

Vergaderjaar 2005–2006

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 35

BRIEF VAN DE MINISTERS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT EN ECONOMISCHE ZAKEN

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 11 november 2005

Hierbij ontvangt u de kabinetsreactie op de rapporten «Arbeidsproductiviteit en innovatieve kracht in de zorg»¹ van de Interdepartementale Commissie Marktordening (ICM) en «Van weten naar doen» van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ). Beide rapporten gaan in op de rol van de overheid bij het doorvoeren van vernieuwingen en verbeteringen door zorginstellingen. Aanleiding voor het ICM-rapport is de constatering dat de vraag naar zorg de komende jaren zal blijven stijgen, terwijl de beroepsbevolking als gevolg van ontgroening en vergrijzing nog maar beperkt zal toenemen. Beschikbaarheid van voldoende personeel voor de zorg komt hiermee in gevaar. Berekeningen wijzen uit dat bij een onveranderde arbeidsproductiviteit in 2025 ongeveer 20% van de Nederlandse beroepsbevolking in de zorg werkzaam moet zijn om aan de zorgvraag te voldoen. Verhoging van de arbeidsproductiviteit in de zorg wordt gezien als een belangrijke voorwaarde om ook op termijn kwalitatief goede zorg voor een ieder die dat nodig heeft toegankelijk te houden.

De aanleiding voor het RVZ-advies is het algemene gevoel dat verbeteringen in de zorg traag of helemaal niet worden doorgevoerd, waardoor patiënten betere zorg wordt onthouden en mogelijke kostenbesparingen niet worden gerealiseerd.

Het kabinetsbeleid is erop gericht om doelmatigheidsprikkels te bevorderen en belemmeringen te verwijderen uit het zorgstelsel. De beleidswijzigingen die in deze periode zijn ingezet en die met name de komende jaren zijn beslag moeten krijgen komen dan ook in belangrijke mate overeen met wat beide rapporten bepleiten. Dit neemt niet weg dat ook volgens het kabinet er nog veel moet gebeuren. Het komt er nu op aan dat betrokken partijen dit beleid zodanig ter hand nemen, dat het in de dagelijkse praktijk zal leiden tot versnelling van aanmerkelijke verbeteringen in de uitvoering van de zorg, waardoor zowel de arbeidsproductiviteit als de kwaliteit van de zorg toenemen. Hierdoor blijft het mogelijk om toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede zorg aan de patiënt te blijven leveren.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Beide adviezen hebben betrekking op het VWS-beleid met betrekking tot zorginstellingen. Het kabinetsbeleid om de dreigende arbeidsmarkttekorten tegen te gaan is echter een stuk breder. In de laatste paragraaf wordt daar op terug gekomen.

1. Aanbevelingen ICM- werkgroep en RVZ

In beide rapporten wordt geconstateerd dat verbeteringen in de zorg (kwalitatief en/ of productief) wel degelijk plaatsvinden, echter op minder grote schaal dan gewenst.

In het ICM- rapport wordt geconcludeerd dat er weliswaar geen onoverkomelijke belemmeringen zijn voor zorginstellingen om verbeteringen door te voeren, maar dat er blijkbaar onvoldoende prikkels in het zorgsysteem aanwezig zijn om er daadwerkelijk mee aan de slag te gaan. De aanbevelingen in het ICM- rapport richten zich vervolgens op het versterken van dergelijke prikkels in de bekostiging, op concurrentie en op (verplichte) transparantie. De aanbevelingen van de RVZ hebben een bredere scope en hebben ook betrekking op (veranderingen in) de cultuur binnen zorginstellingen en het faciliteren (door de overheid) van verbeteringen.

Het geheel aan aanbevelingen overziend, kunnen er vier clusters worden onderscheiden. Op deze plaats beperkt het kabinet zich tot de hoofdlijnen ervan. Voor de precieze formuleringen en de onderbouwing ervan wordt naar beide rapporten verwezen.

Prestatiebekostiging: om doelmatigheidsprikkels in de zorg te introduceren is het van belang om prestatiebekostiging (in plaats van input-bekostiging) in de zorg te introduceren waar dat mogelijk is.

Toetreding: om de concurrentie in de zorg te vergroten is het van belang dat toetreding op de zorgmarkt wordt vergemakkelijkt. Dit kan bijvoorbeeld door instellingen risicodragend te maken voor kapitaallasten en uitkeerbare winst toe te staan.

Transparantie van kwaliteit: de transparantie van zorg kan worden bevorderd door een set van prestatie-indicatoren te (laten) ontwikkelen, het openbaar maken van scores op deze prestatie-indicatoren en het versterken van de positie van de patiënt.

Cultuur in de zorg: zorgpartijen hebben een grote verantwoordelijkheid in het bevorderen van een zakelijke en niet- risicomijdende cultuur binnen de zorg. De overheid kan hierbij een faciliterende rol hebben.

De ICM stelt dat gezondheidswinst en een betere kwaliteit van leven op dit moment erg moeilijk in kwantificeerbare eenheden uit te drukken zijn. Hierdoor wordt de kwaliteit van zorg niet voldoende meegenomen in de prestatiebekostiging. Het is dus van belang dat zorgpartijen transparant zijn over de kwaliteit van de geleverde zorg in al haar facetten. In beide rapporten wordt transparantie dan ook als een voorwaarde voor een goed werkend zorgstelsel gezien.

2. Kabinetsreactie op het ICM- rapport en RVZ- advies

Het zorgsysteem bevindt zich in een overgangsfase van centrale aanbodssturing naar decentrale vraagsturing. De stelselherziening is bedoeld om ook op lange termijn kwalitatief goede zorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar te houden. De overheid is daarbij verantwoordelijk voor de randvoorwaarden. Zorgaanbieders moeten verantwoorde zorg leveren op basis van de zorgvragen van patiënten, verzekerden en verzekeraars. Prestatiebekostiging, marktprikkels, concurrentie en transparantie over die geleverde prestaties zijn daarbij sleutelbegrippen die ervoor moeten zorgen dat de cultuur in de zorg meer vraaggericht en ondernemend wordt. Zowel het RVZ- advies als het ICM- rapport steunen dit beleid. Zij

tekenen daarbij wel aan dat er door alle partijen nog veel werk verzet moet worden om met elkaar tot een voor de toekomst houdbaar zorgsysteem te komen.

A. Prestatiebekostiging

Cure

Het kabinet heeft maatregelen getroffen om de doelmatigheid, arbeidsproductiviteit en innovatie te bevorderen bij ziekenhuizen. Ziekenhuizen declareren sinds 1 januari 2005 Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). De DBC's leiden tot meer transparantie in ziekenhuizen. Dit geeft ziekenhuizen een beter inzicht in de bedrijfsvoering en biedt daarmee aangrijpingspunten om de doelmatigheid, arbeidsproductiviteit en innovatie te verbeteren.

Het kabinet is het met de ICM-werkgroep en de RVZ eens dat het belangrijk is om – naast het declareren op basis van DBC's – ook de bekostiging van ziekenhuizen grotendeels te baseren op DBC's, ook in het zogenaamde A-segment dat 90% van de ziekenhuiszorg bevat. Daarmee komt een einde aan de huidige systematiek van functiegerichte bekostiging. Ook de suggestie van de ICM om daarbij maximumprijzen te introduceren is volgens het kabinet een interessante optie omdat deze meer vrijheden aan instellingen en zorgverzekeraars geven. Het kabinet heeft het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting (CTG/ZAio) inmiddels gevraagd een uitvoeringstoets te doen naar DBC-bekostiging in het A-segment met vastgestelde (maximum)tarieven. Begin volgend jaar zal CTG/ZAio deze uitvoeringstoets afronden.

De ICM stelt dat vrije prijsvorming in theorie de beste prikkel tot doelmatigheid geeft. Op dit moment is voor circa 10% van de ziekenhuiszorg vrije prijsvorming geïntroduceerd. Zorgverzekeraars onderhandelen in dit zogenaamde B-segment met ziekenhuizen over de prijs en hoeveelheid van deze DBC's. Besluitvorming over mogelijke uitbreiding van het B-segment vindt plaats na de evaluatie van de huidige ervaringen met het B-segment. Naar aanleiding van de motie Schouw (brief van de minister van VWS d.d. 1 juni 2005 inzake periodieke voortgangsrapportage DBC's (29 248, nr. 16)) zal het Kabinet medio 2006 met een evaluatie en een standpunt over de ervaringen met vrije prijsvorming in het B-segment komen. Dat is het moment om te bezien of en op welke wijze uitbreiding van het B-segment in de zorgpraktijk wenselijk en haalbaar is.

AWBZ

Ook ten aanzien van de AWBZ pleiten de ICM-werkgroep en de RVZ voor prestatiebekostiging. Als basis voor de prestatiebekostiging in de AWBZ geeft de ICM-werkgroep de voorkeur aan functies en functieklassen. De ICM-werkgroep geeft daarbij tevens aan dat door hetzelfde bekostigingsprincipe te hanteren bij intramuraal en extramuraal het onderscheid tussen beide zoveel mogelijk opgeheven wordt. Dit zou de innovatieve kracht van de sector ten goede komen.

Het kabinet onderschrijft het belang van het invoeren van prestatiebekostiging in de AWBZ. Voor de extramurale zorg is de invoering van de nieuwe bekostiging op basis van functies al ver gevorderd, maar nog steeds in ontwikkeling. Hierdoor hebben zorgorganisaties meer ruimte gekregen voor innovatieve zorgvormen, zoals de inzet van technische hulpmiddelen die de zelfredzaamheid en/of de arbeidsproductiviteit verhogen.

In de intramurale AWBZ is en blijft de beoogde zorgzwaartefinanciering hierbij het uitgangspunt. Op basis van het tot op heden ontwikkelde systeem voor zorgzwaartefinanciering verkent VWS momenteel een alter-

natief dat zorgt voor een eenvoudig systeem, begrijpelijk is voor de cliënt en aanbieder en voorziet in bekostiging naar zorgzwaarte. Zoals in de brief van 25 maart jl. gesteld (TK 2004 2005, 26 631, nr. 132), zullen de intramurale zorgarrangementen hier in principe de basis voor zijn. De zorgzwaartefinanciering wordt in principe op 1 januari 2007 ingevoerd.

De RVZ signaleert verder dat prestatiebekostiging in de AWBZ mogelijk niet goed uit de verf komt doordat de zorgkantoren niet risicodragend zijn voor de AWBZ-kosten. Dit is onderwerp van onderzoek van het interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) AWBZ waar het kabinet een standpunt over zal innemen nadat het is afgerond.

Aangezien de cliënten in de AWBZ langdurige zorg nodig hebben, is het volgens de ICM-werkgroep van belang dat er prikkels in het nieuwe bekostigingssysteem worden ingevoerd die bevorderen dat de zorg per patiënt ook op lange termijn kosteneffectief is. Vanuit kwaliteitsoogpunt en in het belang van patiënten wordt daar door instellingen al het nodige aan gedaan door zorgplannen te maken. De werkgroep is van mening dat dit nog niet optimaal is en wenst nader onderzoek naar de mogelijkheden die langjarige contracten voor chronisch zieken hierin kunnen bieden. Aangezien de rol van de zorgkantoren onderwerp is van het IBO AWBZ en het aangaan van langjarige contracten nauw samenhangt met deze rol neemt het kabinet een besluit als het IBO is afgerond.

Schotten in de financiering

De RVZ en de ICM-werkgroep zijn van mening dat de schotten in de zorg innovaties remmen. De schotten tussen de compartimenten van de zorgverzekeringen kunnen worden opgelost door de zorgverzekeraar verantwoordelijk te maken voor het gehele genezings- en verzorgingsproces waardoor ze er belang bij krijgen dat de zorg zo goedkoop, efficiënt en kwalitatief hoogwaardig mogelijk wordt georganiseerd. In delen van de Geestelijke Gezondheidszorg wordt hier al aan gewerkt.

Transmurale DBC's kunnen de schotten tussen zorginstellingen verminderen door één instelling/partij zorginhoudelijk verantwoordelijk te maken voor de totale behandeling. De overige zorgverleners nemen dan onderdelen van de behandeling op zich (onderaannemerschap, outsourcing). Voor een aantal groepen patiënten moet dit uiterlijk in 2007 mogelijk gemaakt zijn. Er wordt een experiment opgestart naar de werking van de transmurale DBC diabetes. Op 1 januari 2006 start daartoe een aantal regionale experimenten onder begeleiding van ZonMw, waarna besloten kan worden tot het invoeren van transmurale DBC's voor andere patiëntengroepen.

Verder is het kabinetsbeleid gericht op ontschotting van de intramurale en extramurale AWBZ door het zoveel mogelijk scheiden van wonen en zorg. Naar verwachting zal dit leiden tot meer variatie en keuzemogelijkheden voor zowel het wonen als de zorg. Instellingen gaan immers meer concurreren om de klant, dus zullen rekening (moeten) houden met uiteenlopende wensen.

Een belangrijke stimulans vormt een adequate bekostiging van zorg voor verblijfsgeïndiceerden, die zelfstandig willen blijven wonen. De WMO-brief van 23 april bevat het voornemen om het voor verblijfsgeïndiceerden mogelijk te maken dat het gehele pakket aan zorg dat in het kader van verblijf worden aangeboden, ook buiten de muren van een instelling kan worden aangeboden en bekostigd. De preciese inhoud en vormgeving van een dergelijk «full package» is nog in ontwikkeling.

Een tweede pijler van het kabinet bij de ontschotting binnen de AWBZ is het verblijf te beperken tot mensen zonder regiemogelijkheden danwel

mensen die permanent toezicht nodig hebben. Dit voornemen wordt momenteel uitgewerkt in een invoeringsplan en wordt waarschijnlijk de komende regeerperiode geïmplementeerd. Door deze maatregelen zal voor een relevant deel van de huidige intramurale cliënten in de AWBZ het onderscheid tussen intramuraal en extramuraal feitelijk verdwijnen. Daarmee wordt het intramurale deel opengegooid voor nieuwe, efficiënte aanbieders en wordt meer ruimte geboden voor andere, innovatieve, zorgconcepten, zoals ook de ICM-werkgroep bepleit.

Het kabinet is zich ervan bewust dat door de bestaande financiële schotten, strategisch gedrag van zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet is uit te sluiten. Daarmee kunnen deze als een belemmering om vernieuwingen in de praktijk te brengen, worden ervaren. Echter dit hoeft niet het geval te zijn. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten te allen tijde hun verantwoordelijkheid nemen om doelmatigheid in de zorg te bevorderen. De gereguleerde marktwerking met behulp van ondermeer de Wet Marktordening Gezondheidszorg en de Zorgverzekeringswet zal hen daartoe extra uitdagen.

Onderhoud van de tarieven

De RVZ stelt dat het belangrijk is om het systeem van DBC's tijdig aan te passen in die zin dat bewezen verbeteringen snel worden opgenomen en declareerbaar zijn en obsoleete DBC's komen te vervallen of niet meer vergoed worden. Het kabinet onderschrijft het belang van het onderhoud van de tarieven in de cure en de care en is van mening dat een nieuwe verbeterde werkwijze van instellingen in de loop van de tijd als norm moet worden gehanteerd voor de vaststelling van nieuwe tarieven. Voor andere instellingen wordt het dan noodzakelijk om het productieproces te verbeteren. VWS zal dit bij de wetenschappelijke Advies Raad/ het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en het CTG/ ZAiO onder de aandacht brengen.

Sinds 1 februari 2005 is de WTG aangevuld met de mogelijkheid om een apart tarief te vragen voor experimenten met nieuwe behandelingen. Dit tarief is maximaal 4 jaar geldig waardoor het voor zorgaanbieders aantrekkelijker is om te innoveren. Na de invoering van de WMG komen er meer mogelijkheden voor nieuwe tariefstelling, zelfs voor individuele partijen. Hiertoe kunnen dan voorstellen worden gedaan aan het CTG/ ZAiO.

B. Toetreding

De ICM-werkgroep is van mening dat de productiviteit in de zorg verhoogd kan worden door de toetreding van nieuwe zorgaanbieders te stimuleren. Het uitgangspunt hierbij is een situatie waarbij alle (potentiële) aanbieders gelijke kansen hebben. In de kapitaallastenbrief van het kabinet (Tweede Kamer, verslagjaar 2004–2005, 27 659, nr. 52) staat dat instellingen op termijn risicodragend worden voor hun kapitaallasten. Na het overgangsproces is er met betrekking tot de bekostiging huisvestingslasten sprake van een gelijk speelveld. Ter begeleiding van de transitie is het gewenst dat de overheid kan beschikken over instrumenten die er voor zorgen dat de continuïteit van zorgverlening door het versterken van concurrentieprikkels niet in gevaar komt.

De ICM-werkgroep pleit waar mogelijk voor versnelling van het in de brief genoemde tijdpad.

Het kabinet is daar op dit moment niet voor. Ten eerste omdat een voorwaarde voor integrale tarieven een goed functionerende prestatiebekostiging is zowel in de cure als in de care. Dit heeft nog tijd nodig. Ten tweede wil het kabinet goed nagaan wat de (positieve en negatieve) financiële effecten op instellingsniveau zijn van deze integrale tarieven. Die

effecten zijn het gevolg van de overstap van een instellingsspecifiek kapitaallastenbudget naar een uniform genormeerde vergoeding (reallocatie-effect) en het gevolg van schommelingen in de afzet. Het kabinet vindt het dan ook realistisch de instellingen voor het aanpassen aan deze effecten een acceptabele gewenningsperiode te geven. De gelijksoortige oplossingsrichtingen voor de sectoren cure en care sluiten echter niet uit dat er tussen de sectoren verschillen zijn in maatvoering en tempo van het transitieproces.

C. Transparantie

Beide rapporten hechten, zoals boven al gesteld, veel waarde aan transparantie van de geleverde prestaties in de zorg. Om goede keuzes te kunnen maken is inzicht in zowel de inhoud als de kosten daarvan essentieel. Patiënten en zorgverzekeraars moeten daartoe van zorgaanbieders begrijpelijke en vergelijkbare informatie krijgen over prestaties, de kwaliteit ervan en de prijs. Publieke bekendmaking hiervan werkt concurrentie in de hand. Het kabinet onderschrijft deze noodzakelijke voorwaarde van de vraggestuurde zorg. Dit sluit aan bij het kabinetsbeleid zoals beschreven in het kabinetsstandpunt over ICM-deelrapport Transparantie in de zorg (TK 2004 2005, 29 689, nr. 5).

De zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg. Standaarden, normering, richtlijnen en protocollen hoe te handelen dienen daarom door de aanbieders, in samenwerking met betrokken partijen zoals patiënten en cliëntenorganisaties, opgesteld te worden. Het kabinet beziet momenteel of op het gebied van standaarden en normen voor veiligheid de overheid een meer bepalende en sturende rol zou moeten krijgen. Voor het meten van patiëntenervaringen vindt het kabinet dat die landelijk op een gestandaardiseerde manier moeten worden gemeten.

De voorbereidingen voor het zorgbrede jaardocument maatschappelijke verantwoording, waarin individuele zorginstellingen zich op integrale wijze verantwoorden over o.a. de kwaliteit van zorg, zijn in volle gang. In de care kunnen instellingen zich al twee jaar (2003 en 2004), op basis van vrijwilligheid, verantwoorden met het jaardocument. In de cure heeft over verslagjaar 2004 een pilot plaatsgevonden. Het kabinet streeft ernaar dat de normen die nu voor de care sector worden ontwikkeld vanaf het verslagjaar 2006 opgenomen zijn in het jaardocument. Voor de ziekenhuizen is dat nu al het geval. Vanaf 2006 is iedere zorginstelling verplicht zich aan de hand van het jaardocument te verantwoorden. De jaardocumenten worden jaarlijks gepubliceerd op www.jaarverslagenzorg.nl en zijn daarmee openbaar en voor een ieder toegankelijk.

Om ervoor te zorgen dat patiënten en eventueel hun omgeving hun rol als vragende partij goed kunnen vervullen is het kabinetsbeleid gericht op het versterken van hun positie. Enerzijds door goede keuze-informatie over zorgverzekeraars, zorgaanbieders en mogelijke behandelingen, anderzijds door versterking van de patiëntenorganisaties zodat deze een sterke positie kunnen innemen ten opzichte van zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

D. Cultuur

Beide rapporten stellen het begrip cultuur als belangrijke voorwaarde bij vernieuwingen aan de orde. De ICM- werkgroep en de RVZ zijn van opvatting dat vernieuwingen te weinig en te traag van de grond komen. De zorg kent geen zakelijke cultuur. Er is sprake van risicomijdend gedrag. Om de gewenste vernieuwingen in de zorg van de grond te krijgen is het daarom zaak dat de cultuur verandert.

De ICM-werkgroep gaat er vanuit dat als door de stelselwijziging de randvoorwaarden van het zorgsysteem veranderen, dat dan de cultuur in de zorg op termijn ook zal veranderen. Beide rapporten geven aan dat de huidige bekostigingsystemen innovaties in principe niet in de weg hoeven te zitten, maar dat deze systemen onvoldoende stimulansen daartoe geven. De huidige mogelijkheden zouden beter kunnen worden benut. Instellingen zelf geven aan dat de huidige cultuur remmend werkt op vernieuwingen. De RVZ en de ICM verwachten beide dat als transparantie en onzekerheid over de toekomst gecombineerd met een bekostigings-systeem waarmee nog meer dan nu gedrag gestuurd kan worden, de zorgpartijen wel gedwongen zullen zijn zelf hun cultuur te veranderen. Zij bepalen dan ook zelf hoe zij verantwoorde zorg leveren, hoe zij met elkaar omgaan.

Het blijkt dat vernieuwingen eerder tot stand komen als professionals vernieuwen en verbeteren van hun aanbod leuk vinden en als zij voordelen hiervan zelf kunnen ervaren en houden. Als de hele organisatie betrokken is bij vernieuwingen gaan de veranderingen sneller en beter. Managers moeten daarom de professionals de benodigde ruimte geven. Toezichhouders moeten managers hierop weer aanspreken. Het is daarom van belang dat de cultuur binnen de zorg zakelijker wordt. Dat verantwoordelijkheden worden genomen, dat men elkaar daarop aanspreekt, dat afspraak = afspraak geldt, dat waar nodig informatie wordt uitgewisseld en dat men elkaar vertrouwt.

Het Kabinet hecht veel waarde aan de ontwikkeling van deze noodzakelijke verandering in de cultuur. Daarom zullen partijen waar maar mogelijk aangesproken worden op hun verantwoordelijkheden. Aan de hand van feitelijke vernieuwingsacties met belonen en straffen, kunnen partijen aan de realisatie werken. Dat kan al binnen het huidige zorgsysteem. Met de stelselwijziging wordt de noodzaak alleen maar groter.

Het kabinet is zich er van bewust dat deze noodzakelijke aanpassing van de cultuur voor iedereen geldt die betrokken is bij het zorgproces. Voor bijvoorbeeld de zorginstellingen die kwalitatief goede zorg moeten leveren, voor verzekeraars bij de inkoop van zorg, voor de patiënten bij het meewerken aan genezing en voor de overheid door zich te beperken tot de randvoorwaarden. De overheid kan cultuurverandering ondersteunen door bekendheid te geven aan allerlei goede voorbeelden. De programma's Sneller Beter en Zorg voor Beter zijn alom bekend en werpen hun vruchten af. Om goede voorbeelden sneller te verspreiden is ZonMw een aantal keren de opdracht gegeven hiervoor een speciaal programma op te zetten. Tot nu toe gaat het om ziekenhuizen, dementie, GGZ. Innovatie in de care is in ontwikkeling. Deze programma's zijn bedoeld als een inhaalslag. Uiteindelijk zullen de zorgpartijen ervoor moeten zorgen dat dergelijke vernieuwingen een onderdeel van de dagelijkse praktijk zijn.

3. Afsluitend

Beide rapporten beperken zich hoofdzakelijk tot het VWS-beleid gericht op (de omgeving van) zorgaanbieders op instellingsniveau. Dit is – gezien de complexiteit van de materie – een begrijpelijke keuze, maar dat neemt niet weg dat ook op andere plaatsen aan de onderhavige problematiek gewerkt wordt. Bijvoorbeeld in de eerstelijnszorg waar een modernisering van de bekostiging plaatsvindt (het koppelen van beloning en prestaties), een verbetering van de transparantie (benchmark huisartsenzorg), taakherschikking en het bevorderen van inhoudelijke samenwerking om domeinen te doorbreken.

Verhoging van de arbeidsproductiviteit en een snellere verspreiding van vernieuwingen is beslist noodzakelijk, maar naar de mening van het kabinet onvoldoende om de problemen die op ons afkomen het hoofd te bieden. Ook de komende jaren zullen deze problemen dan ook de nodige aandacht blijven vragen. Zo wordt de toekomstige schaarste op de arbeidsmarkt door het kabinet langs meer wegen aangepakt door mensen te stimuleren meer en langer te werken (verhoging uittredeleeftijd en omvang deeltijdbanen, beperking arbeidsongeschiktheid). Daarnaast wordt beleid gevoerd om de flexibiliteit op de arbeidsmarkt te verhogen waardoor werkgevers beter aan hun personeelsbehoefte kunnen voldoen (onder andere verruiming arbeidstijdenwet).

Door technologische ontwikkelingen en de vergrijzing zal de zorgvraag stijgen. Om dit het hoofd te bieden wordt naast bovengenoemde maatregelen ook beleid gericht op preventie, zelfredzaamheid en de ontwikkeling van nieuwe behandelmethoden en geneesmiddelen. Ook deze maatregelen kunnen de (toekomstige) personeelsvraag beperken. Al dit beleid is niet specifiek gericht op zorginstellingen, echter niet minder noodzakelijk om kwalitatief goede en toegankelijke zorg te blijven garanderen.

Concluderend kan gesteld worden dat het kabinetsbeleid al een heel eind gericht is op de voorwaarden van de noodzakelijke vernieuwingen. De verantwoordelijkheden zijn verdeeld, de vragende en aanbiedende partijen weten wat hen te doen staan, transparantie van de prestaties helpt om vraag en aanbod beter op elkaar te laten aansluiten. Dat is pure winst voor de patiënt. Er is het nodige in gang gezet, maar om toekomstbestendig te zijn zal er nog veel werk verzet moeten worden door alle partijen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst

De Minister van Economische Zaken,
L. J. Brinkhorst