordt als maatwerk voor de individuele patiënt. Specifieke aandacht is nodig voor het toepassen van zelfmanagement. Voor zelfmanagement is een gelijkwaardige relatie tussen zorgaanbieder en patiënt belangrijk. Ook is aandacht voor de kwaliteit van leven van de patiënt nodig.

#### *De zorgverzekeraar*

De zorgverzekeraars zijn tenminste betrokken bij het vaststellen van de standaard. Zorgverzekeraars willen verzekerden aan zich binden door kwalitatief goede zorg tegen een redelijke prijs in te kopen. Voor chronische aandoeningen geldt dat de zorgstandaard de minimumnorm is voor goede zorg. De verzekeraar zal dus zorgverleners contracteren die zich tenminste hebben verbonden aan de zorgstandaard en die de zorg binnen het multidisciplinaire zorgteam zo goed en efficiënt mogelijk hebben georganiseerd. Daarmee kopen zij dus programmatische, gecoördineerde zorg in op basis van prijs én kwaliteit.

#### *De overheid*

Er is een veranderende zorgvraag. Om de consequenties hiervan op te vangen moeten we de mogelijkheden van het systeem optimaal benutten. Hierin heeft de overheid een verantwoordelijkheid. We willen er daarom voor zorgen dat:

- de (financiële) prikkels van het systeem beter afgestemde multidisciplinaire zorg stimuleren en taakherschikking bevorderen (bijvoorbeeld via keten-DBC's);
- de kwaliteit van de multidisciplinaire zorg verzekerd is, ketenindicators maken dit inzichtelijk en transparant, de Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet hierop toe;
- preventie onderdeel is van het systeem;
- patiënten een stevige rol kunnen spelen en werkelijk centraal staan;
- (patiënt)gerichte innovaties plaatsvinden.

Met de zorgstandaard hebben we het instrument in handen om bovenstaande toe te passen.

Als blijkt dat de zorgstandaarden niet voldoende gebruikt (gaan) worden, zullen we bezien hoe de implementatie van de standaarden bevorderd kan worden. Het Zorginnovatieplatform hebben wij opgericht om een extra impuls te geven aan (patiënt)gerichte innovaties en om succesvolle innovaties breed in te voeren zodat alle patiënten ervan kunnen profiteren.



## 6. Activiteiten

Hierboven hebben we beschreven welke aanpak veelbelovend is om aan de maatschappelijke ambitie ten aanzien van chronische ziekten tegemoet te komen. Wij zien het als onze taak om de partijen binnen de zorg zo goed mogelijk in staat te stellen de ambitie waar te maken. Dit willen we faciliteren door de programmatische aanpak van chronische ziekten te (laten) uitwerken, evalueren en – indien effectief – implementeren.

We willen daartoe initiatieven en innovaties op dit terrein stimuleren. In de brief «Innovatie in preventie en zorg»<sup>1</sup> hebben we al aangegeven dat de veranderende zorgvraag (meer chronische aandoeningen en kwetsbare ouderen) een speerpunt is van het innovatiebeleid en het Zorginnovatieplatform. Ook willen we samenhang brengen in de verschillende activiteiten en laten onderzoeken wat wel en niet bijdraagt aan het realiseren van de ambitie. Als blijkt dat de succesvolle innovaties niet voldoende worden overgenomen in de dagelijkse praktijk, willen we onderzoeken op welke wijze navolging wel plaats kan vinden.

De activiteiten richten zich op de zes (groepen van) chronische aandoeningen uit de preventienota «Langer gezond leven» van oktober 2003<sup>2</sup>. Van deze zes zijn diabetes en depressie in de preventienota «Kiezen voor gezond leven 2007–2010» als speerpunten gekozen. De ambities gelden uiteraard ook voor de andere chronische aandoeningen. Ervaringen met de prioritaire ziekten willen we verbreden naar andere chronische ziekten zodat succesvolle interventies ook daar worden toegepast.

Hieronder lichten we kort toe wat onzes inziens nodig is voor de vier pijlers van de programmatische aanpak: zorgstandaarden, versterken samenhang preventie en curatie, zelfmanagement en beter afgestemde multidisciplinaire zorg. Beschreven staat welke activiteiten (gaan) plaatsvinden. In bijlage 1<sup>3</sup> staan die verschillende concrete activiteiten en programma's kort toegelicht.

Deels gaat het om concrete activiteiten met één specifieke doelstelling en deels gaat het om bredere programma's waarbinnen verschillende activiteiten of experimenten vanuit het veld in samenhang uitgevoerd worden. Daarnaast hebben we het RIVM gevraagd om alle relevante kennis op dit terrein die nationaal en internationaal voorhanden is, te verzamelen en te beoordelen op wat bruikbaar is voor Nederland.

### *I. Zorgstandaarden*

De ontwikkeling en verbetering van zorgstandaarden voor diabetes, hart- en vaatziekten, COPD en depressie wordt gestimuleerd. We willen ervoor zorgen dat de standaarden goed op elkaar worden afgestemd en uiteindelijk voldoen aan een gemeenschappelijk «framework», zodat de organisatie (zorggroepen) en financiering (eventuele keten-DBC's) van de zorg voor verschillende aandoeningen goed op elkaar aansluiten. Dit om versnippering of «subsystemen» in de zorg te voorkomen. De programma-commissie van het ZonMw programma diseasemanagement gaat hiermee aan de slag. Van groot belang is de daadwerkelijke toepassing van de standaarden te bevorderen en te bewerkstelligen dat de standaarden worden geaccepteerd als ondergrens van goede zorg. Dit is een belangrijk aandachtspunt van het Zorginnovatieplatform en binnen het ZonMw programma diseasemanagement en het Nationaal Actieprogramma Diabetes.

### *II. Versterken samenhang preventie en curatie*

Een effectieve manier om de samenhang tussen preventie en zorg te versterken is meer preventie in het basispakket. Onze intentie is om kosten-effectieve preventieve interventies – binnen de daarvoor beschik-

<sup>1</sup> TK 2007–2008, 31 200 XVI, nr. 116.

<sup>2</sup> De zes ziekten(clusters) zijn: 1. Hart- en vaatziekten, 2. Kanker, 3. Astma en chronische longziekten, 4. Diabetes mellitus, 5. Psychische klachten, 6. Klachten aan het bewegingsapparaat.

<sup>3</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

bare budgettaire ruimte – op te nemen in het pakket. Dit vergt een strenge afbakening en zorgvuldige implementatie. Indien geïndiceerd worden dergelijke interventies vergoed voor mensen met een chronische aandoening maar ook voor mensen die nog geen diagnose hebben maar wel risicofactoren of symptomen. Concreet bereiden we, onder voorwaarde van gebleken kosten-effectiviteit, voor de interventies «beweegkuur», «stoppen met roken» en «depressiepreventie» opname in het pakket voor. Ook willen we mogelijk maken dat zorgverzekeraars (een deel van) het jaarlijks verplichte eigen risico van een verzekerde voor hun rekening mogen nemen als de verzekerde deelneemt aan een gezondheidsbevorderend programma. Daarnaast willen we via het ZonMw programma diseasemanagement en het Nationaal Actieprogramma Diabetes innovaties stimuleren op het terrein van preventie binnen de zorg.

### *III. Zelfmanagement*

Om de patiënt werkelijk centraal te stellen en zelfmanagement toe te passen, is allereerst meer kennis nodig over hoe zelfmanagement effectief kan worden ingezet. Meer kennis over de wensen en verwachtingen van patiënten is opgedaan via een onderzoek dat «Anker Solutions» heeft uitgevoerd. We hebben ZonMw aangegeven een substantieel deel van onze bijdrage aan het diseasemanagement programma in te zetten voor experimenten op het terrein van zelfmanagement. Als effectieve zelfmanagement beschikbaar is (educatieve én motiverende interventies), moet dit onderdeel worden van de zorgstandaarden. Het Zorginnovatieplatform zal hier een belangrijke rol vervullen. De Nederlandse Diabetes Federatie krijgt – binnen het Nationaal Actieprogramma Diabetes – de opdracht om een zelfmanagement module voor de diabetes zorgstandaard te ontwikkelen en toe te passen via experimenten. Als blijkt dat zelfmanagement als onderdeel van de zorgstandaarden effectief kan worden toegepast, streven we ernaar dit te gaan vergoeden via het basispakket, binnen de daarvoor beschikbare budgettaire ruimte.

### *IV. Beter afgestemde multidisciplinaire zorg (ketenzorg)*

We willen (laten) onderzoeken of specifieke prikkels – zoals een keten-DBC – leiden tot betere multidisciplinaire samenwerking. Binnen het ZonMw programma Diabetes Ketenzorg werken tien multidisciplinaire diabetes zorggroepen met een keten-DBC diabetes die gebaseerd is op de zorgstandaard. De zorggroepen spreken met verzekeraars een bepaald bedrag per patiënt per jaar af waarvoor alle zorg geleverd wordt. Als blijkt dat hiermee de uitkomsten van zorg verbeteren, overwegen we om ook voor andere chronische aandoeningen keten-DBC's in te voeren. Voor we hierover een beslissing nemen, moet duidelijk zijn wat de (financiële) consequenties zijn van het werken met keten-DBC's voor het systeem als geheel. Ook hier kan het Zorginnovatieplatform een belangrijke rol vervullen. Stimuleren van goede ketenzorg is ook een belangrijk doel van het Nationaal Actieprogramma Diabetes, het Ketenzorgprogramma Dementie, het Nationaal Programma Kankerbestrijding en het Zonmw programma diseasemanagement.

## **7. Tot slot**

Binnen de zorg staan we voor de uitdaging de toenemende en veranderende zorgvraag het hoofd te bieden via preventie en effectieve zorg. Dit vergt een grote inzet en verantwoordelijkheid van alle betrokken partijen. De programmatische aanpak van chronische ziekten is een veelbelovende

en ook volgens het zorgveld wenselijke ontwikkeling die de patiënt ten goede zal komen. Het werkt echter alleen als de vastgestelde zorgstandaarden ook daadwerkelijk worden toegepast.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
A. Klink

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M. Bussemaker