

Vergaderjaar 2009–2010

**32 123 XVI**

## **Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2010**

**Nr. 136**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 17 mei 2010

#### **1. Inleiding**

De 21ste eeuw wordt in medisch opzicht de eeuw van de chronische ziekte genoemd. Ons zorgaanbod sluit echter niet goed aan bij het toenemend aantal mensen met complexe en vaak meervoudige zorgvragen. Daarom is een verbetering van de chronische zorg noodzakelijk. In de brief «*programmatische aanpak van chronische ziekten*» van 13 juni 2008<sup>1</sup>, heb ik de nieuwe aanpak geschetst die een doeltreffend en duurzaam antwoord moet geven op de sterke toename van het aantal mensen met een chronische aandoening. Daarbij gaat het om het voorkómen en beter behandelen van chronische aandoeningen met als doel gezondheidswinst, goede kwaliteit van leven en betere arbeidsparticipatie. Een nieuwe aanpak is ook nodig om het hoofd te bieden aan de hoge kosten en grotere vraag naar zorgpersoneel die met de stijgende zorgvraag zijn gemoeid.

Met deze brief wil ik weergeven welke voortgang de afgelopen twee jaar is geboekt op het terrein van de chronische zorg en kom ik tegemoet aan een aantal toezeggingen richting uw Kamer. Allereerst benoem ik de uitdaging waar we als maatschappij voor gesteld worden en het internationale antwoord hierop. Ik haal de elementen van de - in de brieven van 13 juni 2008 en 22 december 2008<sup>2</sup> beschreven – programmatische aanpak aan en beschrijf hoe we belemmeringen kunnen oplossen. Patiëntenorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn volop aan de slag met de nieuwe aanpak. Ik schets u de ontwikkelingen en resultaten van de afgelopen twee jaar en de (onderzoeks)programma's die ik heb opgestart op dit terrein. Als laatste benoem ik de uitdagingen die er voor de toekomst liggen.

<sup>1</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 31 200 XVI, nr. 155.

<sup>2</sup> «*De patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging*» Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, Kamerstuk 29 247, nr. 84.

## 2. De maatschappelijke uitdaging

De Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV)<sup>1</sup> die 25 maart jl. is gepubliceerd laat zien dat de levensverwachting stijgt – tussen 2003 en 2008 zelfs met twee jaar – en dat tegelijkertijd het aantal Nederlanders met een chronische ziekte flink toeneemt. De levensverwachting zonder chronische ziekte is voor mannen en vrouwen zelfs afgenomen tot respectievelijk 48 en 42 jaar, een daling van vier tot negen jaar in deze periode. We worden dus ouder maar krijgen of diagnosticeren op jongere leeftijd een chronische aandoening. Er zijn in Nederland minimaal 4,5 miljoen mensen met (een) chronische aandoening(en). Hiervan heeft ongeveer 1,3 miljoen mensen meerdere chronische ziekten tegelijkertijd; co- en multimorbiditeit. Tot ongeveer 55 jaar is multimorbiditeit nog relatief zeldzaam, maar onder ouderen komt het veelvuldig voor. Zo heeft bijna één op de drie 75-plussers meer dan één chronische ziekte onder de leden. De acht grootste aandoeningen qua ziektelast zijn coronaire hartziekten, beroerte, angststoornissen, depressie, diabetes, longkanker, COPD en artrose. Oorzaken van het stijgende aantal mensen met een chronische ziekte zijn de vergrijzing, veranderende leefstijl en medische invloeden zoals eerdere opsporing en betere overleving. Maar ook maatschappelijke invloeden als medicalisering spelen een rol.

De afgelopen decennia zijn de zorguitgaven in een snel tempo toegenomen tot een bedrag van 75 miljard euro in 2007.<sup>2</sup> Volgens de VTV zal bij de huidige trends de groei van de zorguitgaven ruwweg 4 à 5% per jaar bedragen.

In 2007 waren in de zorg ongeveer 1,2 miljoen mensen werkzaam. Wanneer de historische toename van het zorgpersoneel zich herhaalt, moeten er voor iedere zorgwerker nu straks twee zijn. En dat terwijl de beroepsbevolking tot 2030 met zeker een half miljoen mensen krimpt. Er is dus een dwingende noodzaak voor kostenbeheersing en verbetering in arbeidsproductiviteit. Dit wordt nog extra onderstreept door de financiële crisis.

De VTV cijfers zijn behalve verontrustend ook hoopgevend. Deze VTV laat namelijk voor het eerst zien dat er naast meer ziekte óók meer gezondheid is. Uit onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau naar gezondheidsopvattingen blijkt dat gezondheid voor veel mensen door twee aspecten bepaald wordt. Het eerste aspect betreft het gevoel gezond te zijn, dus fit zijn, energie te hebben en «lekker in je vel te zitten». Het tweede gaat erover dat je «de dingen kunt doen die je wilt doen». Mensen met een chronische ziekte kunnen zichzelf als «gezond» beschouwen wanneer aan deze twee voorwaarden wordt voldaan. De VTV signaleert dat het «invalidierend» effect van ziekten afneemt. Deze ontwikkeling kan allereerst worden verklaard door verbeteringen in de behandeling van ziekten. Door bijvoorbeeld mensen met diabetes eerder op te sporen en vroegtijdig te behandelen, hebben zij minder kans op complicaties en beperkingen. Een tweede verklaring is een betere compensatie van beperkingen door het gebruik van hulpmiddelen en ontwikkelingen op het gebied van revalidatie en zelfmanagement. Mensen kunnen beter omgaan met ziekten en de gevolgen daarvan, wat de maatschappelijke participatie weer bevordert.

## 3. Internationaal

Andere landen kampen met dezelfde uitdagingen als waar wij ons voor gesteld zien. Veel geloof wordt gehecht aan preventie en aan patiëntgerichte integrale zorg. De diseasemanagement aanpak en het chronic care model worden daarbij vooral in de Angelsaksische landen toegepast. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) omarmt het chronic care model. De

---

<sup>1</sup> Van Gezond naar Beter, Volksgezondheid Toekomst Verkenning RIVM, 25 maart 2010, [www.RIVM.nl](http://www.RIVM.nl).

<sup>2</sup> Centraal Bureau voor de Statistiek. Zorgrekeningen. StatLine, 2009.

WHO Europa heeft in samenwerking met de deelnemende landen op deze basis een actie gericht beleid ontwikkeld voor de aanpak van chronische ziekten; «*Gaining Health, The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*». Mijn programmatische aanpak van chronische aandoeningen is een uitwerking van de diseasesmanagement aanpak en sluit goed aan bij het chronic care model.

#### **4. Elementen programmatische aanpak**

Duidelijk is dat er verbeteringen noodzakelijk zijn om meer gezondheidswinst en kwaliteit van leven voor mensen met chronische aandoeningen te bereiken en als antwoord op de maatschappelijke uitdagingen. In de brief van juni 2008 heb ik beschreven dat hiertoe een programmatische aanpak nodig is op basis van de volgende essentiële elementen:

##### *1. Patiënt centraal, eigen regie en eigen verantwoordelijkheid*

De patiënt met zijn of haar zorgvraag staat centraal, heeft waar mogelijk zelf de regie en neemt ook zelf verantwoordelijkheid om (bijvoorbeeld door aanpassing van de leefstijl en zorgvuldig geneesmiddelengebruik) bij te dragen aan een goede gezondheid en optimale kwaliteit van leven. Zorgaanbieders ondersteunen daarbij. De zorg is vraaggericht, en vindt zoveel mogelijk plaats in de eigen omgeving van de patiënt.

##### *2. Van nazorg naar voorzorg*

De zorg voor chronische aandoeningen is pro-actief en preventie is een belangrijke component. Dit betekent een verschuiving van nazorg naar voorzorg, zodat complicaties ten gevolge van de aandoening en daarmee verlies van kwaliteit van leven zoveel mogelijk voorkomen wordt.

##### *3. Integrale zorg*

De zorg voor mensen met een chronische ziekte is multidisciplinair en moet altijd in samenhang geleverd worden. Integrale zorg is de norm; een solistisch werkende zorgverlener is niet meer acceptabel. Afstemming en coördinatie van zorg is noodzakelijk. De patiënt mag geen hinder ondervinden van meerdere loketten, lijnen (bijvoorbeeld eerste en tweede lijn) of schotten (tussen Zvw, AWBZ, Wmo en Wpg)<sup>1</sup> binnen de gezondheidszorg.

##### *4. Doelmatigheid en transparantie*

De zorg is doelmatig en de resultaten zijn transparant. Een goede digitale uitwisseling van gegevens is nodig. De patiënt heeft waar mogelijk keuzevrijheid. Ook is er ruimte voor innovatie om de kwaliteit, doelmatigheid en slimme inzet van beperkte menskracht continu te verbeteren.

#### **5. Oplossen van belemmeringen voor patiëntgerichte integrale zorg**

De Nederlandse gezondheidszorg heeft, juist voor de chronische zorg, een aantal sterke punten. We hebben goed geschoolde en gemotiveerde professionals. We hebben een infrastructuur waarbij de zorg dicht bij huis sterk ontwikkeld is. Ook zijn er nieuwe beroepsgroepen ontstaan die de chronische zorg verbeterd hebben, bijvoorbeeld praktijkondersteuners huisartsen (POH) en gespecialiseerde verpleegkundigen.

<sup>1</sup> Zorgverzekeringswet (Zvw), Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Wet publieke gezondheid (Wpg).

Er zijn echter ook belemmeringen die een optimale chronische zorg volgens de hierboven genoemde elementen in de weg staan; aanbodgestuurde bekostiging, schotten tussen de verschillende wettelijke systemen, gebrekkige transparantie, suboptimale informatiesystemen en cultuuraspecten.

Ik heb in de brief van juni 2008 twee «instrumenten» geïntroduceerd die een belangrijke aanzet geven om deze belemmeringen weg te nemen en een cultuuromslag te bewerkstelligen. Dit zijn de zorgstandaarden en de integrale bekostiging. Daarnaast zijn zelfmanagement en een betere samenhang tussen preventie en curatie belangrijk als we willen komen tot patiëntgerichte integrale zorg.

#### *De zorgstandaard*

Een zorgstandaard stelt de norm voor goede zorg en beschrijft daartoe de inhoud van de zorg voor een bepaalde chronische ziekte, de bijpassende organisatie en de indicatoren van kwaliteit. De zorgstandaard biedt de vrijheid om aan de behoeften van de individuele patiënt te voldoen en wordt daartoe ook vertaald in een persoonlijk zorgplan. Wel zorgstandaarden maar geen standaardzorg dus. De norm voor goede zorg wordt vanuit de patiënt gezien beschreven; een integrale benadering die dwars door de schotten heengaat (Zvw, AWBZ, Wmo, Wpg).

Een wezenlijk onderdeel van de zorgstandaard is dat er een aantal obligate zorgparameters is afgesproken, te registreren door zorgaanbieders. Dit zijn gegevens die minimaal nodig zijn voor de documentatie in het behandeldossier en voor de elektronische communicatie tussen zorgverleners. Op basis van deze gegevens kunnen tevens kwaliteitsindicatoren worden berekend of bepaald. Daarmee wordt de door zorgaanbieders geleverde kwaliteit inzichtelijk. Veel aanbieders gebruiken dit type gegevens al om onderling informatie te delen per patiënt en voor hun populatie de geleverde eigen kwaliteit te benchmarken met anderen. In 2011 zal op basis van de kwaliteitsindicatoren prestatie-informatie op zorggroepniveau beschikbaar komen.

#### *Model voor zorgstandaarden*

De huidige zorgstandaarden verschillen onderling niet veel wat betreft hun doelstellingen, maar wel wat betreft hun opbouw, inrichting, onderwerpen en aandachtspunten. De zorgstandaard wordt geacht leidend te zijn, niet alleen voor de inhoud van de zorg maar ook voor de organisatie van het zorgproces, de informatievoorziening en het kwaliteitsbeleid, de aanspraken en de bekostiging. Een groot aantal qua opzet uiteenlopende zorgstandaarden brengt ongewenste verzuiling met zich mee in de organisatie van zorg voor chronisch zieken met het risico van fragmentatie waardoor de nagestreefde programmatische aanpak praktisch onuitvoerbaar dreigt te worden. Bovendien bestaan er vaak meerdere chronische aandoeningen bij één persoon (multimorbiditeit), wat extra pleit voor een geïntegreerde aanpak van zorgstandaarden.

Daarom heeft ZonMw op mijn verzoek het Coördinatieplatform Zorgstandaarden ingesteld. Het platform heeft een algemeen toepasbaar model voor zorgstandaarden ontwikkeld dat voor elke chronische ziekte een zorgstandaard kan accommoderen. Het model maakt het mogelijk dat een zorgstandaard zowel ziektespecifieke als generieke elementen bevat. De reeds bestaande zorgstandaarden zullen aan het model aangepast worden. Nieuw te ontwikkelen zorgstandaarden kunnen direct volgens de «Model zorgstandaard» worden uitgewerkt.

Volgens de lijn van het model worden er voor de generieke onderdelen zorgmodules opgesteld. Er is reeds een zorgmodule «stoppen met roken» beschikbaar. Het Coördinatieplatform benoemt een aantal andere zorgmodules waaronder «farmacotherapeutische zorg en medische hulpmiddelen». Farmacotherapeutische zorg (waaronder medicatiebeoordeling, polyfarmacie en therapietrouw) is een belangrijk onderdeel van chronische zorg en kan in belangrijke mate bijdragen aan betere gezondheidsuitkomsten. Het is dan ook van belang dat deze en andere zorgmodules worden ontwikkeld en een plek krijgen in de zorgstandaarden.

#### *Bestuurlijke organisatie van zorgstandaarden*

Tijdens het algemeen overleg over eerstelijnszorg van 30 september 2009, heeft u aandacht gevraagd voor het adequaat ontwikkelen en vaststellen van zorgstandaarden. Het Coördinatieplatform Zorgstandaarden heeft op mijn verzoek in het rapport «Bestuurlijke organisatie van zorgstandaarden» hierover geadviseerd. Draagvlak bij de veldpartijen is essentieel voor de implementatie en effectieve toepassing van een zorgstandaard. Daarom worden veldpartijen intensief betrokken bij de ontwikkeling, het onderhoud en de autorisatie van een zorgstandaard. Het advies is om voor elke zorgstandaard een ontwikkel- en onderhoudsgroep in te stellen. Deze voert het beheer over de zorgstandaard en is verantwoordelijk voor de autorisatie. Alle partijen die betrokken zijn bij de betreffende chronische ziekte kunnen daarin deelnemen: patiënten, verschillende disciplines en beroepsgroepen van zorgverleners, zorgorganisaties, en mogelijk ook verzekeraars.

Uiteindelijk is een structurele inrichting nodig van de bestuurlijke organisatie van zorgstandaarden. Daarvoor is het nu te vroeg. Vooral nog is het Coördinatieplatform Zorgstandaarden de aangewezen partij om te adviseren en coördineren bij vraagstukken rondom het initiatief voor en het ontwikkelen, onderhouden, autoriseren en eventueel bekostigen van een zorgstandaard. Uiteraard is een goede samenwerking met de «Regieraad Kwaliteit van Zorg»<sup>1</sup> daarbij van belang.

#### *Zelfmanagement*

Zelfmanagement stelt de mens met een chronische ziekte in staat om de gevolgen van de ziekte te beheersen, de ziekte in te passen in het leven en daarmee de ervaren kwaliteit van leven te verhogen. Hierboven heb ik beschreven dat de VTV signaleert dat door zelfmanagement het invaliderend effect van een chronische aandoening inderdaad af kan nemen. Belangrijk daarbij is dat de patiënt bewust keuzes maakt over hoe zijn of haar leven en behandeling eruit zien. Hiermee kan hij of zij de regie op het eigen leven houden. Het eerder genoemde persoonlijke zorgplan is daarvoor essentieel; de patiënt stelt samen met de centrale zorgverlener eigen behandeldoelen op. Via zelfmanagement leert de patiënt de ziekte zo goed mogelijk in te passen in het dagelijkse leven. De zorgaanbieder fungeert daarbij als coach. Voor zowel zorgaanbieders als veel patiënten vraagt dit een andere inzet dan nu. Daarnaast is de ontwikkeling van technologie en zelfzorghulpmiddelen van belang voor toepassing van zelfmanagement. De bevordering en ondersteuning van zelfmanagement is een onderdeel van iedere zorgstandaard.

#### *Meer samenhang tussen preventie en curatie*

Het is van belang dat – naast het voorkómen van chronische aandoeningen – mensen met (risico op) chronische aandoeningen zo snel mogelijk worden opgespoord, om vervolgens via geïndiceerde en zorggerelateerde preventie (de complicaties van) chronische aandoe-

<sup>1</sup> De «Regieraad Kwaliteit van Zorg» heeft de taak kwalitatief goede zorg te stimuleren en wil dit bereiken door meer structuur en aansturing te geven in het ontwikkelen en implementeren van richtlijnen voor zorgverlening. Zie [www.regieraad.nl](http://www.regieraad.nl)

ningen te voorkomen. Gezondheidsbevorderende en preventieve activiteiten liggen vooral op het terrein van de openbare gezondheidszorg (GGD'en, gemeenten) en de behandeling in de curatieve sector. Voor mensen met een chronische aandoening zijn beide van belang. Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie is de op het individu gerichte preventie en is integraal onderdeel van de zorgstandaard. De betreffende activiteiten dienen – voor de patiënten voor wie het van toepassing is – onderdeel te zijn van het basispakket. Dit geldt nog niet voor de medicatie ter ondersteuning bij stoppen met roken en bepaalde onderdelen van de actieve begeleiding in het kader van gecombineerde leefstijlinterventies gericht op beweging en voeding. Mijn ambitie is om dergelijke gecombineerde leefstijlinterventies zoals de BeweegKuur per 1 januari 2012 en «Stoppen met roken» programma's per 1 januari 2011 wel volledig onderdeel te laten zijn van het basispakket van de Zorgverzekeringswet. Of dit lukt hangt af van de begrotingsbesprekingen 2011 en 2012.

Het aanbieden van preventie voorafgaand aan of als onderdeel van de zorg vraagt een goede samenwerking tussen de openbare gezondheidszorg en de curatieve sector. Dit heb ik bevorderd via het programma «Gezond Lokaal-Centraal», via experimenten voor een zogenaamd «Preventie Toetsoverleg» en via het ZonMw programma «Gezonde Slagkracht».<sup>1</sup>

### *Integrale bekostiging*

Een mogelijke belemmering voor integrale patiëntgerichte zorg is het feit dat de bekostiging van zorg van oudsher gericht is op aanbod en losse verrichtingen. Integrale bekostiging gaat uit van de zorgvraag van de patiënt (vraagsturing) en is niet gebaseerd op de hulpverlener of organisatie (aanbodsturing). Het beoogde effect van integrale bekostiging is betere kwaliteit van zorg en hogere doelmatigheid. Door de verantwoordelijkheid van het totale ketenproces bij één aanbieder van zorg te leggen, wordt nauwere samenwerking eenvoudiger en kan gezamenlijk en integraal worden gestuurd op kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Zorgverzekeraars en aanbieders kunnen via integrale bekostiging, meer nog dan nu het geval is, investeren in zorggerelateerde preventie. Daardoor kunnen plotselinge verergeringen en complicaties van aandoeningen – en de daarmee gepaard gaande zorgkosten – verminderen. Ook investeringen in e-health applicaties en integrale ICT ondersteuning zijn via de nieuwe bekostiging beter mogelijk.

In de brief van juni 2008 heb ik aangegeven te onderzoeken of specifieke prikkels – zoals een keten-DBC – zouden leiden tot betere multidisciplinaire samenwerking. Daartoe is destijds het ZonMw programma Diabetes Ketenzorg opgestart. De evaluatie van dit programma heeft uitgewezen dat een keten-DBC (inmiddels integrale bekostiging genoemd) een werkzame manier is om samenhangende zorg op basis van de zorgstandaard te leveren<sup>2</sup>. Deelnemers zagen met name de grotere grip op integrale kwaliteit en de gezamenlijk gevoelde verantwoordelijkheid als voordelen.

<sup>1</sup> «Gezond Lokaal-Centraal» zet in op de versterking van de bestuurlijke betrokkenheid van gemeenten bij gezondheidsbeleid. Het «Preventie Toets Overleg» van KNMG, LVG en GGD verbindt preventie in de eerste lijn en lokaal gezondheidsbeleid. Binnen «Gezonde Slagkracht» wordt de integrale aanpak van gezondheidsbeleid ontwikkeld (<http://www.zonmw.nl/nl/onderwerpen/alle-programma-s/gezonde-slagkracht/>).

<sup>2</sup> RIVM, 2009, «Experimenteren met de keten-dbc diabetes».

Voortbouwend op deze evaluatie en de ontwikkelingen die in het veld gaande waren, is het per 1 januari 2010 mogelijk geworden om de zorg voor diabetes en vasculair risicomanagement door middel van «integrale bekostiging» te contracteren. Een harde randvoorwaarde voor het mogelijk maken van integrale bekostiging is dat er voor de betreffende aandoening een zorgstandaard beschikbaar is. De zorgstandaard beschrijft immers de inhoud, organisatie en kwaliteit van zorg vanuit het patiëntenperspectief. Het is overigens niet zo dat een zorgstandaard per definitie tot integrale bekostiging leidt of hoeft te leiden. Of aan een

zorgstandaard integrale bekostiging wordt verbonden, is een separate beslissing. De belangrijkste overweging is of het realiseren van kwaliteits- en doelmatigheidswinst door goed georganiseerde integrale zorg in de weg wordt gezeten door het huidige financieringssysteem.

## **6. Politieke steun**

Met dit chronisch ziekenbeleid en de verdere ontwikkeling en uitwerking van deze principes en instrumenten heeft de Tweede Kamer in het algemeen overleg over eerstelijnszorg van 30 september 2009 ingestemd. Uw Kamer heeft per motie besloten dat ook voor COPD en hartfalen integrale bekostiging mogelijk moet worden, zodra de zorgstandaard voor die aandoeningen gereed is. Ook is mij tijdens dat overleg per motie verzocht u verder te informeren over de precieze stand van zaken met betrekking tot de zorgstandaarden (met name COPD) en de positie van de keten-DBC's met betrekking tot het eigen risico. Deze vragen heb ik in mijn brief van 6 oktober beantwoord<sup>1</sup>. Het autorisatieproces van de zorgstandaard COPD verloopt voorspoedig en de verwachting is dat dit proces dit voorjaar kan worden afgerond. Vervolgens kan per 1 juli de beleidsregel om integrale bekostiging voor COPD te starten, in werking treden. Tijdens het AO overheveling GGZ/DBC's GGZ van 21 januari 2010 heb ik toegezegd u in de loop van dit jaar te informeren over de invoering van ketenzorg voor depressie. Er wordt gewerkt aan een zorgstandaard voor depressie. Een besluit over eventueel integraal bekostigen van depressie ketenzorg is aan een volgend kabinet.

## **7. Veranderingen in de praktijk**

De afgelopen jaren heeft de nieuwe aanpak van chronische zorg een grote vlucht genomen. Het is een ontwikkeling waarbij het beleid de in het veld ingezette beweging heeft ondersteund. Duidelijk is dat er in Nederland inmiddels een onomkeerbare beweging op gang is richting meer patiëntgerichte en samenhangende chronische zorg.

### *Zorggebruikers*

Patiënten worden steeds mondiger en hebben, met behulp van internet, steeds meer informatie tot hun beschikking. Daardoor wordt de «vraagkant» beter opgepakt en worden zorgverleners en zorgverzekeraars geprikkeld meer vraaggericht te gaan werken. Een aantal patiëntenverenigingen (zoals de Hart&Vaatgroep voor hartfalen en Alzheimer Nederland voor dementie) heeft zelf het initiatief genomen om – samen met de betrokken zorgaanbieders – een zorgstandaard te ontwikkelen. Op initiatief van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties is er een verkenning uitgevoerd met als conclusie dat een zorgstandaard voor kanker mogelijk en zinvol is.

Daarnaast is zelfmanagement uitgegroeid tot een belangrijk thema. De categorale patiëntenverenigingen maar ook bijvoorbeeld de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) vervullen hierin een voortrekkersrol. Ook andere partijen zoals de gezondheidsfondsen, kennis- en ondersteuningsorganisaties en commerciële instellingen ontwikkelen programma's en instrumenten voor zelfmanagement. Initiatieven voor afstemming en samenwerking komen steeds meer van de grond, wat ik van harte ondersteun.

Het voorstel voor de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) dat naar verwachting in mei 2010 bij de Tweede Kamer wordt ingediend, past binnen de omslag naar meer integrale patiëntgerichte zorg en wil deze omslag verder bevorderen. In de Wcz worden de rechten en plichten van cliënten en

---

<sup>1</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2009–2010, Kamerstuk 29 247, nr. 98.

zorgaanbieders ingericht vanuit het perspectief van de cliënt. Het wetsvoorstel bevat betere waarborgen voor een goede kwaliteit van en meer samenhang in de zorg voor de cliënt.

### *Zorgaanbieders*

Voor diabetes is sinds 2003 een zorgstandaard beschikbaar. De diabeteszorg wordt steeds meer via multidisciplinaire zorgprogramma's geleverd. In navolging hiervan hebben zorgaanbieders – samen met patiëntenverenigingen – ook voor andere chronische aandoeningen het initiatief genomen om een zorgstandaard te ontwikkelen. De zorgstandaard vasculair risicomanagement is sinds februari 2009 beschikbaar. De zorgstandaard voor COPD is in de autorisatiefase, de obesitas zorgstandaard is vrijwel gereed en kan binnenkort de autorisatiefase in. Verder zijn er initiatieven genomen of al zorgstandaarden in de maak voor depressie, hartfalen, dementie, artrose, CVA en astma. Deels met financiële ondersteuning vanuit mijn ministerie.

Zorgaanbieders zijn zich bovendien gaan organiseren om samenhangende zorg op basis van de zorgstandaarden te kunnen leveren. Zo zijn er in snel tempo zorggroepen ontstaan. Veel zorggroepen zijn (nu nog) vooral huisartsengroepen die nauw samenwerken met diëtisten, fysiotherapeuten, apothekhoudenden, medisch specialisten en andere professionals. Maar er zijn ook groepen die multidisciplinair van samenstelling zijn of waar huisartsenlaboratoria, facilitaire organisaties of ziekenhuizen nauw bij betrokken zijn. Van de huisartsen in Nederland heeft zich inmiddels ongeveer 70% aangesloten bij een zorggroep. Zorggroepen zijn niet alleen divers in organisatie maar ook in omvang. Er zijn zorggroepen waarin slechts enkele huisartsen participeren maar ook zorggroepen waar meer dan 200 huisartsen bij aangesloten zijn. Zeker bij deze grote organisaties is het de vraag of er geen aanmerkelijke marktmacht ontstaat en de patiënt nog voldoende keuzevrijheid heeft. De NZA en de NMA zien daarom nauwgezet toe op de ontwikkelingen.

De introductie van de integrale bekostiging per 1 januari 2010 (voor diabetes en vasculair risicomanagement) was een bekrachtiging van een beweging die al grootschalig tot stand was gekomen. Vooral op het terrein van diabeteszorg worden door steeds meer zorggroepen contracten op basis van integrale bekostiging afgesloten met verzekeraars. Zorggroepen leveren soms ook voor COPD al samenhangende zorg op basis van integrale bekostiging, of bereiden zich daarop voor. Dat laatste geldt ook voor vasculair risicomanagement. Er zijn ook meer en meer initiatieven te zien waarbij er een actieve samenwerking tussen de eerste en tweede lijn is. De zorgverleners hebben daarbij als gezamenlijk doel de patiënt zo lang mogelijk in de eigen omgeving zo goed mogelijke zorg te verlenen. Dit soort initiatieven wordt vaak aangeduid als «ander-halfde lijnszorg» maar dit kan ook worden gezien als een langzame «vervaging» van het onderscheid tussen de lijnen.

### *Zorgverzekeraars*

Ook zorgverzekeraars spelen in op deze nieuwe aanpak. Integrale zorg voor mensen met chronische aandoeningen staat bij alle zorgverzekeraars hoog op de agenda. Zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol bij het doelmatig inkopen van de integrale zorg, met een goede prijs/kwaliteit verhouding. De prikkels voor zorgverzekeraars om zoveel mogelijk te investeren in het zo gezond mogelijk houden van mensen met een chronische ziekte (en het voorkomen dat hoog-risico groepen ook daadwerkelijk een chronische ziekte ontwikkelen) worden steeds beter.



Verzekeraars zijn actief op het gebied van diabetesprogramma's en bereiden zich voor op de integrale inkoop van COPD en vasculair risicomanagement. Er is veel en intensief contact tussen verzekeraars en zorggroepen of gezondheidscentra over de inhoud van de zorgprogramma's en de wijze van contractering.

## **8. Onderzoek, evaluatie en actieprogramma's**

Om de verdere uitwerking en invoering van de nieuwe chronische zorg te onderbouwen, begeleiden en toetsen, heb ik een evaluatiecommissie en een aantal onderzoeks- en actieprogramma's ingesteld.

### *Onafhankelijke evaluatiecommissie*

Er is op uw verzoek een evaluatiecommissie ingesteld die gaat kijken naar de wijze waarop integrale bekostiging in het veld vorm krijgt.<sup>1</sup> Bij de evaluatie staat het (potentiële) effect op patiënten centraal. Er wordt verder aandacht besteed aan in elk geval de volgende aspecten van integrale bekostiging: werkzaamheid in de praktijk, bureaucratie, continuïteit/integraliteit van zorg, keuzevrijheid, ervaren en gerealiseerde kwaliteit. De commissie, ingesteld voor een periode van drie jaar, zal aan het eind van dit jaar haar eerste tussenrapportage opleveren.

### *ZonMw programma Diseasemanagement*

Medio 2008 is het ZonMw programma «Diseasemanagement chronische ziekten» van start gegaan. Binnen dit programma doen 22 praktijkprojecten mee die de zorg voor mensen met chronische aandoeningen vorm geven op basis van de zorgstandaarden. De praktijken zijn multidisciplinaire en deels transmurale zorggroepen die zorgprogramma's uitvoeren op het terrein van één (bijvoorbeeld vasculair risicomanagement, COPD) of een combinatie van chronische aandoeningen. De praktijken worden vanuit het programma begeleid en geëvalueerd. Daarnaast vindt er via dit programma strategisch en toegepast onderzoek plaats op drie thema's die voor diseasemanagement van belang zijn, namelijk zelfmanagement, comorbiditeit en ICT & zorg. Voor dit programma heb ik € 5,5 miljoen beschikbaar gesteld. Daarnaast leveren acht gezondheidsfondsen, ICT-Regie en twee samenwerkende farmaceutische bedrijven een belangrijke financiële bijdrage aan het programma.

### *Overige ZonMw programma's*

Voor het «Nationaal Programma Ouderenzorg» is €81 miljoen beschikbaar. Dit programma loopt sinds april 2008 en heeft als doel de zorg voor ouderen met complexe hulpvragen te verbeteren. Dit gebeurt door een samenhangend zorgaanbod te creëren dat beter afgestemd is op de individuele behoeften van ouderen. Inmiddels is ook het programma «op één lijn» van start gegaan. Dit stimuleringsprogramma van bijna € 19 miljoen moet de organisatiekracht en het innovatief vermogen van de zorg dicht bij huis vergroten. Speciale aandacht is er voor organisatorische consequenties van de behandeling van kwetsbare ouderen en mensen met één of meerdere chronische ziekte(s).

### *CBO programma zelfmanagement*

Ik heb een subsidie van ruim €4 miljoen aan het CBO toegekend om de randvoorwaarden voor zelfmanagement te onderzoeken en vorm te geven. Aandachtspunten zijn de beschikbaarheid van middelen, interventies, e-health oplossingen en het zelfzorgdossier. Maar ook welke ondersteuning er nodig is en de nieuwe rol van de zorgverlener.

---

<sup>1</sup> Tweede Kamer, Vergaderjaar 2009–2010, Kamerstuk 29 247, nr. 114.

In mijn brief van juni 2008 heb ik aangegeven dat diabetes te beschouwen is als de «voorloperziekte»; de nieuwe aanpak van chronische zorg is begonnen bij diabetes. In 2008 heb ik opdracht gegeven voor het «Nationaal Actieprogramma Diabetes» (NAD). Dit programma loopt van 2009 tot 2013, er is € 10 miljoen beschikbaar met als doel een brede toepassing (90%) van een actuele en complete zorgstandaard diabetes. Om dit doel te bereiken worden projecten ontwikkeld op thema's zoals: actualisering van de diabetes zorgstandaard, voorlichting en leefstijlinterventie, positie van de cliënt en patiënt, kwaliteit, organisatie en kennis, bekostiging, elektronische communicatie en ICT voorzieningen. De projecten zijn voor het merendeel gestart en voor een klein deel in de laatste fase van ontwikkeling. Het is nog te vroeg om resultaten te noemen.

## **9. Cultuuromslag**

We zijn begonnen met een omslag naar meer pro-actieve, patiëntgerichte en integrale chronische zorg. Het gaat om een cultuuromslag die niet van de ene op de andere dag bewerkstelligd wordt. Het is logisch dat het tijd, veel discussie, energie en vasthoudendheid kost om op een andere manier te gaan werken dan men altijd gewend is geweest en dan is aangeleerd. Dit geldt niet alleen voor zorgaanbieders, maar net zo goed voor zorgverzekeraars en andere belangrijke partijen, niet in de laatste plaats de patiënt!

Daarom is het logisch dat er discussie is over het tempo waarin de omslag plaatsvindt. Enerzijds gaan de ontwikkelingen razendsnel, zie bijvoorbeeld het enorme tempo waarmee zorggroepen zijn ontstaan. Samenwerkingsverbanden die al enige tijd succesvol aan de slag zijn, willen verder kunnen gaan en bijvoorbeeld een betere samenwerking met wijkzorg organiseren of de farmaceutische zorg in de integrale bekostiging betrekken. Anderzijds vergt deze verandering in denken en werken uiteraard aanpassingstijd. Randvoorwaarden zoals ICT aanpassingen kennen zo hun eigen doorlooptijd. Door een overgangperiode van drie jaar in te stellen, kunnen zorgaanbieders en verzekeraars die daarvoor klaar zijn door op de gewenste weg en krijgen tegelijkertijd anderen de tijd die nodig is om zich voor te bereiden op het integraal leveren van zorg.

### *Aandachtspunten voor de toekomst*

Van de minimaal 4,5 miljoen mensen met een chronische aandoening, heeft ongeveer 1,3 miljoen meerdere ziekten tegelijkertijd. De «model zorgstandaard» komt hieraan tegemoet doordat er bij de inhoud en organisatie van zorg rekening gehouden wordt met multimorbiditeit. Maar bij de verdere uitwerking van de patiëntgerichte integrale aanpak verdient de problematiek van de multimorbiditeit zeker aandacht.

Dit geldt ook voor de verdere ontschotting. Ook hier zijn eerste stappen gezet met de zorgstandaard die wordt opgesteld vanuit het perspectief van de patiënt en daarmee dwars door de lijnen en schotten heengaat. De integrale bekostiging ondersteunt dit proces door een samenhangende financiering mogelijk te maken.

Hoe deze samenhangende zorg en «ontschotting» verder vorm te geven en welke consequenties dit heeft voor organisatie en financiering van de zorg, is een belangrijk thema voor de komende jaren.

## **10. Tot slot**

Ik vertrouw erop met deze brief te hebben voldaan aan de genoemde toezeggingen. Bovendien hoop ik u een beeld te hebben gegeven van de ontwikkelingen van de afgelopen twee jaar op het terrein van de programmatische aanpak van chronische ziekten.

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