

Vergaderjaar 2012–2013

**32 620**

## **Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

**Nr. 78**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 8 februari 2013

Voor u ligt de gezamenlijke agenda van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Deze agenda bevat in grote lijnen de maatregelen die wij de komende kabinetsperiode zullen nemen. De agenda heeft de titel «van systemen naar mensen» gekregen, want meer dan een opsomming van maatregelen willen wij de beweging en de visie schetsen van waaruit wij de komende periode gezamenlijk zullen opereren.

De kern van de hervormingen in de zorg is dat wij een omslag willen maken van het denken in systemen naar het denken in mensen. Er zijn niet alleen grote verschillen tussen mensen in termen van gezondheid, maar ook in hun sociale omgeving en in de mate waarin zij in staat zijn zelf hun leven in te richten. Hoewel verschillende mensen behoefte hebben aan verschillende zorg krijgen ongelijke gevallen nu vaak een gelijke behandeling.

De ontwikkeling van de zorguitgaven, die al jaren harder groeien dan de Nederlandse economie, maakt ingrijpen in de groei van de zorguitgaven noodzakelijk. De huidige financiële crisis heeft de urgentie om de zorg aan te passen verder vergroot. Dat maakt dat wij bij de maatregelen die wij zullen voorleggen aan uw Kamer ook offers zullen vragen van iedereen die direct of indirect met de zorg te maken heeft. Wij zijn ons er van bewust dat deze gezamenlijke agenda maatregelen bevat die op bijna alle terreinen van de zorg grote gevolgen zullen hebben. Maatregelen die tot onzekerheid bij mensen kunnen leiden. De inhoudelijke keuzes die wij maken komen echter voort uit onze overtuiging dat de zorg voor iedereen toegankelijk en dus betaalbaar moet zijn en dat ook de kwaliteit van de zorg in Nederland nog veel beter kan en moet.

Vanuit de verantwoordelijkheid die wij nemen en de urgentie die wij voelen om de zorg beter en betaalbaar te maken, zullen wij op onze afzonderlijke portefeuilles aanspreekbaar en afrekenbaar zijn. Vanuit onze overtuiging dat een integrale, persoons- en buurtgerichte aanpak de scheidslijn tussen de curatieve zorg en de langdurige zorg en ondersteuning zal doen vervagen zullen wij daarbij meer dan voorheen een aantal gemeenschappelijke projecten ter hand nemen.

De brief is als volgt opgebouwd:

1. Voor welke uitdagingen staan we?
2. Gezamenlijke projecten
3. Maatregelen op het beleidsterrein van de curatieve zorg
4. Maatregelen op het beleidsterrein van de langdurige zorg en ondersteuning en de jeugdzorg
5. Slot

In de twee bijlagen treft u een planningsoverzicht en een wetgevingsoverzicht aan<sup>1</sup>.

## **1. Voor welke uitdagingen staan we?**

### **Het gaat goed met de volksgezondheid ...**

In Nederland is de levensverwachting tussen 2003 en 2008 met meer dan twee jaar gestegen tot 78,3 jaar voor mannen en 82,3 jaar voor vrouwen. Door de toegenomen levensverwachting en gezondheid kunnen we ook langer doorwerken en langer participeren in de samenleving. En ook de gezondheidssector presteert goed. In internationale onderzoeken scoort de Nederlandse gezondheidszorg uitstekend, vooral vanwege de brede toegankelijkheid van de zorg. We hebben een hoge vaccinatiegraad en onze omgeving is veiliger geworden. Er wordt met veel inzet en liefde zorg en ondersteuning geboden, door de vele artsen, verpleegkundigen, verzorgenden en vele andere beroepen in zorg en welzijn. Miljoenen mantelzorgers zorgen voor hun naasten en talrijke vrijwilligers zijn actief. De Nederlandse gezondheidszorg en de Nederlandse samenleving hebben veel te bieden.

### **... maar de kwaliteit van de gezondheidszorg kan omhoog ...**

De verworvenheden uit het verleden nemen niet weg dat er veel werk verricht moet worden om onze gezondheidszorg te verbeteren en houdbaar te maken om er zo voor te zorgen dat de volgende generaties nog een beroep kunnen doen op hoogwaardige en toegankelijke zorg en ondersteuning.

We leven in de meest geïndividualiseerde samenleving ooit. Zorg en ondersteuning moeten daarop worden aangepast. In alle aspecten van het leven is het mogelijk om eigen keuzes te maken. Maar als je ziek wordt of behoefte hebt aan langdurige zorg verdwijnt die keuze en worden mensen nog te vaak gezien als een homogene groep. Dat is ons inziens niet wenselijk. Alle vormen van zorg, dus ook geïnstitutionaliseerde zorg, moeten gedifferentieerd kunnen worden. De menselijke maat kan en moet terug in de zorg. Daarbij moet ook gekeken worden naar of mensen wel echt zorg nodig hebben. Het is lang niet altijd zo dat mensen die ziek zijn, ook echt zorgbehoevend zijn. Mensen kunnen veel meer zelf dan er nu vaak gedacht wordt. Participatie, meedoen in de samenleving, moet een meer prominente plaats hebben in ons beleid en in de praktijk.

---

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

### **... en de betaalbaarheid van de zorg staat onder druk.**

De houdbaarheid van de zorguitgaven staat onder druk. Nu betaalt een doorsnee gezin al meer dan 11 duizend euro per jaar aan de zorg. Bijna een kwart van het inkomen. Stijgen de zorguitgaven net zo door als de afgelopen tien jaar, dan betaalt dit doorsnee gezin in 2040 bijna de helft van het inkomen aan zorg.

Solidariteit is een groot goed. Jong of oud, ziek of gezond, als iemand medisch noodzakelijke hulp of ondersteuning nodig heeft is die hulp voor iedereen toegankelijk. De kosten betalen we op basis van ons inkomen: hoge inkomens betalen meer dan lage inkomens. Maar met de stijgende kosten komt ook de solidariteit onder druk te staan. We zullen dan ook keuzes moeten maken. Want altijd alles voor iedereen betekent ook dat we straks voor iedereen niet meer voldoende kunnen bieden. Daarnaast betekent keuzes maken dat we moeten kijken hoe we de zorg beter én goedkoper kunnen organiseren. Een slimmere organisatie is dan ook een belangrijke uitdaging voor deze kabinetsperiode. Daarnaast ontkomen we evenmin aan versobering van datgene wat we collectief opbrengen.

Alle ideeën om de zorg te verbeteren, meer maatwerk te leveren, de transparantie te vergroten, de betaalbaarheid te verbeteren, dit alles is nog sneller urgent geworden doordat Nederland in een ernstige financieel-economische crisis verkeert. Deze crisis maakte de financiële onhoudbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg meer zichtbaar. Ook wanneer de economie herstelt, zal de economische groei waarschijnlijk op een lager niveau blijven dan in de economisch goede tijden van weleer en zal het aandeel van de zorg verder toenemen. Zonder maatregelen zullen de zorgpremies dan verder oplopen en zal de economische groei (nog verder) afremmen. Als we nu niets doen, zijn veel zwaardere ingrepen in de toekomst onvermijdelijk.

Mensen zullen te maken krijgen met veranderingen in de zorg. Dat is niet altijd gemakkelijk, maar er ligt ook juist een kans om de gezondheidszorg slimmer te organiseren om daarmee te komen tot een systeem dat minder kost en meer tevredenheid oplevert. Tevredenheid bij zowel de mensen die in de zorg werken, als de mensen die er gebruik van maken.

### **De maatschappij verandert ...**

De maatschappij verandert en daarmee verandert ook wat we verwachten van de gezondheidssector. Onder andere de volgende maatschappelijke ontwikkelingen hebben een belangrijke impact op de gezondheidssector:

#### **... preventie wordt belangrijker,**

Onze aandacht richt zich vaak op het beter maken van mensen. Dat is belangrijk. Nog belangrijker is niet ziek worden en niet afhankelijk worden van zorg. Ondanks dat we steeds ouder worden in relatief goede gezondheid, maken we meer gebruik van de zorg. We richten ons leven, net als de inwoners van andere geïndustrialiseerde landen, niet op de meest gezonde manier in. Overgewicht, bewegingsarmoede, roken en te veel alcoholgebruik leiden tot de welvaartsziekten die een groter beslag op de zorg zullen leggen. Vooral het gegeven dat we steeds jonger aan deze welvaartsziekten zoals diabetes, COPD en obesitas lijden, is zorgelijk. Het voorkomen van ziekte moet in alle onderdelen van de samenleving en in alle onderdelen van de zorg prominenter en in samenhang worden ingevuld. Daarbij moet speciale aandacht zijn voor de sociaal economische gezondheidsverschillen. De bestaande sociaal economische gezondheidsverschillen (het verschil in levensverwachting tussen laag- en

hoogopgeleide mannen en vrouwen is 7,3 respectievelijk 6,4 jaar) hebben deels met leefstijl te maken. Het langdurig faciliteren van gezond gedrag op een manier die aansluit bij de leefwereld van de mensen waarom het gaat en het veel beter informeren van deze mensen op een manier die begrijpelijk en toepasbaar is, is cruciaal. Daar waar nodig zal de overheid grenzen stellen.

Preventie is niet hetzelfde als leefstijl. Preventie is veel breder: dagelijks doen vele zorgprofessionals aan preventie in uiteenlopende zin. Gezondheidsbescherming, van voedselveiligheid tot vaccinatie en screening, is vrijwel onzichtbaar, maar cruciaal in het voorkomen van (zeer ernstige) ziekten.

### **... we worden ouder en zijn vaker chronisch ziek,**

Eén van de grote verworvenheden in onze samenleving is dat we steeds meer ziekten steeds beter onder controle hebben. Dodelijke ziekten worden chronische ziekten. Daardoor is zorg voor steeds meer mensen deel van hun dagelijks leven. Onze zorg en ondersteuning zijn daar nog onvoldoende op ingericht. Zo lang mogelijk in je eigen omgeving wonen en zorg in de buurt ontvangen moet het uitgangspunt zijn. Zorg en ondersteuning in de buurt hebben we nu nog niet goed genoeg geregeld en zorg in een instelling kan en moet veel beter. Zorg in ziekenhuizen moet beter ingepast worden in het leven en dagritme van mensen. Zorg en ondersteuning moeten meer aansluiten op het leven van mensen, in plaats van dat alleen zij hun leven inrichten naar de beschikbare zorg. Voor jong en voor oud.

Meer dan op andere terreinen hebben kinderen en gezinnen die afhankelijk zijn van jeugdzorg te maken met teveel hulpverleners, teveel regelingen en een te formalistische benadering. De hulpvraag van ouders en kinderen moet leidend zijn voor de zorg die geboden wordt, niet het beschikbare aanbod. Versnippering en bureaucratie kan worden teruggedrongen door budgetten te ontschotten, gemeenten de jeugdzorg te laten regisseren en professionals meer ruimte te geven om de zorg te bieden die nodig is.

### **... de behoefte aan informatie groeit, informatieparadox,**

Om een oordeel te kunnen hebben over de geleverde zorg is informatie onontbeerlijk. Steeds meer mensen zoeken informatie over hun gezondheid, ziekte en zorg. Die informatie wordt ook steeds meer ontsloten. Er is nog een lange weg te gaan, maar de informatie die we nu krijgen over de kwaliteit van zorg is meer dan we ooit hebben gehad. Maar hoe meer we weten over de kwaliteit van de zorg – het ziekenhuis, het verpleeghuis en de arts en verpleegkundige – hoe meer duidelijk wordt dat er goede artsen en minder goede zijn, dat er goede verpleeghuizen en minder goede zijn. Hier speelt de *informatieparadox*. Het vertrouwen in de zorg kan hierdoor worden aangetast: dacht iedereen, mede door gebrek aan informatie, dat ieder ziekenhuis in Nederland goed en van dezelfde kwaliteit was, steeds meer zal blijken dat daarin grote verschillen zitten. Dat kan leiden tot een afnemend vertrouwen en onzekerheid. Zeker als ook zal blijken dat een ziekenhuis in het ene zorgonderdeel goed is en in het andere zeer matig. Dat er dus ook binnen instellingen grote verschillen kunnen bestaan. Een toenemende transparantie zal onaanvaardbare situaties eerder aan het licht brengen. Deze situaties zullen ook door publieke transparantie bij het brede publiek bekend worden. Ook dit vergroot het inzicht van een individuele patiënt, maar tegelijkertijd de onzekerheid. Het beeld dat er in de zorg van alles mis is, wordt hierdoor versterkt, terwijl in feite de zorg juist beter wordt

doordat er veel sneller en ingrijpender consequenties zijn aan het leveren van slechte kwaliteit.

Ondanks deze informatieparadox is meer openheid en transparantie heel belangrijk voor de verbetering van de zorg en voor het bewust kunnen kiezen van de patiënt en cliënt, de doorverwijzende arts, de inkoopende verzekeraar en de gemeente. De hedendaagse patiënt wil het liefst zo lang mogelijk zelf de regie over het eigen zorgproces, ouderen willen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen wonen, mensen willen weten hoe ze zelf een bijdrage kunnen leveren aan hun gezondheid, wat hun mogelijkheden zijn om ziekte of verergering van een ziekte te voorkomen. Ze willen weten welke keuzes ze hebben als het gaat om screening, om behandelen of juist niet behandelen. Zo kunnen ze zoveel mogelijk regie houden, ook als ze ouder worden of een beperking hebben. Informatie is daarvoor een voorwaarde.

### **... we hebben steeds meer in het medisch circuit getrokken,**

Steeds meer ongemakken en maatschappelijke problemen zijn in de gezondheidszorg beland. Het begrip zorg is opgerekt en omvat steeds meer niet-medische zaken. Hoewel we steeds gezonder zijn, neemt ons beroep op zorg en ondersteuning fors toe. Er wordt daarmee een afhankelijkheid van het medisch circuit gecreëerd, vaak voor langere tijd. De vraag is of deze medicalisering ons heeft opgeleverd wat we ervan verwachtten, of onze levensverwachting of ons levensgeluk erdoor toenemen. De verwachting van waartoe de zorg in staat is en wat de zorg kan leveren is enorm. Daaraan kan in de praktijk niet worden voldaan. Het is zaak goed te definiëren wat we zelf moeten oplossen, waarvoor we zelf verantwoordelijk zijn en waar professionele hulp meerwaarde biedt en het verschil kan maken. Dit geldt zowel voor de langdurige zorg als voor de curatieve zorg en de jeugdzorg.

### **... het onderscheid tussen care en cure vervaagt,**

Het onderscheid tussen de verschillende gezondheidssectoren is niet altijd meer even goed te maken: is het begeleiden van een diabetespatiënt bij het monitoren van zijn suikerwaarden bijvoorbeeld zorg of ondersteuning? Zorg voor chronisch zieken gaat zich meer richten op welzijn dan alleen op de medische aspecten. Ouderen, chronisch zieken en gehandicapten hebben nu al voor de financiering vaak niet alleen te maken met de zorgverzekeraar, maar ook met het zorgkantoor en de gemeente. Voor hun gezondheidstoestand hebben ze vaak nog met veel meer personen te maken, zoals de wijkverpleegkundige, huisarts, medisch specialist, thuiszorgmedewerker, mantelzorger, fysiotherapeut, diëtist, etc. Samenwerking, verbindingen tussen domeinen en organisatie over de grens van domeinen heen is dus essentieel. Zozeer zelfs dat we verwachten dat het onderscheid tussen care en cure steeds verder vervaagt en tenslotte is verdwenen. Het is dus van groot belang dat er meer wordt samengewerkt door de professionals en door de instellingen, gemeenten en verzekeraars.

### **... procesinnovatie in de zorg gaat te langzaam,**

Technologie is niet meer weg te denken uit het leven. Overal gebruiken we technologie om ons te informeren, keuzes te maken, ons leven aangenamer te laten verlopen, en zeker niet laatste plaats om in contact te komen en blijven met anderen. We kopen van alles via internet, stellen daar onze vragen over van alles en nog wat. Maar als we een medische vraag hebben, online een afspraak willen maken of online therapie willen volgen dan is dat vaak niet mogelijk. Procesinnovatie in de zorg verloopt

traag en het gebruik van domotica om langer zelfredzaam te blijven komt moeizaam van de grond, evenals een nuldelijn via internet. Wij willen dit soort innovatie in deze kabinetsperiode daarom een impuls geven.

### **... productinnovatie in de zorg gaat snel,**

Deze trage ontwikkeling en implementatie geldt niet voor productinnovatie. Van oudsher is de motivatie van zorgverleners en onderzoekers om de producten en behandelingen van patiënten te verbeteren groot. Door deze technologische ontwikkelingen kunnen we steeds meer mensen helpen en genezen. Maar daarmee is technologie ook een van de belangrijkste oorzaken van de kostenstijging in de zorg. We kunnen steeds meer en de bijwerkingen en belasting van de behandelingen nemen sterk af. Daardoor doen steeds meer mensen een beroep op behandelingen, ook mensen die eerder, met het oog op de belasting van een behandeling, zo'n behandeling niet wilden.

### **... innovatie is deel van de oplossing,**

De technologische ontwikkelingen bieden ook de gezondheidszorg veel perspectief voor wat betreft innovatie van de processen. Deze mogelijkheden voor de gezondheidssector om aan te sluiten bij de maatschappelijke veranderingen worden nog niet vaak genoeg benut (bijvoorbeeld inzet van sociale media voor het organiseren van ondersteuning). De gezondheidssector is daarmee onvoldoende toegerust voor de toekomst. Innovaties moeten niet alleen bovenop het bestaande komen, als een extra. Innovatie moet worden ingezet in de plaats van het bestaande, om het bestaande te verbeteren, om de gezondheidszorg toekomstbestendig te maken en tegelijkertijd maatwerk te bieden. Kortom om de aansluiting bij de maatschappelijke ontwikkelingen te hervinden.

En hoe langer we wachten, hoe groter dat gat dreigt te worden. Uit allerlei praktijkvoorbeelden spreekt vervreemding. Waarom moeten we naar het ziekenhuis voor een test die ook prima vanuit huis gedaan kan worden? Waarom kan ik mijn huisarts niet via internet bereiken? Waarom heb ik een ClZ-indicatie terwijl mijn wijkverpleegkundige veel beter weet wat nodig is? Patiënt, professional en premiebetaler herkennen zich onvoldoende in organisatie van de gezondheidssector. Ook de gezondheidssector zelf gaf aan in de «agenda voor de zorg» dat verandering nodig is.

### **... moet alles wat kan?**

Een belangrijke ontwikkeling die samenhangt met enerzijds de mondige burger die veel meer kennis heeft van wat er in de zorg beschikbaar is en kan en anderzijds de inderdaad toegenomen technische mogelijkheden, is het heel erg lang doorbehandelen van mensen. Niet omdat de kwaliteit van leven daarmee toeneemt, niet omdat de behandeling nieuwe perspectieven geeft, maar eigenlijk gewoon omdat het kan. Ook het behandelen van mensen met heel veel gebreken door heel veel verschillende medisch specialisten, die allemaal hun uiterste best doen om hun specifieke deel goed te doen, maar waarvan het resultaat voor de patiënt als geheel niet evident is, staat ter discussie. In hoeverre we onze technische mogelijkheden altijd moeten benutten, is een breed thema, een moeilijk thema en een thema dat vooral vanuit de kwaliteit van het leven zal worden benaderd in deze kabinetsperiode.

## 2. Gezamenlijke projecten

Zoals eerder gesteld vervaagt de grens tussen cure en care. Dat betekent dat ook vaker dan voorheen een sectoroverstijgende aanpak noodzakelijk is. Op sommige onderwerpen zal deze kabinetsperiode dan ook intensief worden samengewerkt tussen minister en staatssecretaris om deze agenda gezamenlijk gestalte te geven en de aansluiting tussen curatieve en langdurige zorg te versterken. Hiervoor is ook een samenhangende kennis- en adviesinfrastructuur nodig. Dit vraagt dat we hier nog eens goed naar kijken.

Goede voorbeelden van gezamenlijke thema's zijn:

- a. Gezond opgroeien en ouder worden;
- b. Meer mogelijkheden bij klachten en geschillen;
- c. Meer kennis en goed bestuur;
- d. Verbeteren financiële informatievoorziening;
- e. Geld voor zorg besteden aan zorg.

### *2a. Gezond opgroeien en ouder worden*

Een gezonde leefstijl is primair een taak van mensen zelf. De overheid kan de burger daarbij wel ondersteunen door het geven van goede voorlichting en de gezonde keus de gemakkelijke keus te maken. En ook zorgverleners hebben een rol: dagelijks doen vele zorgprofessionals aan preventie in brede zin.

Maar het effect van alle preventie-inspanningen kan nog groter zijn, nog meer gezondheid opleveren en nog vaker ziekte verminderen. Een breed «**Nationaal Programma Preventie**» geeft focus en legt verbindingen tussen zorgverzekeraars, gemeenten, werkgevers, scholen, sportverenigingen, de voedingsindustrie, patiëntenverenigingen, gezondheidsfondsen en vele anderen. Zij hebben bij de preventie van ziekte immers een belangrijke verantwoordelijkheid. Ook een convenant met verzekeraars over preventie en gezonde leefstijl zal onderdeel zijn van het programma. Eind maart willen wij eerste opzet van het programma naar de Kamer sturen.

Als het gaat om een gezonde leefstijl heeft de overheid voor kinderen een grotere verantwoordelijkheid dan voor volwassenen. Daarom zijn wij voornemens de **minimumleeftijd** voor de verkoop van **tabak** te verhogen. Het wetsvoorstel daartoe ligt nu bij de Raad van State. De beoogde invoering van de wet is 1 januari 2014. Ook voor **alcohol**-verkoop wordt de minimumleeftijd verhoogd naar 18 jaar. Beoogd wordt ook deze maatregel op 1 januari 2014 in te voeren.

Voor ouderen is het verkleinen van de impact van dementie en het bijbehorende zorggebruik van belang. Door cofinanciering van het door veldpartijen ontwikkelde **Deltaplan dementie** dragen wij hieraan bij. Het plan voorziet in integrale registratie van mensen met dementie en een e-healthportal voor allen die betrokken zijn bij dementie. Daarnaast is er een uitgebreid onderzoeksprogramma. Dit programma past goed in het beleid voor de topsector Life Sciences & Health. In april zullen wij u nader informeren.

Door voldoende te **sporten en bewegen** kan iedereen zelf een belangrijke bijdrage leveren aan zijn of haar eigen gezondheid. Bovendien draagt gezamenlijk sporten bij aan de sociale samenhang in buurten en wijken. Sinds 2012 loopt het programma Sport en Bewegen in de Buurt. Er zijn buurtsportcoaches aangesteld in 378 gemeenten en 169 sportimpulsprojecten verspreid over Nederland van start gegaan. Ook in 2013 wordt

ingezet op het realiseren van meer sport- en beweegaanbod waar er lokaal behoefte aan is. Daarbij is er specifiek aandacht voor het bereiken van kinderen met overgewicht. Vanaf 2014 komen er bovendien extra middelen beschikbaar om kinderen uit lage inkomensgroepen te bereiken. Om beter in te spelen op de lokale vraag, moeten buurtsportcoaches kwalitatief goed zijn toegerust. Wij zullen een initiërende en stimulerende rol spelen om de kwaliteit van de buurtsportcoaches verder te verbeteren. Wij gaan samen met het veld opvolging geven aan de aanbevelingen van de Taskforce Belemmeringen.

De **agressie in de sport**, met als dieptepunt de tragische dood van de grensrechter te Almere, heeft eens te meer duidelijk gemaakt dat veilig sporten geen vanzelfsprekendheid is in Nederland. Uit het topberaad is naar voren gekomen dat de betrokken partijen het actieplan «Naar een veiliger sportklimaat» willen intensiveren en versneld gaan uitvoeren. Wij zullen dit waar mogelijk faciliteren. Na het topberaad van 20 maart informeren wij u over de stand van zaken op het gehele terrein van sport.

Maar niet alleen in Nederland, ook op internationaal niveau werken wij aan een betere volksgezondheid. De resistentie tegen **antibiotica** neemt toe en behandelmogelijkheden zullen daardoor in de toekomst afnemen, waardoor infecties niet meer of alleen bij ziekenhuisopname te behandelen zijn. Het is dan ook belangrijk dat er terughoudend wordt omgegaan met het gebruik van antibiotica. Daarnaast moet ook de verspreiding van resistente bacteriën zoveel mogelijk worden voorkomen. Hiervoor is verdere intensivering van het ingezette beleid mogelijk en nodig, zowel in de veehouderij als in de humane gezondheidszorg en zowel nationaal als internationaal. Naast het voorkomen van resistentie en van verspreiding zullen wij in internationaal verband en in samenwerking met de farmaceutische industrie onderzoeken of en hoe de overheid een bijdrage kan leveren aan de ontwikkeling van nieuwe antibiotica. Over de uitwerking hiervan zullen wij u op een later tijdstip informeren.

#### *2b. Meer mogelijkheden bij klachten en geschillen*

Wie klachten heeft moet die kunnen uiten. En geschillen over zorgverlening moeten snel en adequaat beslecht worden. Daar waar er nu drempels zijn om je recht te halen (doordat dit veel geld of tijd kost), willen we die drempels verlagen. Het **wetsvoorstel cliëntenrechten zorg** bevat hiertoe voorstellen. Gebleken is dat de gekozen opzet van het wetsvoorstel veel vragen oproept en weerstand ontmoet. Gegeven het belang van een snelle wettelijke regeling van het klachtrecht willen wij deze kabinetsperiode de vijf belangrijkste onderwerpen uit het wetsvoorstel afzonderlijk een stap verder brengen. Het wetsvoorstel zal daartoe in vijf delen worden geknipt. Dit zijn de onderwerpen klachten en geschillen, kwaliteit, goed bestuur en medezeggenschap en aanpassing van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst en Wet toelating zorginstellingen. Een nota van wijziging met betrekking tot de regeling van klachten en geschillen en de wijziging van de Kwaliteitswet zorginstellingen kunt u in april verwachten. Via afzonderlijke wetsvoorstellen worden u voorts nog dit jaar de onderwerpen goed bestuur en medezeggenschap, en later in deze kabinetsperiode een aanpassing van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst en aanpassing of vervanging van de Wet toelating zorginstellingen voorgelegd.

#### *2c. Meer kennis en goed bestuur*

Wie gebruik maakt van de zorg, moet erop kunnen vertrouwen dat deze zorg van goede kwaliteit is. Primair is dat een verantwoordelijkheid van de sector. Wij verwachten dan ook dat zij deze verantwoordelijkheid pakken.



Op sommige punten willen wij hiervoor wel een basis geven. Om verzekeraars en patiënten/cliënten meer grip te geven op kwaliteit zorgt het Kwaliteitsinstituut voor meer transparantie. Om te garanderen dat ook bestuurders grip houden, komen wij met maatregelen op het gebied van goed bestuur. Speciale aandacht vraagt de invloed van een fusie op de kwaliteit van zorg. Daarom willen wij een zorgspecifieke fusietoets invoeren. Schiet de kwaliteit tekort, dan grijpt de Inspectie in. Het toezicht willen wij de komende kabinetsperiode versterken.

Informatie is een eerste voorwaarde voor het kunnen beoordelen van kwaliteit. Primair bepalen cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars wat goede zorg is. Maar hoewel er de afgelopen jaren goede stappen zijn gezet, verloopt de ontwikkeling van gezamenlijk opgestelde kwaliteitskaders in de praktijk moeizaam en is er nog te weinig aandacht voor doelmatigheid en kwaliteit. Vanaf 1 januari 2013 is het **Kwaliteitsinstituut** bij het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) gestart met het stimuleren van het veld om afspraken te maken over wat goede zorg is en hoe deze gemeten kan worden. Na inwerkingtreding van het wetsvoorstel, dat inmiddels bij de Eerste Kamer ligt, krijgt het Kwaliteitsinstituut doorzettingsmacht zodat het de regie kan overnemen indien veldpartijen hun verantwoordelijkheid niet nemen. Ook worden zorgaanbieders dan verplicht om gegevens over kwaliteit te leveren. Door deze gegevens te publiceren via een nieuwe versie van kiesBeter.nl draagt het Kwaliteitsinstituut bij aan betere keuze-informatie voor patiënten en cliënten, maar ook voor verzekeraars. Het Kwaliteitsinstituut draagt ook bij aan betere informatie over behandelmogelijkheden door lekenversies van professionele richtlijnen te publiceren.

Het bestuur en de toezichthouders van een zorgaanbieder zijn eerstverantwoordelijk voor de keuzes ten aanzien van hun zorgverlening, hun bedrijfsvoering en de beslissingen die in een instelling worden gemaakt. Wij vinden het van belang dat zij daarbij het publieke belang voldoende in het oog houden. Om te waarborgen dat zij dit doen behoeven voor de zorg de regels voor **goed bestuur** zoals opgenomen in het burgerlijk wetboek aanvulling. Binnen verschillende maatschappelijke sectoren zoals zorg, onderwijs en de woningbouw moeten een aantal zaken beter geregeld worden, zoals financieel beheer, rollen en taakverdelingen. Daarbovenop zijn er zorgspecifieke kenmerken die aandacht vragen. Wij sturen daarover in het voorjaar een brief. We hebben de Raad voor Volksgezondheid en Zorg gevraagd hun eerdere advies over goed bestuur te actualiseren.

Fusies van zorginstellingen kunnen goed zijn voor de kwaliteit van zorg, bijvoorbeeld omdat het door een fusie mogelijk wordt om zorg op meer locaties te leveren. Dit is echter niet automatisch het geval. De **zorgspecifieke fusietoets** die wij in willen voeren eist een veel grondigere voorbereiding van de fusie dan tot nu toe het geval was. In het voorstel worden instellingen verplicht alle stakeholders zoals cliënten en personeel te betrekken bij het voornemen tot fusie. Hierdoor wordt een fusie van veel meer kanten beoordeeld en bekeken. Bovendien wordt een concentratie-effectrapportage verplicht. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beoordeelt deze rapportage. Door op deze manier zorgvuldig te kijken naar fusies blijft het evenwicht tussen schaalgrootte, kwaliteit van zorg en zorg dichtbij bewaard. Het Wetsvoorstel continuïteit, fusies en opsplitsing is op 10 mei 2012 voor behandeling naar uw Kamer gestuurd.

Wanneer de kwaliteit van zorg tekort (dreigt) te schieten, komt het **toezicht** in beeld. De overheid heeft een belangrijke taak om het toezicht op de kwaliteit van zorg goed te regelen. Dit toezicht moet gebaseerd zijn op de nieuwe, moderne toezichtsvisie. Deze is in januari 2012 gepubli-

ceerd. Of deze toezichtvisie door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) kan worden uitgevoerd is onderzocht en de resultaten daarvan zullen worden doorgevoerd om een robuuste Inspectie te bouwen, waarop de burger en de zorg kunnen vertrouwen. In februari ontvangt u een brief met de reactie van het Kabinet op de aanbevelingen ter verbetering van het functioneren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Tegelijkertijd moeten we ons realiseren dat de belangrijkste verantwoordelijkheid voor veiligheid en kwaliteit primair bij de sector zelf ligt. Nu ligt er veel focus op de IGZ, terwijl het uiteindelijk de instellingen en zorgverleners zijn die zorg leveren, daarbij al dan niet fouten maken en van deze fouten leren of niet. Wij verwachten dan ook dat zorgverleners, beroeps- en wetenschappelijke verenigingen en instellingen hier hun verantwoordelijkheid nemen. Hier zullen wij hen ook op aanspreken.

De afgelopen tijd bleek dat disfunctionerende artsen soms in het buitenland weer aan de slag gaan als arts. Om er voor te zorgen dat disfunctionerende artsen niet in het buitenland aan de slag kunnen, zal Nederland met omringende EU-lidstaten de lijst met maatregelen (in de volksmond «**de zwarte lijst**») uitwisselen.

#### *2d. Verbeteren financiële informatievoorziening*

Verbetering van de financiële informatievoorziening in de zorg heeft topprioriteit. Zonder adequate, betrouwbare informatie weet niemand waar het goed of fout gaat. Zonder goede informatie weten we niet hoe de zorgkosten van mensen zich gedurende een periode ontwikkelen. Zonder goede informatie kan niemand tijdig bijsturen, maatregelen nemen op het moment dat het moet en goed zicht houden op de ontwikkeling van de zorgkosten. In de curatieve zorg sturen we nu op informatie van twee jaar eerder. Daarmee zijn de mogelijkheden tot tussentijds bijsturen beperkt. Treden toch overschrijdingen op dan wordt dit pas laat gesignaleerd, waardoor de benodigde ingrepen fors zijn dan wanneer in een vroeg stadium ingegrepen zou zijn. Het is derhalve cruciaal dat we hier sterke verbetering bereiken.

Eind 2010 is een VWS-Financiën Taskforce van start gegaan. Over de uitkomsten van deze Taskforce bent u geïnformeerd, maar diepergaande analyses en waarschijnlijk veel ingrijpender maatregelen bleken nodig om het probleem echt op te lossen. We hebben daartoe een vervolgoopdracht gegeven. Specifiek voor de langdurige zorg is het maken van overzichten, gebaseerd op eenduidige definities en cijfers van aantal gebruikers en jaarkosten Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), die periodiek zullen worden geactualiseerd. Een belangrijke pijler daarvoor is de Monitor Langdurige Zorg (voorheen Azoris), die het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) in opdracht van VWS maakt. Ten aanzien van de Zorgverzekeringswet (Zvw) zal worden ingezet op het onder andere veel eerder informatie verkrijgen over de kosten in de ziekenhuizen, de ggz en de eerste lijn. Wij zullen de Kamer periodiek informeren over de voortgang en de te nemen maatregelen. Voor de zomer kunt u een brief over dit onderwerp verwachten.

#### *2e. Geld voor zorg besteden aan zorg*

De alsmaar stijgende zorguitgaven zetten de betaalbaarheid van de gezondheidszorg onder druk. En met de alsmaar stijgende belastingen en premies voor de zorg komt ook de solidariteit onder spanning te staan. Solidariteit die we belangrijk vinden. Om deze solidariteit te behouden zijn

grote veranderingen nodig in hoe we de zorg organiseren. Deze zijn echter lastiger te accepteren wanneer er nog steeds kosten zijn die ten onrechte onder de collectieve financiering worden gebracht. Fraude, verspilling en administratieve lasten worden daarom hard aangepakt.

VWS heeft in 2009 de Regiegroep verbetering zorg**fraude**bestrijding opgericht met deelnemers vanuit de KNMG, IGZ, De Nederlandse Bank, NZa, Zorgverzekeraars Nederland, een verzekeraar, het Verbond van Verzekeraars, het Centrum Indicatiestelling Zorg, het Openbaar Ministerie, politie, FIOD, Inspectie SZW, Belastingdienst en het ministerie van Veiligheid en Justitie. Het doel van deze Regiegroep is het bereiken van ketensamenwerking waardoor de preventie, de opsporing en de aanpak van zorgfraude verbetert. Hier gaan wij de komende kabinetsperiode mee door. Daarnaast heeft de NZa dit jaar extra aandacht voor correct declareren.

Om verspilling in de zorg aan te pakken initiëren wij een Platform **Verspilling** waarin we samen met het veld gerichte acties inzetten om verspilling tegen te gaan. Het Platform wordt gevoed door een landelijk Meldpunt Verspilling. De verwachting is dat dit meldpunt in mei van start kan gaan. Dit voorjaar ontvangt u een plan van aanpak.

Tenslotte zullen we ons blijvend inzetten om de **administratieve lasten** steeds verder terug te dringen. De lopende activiteiten om regedruk te verminderen worden voortgezet en uitgebreid. In samenspraak met instellingen en professionals bezien we waar regels afgeschaft of vereenvoudigd kunnen worden. Daarnaast zullen wij ons inzetten om te komen tot een aanpak op terreinen waar nog veel diversiteit in informativiteit zit. Denk daarbij aan de gestapelde uitvraag van overheid, markt, media, branche- en belangverenigingen en ook de verzekeraars. Wij willen hierbij een agenderende en stimulerende rol spelen, en uiteraard ook bezien waar ondersteuning kan worden verleend, maar de verantwoordelijkheid ligt bij de partijen zelf.

### **3. Maatregelen op het beleidsterrein van de curatieve zorg**

Naast de gezamenlijke prioriteiten zijn er ook prioriteiten per sector. Voor de curatieve zorg gaat het om de volgende drie prioriteiten:

- a. Versterken zelfredzaamheid en positie burger
- b. Slimmer organiseren van de curatieve zorg
- c. Versobering.

#### *3a. Versterken zelfredzaamheid en positie burger*

Van systemen naar mensen heeft primair betrekking op de vrijheid die mensen hebben om hun eigen leven in te richten. Dat is vaak onderschat, maar van onschatbare waarde.

Natuurlijk is iedereen in eerste instantie verantwoordelijk voor het bevorderen van zijn eigen gezondheid en zijn eigen zorggebruik. Er is echter een trend waarbij steeds sneller een beroep wordt gedaan op het medisch circuit en waar mensen steeds afhankelijker worden van de medische wereld. Die trend willen wij keren: wij willen de zelfredzaamheid weer meer centraal zetten. Weer kijken naar wat mensen zelf kunnen voordat een beroep wordt gedaan op de zorg. Zodat mensen naar de drogist gaan in plaats van naar de apotheek, zodat mensen wachten tot een verkoudheid overgaat in plaats van ermee naar de huisarts te gaan. Maar ook dat mensen de mogelijkheid hebben om te sporten, om zo een bijdrage te leveren aan hun eigen gezondheid. Zelfredzaamheid geldt ook binnen de zorg: mensen moeten de mogelijkheid krijgen om de regie en

verantwoordelijkheid te pakken voor hun eigen behandeling. Om keuzes te maken en een behandeling in te passen in hun leven. Toepassingen zoals e-health kunnen hieraan bijdragen.

Niet overal kan iemand zelf verantwoordelijkheid nemen, op sommige zaken hebben mensen zelf geen grip. Soms zijn private initiatieven hier actief. Soms is samenwerking tussen publieke en private partijen (Publiek-Private samenwerking) mogelijk. En soms is bescherming of regulering door de overheid noodzakelijk. Waar mogelijk kiezen we voor de eerste twee opties: vanuit de beroepsgroep werden zelf volumenormen voor borstkankerzorg vastgesteld en de verzekeraars gingen zelf hierop contracteren. En op het gebied van preventie gaan we publiek private samenwerkingsverbanden aan. Daar waar partijen hun eigen verantwoordelijkheid niet pakken kan overheidsoptreden noodzakelijk zijn. Primair leggen we de verantwoordelijkheid echter bij de partijen die direct betrokken zijn.

Een belangrijke maatschappelijke dreiging is de **kostenstijging in de zorg**. Een doorsnee gezin betaalt nu al bijna een kwart van het inkomen aan zorg, wat op zou lopen tot bijna de helft van het inkomen in 2040 wanneer de zorg net zo hard zou blijven groeien als de afgelopen tien jaar. Daarom gaan wij het thema «betaalbaarheid» verder agenderen. Hierbij zullen wij ook telkens de verantwoordelijkheid van de burger tot kostenbeheersing benoemen. Waar nodig krijgt de burger ook de instrumenten om deze verantwoordelijkheid op te kunnen pakken. Zo streven wij bijvoorbeeld naar het meer inzichtelijk maken van de kosten van het eigen zorggebruik door verzekeraars, zodat patiënten meer kostenbewust kunnen zijn. Naar verwachting wordt u in april nader geïnformeerd over de voortgang rond het versterken van **kostenbewustzijn** bij patiënten. Hierbij wordt ook beleid ten aanzien van no show betrokken.

De structurele toepassing van **e-health**toepassingen kan mensen ondersteunen bij het zo goed mogelijk inpassen van de ziekte in het leven en daarbij zo gezond mogelijk blijven (zelfmanagement). Dit geeft mensen de gelegenheid om langer onafhankelijk te blijven. De koepels van patiënten, zorgprofessionals en verzekeraars werken reeds samen aan de Nationale Implementatie Agenda e-health. Deze agenda is aan ons aangeboden en wordt door ons ook op verschillende manieren ondersteund. Zo werkt de overheid bijvoorbeeld mee aan de ontwikkeling en het gebruik van (internationale) standaarden, richtlijnen voor onderzoek naar de toepassing van e-health en ruimte voor e-health in bekostiging. Ook zal ik het gebruik van e-health in de zorg vanaf 2013 jaarlijks gaan monitoren en u daarover in het najaar berichten. De ontwikkelingen moeten echt nog veel sneller gaan. Met vereende krachten moeten we werken aan een gezondheidszorg waar arbeids- en kostenbesparende technologieën zoals e-health een significante rol spelen. Alleen op die manier kunnen we, bij de toenemende vraag naar zorg, een toekomstige verschraling van zorg voorkomen.

Een belangrijke voorwaarde voor gezondheid is dat de producten die men koopt en de ingrepen die mensen ondergaan veilig zijn. Het ministerie van VWS is verantwoordelijk voor voedsel- en productveiligheid. Het hoge niveau dat hier is bereikt, willen wij behouden. Maar door veranderende omstandigheden vragen sommige sectoren om aanvullend beleid. In ieder geval op het gebied van medische hulpmiddelen en de cosmetische sector is extra inzet tijdens deze kabinetsperiode noodzakelijk.

Van **medische hulpmiddelen** wordt verwacht dat ze veilig zijn. Helaas heeft de praktijk de afgelopen jaren bewezen dat dit niet altijd het geval is. PIP-implantaten, metaal-op-metaal heupen en de geleidingsdraden van

sommige implanteerbare cardioverter defibrillatoren (ICD's) lieten zien dat niet-functionerende hulpmiddelen gebruikers ernstig kunnen duperen. De afgelopen jaren zijn er reeds verbetertrajecten voor de regelgeving rond de markttoelating van medische hulpmiddelen opgezet. De Europese Commissie heeft een nieuwe verordening medische hulpmiddelen vastgesteld en de voormalig Eurocommissaris Dalli presenteerde een actieplan. Nederland zal zich inspannen om dit actieplan te realiseren. Daarnaast zullen wij ook een stap verder zetten. Zo starten wij dit jaar met een pilot om te komen tot het implantatenregister. Een implantatenregister draagt bij aan een snelle en adequate opsporing van mensen met een niet naar behoren functionerend implantaat. Zo kan (ernstige) gezondheidsschade voorkomen worden.

Ook op het gebied van de **cosmetische sector** is nader ingrijpen gewenst. Veel van deze ingrepen, zoals borstoperaties en het gebruik van injectables, brengen risico's met zich mee. Uit incidenten in het verleden is gebleken dat mensen zich onvoldoende bewust zijn van deze risico's. Wij vinden het belangrijk dat mensen goed worden geïnformeerd voordat ze een cosmetische ingreep ondergaan. Bovendien zien we dat er geen volledig dekkend wettelijk kader voor de cosmetische sector bestaat. Veel wetten gericht op de volksgezondheid zijn wel ten dele van toepassing op de cosmetische sector, waardoor de IGZ ten dele en voor bepaalde onderdelen de NVWA toezicht kan houden. Zo kan de Wet BIG van toepassing zijn op plastisch chirurgen, de Kwaliteitswet zorginstellingen op particuliere klinieken, de Geneesmiddelenwet op Botox en de Warenwet op tatoeages en piercings. Wij bekijken momenteel op welke punten de wetgeving aangepast moet worden om mensen beter te beschermen tegen onverantwoorde risico's. Daarnaast zal de professionalisering van de sector gestimuleerd worden. U zult in het voorjaar geïnformeerd worden over de te nemen maatregelen.

### *3b. Slimmer organiseren van de curatieve zorg*

De mogelijkheden in de curatieve gezondheidszorg nemen snel toe. We kunnen steeds meer mensen helpen en genezen. We herkennen meer ziekten en er zijn meer behandelingen beschikbaar. Maar technologie maakt het ook mogelijk dat zorg op een totaal andere manier aangeboden kan worden dan voorheen. Behandelingen kunnen bijvoorbeeld dichtbij huis geleverd worden in plaats van in het ziekenhuis, e-consulten worden mogelijk en diagnostiek gebeurt met kleine apparaten of strips die in iedere huisartsenpraktijk passen. De mogelijkheden die er zijn om de zorg anders te organiseren worden echter nog maar op beperkte schaal toegepast.

We moeten de zorg echt anders organiseren dan we nu doen. Gewoon omdat de kwaliteit erdoor veel beter wordt en het geld beter wordt besteed. Veranderingen zijn onontkoombaar wanneer we tegemoet willen blijven komen aan de stijgende zorgvraag zonder kwaliteit in te leveren. Door een andere organisatie van de zorg die meer aansluit bij wat mensen willen, respecteer je veel meer hun onafhankelijkheid en vrijheid om zelf keuzes te kunnen maken. Van systemen naar mensen.

De organisatie van de curatieve gezondheidszorg moet er over vier jaar dan ook echt anders uitzien dan nu. Steeds meer zorg zal dichtbij worden georganiseerd. Voor de curatieve zorg betekent dat een grotere rol voor de huisarts. Bovendien zullen streekziekenhuizen, maar ook nieuwe eerste lijnscentra en anderhalve lijnscentra, zich specialiseren in basismedische zorg en in de medisch specialistische chronische zorg (deconcentratie van zorg). Hiertegenover staat dat de complexe medisch specialistische zorg wordt geconcentreerd in die ziekenhuizen die de routine, de kennis, de

ervaring en de apparatuur hebben om de kwaliteit van deze zorg sterk te verbeteren. Ook hier snijdt het mes aan twee kanten: betere kwaliteit tegen lagere kosten. De apparatuur wordt immers intensiever gebruikt en er zullen minder complicaties en hersteloperaties zijn.

In 2006 is het nieuwe zorgverzekeringsstelsel ingevoerd. De basis voor een nieuwe zorgverzekering is gelegd. Het komt nu aan op het **goed laten functioneren van het stelsel**. Verzekeraars, zorgaanbieders en verzekerden krijgen daarom meer mogelijkheden om hun rol goed in te vullen. Voor verzekeraars betekent dit dat ze de zorginkoop goed op orde hebben, dat ze volledig risicodragend worden en dat ze kwaliteit transparant maken. Verzekerden krijgen het benodigde inzicht in kwaliteit en prijsverschillen tussen zorgaanbieders en verzekeraars. Zorgaanbieders krijgen meer mogelijkheden om nieuwe, betere en goedkopere zorgvormen het licht te laten zien. Een toename van transparantie en kwaliteitsinformatie zal er bovendien voor zorgen dat we weten wie goede zorg verleent en wie niet. Zowel patiënten als zorgverzekeraars zullen op basis van de toegenomen informatie kiezen om zorgverleners die onder de maat presteren minder of niet meer te bezoeken of te contracteren. Dit zal leiden tot betere én meer betaalbare zorg.

Deze veranderingen zijn niet vrijblijvend: de organisatorische maatregelen die we in samenspraak met de sector nemen om de zorg beter te organiseren moeten ervoor zorgen dat de groei van de curatieve zorguitgaven deze kabinetsperiode **1,6 miljard** lager uitvalt. En de maatregelen zullen ook niet altijd zonder pijn gaan: een complexe operatie vindt straks misschien niet meer in het dichtstbijzijnde ziekenhuis plaats. En voor bepaalde diagnostiek kan je dadelijk misschien alleen nog bij de huisarts terecht en niet meer in het ziekenhuis. Het doel is echter altijd een combinatie van hoge kwaliteit en betaalbaarheid.

De opgaven waarvoor we staan in de curatieve zorg zijn te groot voor de overheid om dit alleen te kunnen. We hebben de hulp van het hele zorgveld nodig. We willen de veranderingen bij voorkeur ook niet met wetten en regels afdwingen: een oplossing samen met de sector zorgt immers voor een beter resultaat en een breed draagvlak. Met de Hoofdlijnenakkoorden is de basis voor de gewenste omslag reeds gelegd. Samen met de mensen die in de zorg werken. Deze lijn, waarbij we akkoorden sluiten over kwaliteitsverhoging én kostenbeheersing, willen wij voortzetten.

In principe willen we de kostenstijging in **akkoorden** met de eerste lijn, de tweede lijn en de geestelijke gezondheidszorg (ggz) verder beperken en de kwaliteit laten stijgen. Deze akkoorden zullen in samenhang worden gezien. Wanneer er meer zorg in de eerste lijn wordt verricht, hoeft er minder zorg in de tweede lijn verleend te worden. Extra wijkverpleegkundigen zijn nodig om de zorg in de buurt te versterken. Zo bevorderen we dat meer zorg dicht bij de mensen thuis wordt geleverd. Door invoering van integrale bekostiging wordt de ziekenhuiszorg nog maar vanuit één kader betaald. Door integrale bekostiging worden de belangen van instelling en specialist zoveel mogelijk op één lijn gebracht, wat zal leiden tot een kostenbesparing. Om kostenbeheersing te garanderen blijft de inzet van het macrobeheersingsinstrument mogelijk als stok achter de deur.

Binnenkort starten wij de onderhandelingen met de eerste lijn over een nieuw akkoord. Daarbij zullen we ook kijken naar een wijze van bekostiging die samenwerking stimuleert en ruimte biedt om zorgverleners te belonen voor gezondheidsuitkomsten. Met de tweede lijn starten wij de onderhandelingen over een nieuw akkoord eind 2013. Wij hebben

bovendien de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd om een uitvoeringstoets met betrekking tot de integrale bekostiging van de medisch specialistische zorg.

De doelen voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) sluiten zoveel mogelijk aan bij de doelen voor de somatische zorg. Daartoe wordt in 2015 de huidige langdurige ggz van de AWBZ overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Ook in de ggz zullen eind 2013 de onderhandelingen over een nieuw Hoofdlijnenakkoord starten. Daarnaast gaan wij in overleg met zorgaanbieders in de eerste en tweedelijns ggz over alternatieven voor de eigen bijdrage binnen het budgettaire kader ggz. U ontvangt daarover bij de Voorjaarsnota 2013 bericht.

Ook in de spoedeisende zorg is een omslag noodzakelijk. Te vaak worden klachten behandeld op de spoedeisende hulp afdelingen van ziekenhuizen, die ook door huisartsen op huisartsenposten behandeld zouden kunnen worden. Dat is slecht voor de kwaliteit van zorg (het leidt tot overbehandeling) en is onnodig duur. Daarom wordt ingezet op het integreren van huisartsenposten met spoedeisende hulpposten bij ziekenhuizen zodat er altijd eerst huisartsgeneeskundig kan worden beoordeeld welke hulp noodzakelijk is. Verzekeraars komen binnenkort met een plan van aanpak over een andere organisatie van de spoedeisende zorg.

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het **inkopen** van goede zorg tegen een goede prijs. Deze rol van bewaker van zowel de prijs als de kwaliteit van zorg willen wij versterken. Daartoe worden verzekeraars volledig financieel verantwoordelijk voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) door de ex post mechanismen in de risicoverevening, die de laatste jaren al aanzienlijk zijn afgebouwd, volledig af te schaffen. Bovendien krijgt de zorgverzekeraar meer mogelijkheden voor selectieve contractering. Een wetsvoorstel voor aanpassing van art. 13 Zvw ligt reeds in de Tweede Kamer. Dat wetsvoorstel voorziet ook in een verbod op verticale integratie (bijvoorbeeld het opkopen van een ziekenhuis door een zorgverzekeraar). Het is van groot belang om te kunnen kiezen dat burgers kunnen zien welke zorgaanbieder wel en welke zorgaanbieder niet is gecontracteerd. Daarom wordt in ditzelfde wetsvoorstel geregeld dat zorgverzekeraars zes weken voor het verstrijken van de jaarlijkse opzegdatum (31 december) publiceren met welke aanbieders contracten zijn gesloten. Doen ze dit niet dan heeft een verzekerde die naar een niet gecontracteerde aanbieder gaat recht op volledige vergoeding van de gemaakte zorgkosten. Zoals de commissie-Baarsma ook aangaf is ook voor zorgaanbieders inzicht in de contractering van belang. Verzekeraars moeten daarom tijdig en helder publiek maken op welke criteria ze inkopen, zodat zorgaanbieders vooraf beter weten waar zij aan toe zijn.

**Transparantie over kwaliteit** is essentieel om goede keuzes te kunnen maken. Keuzes door patiënten – om te bepalen in welk ziekenhuis ze behandeld willen worden, bij welke verzekeraar ze zich willen verzekeren of welke behandeling ze willen ondergaan. Maar ook keuzes door zorgverzekeraars. In principe moeten zorgverzekeraars inkopen op zowel kwaliteit als prijs. Zijn gegevens over kwaliteit niet beschikbaar, dan gaan onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars al snel alleen over de prijs. En dat terwijl het contracteren op kwaliteit minimaal net zo belangrijk is. Er is in de praktijk sprake van veel overbehandeling en praktijkvariatie. Dat is ongewenst en moet worden tegengegaan. Hoewel de afgelopen jaren goede stappen zijn gezet, verloopt de ontwikkeling van kwaliteitskaders in de praktijk moeizaam en is er nog te weinig aandacht

voor doelmatigheid en verantwoording over kwaliteit. Het Kwaliteitsinstituut zal eraan bijdragen dat de benodigde informatie wel beschikbaar is.

Het wordt voor ziekenhuizen steeds moeilijker om voldoende geld te verkrijgen voor benodigde investeringen, onder andere doordat banken terughoudender zijn geworden met het verstrekken van leningen door de crisis en de toegenomen risico's. Wij willen ziekenhuizen minder afhankelijk maken van banken en meer financiële lucht geven. Daarom willen wij het verbod op **winstuitkering** opheffen. Zo krijgen aanbieders van medisch specialistische zorg de mogelijkheid om risicodragend (eigen) vermogen aan te trekken van private kapitaalverschaffers, zoals pensioenfondsen. Hiermee worden ziekenhuizen in staat gesteld de kwaliteit, dienstverlening en doelmatigheid van de zorg te verbeteren zonder dat een premieverhoging nodig is. Dat komt ten goede aan de patiënt. Wel stellen wij eisen aan het uitkeren van winst om zo kortetermijn-investeerders af te schrikken en de publieke belangen te beschermen. Een wetsvoorstel ligt reeds in de Tweede Kamer. Een nota van wijziging wordt in februari aan de Kamer gestuurd.

De betaalbaarheid van de zorg is niet de enige uitdaging. We hebben straks ook **niet meer voldoende personeel** om aan de groeiende zorgvraag te voldoen. Werkten er in 1970 nog 385 duizend mensen in de zorg- en welzijnssector, inmiddels zijn dat er bijna 1,4 miljoen. Dat is 1 op de 5 werkende Nederlanders. Tussen 2000 en 2010 is het personeelsbestand in de zorg en welzijnssector zelfs met 40% toegenomen. Een dergelijke groei is op de lange termijn niet vol te houden. In andere sectoren van de economie is immers ook personeel nodig.

Willen we toch voldoen aan de groeiende zorgvraag dan moet de zorg een radicale omslag maken, dan moeten we de zorg echt drastisch anders gaan organiseren. **Technologie** kan hierbij een belangrijke rol spelen. Door bijvoorbeeld ICT op een veel grotere schaal in te zetten («**e-health**»), kunnen we voldoen aan de toenemende zorgvraag zonder extra inzet van geld en personeel.

Innovatieve medische producten kunnen bijdragen aan de betaalbaarheid (en kwaliteit) van de zorg. Regelmatig leidt innovatie echter tot het duurder worden van de zorg. Met de **topsector Life Sciences en Health** zetten wij in op oplossingen voor de kostenstijging in de zorg alsmede op het dreigende personeelstekort. Door de directe koppeling van innovatie en betaalbaarheid worden innovaties ondersteund die ook daadwerkelijk de kostenstijging in de zorg kunnen beperken.

Voor de vernieuwing in de zorg is het cruciaal dat er ruimte is voor nieuwe initiatieven. Dat kunnen nieuwe toetreders zijn, maar ook bestaande aanbieders die **innoveren**. Wij zijn extra scherp op de ruimte voor vernieuwing, ook als dat betekent dat plaats moet worden gemaakt door bestaande aanbieders.

Om de kennis en kunde van de professionals maximaal tot bloei te laten komen, moeten zij de ruimte hebben om hun vak goed te doen. Zij moeten niet worden gehinderd door onzinnige administratieve rompslomp en worden beloond naar de kwaliteit van zorg die ze leveren. In de zorg werken ook vele vrijwilligers. Mensen met levenservaring die onmisbaar zijn voor de warmte en menselijkheid in zorginstellingen zoals ziekenhuizen. Hen betrekken en ruimte geven hun werk goed te doen, waardering en betrokkenheid, houdt hen gemotiveerd voor dit belangrijke werk.



**Administratieve lasten** willen wij in samenspraak met het veld minimaliseren. Voor de huisartsenzorg hebben de LHV en het Capaciteitsorgaan onderzoek uitstaan. Op basis van de uitkomsten hiervan bezien wij medio 2013 in overleg met zorgverzekeraars en -aanbieders welke concrete stappen gezet kunnen worden. Actal heeft onderzoek gedaan naar administratieve lasten voor verpleegkundigen. Veel van deze lasten worden niet door de Rijksoverheid veroorzaakt, maar door onvoldoende ondersteuning bij de uitoefening van hun beroep vanuit de eigen organisatie. Dit onderzoek wordt breed onder de aandacht gebracht met het verzoek op eigen terrein de administratieve lasten te reduceren.

De zorgvraag is leidend voor een efficiënte en effectieve inzet van beroepsbeoefenaren en daarmee voor de juiste persoon op de juiste plek. Met ontwikkelingen als concentratie en overheveling van zorg van de tweede naar de eerste lijn wordt de behoefte aan meer routinematige zorg door adequaat opgeleide beroepsbeoefenaren (bijvoorbeeld de physician assistant en de verpleegkundig specialist) nog meer pregnant. **Taakher-schikking** (het structureel herverdelen van taken en bevoegdheden tussen verschillende beroepsbeoefenaren) levert hieraan een bijdrage. De toekomst van de beroepen- en opleidingenstructuur wordt hierop aangepast.

Helaas worden professionals soms gehinderd in de uitvoering van hun baan. Nog veel te vaak krijgen zij te maken met geweld. **Agressie en geweld tegen zorgverleners** zijn onacceptabel en moeten worden teruggedrongen. Om die reden is in maart 2012 het Actieplan «Veilig werken in de zorg» opgesteld met sociale partners in de zorg en de ministers van Veiligheid & Justitie en Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Afgelopen periode is ingezet op het mogelijk maken van anoniem aangifte doen en het zwaarder straffen van de daders. De komende periode wordt ingezet op maken van beleid en vaststellen van normen per branche, opdat de aangiftebereidheid onder zorgverleners wordt verhoogd. Hiermee staat het Openbaar Ministerie sterker bij de opvolging van aangiftes. Daarnaast is het belangrijk dat (aankomende) medewerkers worden geschoold om agressie en geweld te voorkomen danwel te de-escaleren.

### *3c. Versobering*

Medisch noodzakelijke zorg die niet voor eigen risico en rekening te dragen is moeten we solidair blijven dragen.

Dat betekent enerzijds dat geld voor zorg alleen besteed wordt aan zorg. Fraude en verspilling moeten dus hard worden aangepakt. In de Zorgverzekeringswet (Zvw) zetten we daarnaast ook in op een slimmere organisatie en meer efficiëntie. Dat zal echter niet voldoende zijn: we zullen ook de continue groei van het zorgpakket moeten stoppen.

Het zorgpakket breidt voortdurend uit. We kunnen steeds meer ziekten behandelen en steeds meer mensen genezen, onder andere door de wetenschappelijke vooruitgang. En wanneer nieuwe behandelingen mogelijk zijn, bijvoorbeeld om vormen van kanker of auto-immuunziekten te genezen, dan willen we die ook opnemen in het basispakket. En dat hoort ook zo: anders kunnen immers alleen mensen met een hoog inkomen gebruik maken van deze vaak (zeer) dure behandelingen. We willen dus dat het uitbreiden van het pakket met nieuwe (dure) technologieën en innovaties mogelijk blijft. Daarnaast maken we veel vaker gebruik van alles wat er in het basispakket zit. Er gaan echter maar zeer beperkt zaken uit het pakket. Het pakket wordt dus continu groter, het gebruik neemt steeds toe en daarmee wordt het basispakket continu

duurder. Dit zorgt ervoor dat we het straks niet meer kunnen betalen. Daar waar er innovaties bij komen zullen we dus op andere plekken moeten kijken of het ook een beetje minder kan.

De groei van het pakket remmen we allereerst door **stringent pakket-beheer**. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) zal het zorgpakket jaarlijks gaan doorlichten om te kijken wat er wel en niet in het pakket thuishoort. Andere manieren om het pakket stringent te beheren betreffen achtereenvolgens het wettelijk verankeren van het criterium (relatieve) kosteneffectiviteit en het hanteren van het criterium «noodzakelijkheid» als een voorliggend (en daardoor op zichzelf doorslaggevend) criterium. Het CVZ zal deze zomer een rapport uitbrengen over kosteneffectiviteit. Wij zullen u daarover informeren.

Als tweede zullen we kijken naar waar er overmatig gemedicaliseerd is. In het kabinet Rutte I was daarvoor een bezuiniging van € 1,3 miljard vastgesteld. Hiervan is op dit moment € 100 miljoen ingevuld. Dat betekent dat € 1,2 miljard nog ingevuld moet worden. Oorspronkelijk was de opzet dat deze **lage-ziektelast**maatregel vooral betrekking zou hebben op aandoeningen met een lage ziektelast die veeleer een ongemak dan een ziekte zijn, maar gezien de omvang van de taakstelling zullen de ingrepen naar verwachting ook aandoeningen betreffen die het ongemak te boven gaan. De lage-ziektelastmaatregelen zullen daarmee ingrijpender (moeten) zijn dan enkel het terugdringen van onnodige medicalisering. U ontvangt voorjaar 2013 een brief over dit onderwerp.

Een derde manier om het pakket te beperken is door **alleen de naturapolis in het basispakket** te vergoeden. De restitutiepolis valt dan onder de aanvullende verzekering. We hebben wettelijk verankerd dat er voldoende keuzemogelijkheid in het basispakket zit. Wil iemand meer keuzevrijheid, dan is het niet gek dat je daar ook zelf voor betaalt. Er blijft sowieso wettelijk verankerd voldoende keuze en voor de basisverzekering zal de premie beter worden beheerst. Een toename van het aantal naturapolissen kan bovendien een impuls geven aan de zorginkoop door zorgverzekeraars.

#### **4. Maatregelen op het beleidsterrein van de langdurige zorg en ondersteuning en de jeugdzorg**

##### **Sterkere mensen, sterke gemeenschappen, toekomstbestendige zorg**

In de langdurige zorg hangt kwaliteit van zorg nauw samen met kwaliteit van leven. Zorgverleners spelen hier een cruciale rol. We willen dat ze niet gehinderd worden door systemen, maar dat ze zich helemaal kunnen richten op de zorg voor andere mensen. Dat is hetgeen hen motiveert en bijdraagt aan de kwaliteit van de zorg. Die kwaliteit willen we verder verbeteren. Dat kan niet zonder veranderingen.

De kern van de veranderingen is dat we de mens centraal stellen en niet het systeem. Dat betekent concreet dat we de zorg dichtbij mensen brengen. Zo veel mogelijk thuis en dicht in de buurt. De manier van kijken laten we daar bij aansluiten. In plaats van te beginnen met waar iemand allemaal recht op heeft, kijken we eerst naar wat mensen zelf kunnen en hoe hun omgeving hen daarbij kan ondersteunen. Wanneer meer ondersteuning nodig is, kunnen gemeentelijke voorzieningen uitkomst bieden. Pas daarna, wanneer dat onvoldoende blijkt, komt verzekerde zorg. Door op die manier te kijken, doen we veel meer een beroep doen op de eigen kracht van mensen en hun gemeenschappen. Sterker nog die worden hierdoor sterker.

Het anders organiseren van de zorg is ook nodig om de zorg houdbaar te maken. We moeten immers de kosten wel met elkaar kunnen opbrengen. Bij de huidige organisatie van de langdurige zorg staat die toekomstbestendigheid onder druk. Dat gaat samen met de hierboven beschreven solidariteit. Om te bevorderen dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen, krijgen gemeenten meer middelen en vrijheid in het sociale domein. Met een benadering gericht op zelfredzaamheid en ondersteuning door het eigen sociale netwerk worden optimale combinaties van formele zorg door zorgverleners en informele zorg door mantelzorgers en vrijwilligers tot stand gebracht en kunnen voorzieningen op het gebied van wonen, zorg, werk en inkomen in samenhang worden ingezet. Hiertoe worden landelijke verzekerde rechten omgezet in een gemeentelijke voorziening die het mogelijk maakt te kijken naar het ziektebeeld van mensen, de kracht van hun sociale omgeving om te helpen bij de zorgverlening en de mate waarin mensen in staat zijn de kosten van zorg zelf te dragen. Dit sluit aan bij de inzet van talrijke vrijwilligers en mantelzorgers, die nu al ongelofelijk veel en goed werk doen. Zij zijn onmisbaar in de langdurige zorg en ondersteuning en verdienen onze bijzondere aandacht en erkenning. De formele zorg zullen we tegelijkertijd zo doelmatig mogelijk moeten organiseren. Innovatie kan daarbij helpen.

Naast de gezamenlijke prioriteiten zijn er ook prioriteiten per sector. Voor de jeugdzorg en langdurige zorg gaat het om de volgende thema's:

- a. Hervormingsprogramma's
- b. (H)erkennen mantelzorgers en vrijwilligers
- c. Bestrijden kindermishandeling
- d. Kwaliteit
- e. Doelmatigheid versterken: Programma aanpak

#### *4a. hervormingsprogramma's*

##### *Hervormingsagenda langdurige zorg en ondersteuning*

In de langdurige zorg en ondersteuning staan we aan het begin van een nieuwe koers. Als hulp en ondersteuning nodig is, kijken we ook naar het eigen sociale netwerk en organiseren we zorg dichtbij. Wie – ook met steun van de omgeving – niet meer zelfredzaam kan zijn, kan erop rekenen dat zorg worden geboden in een instelling. Op die manier willen we dat vertrouwen op het eigen netwerk, maatwerk en meer zorg in eigen omgeving weer het uitgangspunten worden in de langdurige zorg en ondersteuning.

Bij deze omslag in denken en verandering van structuren krijgen **gemeenten een grote rol**. Zij regisseren de ondersteuning gericht op participatie van diegenen die dat zelf niet kunnen vormgeven. Voor degenen die geen regie meer kunnen voeren over hun eigen leven en bij wie permanent toezicht nodig is, blijft er een kern-AWBZ bestaan. Tussen de stelsels is zowel een goede afbakening nodig alsook een nauwe samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars en tussen gemeenten onderling.

Gemeenten krijgen dus de middelen, maar ook de vrijheid om te zorgen voor goede voorzieningen passend bij de individuele behoeften en mogelijkheden. De brede verantwoordelijkheid binnen het sociale domein – want ook de participatiewet gaan naar gemeenten – biedt ruimte voor tal van dwarsverbanden op lokaal niveau.

Een belangrijke functie bij zorg nabij is weggelegd voor de wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige krijgt tijd om zich te concentreren op de totale zorgvraag van de cliënt. De wijkverpleegkundige kan naast

verpleegkundige werkzaamheden een impuls geven aan de samenhangende zorg en ondersteuning van mensen door verbindingen te leggen met andere verpleegkundigen, de huisarts, het ziekenhuis, verzorgenden, de jeugdgezondheidszorg, de GGD en mantelzorgers. Zij kan de zorg coördineren die zowel door gemeenten als zorgverzekeraars wordt geleverd. Met **meer wijkverpleegkundigen** versterken we de zorg in de buurt, zodat zorg dicht bij de mensen thuis wordt geleverd.

Door verbetering van de infrastructuur in de wijk wordt het mogelijk om nieuwe cliënten met een lichtere zorgvraag die voorheen in een intramurale setting zorg zouden ontvangen, voortaan de zorg te bieden in de eigen omgeving. Dit sluit aan bij de behoeften van mensen om **langer thuis te wonen** en eigen regie over het eigen leven te houden. Door zelfstandig te wonen kan het sociale netwerk beter worden aangesproken dan wanneer in een intramurale setting zorg wordt ontvangen.

In de langdurige zorg en ondersteuning vindt een verschuiving plaats van uniforme verzekerde rechten op basis van indicaties en ziektebeelden naar **maatwerk** in de eigen omgeving op basis van wat mensen nodig hebben. Dat betekent het afstappen van de «one size fits all» benadering waarbij de kracht van het sociale netwerk, de inkomenspositie en de mate waarin mensen voor zichzelf kunnen zorgen niet wordt meegewogen.

We willen de langdurige zorg en ondersteuning beter betaalbaar maken door deze anders te organiseren, **toekomstbestendig**. Tegelijkertijd moet er ook bezuinigd worden. Wij zijn er van overtuigd dat lokaal maatwerk tot kostendalingen zal leiden. Maar ook zullen we kijken naar welke zorg vanuit de overheid moet worden geboden en welke zorg in eerste instantie een verantwoordelijkheid is van mensen zelf. Dat laatste is in de visie van dit kabinet meer het geval bij huishoudelijke verzorging. Mensen zullen dit in eerste instantie zelf, samen met hun sociale omgeving moeten regelen. Uiteraard zal er altijd een vangnet zijn voor mensen die niet op hun omgeving kunnen terugvallen en over onvoldoende middelen beschikken.

Door de maatregelen in de langdurige zorg en ondersteuning zal op termijn een groot deel van de uitgaven aan langdurige zorg en ondersteuning – in 2013 gaat er 28,8 miljard om in AWBZ en Wmo samen – terecht komen in de Wmo (ruim 9 miljard) en de zorgverzekeringswet (ruim 2 miljard). In totaal wordt structureel circa 3,5 miljard euro bespaard door de hervorming van de langdurige zorg en ondersteuning.

In maart zal u een hoofdlijnenbrief over de hervorming van de langdurige zorg en ondersteuning worden toegezonden waarin alle hervormingen in onderling verband worden toegelicht, inclusief de afstemming die met de sector heeft plaatsgevonden.

#### *Nieuw jeugdstelsel*

Ook alle ondersteuning, hulp en zorg bij opgroeien en opvoeden wordt per 1 januari 2015 gedecentraliseerd naar gemeenten. Hiermee willen we een omslag realiseren naar preventie en aansluiten bij eigen mogelijkheden en het sociale netwerk van **jeugdigen** en hun ouders. Door eerder de juiste hulp op maat te bieden kan beroep op dure gespecialiseerde hulp worden voorkomen. Door ontschotting van budgetten ontstaan meer mogelijkheden voor «**één gezin, één plan, één regisseur**» én voor zorgvernieuwing. Gemeenten kunnen hun taak doelmatiger uitvoeren door ontschotting en investering in preventie en vroegtijdig signaleren. Het wordt het makkelijker verbindingen te leggen tussen zorg, lokaal gezondheidsbeleid, onderwijs, werk en inkomen, sport en veiligheid. Het wetsvoorstel wordt medio 2013 aangeboden aan uw Kamer.

#### *4b. (H)erkennen mantelzorgers en vrijwilligers*

De meeste mensen willen zo lang mogelijk in hun eigen omgeving blijven wonen. Omdat mogelijk te maken willen we de sociale omgeving van mensen mobiliseren. De bereidheid om er voor elkaar te zijn is ook iets waar we op kunnen bouwen: zorgen voor elkaar is normaal, een onderdeel van ons leven. Nu al zijn er in Nederland veel **vrijwilligers en mantelzorgers** actief. Zij vervullen een essentiële rol in de maatschappij. De samenwerking tussen formele en informele zorg kan en moet beter worden. De gemeenten krijgen een belangrijke taak in het betrekken van zo wel zorgprofessionals als vrijwilligers en mantelzorgers bij de uitvoering van de langdurige zorg en ondersteuning inclusief de aandacht voor het waar nodig en mogelijk ondersteunen van mantelzorgers.. Wij zullen de Kamer over dit onderwerp voor de zomer een brief sturen.

#### *4c. Bestrijden kindermishandeling*

Kinderen moeten gezond en veilig kunnen opgroeien, zowel fysiek als geestelijk. Dit is een verantwoordelijkheid van ouders en alle professionals die met jeugd omgaan. De verplichte meldcode huiselijk geweld en **kindermishandeling** biedt houvast aan professionals om met signalen van kindermishandeling om te gaan. Het Advies- en Meldpunt Huiselijk geweld en Kindermishandeling (AMHK) is een belangrijk aanspreekpunt om advies te vragen of signalen van onveiligheid te melden. In 2012 is onder leiding van burgermeester Van der Laan de taskforce kindermishandeling en seksueel misbruik van start gegaan met als taak om toe te zien dat het Actieplan aanpak kindermishandeling wordt uitgevoerd. In de nieuwe Jeugdwet – die in de zomer van 2013 bij de Tweede Kamer word ingediend – wordt de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de hele zorgketen, van preventie tot hulpaanbod vergroot.

De overheid draagt een bijzondere verantwoordelijkheid voor kinderen die in pleeggezinnen en residentiële instellingen zijn geplaatst. De **Commissie Samson**, die onderzoek deed naar het seksueel misbruik bij kinderen die door de overheid in instellingen en pleeggezinnen zijn geplaatst, heeft laten zien dat verbeteringen nodig zijn bij jeugdzorginstellingen, provincies, gemeenten en het Rijk. We zijn reeds aan de slag gegaan om de noodzakelijke verbeteringen in de jeugdzorg door te voeren. De Tweede Kamer is hierover in de kabinetsreactie op de aanbevelingen van de commissie Samson geïnformeerd (december 2012).

We zetten extra in op het versnellen van de **professionalisering van de jeugdzorg**. De kwaliteit van de zorg voor jeugd willen we versterken door meer beroepen onder registratie en tuchtrecht te brengen. Een wetsvoorstel hiertoe ligt voor advies bij de Raad van State.

Doordat alle ondersteuning, hulp en zorg bij opgroeien en opvoeden per 1 januari 2015 wordt gedecentraliseerd naar gemeenten, krijgen gemeenten hiermee ook een belangrijke taak in de signalering, preventie en aanpak van kindermishandeling.

#### *4d. Kwaliteit*

Vakmanschap moet niet belemmerd worden door onnodige centrale regelgeving en/of decentrale interne beheersregels. **Ruimte voor vakmanschap** is belangrijk. Het gaat om daadwerkelijke verlaging van de lasten op de werkvloer: niet het verlagen van de beheerslast op het centraal bureau. Professionals gaan het gesprek aan over de hulpvraag en de mogelijkheden tot zelfmanagement en zelfredzaamheid en de inzet van het sociale netwerk, zodat meer maatwerk wordt geleverd.

De nieuwe inhoudelijke verantwoordelijkheden van zorgverleners vragen om een professionele uitvoering. In de **opleidingen** dient voldoende aandacht te zijn voor de nieuwe waarden in de langdurige zorg en ondersteuning. Primair zijn zorgverleners en instellingen zelf verantwoordelijk voor een goede opleiding en uitoefening van hun beroep. Innovatie in beroepen, taakherschikking en een nieuwe beroepenstructuur in de verpleging en verzorging kunnen de nieuwe taken en verantwoordelijkheden faciliteren. In samenspraak met sectie Zorgberoepen en opleidingen van het Zorginstituut, wordt bezien hoe de beroepen- en opleidingsstructuur dit kan ondersteunen en kan versterken. Nog dit jaar zal de sectie Zorgberoepen en opleidingen van het Zorginstituut ondermeer hierover advies uitbrengen.»

Het Kwaliteitsinstituut is een belangrijke drager voor professionalisering in zowel de curatieve als langdurige zorg en ondersteuning. Naast de inbreng van cliëntenorganisaties, artsen en verpleegkundigen is ook de **inbreng van verzorgenden van belang** bij de ontwikkeling van professionele standaarden. Multidisciplinariteit verhoogt de kwaliteit van de standaarden en de samenwerking tussen verschillende beroepsgroepen.

#### *4e. Doelmatigheid versterken: programma aanpak*

Om de doelmatigheid in de zorg te versterken wordt het systeem gewijzigd, governance verbeterd, verspilling en fraude bestreden en is last but not least innovatie belangrijk.

Belangrijk bij **innovatieve projecten** is dat ze daadwerkelijk bijdragen aan het oplossen van maatschappelijke vraagstukken zoals schaarste aan zorgpersoneel of de wens van ouderen om langer thuis te wonen. Procesinnovaties zijn hierbij van belang. Dit faciliteren we door een programmatische aanpak.

Ook het **Deltaplan dementie** valt onder de programmatische aanpak. Dit plan is reeds onder 2a beschreven

Administratieve lasten minimaliseren we in samenspraak met aanbieders van zorg. De bureaucratie in de langdurige zorg gaan we te lijf met het experiment **regelarme zorginstellingen**. Regels die overbodig blijken te zijn, schaffen we af. De meeste experimenten zijn met de uitvoering gestart per januari 2013 en hebben een looptijd van een of twee jaar.

Voorts leidt onder andere het programma **«In Voor Zorg!»** tot minder administratieve lasten in de organisaties die meedoen door bijvoorbeeld betere stroomlijning van processen, bedrijfsvoering en het schrappen van managementlagen. Ook de ingezette extramuralisering en toename van gemeentelijke voorzieningen zal leiden tot minder formulieren en administratieve lasten.

## **5. Slot**

Het beleid zoals hier geschetst is hard nodig. Een goede gezondheidszorg is een duurzame zorg. Wegkijken van de problematiek is geen optie, omdat de problematiek niet vanzelf zal verdwijnen. Tijdig de noodzakelijke

maatregelen nemen is cruciaal. Van systemen naar mensen betekent nu maatregelen nemen voor een zorg die kwalitatief goed en toekomstbestendig blijft.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.I. Schippers

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M.J. van Rijn