

Vitale mensen, slimme zorg

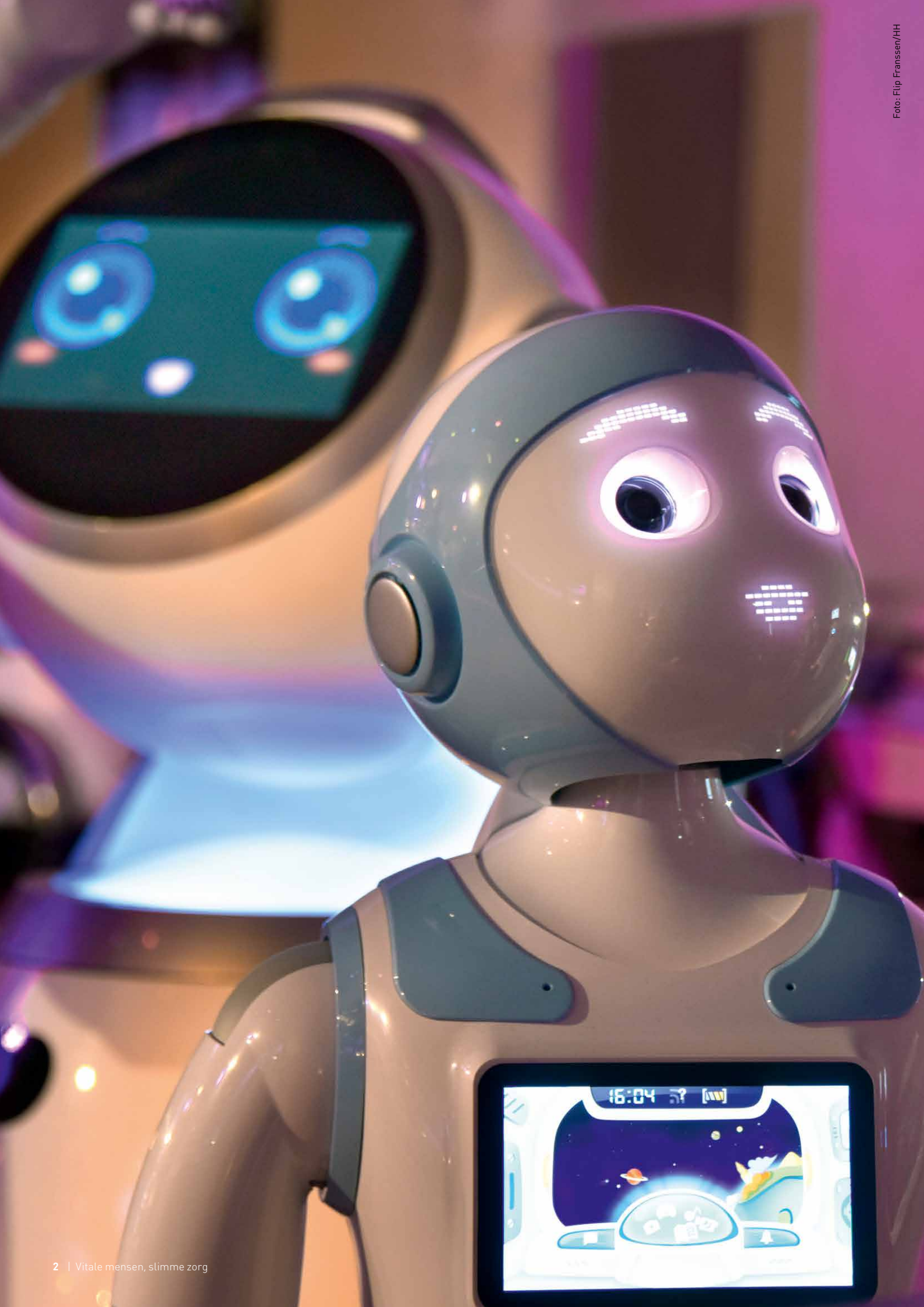


Foto: Flip Franssen/HH

Inhoud

Voorwoord	5
Samenvatting	6
De belangrijkste maatregelen samengevat	9
1. Samen met het bedrijfsleven vol inzetten op vitaliteit en gezondheid	18
Hoe thuisarts.nl (en hun AI-opvolgers) massaal huisartsenbezoek afvangen	21
2. Digitale transformatie van de zorg versnellen: voorbij 'not invented here' en anders werken	32
Reprise van onze vorige zorgvisie 'Vooruit met de zorg: beter, slimmer, menselijker' (2016)	33
Praktijkvoorbeelden van de 'juiste zorg op de juiste plek'	35
Drie fasen van innovaties in de gezondheidszorg	37
Hoe concentratie van planbare complexe zorg meer dan 200 doden per jaar gaat voorkomen	42
3. Ruimte voor zorgprofessionals: veilige data-uitwisseling en data-ontschotting	48
Wat kan Nederland leren uit de ervaringen in Finland en Duitsland met data-uitwisseling?	51
4. Zorgprofessionals beter voorbereiden op de toekomst	56
Op welke manieren gaat artificiële intelligentie ons vitaler en gezonder maken?	57
De ingrijpende gevolgen van artificiële intelligentie voor pathologie	61
Hoe een Nederlandse scale-up met artificiële intelligentie na een beroerte hersencellen redt	64
5. In het verlengde van het pensioenakkoord de zorg voor ouderen toekomstbestendig maken	66
6. Maatschappelijk verantwoord ondernemen in de zorg	72

Voorwoord

De COVID19-pandemie heeft wereldwijd een enorme gezondheids crisis en grote economische schade veroorzaakt. Maar het laat ook zien hoe onmisbaar goede gezondheidszorg – met hardwerkende en zeer toegewijde zorgprofessionals – is voor het functioneren van onze samenleving.

De COVID19-crisis onderstreept ook het enorme belang van het toekomstbestendiger maken van de zorg. Een direct tekort aan voldoende zorgprofessionals laat bijvoorbeeld zien dat zelfs acute zorg niet voor iedereen beschikbaar hoeft te zijn. Dit staat haaks op de gedeelde doelstelling van ons solidaire stelsel om goede zorg voor alle Nederlanders betaalbaar en toegankelijk te houden.

Ook staan we voor de opgave om bewezen digitale innovaties – die zorgen voor betere zorg dichterbij huis - sneller op te schalen naar de landelijke norm: in het belang van patiënten. Ook spelen we daarmee veel tijd vrij voor de zorgprofessionals en ontstaat er meer tijd en ruimte voor echte aandacht. In de COVID19-crisis is de zorg in drie maanden sneller gedigitaliseerd dan in vele jaren ervoor. Het is belangrijk dat we die versnelde ontwikkeling vasthouden én tot het nieuwe normaal maken.

Een andere grote uitdaging waar we in Nederland voor staan is het investeren in gezondheid en vitaliteit. Onze verenigingen waren daarom mede-initiatiefnemer van het Nationaal Preventieakkoord. Gezonde keuzes komen vooral tot stand in een fysieke en sociale omgeving die gezonde keuzes faciliteert. Ook op de werkvloer zien we vele mogelijkheden om onze werkenden te faciliteren bij een vitale leefstijl. Binnen de zorg zijn preventie en het demedicaliseren 'een ondergeschoven kindje' dat juist kan voorkomen dat mensen ziek worden of klachten krijgen. Samen kunnen we zorgen dat Nederland nog veel gezonder en vitaler wordt.

Voor u ligt de gezamenlijke visie namens de gezondheidszorg en het bedrijfsleven als inbreng voor de contourennota. We hebben deze samen met meer dan 30 van onze leden gemaakt. In deze visie beschrijven we wat we samen in gang zetten om de gezondheid van Nederlanders te vergroten en hoe we onze prachtige zorg met toegewijde zorgprofessionals nog slimmer, beter én vooral toekomstbestendig kunnen maken nu we enkele harde lessen hebben geleerd de afgelopen periode.

Samen met onze leden gaan we zelf aan de slag. Op een aantal punten kan de overheid helpen. We hopen daarom dat de hier beschreven ideeën en acties hun weg vinden naar de praktijk en naar de politiek. Veel van wat wij hier bepleiten gebeurt ook al (maar vaak nog op te kleine schaal) en kan zonder wetswijzigingen of bureaucratie worden ingevoerd. Het is daarmee vooral een echte doe-agenda die helpt om de zorg klaar te maken voor de toekomst. Iedereen die daaraan een bijdrage wil leveren, is van harte welkom. En het biedt daarmee naar onze mening een basis voor de contourennota van het kabinet over hoe verder met gezondheidszorg in een nieuwe kabinetsperiode.

Hans de Boer
Voorzitter VNO-NCW

Jacco Vonhof
Voorzitter MKB-Nederland

Samenvatting

De Nederlandse zorg is van goede kwaliteit, dankzij de enorme inzet van de vele mensen die in de zorg werken. Bij alle onzekerheid over de ongekende impact van de coronacrisis blijkt hoe essentieel het is dat we kunnen terugvallen op de deskundige en bijzonder gemotiveerde mensen die werken in de zorg. Nederland heeft één van de beste zorgstelsels ter wereld; een solidair stelsel waarbij iedereen meebetaalt aan de zorg voor anderen. Daardoor hebben alle 17 miljoen Nederlanders toegang tot goede en betaalbare zorg. Onze gezondheidszorg levert daarnaast een grote en onmisbare bijdrage aan een vitale arbeidsmarkt en economie. Er gaat dus veel goed, maar tegelijkertijd piept en kraakt het al veel langer in de zorg. De coronacrisis onderstreept het grote maatschappelijke belang om onze gezondheidszorg meer toekomstbestendig te maken.

Toenemende druk op mensen die in de zorg werken

Er ontstaat steeds meer onzekerheid over de vraag of iedereen ook in de toekomst nog steeds het beste in de zorg kan krijgen. Dit hangt samen met de toenemende vraag en personeelstekorten. Daarnaast ervaren de mensen die in de zorg werken dat zij onvoldoende tijd aan hun patiënt kunnen besteden. Ze hebben het gevoel in een doorgeslagen bureaucratie te werken en zijn te veel tijd kwijt om te beschikken over de noodzakelijke medische gegevens om goede zorg te kunnen verlenen. Ze voelen zich

niet altijd gewaardeerd, ervaren onvoldoende autonomie in hun werk en maken zich zorgen dat de menselijke maat verloren gaat. Dat vertaalt zich ook in een hoog ziekteverzuim en een hoge uitstroom uit de sector.

Krapte op de arbeidsmarkt

Dat is extra zorgwekkend vanwege de krappe Nederlandse arbeidsmarkt, ook in de zorg. Arbeidsmarkttekorten leiden tot ongewenste wachtlijsten in met name de jeugdhulp, de geestelijke gezondheidszorg en de ouderenzorg. In de toekomst wordt dit er niet beter op, vanwege de vergrijzing. Ten eerste, daalt hierdoor in verhouding het aantal werkenden. Er zijn straks dus relatief minder mensen om het werk te doen. Ten tweede, leidt de vergrijzing tot meer zorgvraag. Binnen die krappe arbeidsmarkt zijn dus juist in de zorg extra mensen nodig. Nu werkt 1 op de 7 mensen in de zorg, maar dat zal straks 1 op de 4 worden. Alle reden dus om nog meer te investeren in een gezonde, productieve en volop participerende (beroeps)bevolking.

Zorguitgaven groeien sneller dan de economie

Naast schaarse mensen is er sprake van schaarse middelen in de zorg. De uitgaven aan de collectief gefinancierde zorg groeien veel harder dan de Nederlandse economie als geheel. Waar we in 2000 nog 5,5% van onze economie besteedden aan gezondheidszorg, is dat opgelopen naar 9,6% in 2020.¹ Per volwassen Nederlander besteden we gemiddeld bijna 500 euro per maand aan gezondheidszorg.

Het CPB voorspelt dat de zorguitgaven sneller blijven groeien dan de economie. Vooral de uitgaven aan de Wet Langdurige Zorg stijgen relatief sterk: de vergrijzing verhoogt de vraag naar zorg het sterkst bij de langdurige zorg.²

Groot deel van het inkomen gaat naar de zorg

Als gevolg hiervan stijgen de zorgpremies sterk. Volgens het CPB zijn stijgende zorgpremies één van de belangrijkste redenen dat de koopkracht onder druk staat bij ongewijzigd beleid.³ Dat is een boodschap die moeilijk uit te leggen is. Zeker omdat al vóór de economische crisis van 2020 het besteedbaar inkomen van burgers al jaren sterk achterbleef bij de economische groei.

Solidariteit op termijn onder druk

Dat is dus volstrekt géén houdbare situatie. Niet voor de mensen die in de zorg werken en niet voor de samenleving. Zonder maatregelen zal de kwaliteit en/of de toegankelijkheid van de zorg afnemen. En ook de solidariteit: vooral mensen die het zich kunnen veroorloven, zullen hun eigen zorg gaan organiseren en schaarse zorgprofessionals aan zich binden. Terwijl het nu juist de kracht van ons huidige solidaire zorgstelsel is, dat iedereen (rijk of arm, ziek of gezond, jong of oud) gelijke toegang heeft tot dezelfde betaalbare en toegankelijke zorg van goede kwaliteit. En dat recht ook kan verzilveren.

Onze ambitie

Het is onze gezamenlijke ambitie om de kwaliteit en toegankelijkheid voor iedereen te blijven waarborgen, ook bij de groeiende toekomstige zorgbehoefte. Dit begint erbij om mensen te helpen zo lang mogelijk vitaal en gezond te blijven. We moeten en

kunnen voorkomen dat mensen een beroep doen op de gezondheidszorg. Worden mensen toch ziek, dan is het belangrijk dat ze zo snel mogelijk toegang hebben tot de juiste zorg. Waarbij niet alleen wordt gekeken naar medische uitkomsten, maar ook naar de vraag wat mensen nodig hebben om weer te kunnen participeren (op het werk, in het gezin of als mantelzorger). Mensen die chronisch ziek zijn of een beperking hebben, kunnen zo blijven deelnemen en bijdragen aan de samenleving. Iets waar mensen zelf ook vaak om vragen.

Onze opdracht is ook ouderen zo lang mogelijk vitaal, actief en productief te houden. Dit maakt langer doorwerken of actief blijven in de samenwerking mogelijk, maar ontlast ook de zorgprofessionals. Voor kwetsbare, hulpbehoevende ouderen gaat het om het organiseren van betrouwbare, maar tegelijk ook efficiënte en toekomstbestendige zorg. Zeker in de context van relatief minder werkenden en zorgen over de houdbaarheid van de zorguitgaven gaat het dus om een majeure opdracht. Het mooie is, dat digitale innovaties hiervoor zeer goede oplossingen kunnen bieden.

Namens het bedrijfsleven en de zorg presenteren we een gezamenlijk plan voor een vitale en productieve samenleving en een betere gezondheidszorg. Ons plan leidt tot een win-winsituatie: méér gezondheid en kwaliteit van leven, een hogere arbeidsdeelname, een nóg betere gezondheidszorg waarin zorgprofessionals met meer plezier werken én een beheerste stijging van de zorgkosten. Met dit plan maken we Nederland koploper in de preventieve en digitale transformatie van de gezondheidszorg,

¹ CPB, 2019, MLT-verkenning 2022-2025, <https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Middellangetermijnverkenning-MLT-2022-2025-nov2019.pdf>

² CPB, 2019, MLT-verkenning 2022-2025 zorg, <https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Middellangetermijnverkenning-zorg-2022-2025-nov2019.pdf>

³ CPB, 2019, MLT-verkenning 2022-2025, <https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Middellangetermijnverkenning-MLT-2022-2025-nov2019.pdf>

met nieuwe economische kansen voor ons bedrijfsleven. Zeker met de komst van het Europees Geneesmiddelen Agentschap (EMA) naar Amsterdam zien we veel nieuwe kansen om Nederland de kraamkamer te maken van betaalbare en toegankelijke medische innovaties en e-health, waarvan de Nederlandse patiënt als eerste profiteert.



Ons plan betekent een transformatie langs de volgende hoofdlijnen:

1. Samen met het bedrijfsleven vol inzetten op vitaliteit en gezondheid, ook op de werkvloer
2. Digitale transformatie van de zorg versnellen: voorbij 'not invented here' en anders werken
3. Ruimte voor zorgprofessionals: veilige data-uitwisseling en data-ontschotting
4. Zorgprofessionals beter voorbereiden op de toekomst
5. In het verlengde van het pensioenakkoord de zorg voor ouderen toekomstbestendig maken

Hieronder lichten we de belangrijkste maatregelen toe. Deze worden in de volgende hoofdstukken toegelicht. Daarbij hebben we eerst gekeken waar wij als bedrijfsleven en gezondheidszorg zelf het initiatief nemen, en aanvullend naar de vraag wat nodig is om samen met de overheid te doen.

Box 1: De belangrijkste maatregelen samengevat

1. Samen met het bedrijfsleven vol inzetten op vitaliteit en gezondheid ook op de werkvloer

- In het Nationaal Preventieakkoord 2018 zijn meerjarige afspraken gemaakt over het tegengaan van overgewicht, problematisch alcoholgebruik en roken. In het verlengde hiervan willen we over andere thema's afspraken maken, bijvoorbeeld het creëren van een minder stress-ogene omgeving, het faciliteren van gezonde keuzes en het verhogen van de vaccinatiegraad.
- Investeren in de-medicaliseren van de zorg: sociaal-maatschappelijke problemen als zodanig behandelen. De meest kwetsbare mensen hebben vaak vooral baat bij activiteiten die zelfvertrouwen en meedoen versterken (meer zorg is niet altijd de oplossing).
- Meer aandacht voor positieve gezondheid en preventie in de opleiding van zorgprofessionals.
- Werk maken van een inclusieve arbeidsmarkt. Het verkrijgen van werk heeft een groot, duurzaam en positief effect op leefstijl, gezondheid, zorgconsumptie en levensverwachting.
- Versterken van vitaliteit op de werkvloer met digitale vitaliteitsplatforms. Deze platforms ontzorgen mkb'ers en werkenden maken graag gebruik van digitale oplossingen bij het werken aan hun vitaliteit. We verwachten dat digitale vitaliteitsoplossingen op de werkvloer een grote vlucht nemen om werkenden te behouden, te betrekken en te motiveren.
- Door slim gebruik van financiële prikkels mensen ondersteunen bij hun gezondheidsdoelen (zoals stoppen met roken). Collectieve contracten met zorgverzekeraars, met korting én afspraken over vitaliteit, zijn hierbij belangrijk.
- Op veelgebruikte medische websites, zoals thuisarts.nl of dokterdokter.nl, werkgerelateerde informatie toevoegen, zodat ook informatie over herstel en werkhervatting snel vindbaar is.
- Inzetten op veilig gebruik van gezondheidsapps en wearables. De consumentenmarkt met gezondheidsapps en wearables heeft een grote gezondheidspotentie. Belangrijk is wel dat consumenten hiervan veilig gebruik kunnen maken en dat het kaf van het koren gescheiden wordt. Dit mes snijdt aan twee kanten: Digitale gezondheidsdiensten ondersteunen mensen bij het realiseren van hun eigen gezondheidsdoelen en Nederland kan de economische kansen pakken op deze snelgroeiende internationale markt.
- Slimmer benutten van de aanwezige kennis en middelen in het bedrijfsleven om te voorkomen dat mensen een onnodig beroep doen op de zorg. Zo kunnen apothekers en drogisten relatief eenvoudige gezondheids- en leefstijlvragen opvangen en helpen supermarkten bij gezonde keuzes als het gaat om voeding.

2. Digitale transformatie van de zorg versnellen: voorbij 'not invented here' en anders werken

- Inzetten op e-health en de transitie van verplaatsbare zorg van de ziekenhuizen en instellingen naar de eerstelijns en de thuissituatie. Binnen de ziekenhuiszorg betekent dit dat basiszorg niet meer plaatsvindt in een academische setting, maar zo dicht mogelijk bij de patiënt wordt georganiseerd. Uiteraard alleen als dat medisch-inhoudelijk mogelijk is (en qua kosten/baten wenselijk).
- Ondanks de krappe arbeidsmarkt zien we dat succesvol gebleken vormen van betere zorg (bijvoorbeeld juiste zorg op de juiste plek) niet of nog te beperkt worden opgeschaald. Het is maatschappelijk niet acceptabel dat 'not invented here' ertoe leidt dat de patiënt de beste zorg onthouden wordt. Uitgangspunt moet zijn dat bewezen effectieve zorg landelijk in Nederland geïmplementeerd moet worden. We zien daarbij voor alle partijen in de zorg daarbij een actieve rol:
 - Beroepsverenigingen nemen betere zorg sneller op in hun richtlijnen (ook op initiatief van patiëntenverenigingen, zorgaanbieders of verzekeraars) én brengen ze overal tot in de werkpraktijk. Positief in dit verband is de recente aankondiging van de medisch specialisten dat zij hun richtlijnen vaker gaan actualiseren.⁴
 - Het Zorginstituut krijgt hierbij een ruimer mandaat om de vrijblijvendheid weg te nemen. Het bestaande programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik van het Zorginstituut wordt uitgebreid met de juiste zorg op juiste plek.
 - Zorgverzekeraars sturen zorgaanbieders - via een actieve inkoop (en differentiatie in vergoedingen) - op het verlenen van betere zorg en het afschalen van achterhaalde zorg. Zorgverzekeraars moeten vanuit hun rol zorgen dat zij voldoende capaciteit hebben om deze ambitie waar te maken.
 - De digitale transformatie wordt meerjarig veranderkundig/praktisch ondersteund. Dat moet, aanvullend op de huidige insteek op de regio, ook thematisch en boven-regionaal. Dit voorkomt dat 100 keer hetzelfde wiel wordt uitgevonden.
 - Belangrijke randvoorwaarden voor opschaling zijn onder meer het meerjarig contracteren van zorgaanbieders en waar mogelijk het bekostigen op basis van gezondheidsuitkomsten. Daardoor wordt de zorg tegelijkertijd minder volume-gedreven.
 - De hoofdlijnenakkoorden (en begroting VWS) worden anders ingedeeld: in plaats van het huidige onderscheid naar 1e/2e/3e lijn, moeten we redeneren vanuit de zorgbehoefte en netwerken om deze behoefte in te vullen.
 - Investeren in de productiviteit en het plezier van zorgprofessionals door zorgopleidingen, herscholingsprogramma's en trainingen af te stemmen op de technologie en digitalisering maar ook het management te helpen met deze (leer)processen. De digitale transformatie vraagt om anders (samen)werken en andere vaardigheden.

⁴ www.demedischspecialist.nl/nieuws/richtlijnen-voortaan-snel-actueel

- Het anders organiseren van zorg vergt soms samenwerking tussen zorgaanbieders. Dit vereist duidelijkheid over wanneer samenwerken tussen zorgaanbieders al dan niet in strijd met de mededingingsregels is (zie ook de recente ACM-beleidsregels).⁵

- Voor planbare, hoog-complexe zorg is verdere concentratie nodig en gewenst. Onderzoek wijst uit dat dit de kwaliteit van de zorg verbetert en minimaal 200 doden per jaar kan voorkomen.⁶
- Digitalisering vereenvoudigt en versnelt de zorgprocessen, omdat misbare tussenschakels vervallen. Een illustratie is dat thuisbezorging van medicijnen/hulpmiddelen en/of een afhaalpunt in de buurt de functie van apotheken ingrijpend verandert. Dat geeft apothekers meer tijd voor goed farmacologisch advies aan hun patiënten.
- Nieuwe spelers van buiten de zorg kunnen de gezondheidszorg anders organiseren. Dit vereist een open blik om de kansen daarvan te benutten, maar ook aandacht voor het borgen van de kernwaarden van het Nederlandse zorgstelsel.

3. Ruimte voor zorgprofessionals: veilige data-uitwisseling én data-ontschotting

- Zorgprofessionals zijn disproportioneel veel tijd kwijt aan het achterhalen van de patiëntgegevens die zij nodig hebben voor hun belangrijke werk.
- Op initiatief van het ministerie van VWS, VNO-NCW en MKB-Nederland maken de ICT-leveranciers in de zorg daarom afspraken over onderlinge gegevensdeling. Dit helpt burgers om makkelijker inzicht te krijgen in hun gezondheid, behandeling en medische dossier en zorgprofessionals doordat zij minder tijd kwijt zijn. Daarnaast committeren ICT-bedrijven zich aan open systemen en vastgestelde afdwingbare standaarden. Tot slot worden pre-concurrentiële nutsvoorzieningen opgezet, zoals een open zorgadressenboek.
- Het voornemen om data-uitwisseling wettelijk te verankeren verdient steun. Het lijkt zinvol om vooral de basis goed te regelen met wetgeving, die gebaseerd is op gangbare internationale standaarden. Borg dat de data veilig zonder drempels uitwisselbaar is tussen zorgaanbieders, patiënten en andere relevante partijen die geautoriseerd zijn om hierover te beschikken.
- Een aanvullend nationaal platform is gewenst om alle zorginstellingen onderling te laten communiceren én analyse van medische data te vergemakkelijken (onder een publiek-private governance). Zorg wordt steeds meer netwerkzorg. Daarom zijn ook centrale services nodig die aansluiten bij de vereisten van integrale netwerkzorg.
- De Autoriteit Persoonsgegevens verschaft sneller en duidelijker richting over de ruimte die de AVG biedt. Bij onvoldoende ruimte kan de rijksoverheid in wet- en regelgeving regelen dat noodzakelijk gebruik en uitwisseling van zorgdata mogelijk worden in het belang van veilige en goede zorg.

⁵ Zie www.acm.nl/nl/publicaties/acm-beleidsregel-juiste-zorg-op-de-juiste-plek-jzojp

⁶ SIRM, 2020, Concentratie van zorg kan tweehonderd sterftegevallen per jaar vermijden

4. Ruimte voor zorgprofessionals: zorgprofessionals beter voorbereiden op hun toekomst

- Digitalisering/AI heeft ingrijpende gevolgen voor de meeste hoofdtaken van zorgprofessionals. In zorgcurricula moeten we zorgprofessionals daar standaard op gaan voorbereiden. Niet alleen om de kwaliteit van zorg te blijven verbeteren, maar ook om een productiviteitsgroei te faciliteren, die hard nodig is om de uitdijende zorgvraag in goede banen te leiden.
- Aanvullend is bij onderzoek en opleidingen meer focus nodig op arbeidsbesparende technologie en innovatie in de zorg, zodat de potentie daarvan de komende jaren in de Nederlandse gezondheidszorg wordt gerealiseerd.
- Veel gebruikte vindplaatsen op internet doorontwikkelen tot een gepersonaliseerde virtuele huis- en bedrijfsarts op de smartphone die 24/7 beschikbaar is. Dat ontlast de zorg en faciliteert zelfmanagement bij burgers.
- Wettelijk verankeren onder welke voorwaarden medische en gezondheidsgelateerde data kunnen worden benut voor AI en onderzoek. Hierbij kan worden gekeken naar recente wetgeving in Finland en Duitsland.
- Het organiseren van maatschappelijk draagvlak door het regelen van toestemming en eigenaarschap van burgers over data, het ontwikkelen en vastleggen van ethische principes en het bepalen van eigenaarschap, veiligheid en kwaliteit van algoritmes.
- Pilots opzetten om ervaring op te doen met de wijze waarop AI het 'samen beslissen' tussen patiënt en zorgverlener kan faciliteren, samen met patiënten- en beroepsverenigingen en het bedrijfsleven (techbedrijven). Bij gebleken succes opschalen tot de landelijke norm.

5. In het verlengde van het pensioenakkoord de zorg voor ouderen toekomstbestendig maken

- Investeren in voldoende passende woonvormen tussen thuis en verpleeghuis. Bijvoorbeeld in de vorm van geclusterd wonen, waarbij thuiszorg of wijkverpleging efficiënter geleverd kan worden.
- Maak de huidige woningvoorraad geschikt voor langer thuis wonen. Qua aanpak zijn er veel parallellen met de duurzaamheidstransitie: als de woning gerenoveerd wordt om label A te behalen, dan kan ook het bad door de douche worden vervangen en domotica en sensoren worden geïnstalleerd.

- Vergroten en ontwikkelen van de markt voor persoonlijke diensten (inclusief senior-diensten) door deze betaalbaarder te maken. Daarbij kan worden gekeken naar de ervaringen in de Scandinavische landen en Frankrijk.
- Vooruitlopend op deze verkenning verdient het de aanbeveling om het recent ingevoerde abonnementstarief binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning te heroverwegen, vanwege de sterk aanzuigende werking. Tegelijkertijd blijft stapeling van eigen betalingen en bijdragen een aandachtspunt.
- Samen met de vakbeweging gaan we voorstellen uitwerken hoe de vergrijzing in goede banen te leiden door voldoende passende woonvormen, betaalbare persoonlijke diensten en een toekomstbestendige ouderenzorg te organiseren, waarbij de kwaliteit van leven voorop staat. Dit is een vervolg op de recente SER-verkenning Toekomstbestendige Zorg.

Dit plan betekent een transformatie in de huidige manier van werken in de zorg. Het is nodig anders te werken en zorg te verplaatsen naar de juiste plek - waar mogelijk thuis, waar veel mensen het liefste herstellen. De belangrijkste hoofdtaken van zorgprofessionals kunnen veel efficiënter door de mogelijkheden van digitalisering en artificiële intelligentie volop te benutten. Samen met het makkelijker onderling kunnen delen van medische data, kan hun productiviteit én werkplezier daarmee fors worden vergroot. Meer werkplezier leidt er ook tot dat het hoge ziekteverzuim en de uitstroom van personeel verminderen.

Deeltijdbanen in de zorg vergroten is mogelijk en noodzakelijk

Dit alles zal echter nog niet voldoende zijn: per saldo blijft er sprake van een forse uitbreidingsvraag op de arbeidsmarkt. De sleutel daarvoor is om zorgprofessionals te verleiden meer uren per week te werken (waar nu deeltijd vaak de norm is). Dat blijkt in de praktijk van de zorg weerbarstig, maar niet onmogelijk.⁷ Werkgevers hebben een belangrijke rol daarin. Bij een groot deel van de werkenden is meer uren werken nooit besproken. Veel werkenden – zelfs die aangeven minder te willen werken – zijn onder bepaalde voorwaarden bereid om meer uren te werken. Denk daarbij aan roostering, de combinatie van werk-privé of de piekurenbelasting in de zorg. Deze praktijkinzichten laten zien dat er veel potentieel is. Gelukkig zien we binnen de zorg praktijkvoorbeelden van zorgorganisaties die erin slagen om hun werkenden te verleiden tot meer uren werken. De effecten van een groter arbeidscontract kunnen ook zijn dat de professionaliteit

toeneemt, door meer ervaring en opbouw van menselijk kapitaal en minder overdrachtsmomenten. Investeren in meer gewerkte uren kan de ervaren werkdruk voor alle zorgprofessionals verlagen en ervoor zorgen dat minder werkenden de zorg verlaten.

Dit vergt een bredere aanpak voor de gehele Nederlandse arbeidsmarkt. Om werkenden in staat te stellen meer uren te werken (met een goede werk-privébalans), is veel gelijktijdig nodig: een belastingstelsel dat meer uren werken financieel stimuleert, schoolroosters die beide ouders in staat stellen om desgewenst voltijds te werken, het anders organiseren van kinderopvang, het slim organiseren van informele en mantelzorg en een moderne rolverdeling tussen mannen en vrouwen. Ook werkgevers kunnen samen slimme combinaties van kleinere taken en banen helpen organiseren, die werkenden meer perspectief en inkomen kunnen verschaffen en daarmee werken in de zorg aantrekkelijker maken. Zo'n bredere aanpak draagt ook bij aan een hogere arbeidsdeelname en meer economische zelfstandigheid van vrouwen.

Coronacrisis heeft grote én structurele gevolgen voor de gezondheidszorg

De COVID19-pandemie heeft wereldwijd een enorme gezondheidscrisis en een grote economische crisis veroorzaakt. Het is nog te vroeg om nu de lessen te trekken, maar een aantal zaken vallen wel op. De coronacrisis laat vooral zien hoe essentieel en onmisbaar een goede zorginfrastructuur is - met hardwerkende en zeer toegewijde zorgprofessionals - voor het (kunnen) functioneren van onze economie en samenleving. De coronacrisis onderstreept daarmee ook het belang van het toekomstbestendiger maken van de zorg: een direct tekort aan voldoende zorgprofessionals laat zien dat zelfs acute zorg niet voor iedereen beschikbaar hoeft te zijn. Dat staat haaks op de gedeelde doelstellingen om zorg voor iedereen (rijk en arm) betaalbaar en toegankelijk te hebben.

De Nederlandse zorg bleek – net als in vele andere ontwikkelde landen – organisatorisch niet ingericht op de COVID19-pandemie. De gezondheidszorg heeft desondanks – samen met de overheid en bedrijfsleven - een prestatie van wereldformaat geleverd met het in allerijl opschalen van de IC-capaciteit in ziekenhuizen en opschalen van zorgbedden en met het inkopen en produceren van voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen. Er zijn door zorgverzekeraars en zorgkantoren tijdelijke financiële afspraken gemaakt om zorgaanbieders te compenseren voor de extra kosten of weggevalen productie. Door de digitale transformatie van de zorg is het mogelijk gebleken dat veel niet-COVID-gerelateerde zorg überhaupt doorgang kon vinden: digitale consulten en zorg op afstand dragen

direct bij aan continuïteit van zorg (en overigens ook aan het voorkomen van nieuwe besmettingen). Een positieve bijkomstigheid van deze crisis is dat de digitale transformatie van de zorg fors versneld is.

Het virus heeft daarmee vermoedelijk een aantal structurele veranderingen in de zorg in gang gezet of versneld. Het valt te verwachten dat de zorg zich beweegt richting meer digitale zorg-op-afstand, selectieve inzet van zorg, meer (snel op te schalen) acute zorgcapaciteit en organisatie van de medisch-specialistische zorg langs gelijksoortige processen.⁸ Wat per saldo het gevolg is voor de vraag naar zorg- en andere professionals en de mogelijke kostenontwikkeling, is vooralsnog onduidelijk.



Foto: Kees van de Veen/HH

⁷ Zie www.hetpotentieelpakken.nl/eerste-bevindingen-deeltijd-in-de-zorg

⁸ Zie ook Patrick Jeurissen, Eddy Adang, Florian Kruse, Niek Stadhouders, 2020, 'Coronavirus kan de zorg structureel veranderen', in ESB, <https://esb.nu/esb/20059300/coronavirus-kan-de-zorg-structureel-veranderen>

Uitnodiging voor een gezamenlijk vervolg

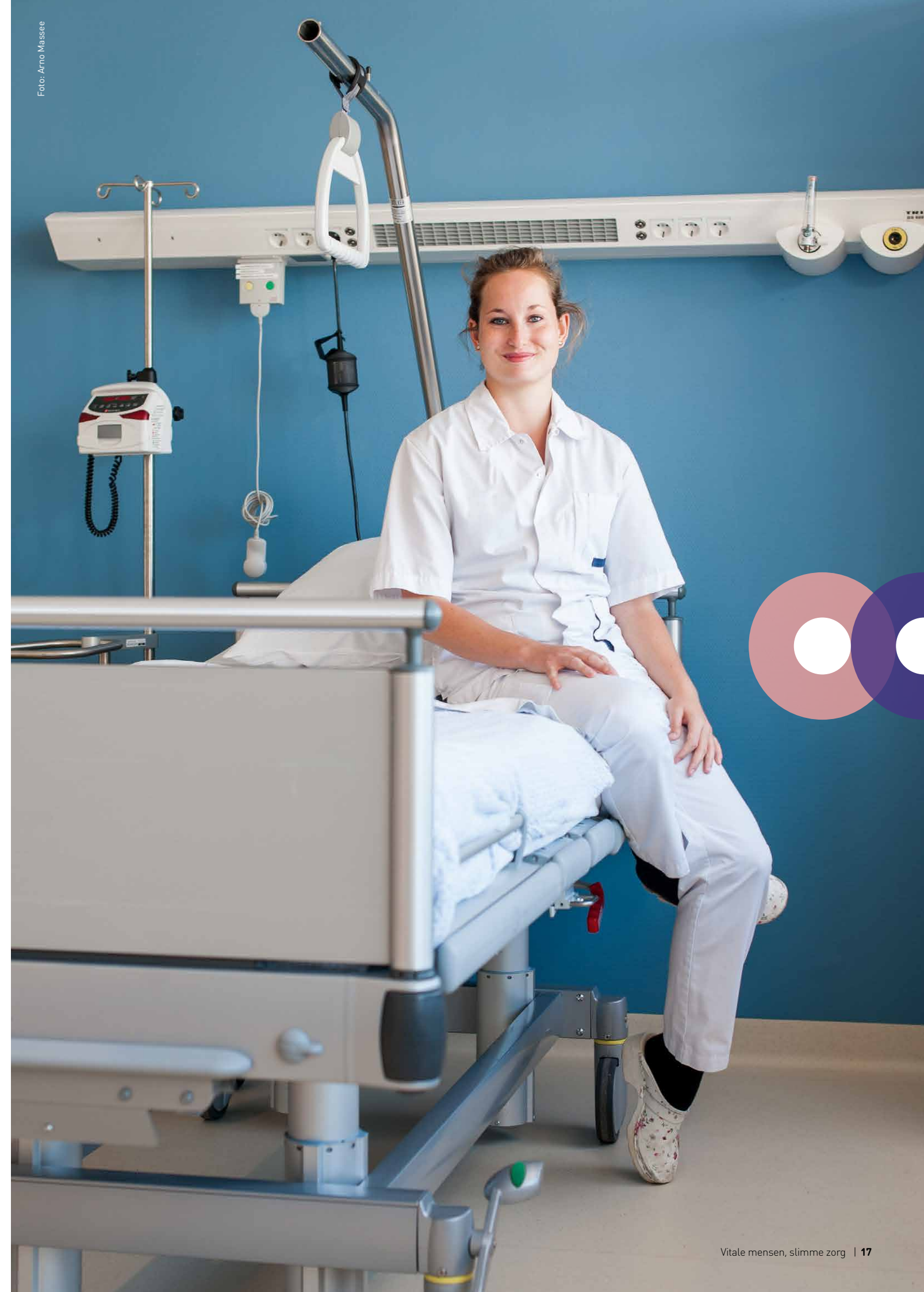
Om onze gezondheidszorg toekomstbestendig te maken, is méér nodig dan alleen losse maatregelen.

Deze transformatie van de zorg vraagt om een samenhangende aanpak en organisatie vanuit gemeenschappelijke doelen, inclusief een bijbehorende financiering. Dat vraagt een slimme, goed doordachte aanpak binnen ons stelsel van geregleerde concurrentie onder strenge publieke randvoorwaarden. Als we met de juiste investeringen in de gezondheid en gezondheidszorg onze bevolking gezonder en productiever houden, dan betaalt zich dat terug in economische groei

en structurele besparingen (in casu een lagere oploop van de zorgkosten). Die aanpak willen wij, met onze leden en partners, daarom de komende tijd uitwerken.

Iedereen die daaraan een bijdrage wil leveren, is van harte welkom: wij bouwen (en helpen) graag mee aan een zo breed mogelijke maatschappelijke coalitie.

Foto: Arno Massee



1. Samen met het bedrijfsleven vol inzetten op vitaliteit en gezondheid

Maatschappelijke beweging naar gezondheid en preventie doorzetten

VNO-NCW en MKB-Nederland waren in 2017 mede-initiatiefnemers van het Nationaal Preventieakkoord, vanuit het idee dat we gezamenlijk kunnen helpen om mensen gezonder te maken.⁹ Mede door onze inzet (namens onze leden) en samen met andere belangrijke maatschappelijke stakeholders (zoals gemeenten, onderwijsinstellingen en gezondheidsfondsen) is deze afspraak in het regeerakkoord opgenomen. Vervolgens zijn in 2018 uitgebreide en meerjarige afspraken gemaakt over roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik. Het bedrijfsleven levert daarmee een waardevolle meerjarige en praktische bijdrage aan de (toekomstige) gezondheid van de Nederlandse bevolking. Bovendien zijn in het Nationaal Preventieakkoord aanvullende afspraken gemaakt, onder meer over regionale en lokale akkoorden en het systematisch monitoren van nieuwe kansen en bedreigingen voor de volksgezondheid. Wat VNO-NCW en MKB-Nederland betreft, wordt de inzet op preventie van de afgelopen jaren doorgezet en vooral uitgevoerd.

Gezonde keuzes in een gezonde sociale en fysieke omgeving

Individueel gedrag komt tot stand in een sociale en fysieke context.

Zo hebben werk en de eigen financiële situatie een grote impact op de individuele keuzes die mensen maken en op hun gezondheid en welbevinden. Uit studies (van o.a. prof. Lex Burdorf van het Erasmus MC) blijkt dat het verkrijgen van betaald werk een groot positief effect kan hebben op een gezonde leefstijl en daarmee op de levensverwachting. Het leidt ook tot lagere zorgkosten, met name in de GGZ. Leefstijl heeft niet alleen een effect op zorgkosten, maar kan in het verlengde daarvan effect hebben op arbeids(on)geschiktheid.

Omgekeerd leiden werkloosheid en schuldenproblematiek juist tot een slechtere gezondheid (mede door meer roken, meer drinken en minder bewegen) en tot meer sterfte (aangevoerd voor hart- en vaatziekten, suïcide en drugsgerelateerde sterfte). Ook leidt langdurige stress - door bijvoorbeeld schulden, verlies van werk of rouw, of overbelasting op het werk - tot meer fysieke en mentale klachten. De inzet van VNO-NCW en MKB-Nederland is dat werkgevers zich sterk maken voor een inclusieve arbeidsmarkt, ook omdat dit duurzaam bijdraagt aan een betere leefstijl en levensverwachting.

De medische bril af en meer aandacht voor positieve gezondheid

Het zijn ook juist de meest kwetsbare mensen (de 'cannot's'), die zich het minst gehoord voelen, de grootste

drempels ervaren, het meest last hebben van de complexiteit van de samenleving en in de slechtste gezondheid verkeren. Meer zorg is daarvoor niet de oplossing, wel activiteiten die zelfvertrouwen en meedoen versterken. Des te opvallender is dat de afgelopen jaren het gebruik van individuele zorgvoorzieningen en doorverwijzing naar zwaardere zorgvoorzieningen juist toeneemt. De benodigde middelen voor zorg worden soms gevonden in cumulatieve bezuinigingen bij preventieve en algemene voorzieningen in de wijk. Het gevolg is dat preventief aanbod in de wijk te laat of helemaal niet beschikbaar komt.

De Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS) roept in dit verband op om sociaal-maatschappelijke problemen te herkennen, diagnosticeren en behandelen als zodanig: zet dus de medische bril af.¹⁰ De RVS ziet drie oplossingsrichtingen: investeren in realistische verwachtingen van de verschillende fasen in het leven, het verminderen van de aantrekkingskracht van een (medisch) professioneel loket en het versterken van andere benaderingen. Dat vereist, onder andere, kennis van het vergroten van positieve gezondheid, het bijdragen aan een gezonde leefstijl en het tijdig signaleren van sociale problemen. Dat geldt dan in het bijzonder voor de huisarts. Een voorbeeld is dat in steeds meer gemeenten 'Welzijn op recept' wordt ingevoerd, waarbij de huisarts mensen met psychosociale klachten doorverwijst naar een sociaal werker (in plaats van door te verwijzen naar een collega of medicijnen voor te schrijven). De sociaal werker zoekt samen met deze mensen uit wat hen energie geeft en helpt bij het oplossen van achterliggende problemen.¹¹

Een ander voorbeeld laat zien dat goede samenwerking van gemeenten en zorgverzekeraars (in Twente en Den Haag) bij de aanpak van schulden een beroep op de zorg kan voorkomen.¹² Nog een voorbeeld is dat inzet op huishoudelijke hulp kan helpen om verpleegzorg te voorkomen.¹³ VNO-NCW en MKB-Nederland pleiten dan ook voor de-medicalisering van sociale problemen en meer aandacht voor positieve gezondheid en preventie. Dit kan al worden meegenomen in de opleiding van zorgprofessionals.

Investeren in een gezondere fysieke en sociale omgeving en in preventie-aanbod kan ook de grote druk op de arbeidsmarkt in de zorg verlichten. Dat vraagt om een andere manier van kijken naar wat professionals kunnen betekenen voor de kwaliteit van leven van mensen. Met dat uitgangspunt zijn onze leden ActiZ, VGN en Sociaal Werk Nederland een project gestart met de werktitel 'De competentieatlas'. Doel is gemeenschappelijke en onderscheidende competenties in beeld te brengen van professionals die werken in de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en sociaal werk. Met de uitkomsten willen de initiatiefnemers de samenwerking bevorderen, het trainings- en opleidingsaanbod toekomstgericht maken en de arbeidsmobiliteit vergroten.

Modern preventiebeleid is mensen faciliteren bij een gezonde leefstijl

Er zijn steeds meer mogelijkheden om via gezondheidsapps en wearables mensen actief te ondersteunen bij een gezonde leefstijl. Zo'n modern preventiebeleid is terecht ook de inzet geworden van de Tweede Kamer en het kabinetsbeleid.¹⁴

¹⁰ Zie RVS, 2017, Recept voor een maatschappelijk probleem, www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2017/04/04/recept-voor-maatschappelijk-probleem

¹¹ Zie 'Welzijn op Recept ZorgProfessional' via [youtube.be/puoRzMVbp6E](https://www.youtube.com/watch?v=puoRzMVbp6E)

¹² www.menzis.nl/publicaties/zorg-zorgverzekering/2019/07/09/twentse-gemeenten-en-menzis-stevige-samenwerking-voor-zorg-en-preventie

¹³ www.scp.nl/Nieuws/Inzet_op_huishoudelijke_hulp_loont_ter_voorkoming_van_verpleeghuiszorg

¹⁴ Zie initiatiefnota 'Modern preventiebeleid is mensen ondersteunen bij een gezonde leefstijl' (2019) en de kabinetsreactie daarop, www.tweedekamer.nl/kamerstukken/amendementen/detail?id=2019Z07066&did=2019D14520

⁹ Zie brief VNO-NCW en MKB-Nederland aan informateur Zalm, www.vno-ncw.nl/brieven-en-commentaren/preventie-gezond-leven-brief-aan-informateur-zalm-tweede-kamer

De consumentenmarkt van gezondheidsapps, sensoren, wearables en video-applicaties bestaat pas sinds enkele jaren en is snelgroeiend. Denk aan platforms en apps waar je hardloop-data, dieetvoornemens, weegschaalscores, slaappatroon en bloeddruk kunt combineren. Zo krijgen mensen zelf een beter inzicht in hun eigen gezondheid en kunnen zij beter worden ondersteund bij een gezonde leefstijl door nieuwe coalities, bijvoorbeeld met supermarkten, de voedingsmiddelenindustrie en met verzekeraars.

In deze nieuwe markt is het essentieel dat de publieke belangen goed geborgd worden. Eén van de belangrijkste huidige uitdagingen is dat de consument het kaf van het koren kan onderscheiden en weet welke toepassingen veilig zijn én bijdragen aan het doel dat de consument wil bereiken. Als er medische en gezondheidsclaims worden gepropageerd, moeten consumenten erop kunnen vertrouwen dat deze ook worden waargemaakt. Op dit moment worden e-health-toepassingen (afgezien van de 'medical devices' die 21% van het aanbod beslaan)¹⁵ niet of nauwelijks getoetst voordat deze op de markt komen. Nauwe samenwerking met de wetenschap en kennisinstellingen is daarbij zeer gewenst.

Daarom ondersteunen VNO-NCW en MKB-Nederland van harte het LUMC-initiatief van het National eHealth Living Lab (www.nell.eu). Het LUMC is - samen met collega's uit Engeland, de VS, China en Singapore - gestart met het doorlichten van de honderdduizenden gezondheidsapps op effectiviteit. Het aantal apps dat daadwerkelijk langdurig of frequent wordt gebruikt, is overigens veel kleiner. De focus ligt daarom vooral

op de beoordeling van de apps, die nu veel gebruikt worden.

Belangrijk is dat apps niet alleen gevalideerd worden, maar ook getest op werkzaamheid om uitspraken te kunnen doen over de toegevoegde waarde en doelmatigheid. Ook is aandacht nodig voor een ethische omgang met data die via wearables worden verzameld. Via veel gebruikte websites kunnen burgers actief wegwijs worden gemaakt met apps, zoals de Engelse NHS dat al doet (www.nhs.uk/apps-library). Ten slotte is het belangrijk te investeren in de digitale vaardigheden van alle burgers, zodat iedereen kan profiteren van de gezondheidsvoordelen van dit type oplossingen.

Economische kansen pakken op snelgroeiende markt van digitale gezondheidsdiensten

Als Nederland en Europa koplopers kunnen worden in de digitale transformatie, kan dat grote economische kansen creëren voor ons bedrijfsleven én als hefboom fungeren voor de omslag van nazorg naar voorzorg. Data-uitwisseling - ook mét en binnen de snelgroeiende private consumentenmarkt met apps en wearables - is een belangrijke voorwaarde. Tot nu toe ontstaat het overgrote deel van de digitale platforms - zeker gemeten in termen van marktkapitalisatie - in de VS en China. Europa blijft daar sterk bij achter. Europa kan koploper worden in fair data voor gezondheid en preventie. Als gezondheidsdata zelf wordt gebruikt als handelswaar, druist dat in tegen Europese waarden (en het Rijnlandse model). De kans is hier een Europese data-economie voor gezondheid te creëren.

Box 2: Hoe thuisarts.nl en dokterdokter.nl (en AI-opvolgers) zelfregie en zelfzorg versterken

De website www.thuisarts.nl versterkt de mogelijkheid van zelfregie en zelfzorg voor alle inwoners van Nederland. De website ondersteunt zorggebruikers, patiënten en zorgprofessionals met toegankelijke, betrouwbare en onafhankelijke gezondheidsinformatie gemaakt door artsen. Vier jaar na de introductie van deze website bleek uit een wetenschappelijke studie dat deze website al 12% van het huisartsenbezoek (voor de tien meest bezochte aandoeningen) afvangt: dat scheelt 675.000 bezoeken aan de huisarts per maand.¹⁶ Inmiddels is het aantal bezoekers opgelopen naar 200.000 Nederlanders per dag. Thuisarts wordt daarmee gezien als een belangrijk startpunt voor medische informatie voor de hele zorgketen.¹⁷ De meest bezochte onderwerpen medio 2019 waren: eikenprocessierups, blaasontsteking, waterpokken, koorts (kind) en keelpijn. Ook vanuit het bedrijfsleven zijn vergelijkbare succesvolle wegwijzers voor gezondheidsinformatie, zoals www.dokterdokter.nl en www.gezondheidsplein.nl.

Het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) zet, geholpen door onze verenigingen, samen met tech-bedrijven pilots op voor een gepersonaliseerde versie van www.thuisarts.nl. De eerste stap kan zijn het toevoegen van chatbots (vergelijkbaar met de klantenservice op bijvoorbeeld bol.com). Een vervolgstap kan zijn slimme algoritmes toevoegen, die gerichte en gepersonaliseerde leefstijl- en gezondheidsadviezen verstrekken. Onze oproep is dan ook om vanuit de verzekerde zorg te verkennen of samengewerkt kan worden met veelgebruikte vindplaatsen, zoals www.dokterdokter.nl en www.gezondheidsplein.nl.

Een groot deel van de bezoekers bestaat uit werkenden, die ook vragen hebben over hoe zij hun werk kunnen blijven doen. VNO-NCW en MKB-Nederland vinden dat zo spoedig mogelijk de werkgerelateerde informatie moet worden toegevoegd aan dit soort vindplaatsen, liefst op basis van medische richtlijnen. Daarom willen we samen met betrokken partijen zorgen dat relevante werkgerelateerde informatie wordt toegevoegd. Het maatschappelijke belang hiervan is enorm: met relatief lage kosten (aanpassing van enkele websites) worden onnodig ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, met alle kosten ervan, voorkomen. VNO-NCW en MKB-Nederland roepen de ministeries van SZW en VWS op om dit 'no regret'-beleid zo snel mogelijk in gang te zetten.

¹⁵ <https://www.rivm.nl/publicaties/apps-under-medical-devices-legislation-apps-onder-medische-hulpmiddelen-wetgeving>

¹⁶ W. Spoelman c.s., 2016, 'Effect of an evidence-based website on healthcare usage: an interrupted time-series study', in BMJ Open, zie <https://bmjopen.bmj.com/content/6/11/e013166>

¹⁷ <https://niveL.nl/sites/default/files/bestanden/6-Transparantiemonitor-2018-Thuisarts.nl.pdf>

Vitaliteit op de werkvloer stimuleren en faciliteren in een passende rolverdeling

Werkenden zijn gemiddeld genomen gezonder en vitaler dan mensen die geen werk hebben. Dat wil niet zeggen dat alle werkenden in goede gezondheid hun pensioen halen. De uitval in de laatste jaren voor de pensioendatum, door lichamelijke of mentale problemen, is onrustbarend. Daarom is in het pensioenakkoord afgesproken dat sociale partners zich samen inzetten om de vitaliteit van alle werkenden te stimuleren. Werkgevers hebben een belangrijke verantwoordelijkheid om te zorgen dat werkenden veilig kunnen werken. Op de werkvloer zijn ook veel mogelijkheden om werkenden te faciliteren bij een gezonde leefstijl. Ook vanuit het grote maatschappelijk belang vinden wij het belangrijk om te verkennen hoe werkgevers en werkenden (meer) gestimuleerd kunnen worden om te investeren in (en gebruik te maken van) vitaliteitsbeleid.

Het huidige vitaliteitsbeleid van veel branches en werkgevers bestaat eruit dat aanvullende, zorginhoudelijke afspraken worden gemaakt met de zorgverzekeraar, bijvoorbeeld over het aanbieden van leefstijl- en vitaliteitsprogramma's, extra gehoorbescherming of extra aanspraken op (online) fysiotherapie of psychische zorg. In dit keuzeprocess laten werkgevers zich vaak bijstaan door een onafhankelijk financieel adviseur. Werkgevers kunnen werkenden verleiden om mee te doen met deze afspraken, door een korting op de basisverzekering. Deze korting staat echter politiek ter discussie, omdat er soms alleen een korting wordt verleend. Daarom is de maximale korting per 1 januari 2020 verlaagd van 10% naar 5%. Naar onze mening

moet deze mogelijkheid minimaal in stand blijven voor werkgevers, ouderen bonden, zzp-organisaties, patiënten verenigingen en gemeenten, zeker als daar contractueel vastgelegde inhoudelijke afspraken worden gemaakt die bijdragen aan vitaliteit en gezondheid. Alternatief voor deze korting is dat de werkgever (na overleg met de OR) de keuze voor de zorgverzekeraar bepaalt, zoals nu al gebeurt met de arbodienst. Immers, het primaire belang vanuit de werkgever is via effectief vitaliteitsbeleid voor alle werkenden uitval en ziekteverzuim te voorkomen.

Uit een analyse van CZ naar de maatschappelijke kosten en baten van dit type afspraken blijkt dat iedere euro die wordt geïnvesteerd in een leefstijlprogramma ruim 1,4 keer rendeert in een periode van 5 jaar. Interessant is dat de investering ook waarde oplevert voor degenen die géén collectieve zorgverzekering afsluiten. Deze waarde ontstaat door de verlaging van de zorgkosten, die zich vertaalt in een lagere zorgpremie. Een relatief beperkte korting en een kleine concessie aan solidariteit kunnen dus een beweging op gang brengen, die voor alle verzekerden goed uitpakt.¹⁸

Tabel 1: Veel potentie voor meerjarige vitaliteitscontracten op de werkvloer

Aantal werknemers in Nederland	8,9 miljoen (bron: CBS)
Aantal werknemers met zorgverzekering via de werkgever	6,2 miljoen (bron: NZA) ¹⁹
Aantal werknemers met een baanduur van > 2 jaar	5,6 miljoen (bron: CBS) ²⁰
Wv. aantal werknemers met een baanduur > 10 jaar	2,5 miljoen (bron: CBS)
Wv. aantal werknemers met een baanduur tussen 5 en 10 jaar	1,6 miljoen (bron: CBS)
Wv. aantal werknemers met een baanduur tussen 2 en 5 jaar	1,5 miljoen (bron: CBS)

De beweging naar meer vitaliteit en een gezondere leefstijl vergt een lange adem. DNB adviseerde de mogelijkheid dat zorgverzekeraars langer lopende contracten met hun verzekerden aangaan. Dat past bij de duurzaamheid van de meeste relaties tussen werkgever en werknemer. Bovendien sluit het aan op de meerjarige afspraken tussen zorgverzekeraars en collectiviteiten (doorgaans drie jaar). In die periode kunnen mensen met kleine positieve prikkels effectief worden ondersteund bij een gezonde en vitale leefstijl. Uit de gedragswetenschap blijkt dat zulke prikkels buitengewoon effectief kunnen zijn. Uit een recente studie onder 'blue collar workers' bleek dat een combinatie van groepstraining en kleine positieve financiële prikkels maar liefst 41% van de deelnemers blijvend van het roken heeft afgeholpen.²¹ Dit soort inzichten kunnen makkelijker daadwerkelijk in beleid van zorgverzekeraars, werkgevers en de overheid worden toegepast. Een voorbeeld daarvan kan zijn om verzekerden te belonen als ze hun eigen gezondheidsdoelen realiseren.

De arbeidsmarkt laat inmiddels, naast veel langdurige dienstverbanden, een grote diversiteit aan minder duurzame arbeidsverhoudingen zien. Steeds meer werkenden staan relatief kort onder toezicht van hun werkgever dan wel hun opdrachtgever.

Ad hoc bedrijfsgezondheidszorg is het gevolg, terwijl er juist behoefte is om structureel te voorzien in een op werkenden afgestemde bedrijfsgezondheidszorg. Voor werkenden zonder vast dienstverband is een verkenning wenselijk naar de mogelijkheden om zelf bedrijfsgezondheidszorg te contracteren. Uiteraard blijft de werkgever dan wel de opdrachtgever verantwoordelijk voor het bieden van een gezonde en veilige werkomgeving.

Nieuwe initiatieven voor vitaliteitsbeleid op de werkvloer

VNO-NCW en MKB-Nederland hebben zelf recent twee nieuwe initiatieven genomen om vitaliteitsbeleid op de werkvloer te stimuleren.

Ten eerste hebben wij een programma Vitaal Bedrijf opgezet, naar analogie van de Gezonde School. Dit is conform de afspraken in het Nationaal Preventieakkoord 2018. Met het vignet Vitaal bedrijf kunnen mkb-bedrijven zichtbaar faciliteren bij hun vitaliteit (met meer bewegen, bedrijfsfitness, gezondere voeding, stressreductie etc.). Met het RIVM werken we samen om hun overzicht van effectief bewezen interventies uit te breiden met interventies op de werkvloer.

¹⁸ CZ, 2020, Maatschappelijke waarde van collectiviteiten. Route naar waarde en SROI voor leefstijlprogramma's binnen organisatie.

¹⁹ www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2018/11/05/monitor-zorgverzekeringen-2018/monitor-zorgverzekeringen-2018.pdf

²⁰ www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/17/1-op-3-werkt-10-jaar-of-langer-bij-dezelfde-werkgever

²¹ Zie Floor van den Brand, Gera Nagelhout, Bjorn Winkens, Niels Chavannes & Onno van Schayck, 2018, 'Effect of a workplace-based group training programme combined with financial incentives on smoking cessation: a cluster-randomised controlled trial' in The Lancet, zie [www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(18\)30185-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(18)30185-3/fulltext)

Zo stimuleren we dat werkgevers die bijvoorbeeld een programma voor stoppen met roken of afvallen willen aanbieden, ook de juiste, effectieve interventies inkopen.

Ten tweede zien we dat dat steeds meer werkgevers en branches digitale vitaliteitsplatforms inrichten. Daarmee kunnen werkenden – in een goed afgeschermd omgeving – zelf kiezen met welke gezondheidsdoelen zij aan de slag willen en daar een passend aanbod bij vinden (inclusief professionele zorg als dat nodig blijkt). Dit is een vraaggestuurde manier om vitaliteit te faciliteren. Werkenden hechten waarde aan een cultuur waar gezondheid centraal staat en blijken dergelijke digitale oplossingen sterk te waarderen.²² Ook voor de werkgever is dit een aantrekkelijke oplossing: digitale vitaliteitsplatforms ontzorgen mkb-ondernemingen. Vooral zorgverzekeraars en adviseurs van werkgevers spelen een belangrijke rol om dit type oplossingen tot de norm te maken in werkend Nederland de komende jaren. Van de 9 miljoen werkenden hebben nu ruim 6 miljoen werkenden hun zorgverzekering via de werkgever lopen. Onze verwachting is dat digitale vitaliteitsoplossingen op de werkvloer een grote vlucht zullen nemen om werkenden te behouden, te betrekken en te stimuleren. Samen met zorgverzekeraars en adviseurs van werkgevers willen VNO-NCW en MKB-Nederland deze beweging ondersteunen en versnellen.

Betere publiek-private samenwerking met universiteiten en kennisinstellingen

Met het Nationaal Preventieakkoord van 2018 is ook – samen met gezondheidsfondsen, gemeenten, onderwijsinstellingen, zorgverzekeraars en de rijksoverheid – een meerjarige wetenschappelijke infrastructuur opgezet. Dit is nodig omdat de resultaten van preventie veelal pas na jaren goed zichtbaar zijn (en dan maatschappelijk zeer rendabel blijken).

Eén van de afspraken uit de Nationaal Preventieakkoord is dat lokale akkoorden worden gestimuleerd, waarbij de VNG in de lead is. Lokaal worden de afspraken verschillend ingevuld en wordt het bedrijfsleven wisselend aangehaakt. Daarom willen we – samen met de VNG, de GGD GHOR (die veelal wethouders adviseren) en het RIVM – stimuleren dat ook lokaal effectieve publiek-private afspraken worden gemaakt (zoals in de regio Foodvalley gebeurd is).²³ Daarbij worden overigens ook aanbieders in het sociaal domein betrokken.

Nederland blinkt uit in uitmuntende wetenschappelijke kennis over voeding, zorg en gezondheid. Met trots kijken we naar de universiteiten, universitair medische centra en de topklinische ziekenhuizen of naar de kennisinstellingen die door de ministeries worden gefinancierd (zoals RIVM en Trimbos). Met de Nationale Wetenschapsagenda zijn daar extra middelen aan toegevoegd, ook voor de Kennisagenda preventie. Echter, er zijn weinig mensen en middelen beschikbaar om wetenschappers en bedrijven aan elkaar te koppelen en samen de wetenschappelijke inzichten te ontsluiten en toepasbaar te maken.

Er zijn verschillende initiatieven die beogen om meer gezondheid te stimuleren. Het ontbreekt echter tot dusverre aan goede coördinatie en samenwerking. De initiatiefnemers van het Preventieakkoord kunnen dat samen helpen organiseren, en daarbij ook universiteiten en kennisinstellingen betrekken.

Gerichte aanvullende afspraken maken over andere thema's dan roken, overgewicht en alcohol

In het Preventieakkoord 2018 zijn over de thema's roken, problematisch alcoholgebruik en overgewicht meerjarige afspraken gemaakt. Met de andere initiatiefnemers van het preventieakkoord verkennen we welke andere thema's een substantiële bijdrage kunnen leveren aan een vitale en gezonde bevolking. Daarbij kan worden gedacht aan bredere maatschappelijke en sociale vraagstukken, zoals het verminderen van de stress-ogene samenleving en voorkomen van psychosociale of mentale belasting (c.q. stressreductie), het bevorderen van gezond ouder worden, het stimuleren van gezondere voeding en het breder faciliteren van gezonde keuzes, integrale kankerpreventie²⁴ en het gezonder en groener maken van de fysieke omgeving. Daarnaast kunnen mogelijk op gerichte thema's aanvullende afspraken worden gemaakt, bijvoorbeeld over het tegengaan van antibacteriële resistentie, het voorkomen van infectieziekten of het verhogen van de vaccinatiegraad. Hiervoor is het belangrijk dat vaccins sneller beschikbaar komen. Op dit moment krijgen vaccins, die niet binnen het Rijksvaccinatieprogramma (RVP), geen positie binnen ons zorgstelsel.

In overleg met de andere initiatiefnemers willen we nieuwe, betekenisvolle stappen toevoegen aan het Nationaal Preventieakkoord uit 2018.

Binnen de zorg focus op gezondheid aantrekkelijker maken

Eén van de bekende problemen van preventie is de zogenoemde 'wrong pockets'-problematiek: degene die investeert in preventie, is veelal niet degene die de financiële baten daarvan ervaart. Dat speelt ook in de gezondheidszorg. Zo kan bijvoorbeeld goede maatschappelijke ondersteuning voorkomen dat mensen een beroep doen op de zorg. Echter, de extra inspanning wordt niet beloond vanuit de te besparen zorgkosten. Binnen de gezondheidszorg kan hier een extra probleem zijn dat er verschillende financieringsstromen zijn (vanuit de Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg en de Wet maatschappelijke ondersteuning). Aan de kostenkant zien we iets vergelijkbaars: iemand met een ongezonde leefstijl draagt zelf niet de directe kosten, maar kan wel indirecte kosten veroorzaken onder meer vanwege hogere ziektekosten/verzuim en arbeidsongeschiktheid.

De huidige bekostiging en financiering in de verzekerde zorg is te veel gericht op het betalen van volumes, in plaats van op het belonen van positieve gezondheidssuitkomsten. Met een bekostiging op basis van gezondheidssuitkomsten krijgen we meer waarde voor iedere euro. Enerzijds door verspilling (en onnodige kosten) te voorkomen en anderzijds door vol in te zetten op voor patiënten relevante uitkomsten.

²² www.mercer.nl/onze-deskundigheid/mercer-marsh-benefits-health-on-demand-nl.html

²³ www.medischondernemen.nl/medisch-ondernemen/eerste-regionale-invulling-nationaal-preventieakkoord

²⁴ Zie ook Europe's Beating Cancer Plan waar de nieuwe EU-commissie aan werkt: https://ec.europa.eu/health/non_communicable_diseases/cancer_nl_en en https://ec.europa.eu/health/non_communicable_diseases/events/ev_20200204_nl

Wat VNO-NCW en MKB-Nederland betreft, is daarom een geleidelijke overgang nodig naar een gezondheidszorg die steeds meer wordt gefinancierd op basis van gezondheidsuitkomsten in plaats van volumes. In één keer overgaan naar uitkomst-bekostiging is niet opportuun, omdat dit grote transitiekosten met zich meebrengt voor de gehele zorgsector (zie de eerdere ervaringen met de invoering van diagnose-behandel-combinaties). Ook blijkt uit de Angelsaksische ervaringen dat (relatief eenvoudige) vormen van uitkomst- en populatiebekostiging niet altijd tot sterke verbeteringen leiden en dat de administratieve lasten kunnen toenemen. Dat laatste is nu al een aanzienlijk probleem in Nederland. De overgang naar uitkomstbekostiging moet daarom plaatsvinden via de contractering van zorgaanbieders, via het inzichtelijk maken en verbeteren van gezondheidsuitkomsten en het mogelijk maken van een domeinoverstijgende aanpak. Voorbeelden zijn meerjarige afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, het toepassen van hybride contractvormen, het vervangen van DBC-bundels door uitkomstgerichte afspraken en domeinoverstijgende gelijkgerichte afspraken in de regio.

Slim samenwerken van bedrijfsleven en reguliere zorg bij gezondheidsvragen en doorverwijzing

De zorgvraag is onbeperkt, zeker bij verdere vergrijzing van de Nederlandse bevolking. Door de aanwezige kennis en middelen in het bedrijfsleven slimmer te benutten, kan worden voorkomen dat mensen een onnodig beroep doen op de verzekerde zorg. Dit kan enerzijds door mensen te ondersteunen in hun gezonde leefstijl en anderzijds door relatief eenvoudige zorgvragen buiten de zorg op te vangen. Hiermee wordt de reguliere zorg ontlast, terwijl mensen toch goed worden geholpen. Veel aanpalende sectoren spelen daarbij nu al een grote rol en zijn actief op zoek naar nieuwe mogelijkheden.

Enkele voorbeelden:

- Drogisten en apothekers vangen veel voorkomende gezondheids- en leefstijlvragen op. Dagelijks komen er veel meer Nederlanders bij de drogist dan bij de huisarts. Deze functie kan verder worden uitgebreid door het (meer) mogelijk te maken voor drogisten en/of apothekers om preventie in de wijk en buurt aan te bieden (vaccinaties, adviezen, gezondheids- en zelfzorgproducten). Daarbij hoort ook dat het drogisterijpersoneel goed opgeleid is en antwoord kan geven op gezondheidsvragen. In het verlengde hiervan zijn er veel gebruikte websites waar gezondheidsvragen worden beantwoord zoals eerder genoemd.
- In de Verenigde Staten spelen supermarkten en drogisten in toenemende mate in op gezondheidsbehoeften. Ook in Nederland zijn supermarkten

actief om mensen te helpen bij gezonde voeding en gezondheidsvragen. Aangezien in Nederland steeds meer eten wordt afgehaald en thuisbezorgd, is het positief dat veel leveranciers zich willen onderscheiden met gezonde voeding. Deze voorbeelden verdienen brede steun, omdat deze een direct positief effect hebben op de gezondheid in Nederland.

- Schoonheidsspecialisten, (medisch) pedicures, dermatologen, mondhygiënist en sportcoaches hebben een belangrijke rol om mensen bewust te maken van (of te helpen bij) vitaliteit en gezondheid. Ook kunnen zij in een vroegtijdig stadium potentiële gezondheidsklachten signaleren. Met de betreffende branches of beroepsverenigingen kan worden gekeken hoe opleidingen eventueel aangepast kunnen worden en hoe doorverwijzing naar de reguliere zorg juist en tijdig plaatsvindt.
- Logistieke bedrijven bezorgen niet alleen medicijnen, medische voeding, wondverzorging- of incontinentiemateriaal (en zelf afgenomen urine- en bloedmonsters worden gecollecteerd), maar sluiten ook apparatuur aan en geven uitleg daarover. Ook dit ontlast de reguliere zorg. Daarnaast kunnen deze bedrijven eraan bijdragen dat de logistiek van de zorg zelf efficiënter wordt gemaakt. Zo kan, bijvoorbeeld, het leeuwendeel van de medicijnen en medische hulpmiddelen (voorzien van een digitaal verstrekt advies) aan de voordeur worden bezorgd of in de buurt worden afgehaald.²⁵ Dat bespaart burgers tijd en is veel efficiënter.



Foto: Berlinda van Dam/HH

²⁵ Zie, bijvoorbeeld, <https://www.icthealth.nl/nieuws/medicijnen-bestellen-en-laten-bezorgen-met-de-etos-app/>

Wat doen wij zelf:

Inzet op preventie

- a. We voeren de **meerjarige maatregelen** uit het Nationaal Preventieakkoord 2018 uit over overgewicht, problematisch alcoholgebruik en roken (**ondertekenaars preventieakkoord vanuit bedrijfsleven**).
- b. We maken gerichte **aanvullende afspraken** over andere thema's, daarbij rekening houdend met de sociale en fysieke context waarbinnen individueel gedrag tot stand komt (**VNO-NCW en MKB-Nederland namens bedrijfsleven samen met de andere initiatiefnemers van het Preventieakkoord**).

Vitaliteit op de werkvloer vergroten

- c. We rollen het **programma Vitaal bedrijf uit**. Daarmee kunnen mkb-ondernemingen laten zien hoe zij de vitaliteit van hun werkenden faciliteren en vergroten (**stichting Nederland Onderneemt Maatschappelijk!**).
- d. We stimuleren dat **digitale vitaliteitsplatforms** de norm worden in werkend Nederland. Dit type oplossing is vraaggestuurd, ontzorgt mkb-ondernemingen en faciliteert werkenden bij hun vitaliteit (**zorgverzekeraars samen met leden van VNO-NCW en MKB-Nederland, Verenigd Zorgcollectief en stichting Nederland Maatschappelijk!**).
- e. We zorgen ervoor - het liefst met de vakbeweging samen - dat veelgebruikte vindplaatsen op internet worden uitgebreid met **werkgerelateerde informatie (VNO-NCW en MKB-Nederland)**.

Financiële prikkels voor preventie verbeteren

- f. We stimuleren **meerjarige afspraken voor verzekeren**, inclusief inzet van positieve financiële prikkels gericht op het ondersteunen van eigen gezondheidsdoelen (**zorgverzekeraars**).
- g. We benutten de mogelijkheden in de huidige **contractering van zorgaanbieders** maximaal en flexibel, ook met domeinoverstijgende financiering en gericht op meerjarige relaties (**zorgverzekeraars**).

Wat vragen wij van de overheid:

Gezondheid bij beleidsontwikkeling betrekken

- h. Maak, vergelijkbaar met Finland, preventie tot een **kabinetsbrede prioriteit** zodat via goed arbeidsmarktbeleid, het voorkomen van schulden en sociale problemen en het verbeteren van huisvesting de gezondheid wordt gestimuleerd ('health in all policies').

Geef aantrekkelijke randvoorwaarden mee voor vitaliteit op de werkvloer

- i. Verken hoe **investeringen in vitaliteit** door werkgevers én werkenden kunnen worden gestimuleerd. Bij de verkenning kan ook de werkkostenregeling worden betrokken (**ministeries van Financiën, SZW en VWS**).
- j. Zorg dat de mogelijkheid van **korting op de basisverzekering** voor werkgevers/branches, zzp-verenigingen, ouderenbonden, patiëntenverenigingen en gemeenten in stand blijft, zeker waarbij contractueel vastgelegde zorginhoudelijke afspraken zijn gemaakt. Dat is een belangrijke driver voor vitaliteitsbeleid op de werkvloer en levert aanzienlijke maatschappelijke baten op (**ministerie van VWS**).

Meer inzet op preventie

- k. Vaccins die niet binnen het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) vallen, verkrijgen nu geen positie binnen ons zorgstelsel. Neem regie om effectieve vaccins sneller in te laten stromen (via het RVP) (**ministerie van VWS**).
- l. Aan wethouders vragen wij - bij **lokale publiek-private preventieakkoorden** - op een systematische manier te kijken hoe het bedrijfsleven kan bijdragen aan vitaliteit. Samen met GGD GHOR en RIVM kan gekeken worden naar effectief gebleken afspraken die bijdragen aan vitale inwoners (VNG).

Wat willen we samen met de overheid doen (publiek-privaat):

De-medicaliseren van de gezondheidszorg en stimuleren van gezondheid

- m. We willen, samen met zorgopleiders en beroepsverenigingen, ervoor zorgen dat alle zorgprofessionals **al in de opleiding** kennis krijgen van het stimuleren van positieve gezondheid en een gezonde leefstijl, inclusief het signaleren van sociale problemen. De zorgcurricula worden daarop aangepast (**ministerie van VWS met betrokkenen**).
- n. Maak het (meer) mogelijk voor **drogisten en/of apothekers om te werken aan preventie in de wijk** (vaccinaties, adviezen, gezondheids- en zelfzorgproducten) (**ministerie van VWS**).

Samenwerking tussen wetenschap en bedrijfsleven faciliteren

- o. Zorg voor mensen en middelen om wetenschappers en bedrijven op het gebied van voeding, zorg en gezondheid aan elkaar te koppelen en wetenschappelijke inzichten te ontsluiten en toepasbaar te maken (**initiatiefnemers preventieakkoord en ministerie van VWS**).

Samenwerking met bedrijfsleven om zorgconsumptie te voorkomen

- p. Werk goed samen met het bedrijfsleven om onnodige medicalisering te voorkomen en **gezondheidsvragen** buiten de verzekerde zorg te houden. Overleg met branches (zoals drogisten, supermarkten, pedicures, schoonheidsspecialisten, sociaal werk etc.) over verbetering van opleidingen en tijdige doorverwijzing (**ministerie van VWS**).
- q. Stimuleer en ondersteun **actieve samenwerking** tussen publieke initiatieven (zoals www.thuisarts.nl van de NHG) en private partijen (zoals www.dokterdokter.nl) om gezamenlijk gezondheidsvragen te adresseren en zorggebruik te voorkomen (**NHG en ministerie van VWS**).

Zet het bedrijfsleven in om de gezondheidszorg doelmatiger te maken

- r. Maak **thuisbezorging van medicijnen en medische hulpmiddelen** (met een digitaal verstrekt persoonlijk advies) en/of afhalen in een tijdsvenster of in de buurt tot de norm en pas de vergoeding hierop aan. Dat bespaart burgers tijd en is efficiënter. Tegelijkertijd geeft dit apothekers meer tijd voor een goed farmacologisch advies aan patiënten. Overleg met apothekers over de bijbehorende transitie (**ministerie van VWS**).
- s. Borg de **publieke belangen in de snelgroeïende consumentenmarkt** van gezondheids-apps en wearables. Dat betekent kaf en koren beter scheiden, een ethische omgang met data en investeren in digitale vaardigheden van burgers (**ministeries van VWS en EZK**).

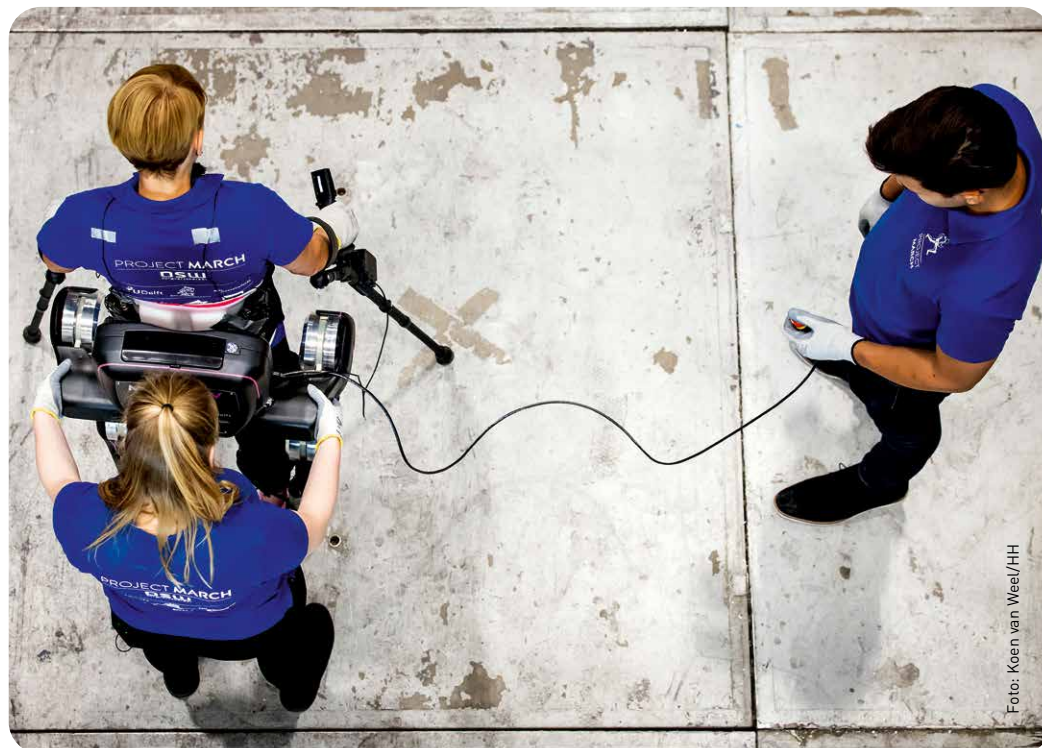


2. Digitale transformatie van de zorg versnellen: voorbij 'not invented here' en anders werken

Wat houdt de digitale transformatie van de zorg in?

In onze zorgvisie 'Vooruit met de zorg: slimmer, beter, menselijker' (2016) was de hoofdboodschap dat de zorg aan de vooravond staat van een grote digitale revolutie, met vele voordelen voor patiënten en professionals in zorg en welzijn. Deze digitale transformatie is veel meer dan een aanjager voor efficiëntie, bedoeld om de betaalbaarheid van de zorg te borgen, de groeiende zorgvraag in te kunnen vullen en het oplopende arbeidstekort te lijf te gaan. Het is vooral ook een belangrijk middel om patiënten en cliënten hun zelfstandigheid te laten

houden en daarbij benodigde zorg optimaal in te richten. Vanuit ons ondernemersperspectief is een extra overweging dat wij graag zien dat Nederland (weer) koploper wordt in de digitale transformatie van de gezondheidszorg, zodat innovatieve Nederlandse gezondheidsoplossingen ook buiten Nederland vermarkt kunnen worden.



Box 3: Reprise van 'Vooruit met de zorg: beter, slimmer, menselijker' (2016)²⁶

Door digitalisering zien we dat de zorg zoals we die nu nog kennen, aan de vooravond staat van een kleine revolutie. Digitalisering faciliteert zelfmanagement van gezondheid en zorg én maakt een meer persoonlijke en preventieve aanpak mogelijk. In deze digitale transformatie ontstaat, naast de verzekerde zorg zoals we die nu kennen, een snelgroeiende consumentenmarkt met leefstijl- en medische apps en wearables, die op termijn ook kan bijdragen aan gezondheid. Er kunnen ook nieuwe coalities ontstaan, zoals met supermarkten, de voedingsmiddelenindustrie en met verzekeraars. Daarom spreken we in dit verband liever van het domein gezondheid (in plaats van de gezondheidszorg en welzijn).

In 'Vooruit met de zorg' (2016) zijn vier grote transformaties van de gezondheidszorg onderscheiden:

- **Van health care naar home care** (juiste zorg op juiste plek). Veel van de zorg die in een ziekenhuis plaatsvindt, kan thuis, op het werk of bij de huisarts: zorg in je vertrouwde omgeving. Dat is voor de patiënt fijn en kan bijdragen aan een doelmatiger inzet van schaarse mensen en middelen.
- **Van generieke zorgoplossingen naar individueel maatwerk.** De vierde golf van industrialisatie wordt gekenmerkt door 'mass customization', met gepersonaliseerde en op de individu afgestemde varianten van een basisproduct. Te denken valt aan medicatie op maat, operatierobots met microchirurgie, implantatie op maat met 3D-printing en persoonlijke diagnoses via big data analytics.
- **Van reparatiegeneeskunde naar preventieve gezondheidszorg.** 'Reparatiegeneeskunde' kan geleidelijk veranderen in meer preventieve gezondheidszorg, die 17 miljoen mensen ondersteunt bij een vitale leefstijl, waarbij de intensiteit van de zorg is afgestemd op de gezondheidsvraagstukken. Dat vraagt een goede en zorgvuldige aanpak van privacy en datagebruik. Te denken valt aan het combineren van data over gezondheid, voeding en bewegen om later groter leed te voorkomen, het in een zeer vroeg stadium opsporen van genetische ziektes en het sneller stellen van diagnoses met data science methodieken en nanotechnologie.
- **Wegnemen van beperkingen.** Mensen met een fysieke beperking kunnen met hulpmiddelen zoals exoskeletten weer lopen en werken. Met bio-elektronica kunnen patiënten beter zien, horen of minder trillen (zoals bij Parkinsonpatiënten). Door een slim ontwerp van de omgeving en gebouwen, en inzet van technologie, kunnen mensen met een beperking zelfstandig(er) wonen en leven.

²⁶ VNO-NCW/MKB-Nederland, 2016, https://www.vno-ncw.nl/sites/default/files/nln170201_brochure_gezondheidszorg.pdf

Eén van de grote digitale transformaties in de gezondheidszorg is het verplaatsen van de wachtkamer naar de huiskamer. Eerder bleek dat een groot deel van de Nederlandse ziekenhuiszorg op basis van bestaande medische en technologische innovatie thuis kan plaatsvinden.²⁷ Ook zijn er steeds meer ervaringen met e-health in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Voor werkenden is het fijn dat zij voor veel vragen niet meer langs hun huisarts hoeven. Voor COPD-patiënten is het prettig dat zij niet meer naar het ziekenhuis hoeven te gaan, maar dat zij in hun thuissituatie worden gemonitord. Onderdeel van de digitale transformatie zijn ook nieuwe disruptieve toepassingen met artificiële intelligentie (AI). Daaraan is een apart hoofdstuk gewijd (zie hoofdstuk 4).

In andere sectoren zien we dat disruptie vaak van buiten de sector komt. Een vergelijkbare ontwikkeling gaat zich voordoen in onze gezondheidszorg. Naast de beweging vanuit de Nederlandse gezondheidszorg zelf zien we, net als in andere sectoren, andere spelers opstaan (vooral grote techbedrijven). Dat zijn spelers die de gezondheidszorg anders organiseren en straks meer afweten van gezondheid en gedrag – en de consequenties ervan – dan burgers of zorgprofessionals. Belangrijke vraag daarbij is hoe we de waarden van onze Nederlandse gezondheidszorg blijven waarborgen.

Tot dusverre blijkt de digitale revolutie van de gezondheidszorg zich in Nederland, ondanks de krappe arbeidsmarkt, zich maar heel langzaam te voltrekken. Dat ligt niet aan het zorgstelsel, maar wel aan de weerbaarheid van sociale en maatschappelijke innovatie in de zorg. Wat VNO-NCW en MKB-Nederland betreft zoeken en benutten we daarom binnen het bestaande zorgstelsel alle mogelijkheden om deze kansen voor patiënten en zorgprofessionals volop te benutten. Ook met oog voor de nieuwe kansen die AI biedt voor onze gezondheid en/of betere of doelmatiger zorg. De bij VNO-NCW en MKB-Nederland aangesloten leden kunnen en willen aan de slag met de noodzakelijke transformatie waarin de digitalisering een belangrijke rol vervult.

Box 4: Praktijkvoorbeelden van de juiste zorg op de juiste plek

Beeldbellen met een GGZ-psychooloog

Om patiënten zorg te laten krijgen waar zij het liefste zorg ontvangen, en zo bij te dragen aan de juiste zorg op de juiste plek, heeft Zilveren Kruis een online GGZ-behandeling ontwikkeld. In 2018 meldden zich 6.000 cliënten met een GGZ-zorgvraag. Het gaat hierbij vooral om angst- en depressieklachten. Wanneer cliënten bellen met Zilveren Kruis staan zij vaak al lang op een wachtlijst. Het tekort aan zorgprofessionals speelt hier een grote rol. Door bewezen effectieve online interventies aan te bieden ter vervanging van reguliere zorg, of in afwachting hiervan, kunnen mensen sneller de benodigde hulp ontvangen. Via beeldbellen op de website van Zilveren Kruis hebben patiënten direct persoonlijk contact met een psycholoog. Dit kan met een smartphone, tablet of computer. Cliënten maken zelf de afspraken met de psycholoog, en zijn hierbij niet gebonden aan de openingstijden van een instelling. Cliënten krijgen de behandeling vanuit hun eigen vertrouwde omgeving en hoeven niet eerst te reizen naar een fysieke locatie. De zorgprofessionals worden hiermee ontlast en wachtlijsten in de GGZ worden korter.

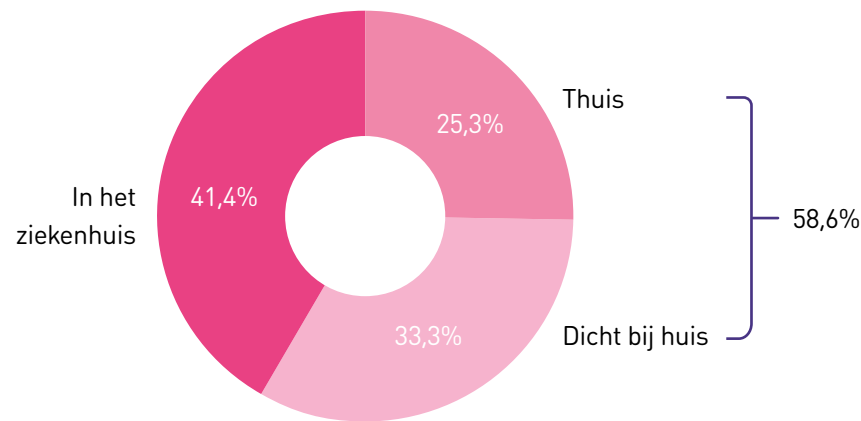
Telemonitoring met COPD

Dankzij telemonitoring hoeft een patiënt niet meer naar het ziekenhuis, maar kan het gesprek met de longverpleegkundige gewoon thuis gevoerd worden. Patiënten krijgen een tablet in bruikleen, hiermee geven ze hun medische informatie door aan het ziekenhuis. Als die informatie aanleiding geeft voor een gesprek, neemt de longverpleegkundige via beeldbellen contact op. Patiënten hebben zelf inzicht in hun gegevens, wat een gevoel van zekerheid geeft: 80% van de patiënten met COPD raadt de dienst aan en 52% van de patiënten ervaart meer zelfstandigheid. Het feit dat patiënten tussendoor vanuit huis alle gegevens bijhouden, geeft rust en maakt dat minder ziekenhuisbezoeken plaatsvinden. Het aantal deelnemende patiënten dat helemaal niet meer op consult kwam in het ziekenhuis steeg in de proefperiode van 7% naar 33%.

²⁷ Gupta, 2016, No place like home, <https://gupta-strategists.nl/studies/no-place-like-home>

Figuur 1: Meerderheid Nederlanders ontvangt graag ziekenhuiszorg dichtbij huis

Aandeel respondenten op de vraag: 'Als ik regelmatig naar het ziekenhuis moet, ontvang ik deze zorg het liefst...'



Bron: ING Vraag van Vandaag, 24 juli 2019 25.300 respondenten

Meer tempo maken met de digitale transformatie voor de juiste zorg op de juiste plek

VNO-NCW en MKB-Nederland zijn zeer blij met de inzet van het huidige kabinet voor de juiste zorg op de juiste plek. Echter, we constateren ook dat de digitale transformatie om de juiste zorg naar de juiste plek te verplaatsen (te) beperkte voortgang maakt. We zien vooral heel veel problemen bij de implementatie en opschaling: succesvol gebleken voorbeelden (soms met goede evaluaties of wetenschappelijke onderbouwing) krijgen onvoldoende navolging of worden niet tot de landelijke norm gemaakt. Dat heeft vele oorzaken. Zo is het soms lastig om de business case te maken of staat het verplaatsen van zorg haaks op het verdienmodel van maatschappijen. Bovendien is er een grote neiging tot 'not invented here', een beperkte bereidheid om van elkaar te leren of succesvolle voorbeelden over te nemen. Daarnaast wordt de ruimte, die ontstaat door slimmere zorg, nog vaak 'opgevuld' met andere zorg.

Tot slot is het de vraag wie hier nu eigenlijk regie heeft of moet nemen. Dat is niet acceptabel, want de patiënt heeft recht op de beste (en doelmatige) zorg.

De afgelopen jaren heeft het ministerie van VWS daarom extra maatregelen genomen, zoals een regelloket en vouchers voor regio's die samen de juiste zorg op de juiste plek willen realiseren. Ook heeft de ACM een richtlijn gemaakt over de voorwaarden waaronder samengewerkt kan worden bij het organiseren van de juiste zorg op de juiste plek.²⁸ Dit moet leiden tot een tempo-versnelling, maar is naar verwachting niet genoeg om het gewenste tempo te realiseren. Daarom zijn aanvullende maatregelen nodig om alsnog de digitale transformatie van de gezondheidszorg te versnellen en zo bij te dragen aan de juiste zorg op de juiste plek.

²⁸ <https://www.acm.nl/nl/publicaties/acm-beleidsregel-juiste-zorg-op-de-juiste-plek-jzojp>

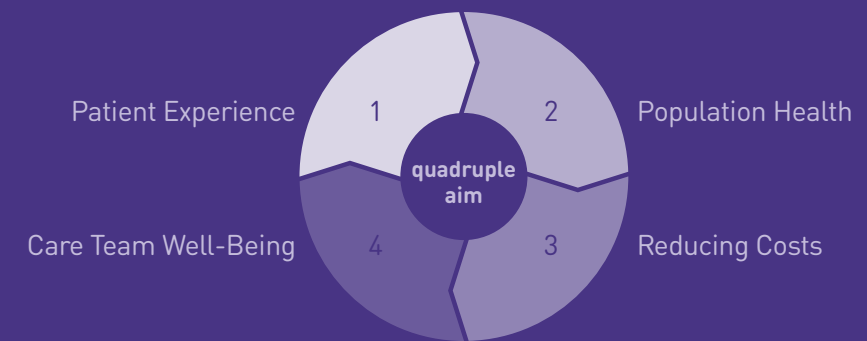
Box 5: Drie fasen van innovaties in de gezondheidszorg

Wat wordt met de innovaties beoogd?

Innovaties in de zorg moeten ten minste één of meer van de volgende doelen (en andere doelen ten minste constant houdt) helpen realiseren:

1. Bijdrage aan gezondheid;
2. Betere zorg voor patiënten (doordat zij in de vertrouwde thuissituatie worden geholpen etc.);
3. Leuker werk voor zorgprofessionals (minder administratieve rompslomp en meer regelruimte);
4. Lagere kosten van gezondheidszorg (doelmatigheidswinst).

Figuur 2: Juiste zorg op de juiste plek kan bijdragen aan 'quadruple aim' van gezondheidszorg



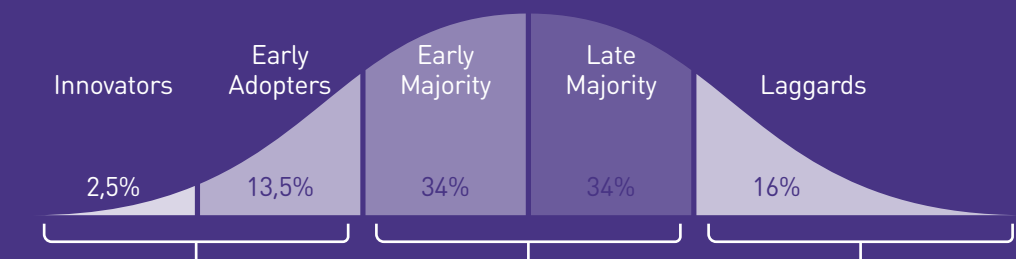
Best practices landelijk opschalen en tot de standaard maken

De implementatie en opschaling van de digitale transformatie van zorgbehandeling doorloopt een groeipad. In de basis gaat het om drie stadia met hun eigen focus en aandachtspunten (zie figuur 3). Veel van de 'best practices' blijven nu hangen in de eerste twee stadia. Daarmee wordt de laatste stap, het realiseren van een nieuwe standaard voor de patiënt, niet bereikt.

Figuur 3: Drie fasen van de juiste zorg op de juiste plek

Wat zijn de 3 stadia om zorginfrastructuur en behandelwegen te veranderen?

Diffusie van zorginnovatie: Hoe krijgen we binnen het zorgsysteem bijvoorbeeld zorg naar de juiste plek (zoals veilig thuis) of maken we preventie binnen de behandeling mogelijk?



Fase 1: Optie faciliteren

Binnen grenzen veiligheid op basis van verantwoordelijkheid en vertrouwen in zorgverlener mogelijk maken van andere behandeling gegeven de bestaande diagnose en bijbehorend budget.

Fase 2: Optie inbedden

Bij bewezen bijdrage aan quadruple aim (tevredenheid patiënt, gezondheid populatie, kostenbeheersing en tevreden zorgverlener) optie vaste keuzemogelijkheid maken en inkopen voor patiënten.

Fase 3: Optie standaardiseren

Bij door de behandelaren erkende nieuwe gouden standaard dit ook als uitgangspunt nemen in het inkopen en regelen van zorg (zonder het dicht te timmeren en een nieuwe fase 1 te blokkeren).

Hoe de digitale transformatie van de zorg te versnellen?

Hoe kan de digitale transformatie om zorg op de juiste plek te krijgen dan worden versneld?²⁹ De kern is dat er nieuwe mechanismen binnen ons zorgstelsel nodig zijn om best practices sneller tot de nieuwe norm voor de patiënt te maken. Dat geldt niet alleen regionaal, maar ook landelijk via bovenregionale en thematische netwerken. Als, bijvoorbeeld, sommige ziekenhuizen een uitstekende en veilige werkwijze hebben ontwikkeld om COPD-patiënten thuis te monitoren, waarom wordt dat thuismonitoren bij COPD niet overal in Nederland toegepast? Het is ronduit ondoelmatig als iedere regio voor iedere aandoening zelf het wiel gaat uitvinden. Maar belangrijker nog: de patiënt heeft recht op de beste zorg conform de laatste inzichten.

Best practices moeten daarom landelijk worden opgeschaald en overal tot de norm worden gemaakt in het belang van de patiënt. Dat vraagt meer bereidheid van beroepsverenigingen, zorgaanbieders en zorgverzekeraars om te leren van elkaar, best practices te delen en over te nemen bij succes. Spiegelbeeldig moet er de bereidheid zijn om oude, achterhaalde werkwijzen in de zorg systematisch af te bouwen en niet langer te financieren.

Er zijn vier hoofdlijnen die kunnen helpen bij meer tempo:

- Doorbreken van de 'not invented here'-cultuur;
- Realiseren van belangrijke randvoorwaarden voor opschaling;
- Ontschotten van zorg en stimuleren van integrale zorg;
- Transformeren en anders organiseren betekent investeren in mensen en middelen.

Doorbreken van 'not invented here' in de gezondheidszorg

Tot dusverre duurt het vaststellen van beroepsnormen door wetenschappelijke verenigingen (te) lang. Ook duurt het lang voordat de nieuwe richtlijn overal de standaardpraktijk is gemaakt in de Nederlandse zorg, als dat al gebeurt (zie de discussie over praktijkvariatie). Daarnaast is de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd in dit verband vooral reactief. Zorgverzekeraars krijgen vooralsnog onvoldoende maatschappelijk draagvlak om via de inkoop een sturende rol te hebben. We bepleiten daarom een actievere rol voor alle hoofdrolspelers in ons zorgsysteem:

- **Ten eerste** kunnen de beroeps- en wetenschappelijke verenigingen een pro-actievere rol gaan spelen door betere werkwijzen sneller in de medische richtlijnen op te nemen én de geactualiseerde richtlijnen sneller en beter te implementeren, zodat overal in Nederland patiënten profiteren van de best practices, onder andere in het kader van de juiste zorg op de juiste plek. Positief in dit verband is de recente aankondiging van de medisch specialisten dat zij hun richtlijnen veel vaker gaan actualiseren.³⁰ Uiteraard kan, net als nu het geval is, op individueel niveau (en goed beargumenteerd en vastgelegd) worden afgeweken van een richtlijn/kwaliteitsstandaard.
- **Ten tweede** kunnen zorgverzekeraars in hun inkoop erop sturen om alleen de betere zorg in te kopen en te vergoeden. Zorgverzekeraars kunnen daarbij van elkaar leren. De patiëntenverenigingen en financiers van de zorg (waaronder VNO-NCW en MKB-Nederland namens werk-

gevers) kunnen helpen bij het vergroten van het maatschappelijk draagvlak voor deze actieve inkooprol gericht op betere zorg, die hard nodig is binnen het huidige zorgstelsel.

- **Ten derde** kan het Zorginstituut een actievere rol (met een ruimer mandaat) op zich nemen om met voorlopers en experts de nieuwe normen voor betere zorg vast te stellen. Het bestaande programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik van het Zorginstituut kan worden uitgebreid met juiste zorg op juiste plek.
- **Ten vierde** is er meer regie (en gelijkgerichtheid) gewenst. Dat is niet alleen een kwestie van prikkels, maar ook van praktisch ondersteunen van zorgpartijen bij een effectieve samenwerking. Vergelijkbaar met de decentralisaties kunnen zorgaanbieders beter worden gefaciliteerd en ondersteund bij hun transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek: hierbij kan worden gedacht aan grootschaliger procesondersteuning én veranderkundige en inhoudelijke ondersteuning. Daarbij helpt de eerder gemaakte afspraak dat zorgverzekeraars in de regio congruent handelen en dat de ACM aangeeft hoe binnen de mededingingsrechtelijke kaders kan worden samengewerkt (zie ook de nieuwe beleidsregel ACM).³¹ Hiermee wordt voorkomen dat het wiel op meerdere plekken tegelijk wordt uitgevonden.

Realiseren van belangrijke randvoorwaarden voor opschaling van betere zorg

Er zijn verschillende randvoorwaarden om de digitale transformatie van de zorg te versnellen en de juiste zorg op de juiste plek te krijgen:

- **Ten eerste** zijn de huidige financiering en bekostiging vooral gericht op volumes in plaats van gezondheidsuitkomsten. Zolang dat zo blijft, ontbreekt een belangrijke prikkel om de digitale transformatie in de praktijk daadwerkelijk door te voeren. We pleiten er daarom voor dat de huidige mogelijkheden voor contractering door zorgverzekeraars maximaal worden benut om de juiste zorg op de juiste plek te krijgen en de digitale transformatie te realiseren (door selectief in te kopen, meerjarig contracteren en door te financieren op uitkomsten waar dat kan). Daarmee wordt een geleidelijke overgang gerealiseerd naar een bekostiging op basis van gezondheidsuitkomsten. Er ligt de ambitie om in 2022 bij 50% van de ziektelast de uitkomsten inzichtelijk te maken en gebruiken.³² Belangrijk is om dit te realiseren en vervolgens ook de potentie na 2022 te bepalen.
- **Ten tweede** worden contracten met zorgaanbieders nog vaak jaarlijks afgesloten. Dit zorgt voor onzekerheid. We zien in toenemende mate dat zorgverzekeraars met zorgaanbieders voor meerdere jaren contracten afsluiten, die erop gericht zijn om de juiste zorg op de juiste plek te realiseren of meer te richten op zinnige zorg. Dit type afspraken moet meer tot de norm worden gemaakt, waarbij er ruimte moet blijven voor innovatieve nieuwe spelers.

²⁹ Zie ook <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/04/24/ibo-innovatie-in-de-zorg>

³⁰ www.demedischspecialist.nl/nieuws/richtlijnen-voortaan-snel-actueel

³¹ <https://www.acm.nl/nl/publicaties/acm-beleidsregel-juiste-zorg-op-de-juiste-plek-jozp>

³² <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2018/07/02/ontwikkeling-uitkomstgerichte-zorg-2018-2022/ontwikkeling-uitkomstgerichte-zorg-2018-2022.pdf>

Belangrijk is dat zorgverzekeraars congruent handelen bij de inrichting van de acute zorgketen: als meerdere zorgverzekeraars tegenstrijdige, inhoudelijke afspraken maken met deze zorgaanbieders, dan werkt dit averechts. Een bijkomend voordeel van meerjarige contracten is dat ook financiers van zorgaanbieders over meerdere jaren zekerheid hebben en de zorg voor hen aantrekkelijker wordt.

- **Ten derde** is belangrijk dat kan worden gewerkt met risico-dragend kapitaal, eventueel met een nader onderscheid naar acute en beschikbaarheidsfuncties, zorg voor chronisch zieken en electieve (planbare) zorg.³³ Met risico-dragend kapitaal wordt het voor zorgaanbieders gemakkelijker om, net als in andere sectoren van de economie, grootschalige investeringen in innovaties (zoals in ICT) te financieren (zie verder hoofdstuk 6 over dit onderwerp).

- **Ten slotte** is belangrijk dat in alle zorg- en welzijnsopleidingen er veel meer en systematischer aandacht komt voor de grote gevolgen die digitalisering en technologie hebben voor het werk van zorg- en welzijnsprofessionals. In hoofdstuk 4 (over artificiële intelligentie) gaan we uitgebreid in op dit onderwerp. Naast de technische kant is belangrijk dat in de zorgcurricula meer aandacht komt voor samenwerken en organisatie in de zorg.

Ontschotten van zorg en stimuleren en faciliteren van integrale zorg

De huidige gezondheidszorg wordt gekenmerkt door drie hoofdwetten en hoofdlijnenakkoorden met geheel andere financiële prikkels en schotten tussen gezondheidszorg (en het sociaal domein). Dat bevordert de samenwerking niet en kan leiden tot afwenteling van kosten. Voor het realiseren van 'next level zorg' is daarom gewenst dat wordt gekeken hoe de huidige schotten kunnen worden vervangen door een systematiek die integrale zorg stimuleert en faciliteert. Hierbij kan een voorbeeld worden genomen aan de integrale geboortezorg, waarbij uiteindelijk zorgaanbieders beter en meer samenwerken in het belang van moeder en kind: met als gevolg dat de kindersterfte in Nederland gedaald is. Betere samenwerking (met respect voor elkaars rollen) kan daarmee een bijdrage leveren aan betere zorg voor de patiënt én het voorkomen van onnodige zorgkosten.

Schotten zijn er ook budgettair. Een afgeleide vraag is of de bestuurlijke hoofdlijnenakkoorden en begroting-(sartikelen) van VWS anders moeten worden ingedeeld, zodat aanbieders van zorg en welzijn en zorgverzekeraars minder last hebben van de budgettaire schotten. Daarbij gaat het niet zozeer om grote stelselwijzigingen. Ongeacht welke knippen worden gekozen, zal er altijd geplakt moeten worden op de grensvlakken. Het is vooral noodzakelijk dat de puzzelstukjes en bijbehorende spelers meer gestroomlijnd op elkaar aansluiten en samenwerken. Het gangbare traditionele onderscheid tussen 1e, 2e en 3e lijn is in dit verband minder relevant en houdt gevestigde belangen in stand.

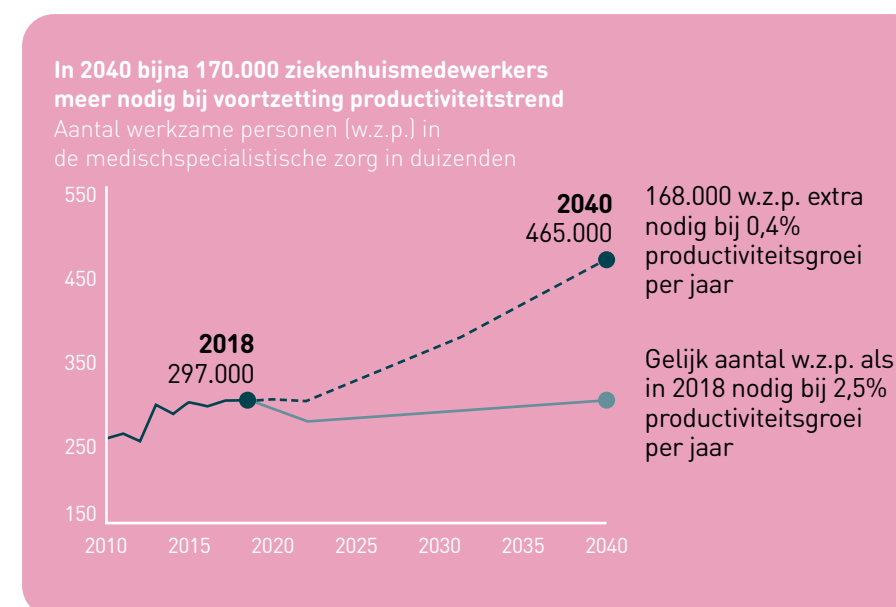
In plaats daarvan zou meer kunnen worden gedacht vanuit netwerken en het organiseren van zorg naar zorgbehoefte.

Transformeren en anders organiseren betekent ook investeren in mensen en middelen

Om de beschreven transformatie voor elkaar te krijgen (en de kosten van de zorg meer gematigd te laten stijgen), zijn vermoedelijk extra investeringen nodig. Een lagere groei van de zorguitgaven lukt alleen als de productiviteit van zorgprofessionals gelijktijdig naar een hoger niveau wordt gebracht. Dit kan met gerichte

inzet van digitale medische toepassingen (zoals e-health en kunstmatige intelligentie) en door meer werkplezier en het terugdringen van het hoge ziekteverzuim. Qua type investeringen kan ook gedacht worden aan veranderkundige en procesondersteuning, het verbeteren van het werkgeverschap en opleidingen, extra ICT-investeringen en eventueel ook versnelde afschrijving op zorgvastgoed. Daarbij is dan de vraag, ook gelet op de ervaringen met de huidige transformatiemiddelen uit het lopende hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg, wat een effectieve governance is van zo'n fonds.

Figuur 4: Effecten van productiviteit op arbeidsvraag in ziekenhuiszorg (bron: ING)



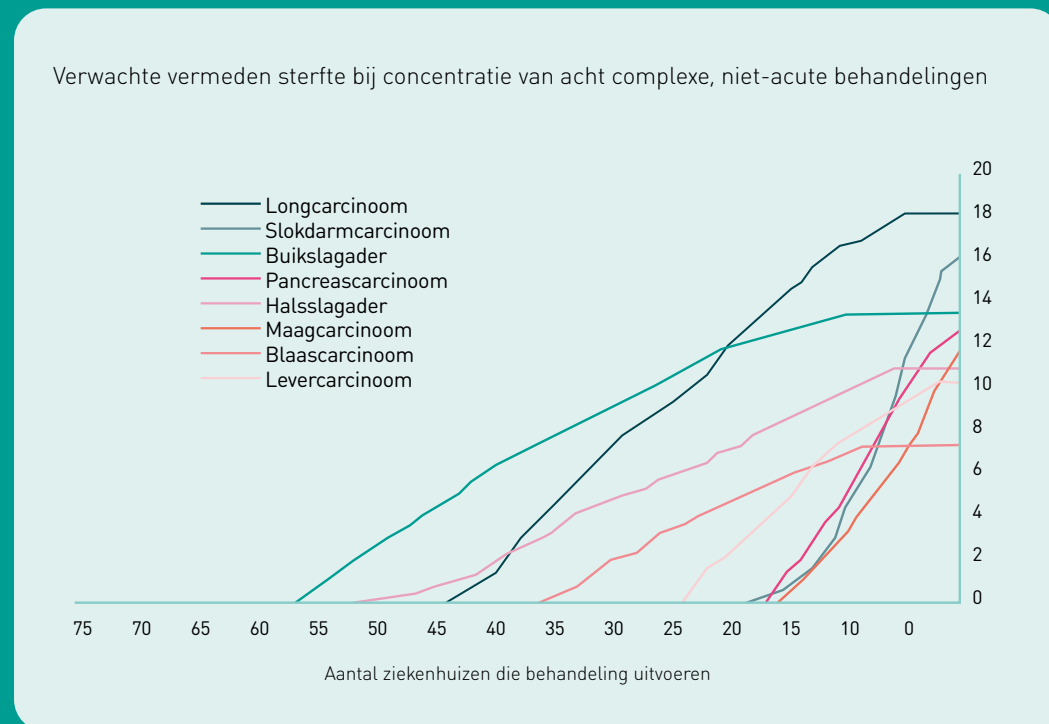
³³ Zie NVB, 2019, Van clicks naar bricks, <https://www.nvb.nl/media/1320/nvb-zorgnotitie-van-bricks-naar-clicks.pdf>

Box 6: Hoe concentratie van planbare complexe zorg meer dan 200 doden per jaar kan voorkomen

Juiste zorg op de juiste plek betekent vooral meer zorg dichtbij. Echter, voor complexe ingrepen leiden hogere volumes tot lagere sterftekansen. Hier leidt de juiste zorg op de juiste plek juist tot meer concentratie. Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt bij veel aandoeningen dat het uitvoeren van meer operaties per patiënt leidt tot betere uitkomsten en minder sterftegevallen. De concentratie van dergelijke ingrepen gaat nu niet veel verder dan één of enkele malen de huidige bijbehorende minimumnorm. Gezien de resultaten voor gezondheid, kwaliteit en betaalbaarheid is het belangrijk dat concentratie van complexe, planbare ingrepen wordt gestimuleerd (onder meer via de inkoop van zorgverzekeraars).

De verwachte sterfte kan alleen al voor acht onderzochte ingrepen (12.000 patiënten) dalen met ongeveer 60. De impact van dergelijke concentratie is dat patiënten gemiddeld genomen 20 minuten verder reizen. De eerste 40 vermeden sterftegevallen per jaar worden al behaald bij een gemiddelde toename in de reistijd van zeven minuten. SIRM verwacht een totale impact van concentratie van meer dan 200 vermeden sterftegevallen, omdat er veel meer ingrepen zijn waarvoor concentratie relevant is.³⁵

Figuur 5: Verwachte sterfte daalt bij verdere concentratie van complexe ingrepen (bron: SIRM, 2020).



³⁵ SIRM, 2020, Concentratie van zorg kan tweehonderd sterftegevallen per jaar vermijden

De analyse is toegespitst op acht specifieke ingrepen. Deze ingrepen zijn vaak deel van een groter zorgtraject. De concentratie van zorg mag niet ten koste gaan van het voor- en natraject. Management van de zorg en soepele overdracht en samenwerking zijn dus belangrijk. Een ander belangrijk aspect om rekening mee te houden is dat de te concentreren planbare ingrepen soms een acute pendant hebben waarbij reistijd wel cruciaal is.

Naast lagere sterfte zijn andere kwaliteitsvoordelen te behalen: een belangrijk aspect van concentratie is dat teams beter op elkaar kunnen inspelen, en de ingreep en bijbehorende voor- en nazorg met hogere kwaliteit en ook nog eens effectiever leveren. De verpleegkundigen op de OK, IC en afdeling doen allen ervaring op met de patiëntengroep. Zij herkennen daardoor sneller typische complicaties, worden beter in wondverzorging en kunnen patiënten beter voorlichten en helpen bij herstel en omgaan met de gevolgen van de ingreep. Naast een beter resultaat van de ingreep, is er minder kans op infectie en een beter afgestemde verpleging en verzorging. Een voorbeeld van kwalitatieve verbeteringen door hoger volume, zijn de bewezen lagere percentages patiënten met incontinentie- en erectieproblemen in centra waar grote aantallen prostatectomieën worden uitgevoerd.³⁶

Concentratie van complexe zorg kan ook leiden tot doelmatigheidswinst, omdat een betere kwaliteit van zorg veelal gepaard gaat met minder complicaties, (nieuwe) behandelingen en/of nazorg. Concentratie van zorg kan opschaling van digitale zorg makkelijker maken, doordat op minder plekken in Nederland het wiel opnieuw uitgevonden hoeft te worden. Bovendien kunnen betere behandelmethoden sneller worden geïmplementeerd en kan ongewenste praktijkvariatie worden beperkt. Ten slotte leidt concentratie van zorg tot extra kansen voor wetenschappelijk onderzoek naar behandelresultaten.

Concentratie van zorg heeft beperkte effecten op reistijden voor patiënten (of voor zorgprofessionals). Ook blijkt de impact op mededinging voor deze complexe zorg beperkt. Mededinging hoeft (verdere) concentratie dus niet in de weg te staan.³⁷

³⁶ <https://nieuws.zilverenkruis.nl/zilveren-kruis-benoemt-koploperziekenhuizen-prostaatankeroperaties>

³⁷ SIRM, 2020, Concentratie van zorg kan tweehonderd sterftegevallen per jaar vermijden

Wat doen wij zelf:

Opschaling naar landelijke werkwijze versnellen:

- a. We maken medische richtlijnen een **gezamenlijke verantwoordelijkheid** van beroepsverenigingen, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen. Elk van deze partijen kan een actualisatie van de richtlijn agenderen. We nodigen beroepsverenigingen uit om dat in gang te zetten (**beroepsverenigingen**).
- b. We verankeren de juiste zorg op de juiste plek (en bewezen betere zorg) **sneller in medische richtlijnen** en/of bieden in richtlijnen meer informatie over de digitale mogelijkheden. Beroeps- en wetenschappelijke verenigingen kunnen worden verleid om hun richtlijnen sneller te verbeteren (**beroepsverenigingen**).
- c. We zorgen ervoor dat **medische richtlijnen sneller worden geïmplementeerd**; en dus ook overal de standaardpraktijk worden gemaakt. Denk aan een verplicht implementatieplan bij nieuwe richtlijnen: uiterlijk per (datum) voldoen alle beroepsbeoefenaren aan de nieuwe richtlijnen (**beroepsverenigingen, zorgverzekeraars en zorgaanbieders**).
- d. We stimuleren via zorginkoop en **differentiatie in de vergoeding** dat bewezen betere oplossingen sneller de norm worden gemaakt (vanuit de zorgplicht van zorgverzekeraars en van de medische beroepsgroep). Spiegelbeeldig aan het opschalen van bewezen betere zorg is het afschalen (en niet meer vergoeden) van achterhaalde zorg (**zorgverzekeraars**).
- e. We stimuleren (onder meer via de inkoop door zorgverzekeraars) **concentratie van complexe, planbare ingrepen** omdat hiermee minimaal 200 sterftegevallen per jaar zijn te vermijden (**zorgverzekeraars en zorgaanbieders**).
- f. In 2022 wordt bij **50% van de ziektelast de uitkomsten** inzichtelijk gemaakt en gebruikt.³⁸ We bekijken graag welke potentie er na 2022 is om verder te gaan dan deze ambitie (**zorgaanbieders en zorgverzekeraars**).

Randvoorwaarden voor opschaling:

- g. We maken meerjarig contracteren van de juiste zorg op de juiste plek tot de norm, met als bijkomend voordeel dat de risico's voor financiers kunnen verminderen (zorgverzekeraars). We roepen ook gemeenten op om dat voorbeeld te volgen.

³⁸ <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2018/07/02/ontwikkeling-uitkomstgerichte-zorg-2018-2022/ontwikkeling-uitkomstgerichte-zorg-2018-2022.pdf>

Wat vragen wij van de overheid:

Opschaling van betere zorg versnellen

- h. Faciliteer de digitale transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek **meerjarig praktisch en veranderkundig** (vergelijkbaar met de decentralisaties), ook juist thematisch en bovenregionaal. Hierbij kunnen beroepsverenigingen, zorgaanbieders en zorgverzekeraars worden gestimuleerd en ondersteund om te leren van elkaar, best practices met elkaar te delen en van elkaar over te nemen bij succes (**ministerie van VWS**).
- i. Geef het **Zorginstituut** een ruimer mandaat en een actievere rol om met voorlopers en experts vast te stellen wat betere zorg is. Het bestaande programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik van het Zorginstituut wordt uitgebreid met juiste zorg op juiste plek.
- j. Ter overweging: zet een **investeringsfonds juiste zorg op de juiste plek** op (met een nader te bepalen governance); voor veranderkundige ondersteuning, ICT-investeringen en eventueel ook versnelde afschrijving van zorgvastgoed of tijdelijke compensatie voor beroepsgroepen die hun praktijk zien krimpen.

Versterk het pakketbeheer

- k. Een **actiever pakketbeheer** is gewenst, met het oog op de komst van steeds meer nieuwe behandelingen en geneesmiddelen voor kleine patiëntgroepen, waarvan de effectiviteit op voorhand moeilijk te bepalen is. Patiënten hebben recht op snelle duidelijkheid over pakkettoelating. Tegelijkertijd moeten niet-effectieve behandelingen sneller uit het pakket worden gehaald, zodat patiënten worden beschermd tegen onnodige behandelingen of behandelingen waarvoor inmiddels een beter alternatief voorhanden is (**ministerie van VWS**).

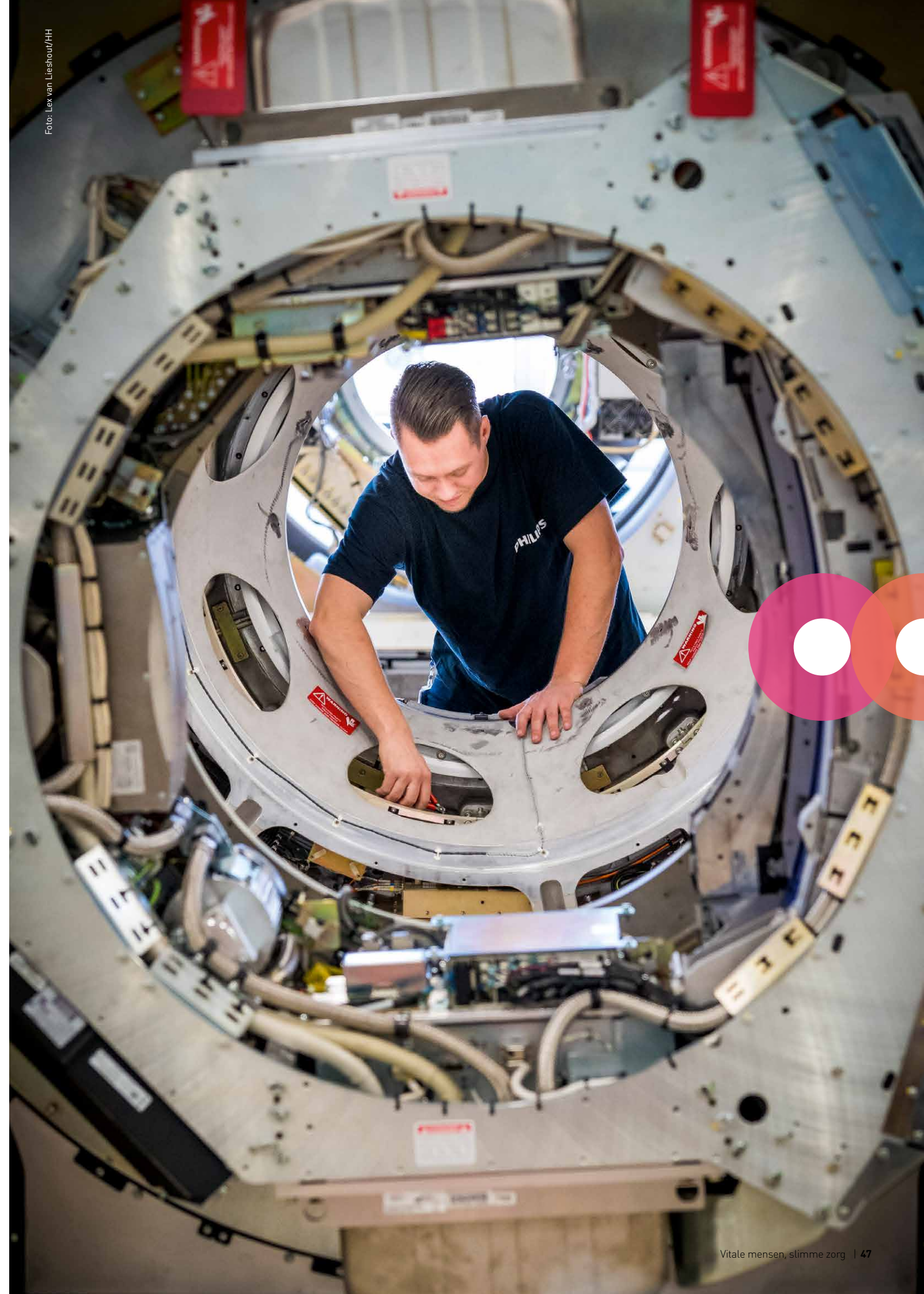
Randvoorwaarden voor opschaling:

- l. Maak het in de gehele zorg onder duidelijke publieke randvoorwaarden mogelijk om te kunnen werken met **risicodragend kapitaal**, net als in andere sectoren van de economie (**ministerie van VWS**).
- m. Neem regie om samen het zorgveld te zorgen dat er veel meer (en systematische) aandacht voor de ingrijpende gevolgen van digitalisering / technologie komt voor de aard en invulling van de hoofdtaken van zorgprofessionals **in alle zorgopleidingen, herscholingsprogramma's en trainingen**. Zo kunnen we samen zorgen dat zorgprofessionals voorbereid zijn op de toekomst van hun werk.
- n. Verken een andere indeling van de hoofdlijnenakkoorden (en begroting VWS) zodat **samenwerking in de zorg makkelijker wordt gemaakt** (ministerie van VWS). Het karakter kan ook veranderen richting gezamenlijke **implementatieplannen**. In plaats van het gebruikelijke onderscheid naar 1e, 2e en 3e lijn (dat gevestigde belangen in stand houdt) ligt redeneren vanuit netwerken en zorgbehoefte wellicht meer voor de hand.

Wat willen wij samen met de overheid doen:

Disruptieve innovatie omarmen

- o. Net als in andere sectoren zien we nieuwe spelers (zoals techbedrijven) die de gezondheidszorg 'van buitenaf' geheel anders en disruptief kunnen organiseren. Met de rijksoverheid samen verkennen we graag de wijze waarop de kansen van deze nieuwe spelers volop benut kunnen worden, terwijl we tegelijkertijd de kernwaarden van onze Nederlandse gezondheidszorg hoog houden.



3. Ruimte voor zorg-professionals: veilige data-uitwisseling én data-ontschotting

Gebrekkige data-uitwisseling door een gefragmenteerde ICT-markt en 'locked-in'-problematiek

Eén van de grote problemen in de zorg is dat data-uitwisseling tussen zorgaanbieders problematisch verloopt: ieder onderdeel van de verzekerde zorg kent zijn eigen ICT-leverancier. De sterk gefragmenteerde ICT-markt en de zogenoemde 'locked-in'-problematiek leiden ertoe dat veel zorgaanbieders niet makkelijk medische gegevens kunnen uitwisselen. Soms gebruiken zij zelfs nog papier, de fax, CD-roms of USB-sticks. Dat zorgt er ook voor dat zorgprofessionals (zoals artsen en verpleegkundigen) onnodig veel van hun dagelijkse werktijd kwijt zijn aan het verzamelen of uitwisselen van medische gegevens, met overigens ook alle bijkomende risico's voor veiligheid en privacy. Ook patiënten zelf hebben nu geen (compleet) beeld van hun medische informatie, omdat deze niet toegankelijk is of versnipperd over zorgaanbieders. Dat staat in groot contrast met het EU-recht, dat voorziet in een recht op toegang tot informatie en recht op vrije keuze van zorgaanbieders.³⁹ Per 1 juli 2020 zijn alle zorgverleners verplicht om patiënten digitale inzage te geven.

De gebrekkige data-uitwisseling frustrereert de digitale transformatie

van de zorg. Een belangrijke randvoorwaarde voor het verplaatsen van zorg van de wachtkamer naar de huiskamer, is dat de gegevens-uitwisseling makkelijk en veilig kan plaatsvinden. Om de kansen van digitalisering, inclusief nieuwe technologieën als artificiële intelligentie en big data-analyse, optimaal te kunnen benutten is een makkelijke en veilige data-uitwisseling een cruciale randvoorwaarde. We zien dat andere landen zoals Denemarken, Estland, Finland en Singapore voorlopers worden in de digitale transformatie van de gezondheidszorg. Op dit aspect dreigen we economische kansen te missen. VNO-NCW en MKB-Nederland vinden dat Nederland ook op het terrein van digitalisering bij de koplopers moet horen. Dat vereist actie om een goede data-infrastructuur in de gezondheidszorg te realiseren.

Een actieve regierol van de rijksoverheid én een gezamenlijke aanpak van het bedrijfsleven

Informatie van patiënten en cliënten moet makkelijk en veilig kunnen worden gedeeld tussen zorgprofessionals. Uitwisseling moet zodanig gebeuren, dat de ander daar ook wat mee kan: interoperabiliteit moet de norm zijn.⁴⁰ Via zelfregulering en wetgeving moet dat worden gerealiseerd.

Daarom hebben VNO-NCW, MKB-Nederland en hun leden een actieve regierol van de overheid bepleit én samenwerking aan de kant het bedrijfsleven georganiseerd. De actieve regierol van de overheid heeft de minister van Medische Zorg en Sport op zich genomen. De voorgenomen wetgeving richt zich vooral op het elektronisch uitwisselen van gegevens tussen zorgverleners. Door de wetgeving een bredere scope te geven, is versnelling mogelijk (zie de box met ervaringen in Duitsland en Finland).

VNO-NCW, MKB-Nederland en hun leden hebben in het voorjaar van 2019 aan toenmalig minister Bruins het manifest 'Samen vooruit: ambitie voor een veilige en makkelijke data-uitwisseling aangeboden',⁴¹ waarin de ondertekenaars zich committeren aan drie hoofdprincipes:

1. Open standaarden binnen open systemen zijn de norm voor infrastructuren in de zorg. Wij committeren ons aan die standaarden en vragen de overheid een gelijk speelveld te realiseren.
2. Patiënten hebben zeggenschap over hun eigen gegevens binnen open infrastructuren waar wordt geconcurrereerd op toepassingen en/of diensten op basis van de data, niet op de toegankelijkheid van die data of de data zelf.
3. Bij veilige identificatie moeten eenvoud van toegang, gebruikersvriendelijkheid, hoge beveiliging en aansluiten bij best practices voorop staan.

Dit manifest is door vele van onze leden uit de zorg en het bedrijfs-

leven ondertekend. Daarna hebben zich vele partijen, waaronder veel ICT-leveranciers, zich hieraan gecommitteerd.⁴² Partijen die zich alsnog willen aansluiten, zijn van harte welkom.

In het verlengde van het manifest hebben het ministerie van VWS, VNO-NCW en MKB-Nederland samen de taskforce Samen Vooruit ingesteld (onder leiding van ex-CEO van IBM, Harry van Dorenmalen), die op dit moment deze principes uitwerkt. Hierbij wordt ook de expertise betrokken van de Autoriteit Consument en Markt. De taskforce kan ook, naar analogie van de financiële sector, voorstellen doen over welke pre-concurrentiële nutsvoorzieningen voor alle zorgaanbieders beschikbaar moeten zijn (zoals bijvoorbeeld een open zorgadressenboek). In de financiële sector is iDEAL een voorbeeld van een voor iedereen beschikbaar platform, dat is samengesteld door aan de achterkant samen te werken. Op deze manier kan het bedrijfsleven (en meer in het bijzonder: de belangrijkste ICT-leveranciers in de zorg) een praktische bijdrage leveren aan de dagelijks werkpraktijk en het vergroten van het werkplezier van zorgprofessionals. Maar ook de voorwaarden scheppen om de kansen van artificiële intelligentie en big data voor onze toekomstige zorg te verzilveren.

Eén van de mogelijke nutsvoorzieningen voor de gehele sector kan een aanvullend nationaal platform zijn om alle zorginstellingen onderling te laten communiceren én analyse van medische data te vergemakkelijken (onder een publiek-private governance). Zorg wordt steeds meer netwerkzorg. Daarom zijn ook centrale services nodig die aansluiten bij de vereisten van integrale netwerkzorg.

³⁹ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2018_mapping_patientsrights_frep_en.pdf

⁴⁰ Zie ook <https://www.healthit.gov/buzz-blog/meaningful-use/interoperability-health-information-exchange-setting-record-straight>

⁴¹ Zie https://www.vno-ncw.nl/sites/default/files/nln19085_manifest_samen_vooruit_05.pdf

⁴² De actuele lijst van ondertekenaars staat hier: <https://www.vno-ncw.nl/meer-informatie/manifest-samen-vooruit-ondertekenaars>

Een makkelijke en veilige data-uitwisseling in de zorg vereist dus een actieve regierol van de overheid samen met het bedrijfsleven. Ook andere partijen in de zorg kunnen een bijdrage daaraan leveren, zoals beroepsverenigingen. Zie in dit verband het voorbeeld van Amerikaanse cardiologen die hun medische richtlijnen hebben voorzien van een informatieprotocol, zodat voor ICT-leveranciers helder is welke informatie in hun systemen moet worden opgenomen.⁴³

Wettelijke verplichting van data-uitwisseling

Het ministerie van VWS is voornemens om data-uitwisseling wettelijk te verankeren. Die stap ondersteunen VNO-NCW en MKB-Nederland, met een aantal aandachtspunten.

Het verplicht stellen van individuele gegevensuitwisseling voor de gehele zorg kan leiden tot veel individuele en detaillistische regelgeving. Het lijkt zinvol om vooral de basis goed te regelen met wetgeving. Baseer dit op gangbare internationale standaarden. Borg dat de data, zowel op individueel als geaggregeerd niveau veilig zonder drempels uitwisselbaar is tussen zorgaanbieders, patiënten en relevante partijen die krachtens hun rol in het stelsel geautoriseerd zijn om hierover te beschikken. De toestemming van de patiënt indien noodzakelijk is hiervoor essentieel.

Op deze wijze voorkomen we de huidig veel voorkomende 'vendor lock-in'. Conform het manifest 'Samen vooruit' moeten ICT-leveranciers in de zorg concurreren op de functionele specificaties van hun applicaties en niet op de data of de wijze waarop de data voor concurrenten wordt afgesloten of tegen kosten wordt ontsloten. Ook zorginstellingen zelf

hebben een belangrijke rol, door hun data open te stellen voor andere zorgverleners. ICT-leveranciers in de zorg kunnen dat ondersteunen. De druk op de positie van de ICT-leveranciers die data-uitwisseling bemoeilijken zal in eerste instantie moeten komen vanuit de klant (de zorgaanbieder). Privacy en veiligheid mogen niet als oneigenlijke argumenten worden gebruikt om de uitwisseling van patiëntgegevens tegen te houden terwijl dat (technisch) wel mogelijk is.

Ten slotte moeten zorgaanbieders en ICT-leveranciers oog hebben voor de contractvoorwaarden die hierbij worden afgesproken. Onderdeel daarvan is dat standaard afspraken worden gemaakt die het in de praktijk mogelijk maken om een overstap te maken naar een andere leverancier, zonder dat dit met grote kosten gepaard gaat of dat de continuïteit van zorg gevaar komt.

Box 7: Wat kan Nederland leren van de ervaringen uit Finland en Duitsland

Elektronisch patiëntendossier in Finland

In Finland heeft Kanta Services (de Sociale Verzekeringsbank in Finland) een nationaal Elektronisch Patiëntendossier gebouwd voor 5,5 miljoen Finnen. Totaal zijn er circa 2,3 miljoen gebruikers, vooral voor het voorschrijven van medicijnen.

Wat kunnen we leren uit de Finse ervaringen of wat zijn opvallende zaken:

- Het jaarlijkse budget is circa 35 miljoen euro. Dat lijkt, gelet op alle diensten die zij leveren en het grote bereik bij de bevolking, een efficiënt systeem.
- In het Finse EPD is het mogelijk gemaakt dat - na toestemming - een private app rechtstreeks toegang krijgt tot het medische dossier. Zo kan een digitaal vitaliteitsplatform van de werkgever slimme gezondheidsdiensten aanbieden, rekening houdend met het medische dossier van de werkende.
- Omdat Finnen nu toegang hebben tot hun medische dossiers, zijn artsen duidelijker aantekeningen gaan maken omdat zij veel vragen kregen.
- De Finse overheid heeft - geheel binnen de Europese AVG-richtlijn - een wet gemaakt op secundair gebruik van medische data, die dan kan worden gebruikt door bedrijven en onderzoekers.

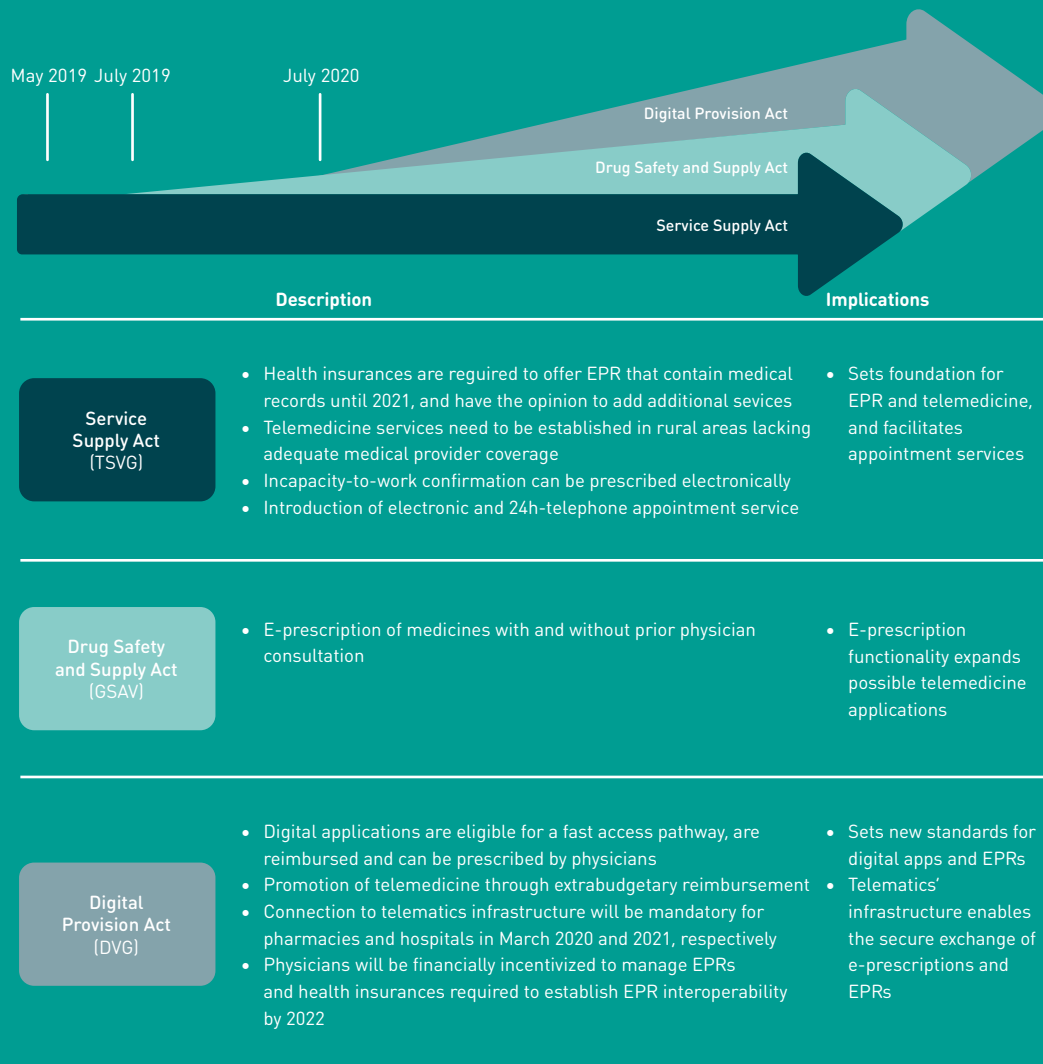
Interessant aan het Finse systeem is: een gecentraliseerde databank (tegen lage kosten), een directe koppeling met de private consumentenmarkt én de mogelijkheid om de data te gebruiken voor diensten en onderzoek. Juist de beschikbaarheid van data voor het verbeteren van preventieve gezondheidszorg kan bedrijven in staat stellen met de beschikbare data nuttige en nieuwe toepassingen te ontwikkelen. In het Finse systeem is dat alles voorzien van bijbehorende publieke waarborgen en regelgeving.

⁴³ Een voorbeeld is die van American College of Cardiology. Zie <https://www.acc.org/tools-and-practice-support/practice-solutions/health-information-technology/health-informatics/interoperability-and-ihe> en http://www.onlinejacc.org/content/68/12/1348?_ga=2.12054070.381656984.1501419325-892585591.1501419325

Gegevensuitwisseling in Duitsland

In Duitsland is in relatief korte tijd veel geregeld op dit gebied. Door drie wetten die een bredere scope hebben dan alleen het uitwisselen van gegevens tussen zorgverleners, kan er meer tempo worden gemaakt. Een voorbeeld hiervan is dat de nieuwe Duitse wetgeving zorgverzekeraars als taak geeft om meer informatie beschikbaar te stellen aan de patiënt.⁴⁴

Figuur 6 Duitse wetgeving rondom data-uitwisseling samengevat



⁴⁴ <https://healthadvancesblog.com/2019/07/23/e-health-in-germany-2-0/>

Privacy goed borgen, maar niet doorschieten naar privacykramp

Privacy is een groot goed en verdient een goede bescherming. Doordat de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) nu onvoldoende (snel) helderheid verschaft in de ruimte die de AVG biedt, nemen partijen in zorg en gezondheid geen risico uit angst om de AVG-wetgeving te overtreden. Dit leidt tot een privacykramp. Gevolg is onder andere dat:

- Zorgverleners cruciale informatie over hun patiënten missen;
- Innovatieve mogelijkheden om zorgdata in het klantbelang in te zetten worden geremd;
- Uitwisseling van wachtlijddata tussen zorgverleners en zorgverzekeraars onvoldoende van de grond komt, waardoor patiënten onnodig lang op wachtlijsten staan;
- De noodzakelijke transitie van het zorglandschap die toegankelijkheid tot zorg op lange termijn moet waarborgen, wordt belemmerd.

De Autoriteit Persoonsgegevens dient sneller en meer richting te verschaffen over de ruimte die de AVG biedt. Als blijkt dat de AVG (en aanpalende regelgeving) onvoldoende ruimte biedt, dan kan de rijksoverheid in wet- en regelgeving regelen dat noodzakelijk gebruik en uitwisseling van zorgdata mogelijk wordt. We zien dat in andere EU-lidstaten (zoals Finland en Duitsland), waar dezelfde AVG-richtlijn geldt, meer voortgang wordt gemaakt dan in Nederland.



Foto: Peter Hitz/HH

Wat doen wij zelf:

- a. In de taskforce Samen Vooruit werken ICT-leveranciers samen om afspraken te maken over **onderlinge gegevensuitwisseling en interoperabiliteit**. Dat leidt tot zichtbaar resultaat voor zorgprofessionals, die makkelijker kunnen beschikken over alle medische data die zij nodig hebben voor hun werk (ongeacht bij welke ICT-leverancier deze gegevens aanwezig zijn) **(ICT-leveranciers)**.
- b. Daarnaast werkt de taskforce Samen Vooruit, naar analogie van de financiële sector, aan voorstellen voor pre concurrentiële nutsvoorzieningen. Als eerste voorbeeld wordt gekeken hoe een **open zorgadressenboek** kan worden gerealiseerd **(ICT-leveranciers)**.
- c. We nodigen beroeps- en wetenschappelijke verenigingen uit om, naar het voorbeeld van Amerikaanse cardiologen, hun medische **richtlijnen te voorzien van een informatieprotocol**, zodat voor ICT-leveranciers helder is welke informatie in hun systemen moet worden opgenomen.

Wat vragen wij van de overheid:

- d. Nieuwe regelgeving kan afdwingen dat **alle ICT-bedrijven verplicht zijn om de patiëntengegevens onderling uitwisselbaar te maken**, zodat zorgprofessionals in één keer kunnen beschikken over de medische data die zij nodig hebben **(ministerie van VWS)**.
- e. Een aanvullend **nationaal platform** is gewenst om alle zorginstellingen onderling te laten communiceren én analyse van medische data te vergemakkelijken (onder een publiek-private governance). Zorg wordt steeds meer netwerkzorg. Daarom zijn ook centrale services nodig die aansluiten bij de vereisten van integrale netwerkzorg **(ministerie van VWS)**.
- f. De Autoriteit Persoonsgegevens dient **sneller en duidelijker richting** te verschaffen over de ruimte die de AVG biedt. Hierbij kan een voorbeeld worden genomen aan de ACM, die een beleidsregel heeft gemaakt over de voorwaarden waaronder kan worden samengewerkt om de juiste zorg op de juiste plek te organiseren. Zonodig kan de rijksoverheid de regelgeving aanpassen zodat noodzakelijk gebruik en uitwisseling van zorgdata mogelijk worden **(Autoriteit Persoonsgegevens en ministerie van J&V)**.

Wat willen wij samen met de overheid doen (publiek-privaat):

- g. We ondersteunen het voornemen om **data-uitwisseling wettelijk te verankeren**. Het lijkt zinvol om vooral de basis goed te regelen met wetgeving. Baseer dit op gangbare internationale standaarden. Borg dat de data veilig zonder drempels uitwisselbaar is tussen zorgaanbieders, patiënten en relevante partijen die krachtens hun rol in het stelsel geautoriseerd zijn om hierover te beschikken.
- h. Nadat de taskforce Samen Vooruit zichtbare resultaten heeft opgeleverd, kan het huidige **VWS-informatieberaad** worden opgevolgd door **implementatieraad**, met een sterke vraagarticulatie. Gedacht kan worden aan een compacte publiek-private governance van een gebruikersgroep (met zorgprofessionals) en de belangrijkste ICT-leveranciers, met voldoende inhoudelijke ondersteuning **(ministerie van VWS)**.

4. Ruimte voor zorg-professionals: zorgprofessionals beter voorbereiden op de toekomst

Veel van de toepassingen met AI zitten in de pilotfase en zijn geen standaardzorg

VNO-NCW en MKB-Nederland hebben in 2019 een brede AI-coalitie gepresenteerd.⁴⁵ Gelijktijdig heeft het kabinet een strategisch actieplan artificiële intelligentie (AI) gemaakt. Artificiële intelligentie is geen doel op zichzelf maar een middel, en dat geldt ook in de gezondheidszorg. We zien vele mogelijkheden waarlangs AI binnen én buiten de verzekerde zorg kan bijdragen aan meer gezondheid en zelfregie, betere zorg of (nog) leuker werk in de zorg. Zo gaat het verkrijgen en verwerken van scans sneller met behulp van algoritmen voor beeldreconstructie, waardoor de kwaliteit van de geproduceerde beelden wordt verbeterd en de dosis ioniserende straling aanzienlijk wordt verlaagd. Een andere AI-toepassing is een betere voorspelling van een belangrijke diagnose in real time, wat van enorm belang is in ziekenhuizen.

Eén van de grootste uitdagingen, infecties die patiënten oplopen terwijl ze in het ziekenhuis zijn opgenomen, kan op deze manier sneller worden aangepakt en beter worden beheerst. Wanneer dergelijke verbeteringen worden geïmplementeerd, kan AI de veiligheid en het gemak vergroten terwijl het de kosten kan verlagen.

Box 8: Op welke manieren gaat artificiële intelligentie bijdragen aan onze gezondheid?

AI kan op verschillende manieren helpen om bij te dragen aan een gezonde leefstijl en onze gezondheid (dan wel aan de betaalbaarheid van onze zorg):

Thema I: Gepersonaliseerde voedingsadviezen en op maat gemaakte voeding

Persoonlijk voedingsadvies, boodschappen die passen bij wat je nodig hebt en op termijn volledig op persoonlijke maat (en DNA-profiel) gemaakt voedsel. Belangrijke actoren zijn onder meer boeren, supermarkten, voedselproducenten en technologiebedrijven. Dit thema is potentieel een 'unique selling point' voor Nederland, met onze uitmuntende wetenschappelijke kennis over voeding en gezondheid en de meest innovatieve tuinbouw van de wereld.

Thema II: Persoonlijke ondersteuning bij een gezonde en vitale leefstijl

Geldt zowel in de preventieve sfeer (gezond eten, voldoende bewegen en slapen et cetera) als bij behandeling van chronische aandoeningen (zoals diabetes of depressie). Belangrijke factoren zijn onder meer technologiebedrijven, werkgevers en zorgverzekeraars. Artificiële intelligentie kan op intuïtieve wijze gedragsverandering naar gezonde levensstijl versnellen. Of juist zieke mensen ondersteunen om een volwaardiger leven te kunnen leven.

Thema III: Betere diagnose/decision support van artsen/verpleegkundigen

Voorbeelden zijn het (sneller) herkennen van een beroerte in CT-scans, betere of ondersteunde beeldanalyse voor neurologen of radiologen, voorspellen van kans op hart- en vaatziekten of diagnostiek van huidkanker op basis van beeldanalyse en labwaarden. Gericht op: voorkomen van fouten, beoordelen of ingrepen of operaties wel nodig zijn en daarmee uiteindelijk een betere en doelmatiger gezondheidszorg. Variant daarop zijn de learning tools, ondersteuning van medici. Ten slotte kan het combineren van data met AI-ondersteuning nieuwe gezondheidsdoorbraken faciliteren, zoals bij vaccinontwikkeling of klinische genetica. Aandachtspunt is het gevaar van overdiagnostiek of medicalisering. Belangrijke actoren zijn onder meer zorgaanbieders, beroepsgroepen en technologiebedrijven.

Thema IV: ondersteunen/adviseren van patiënten

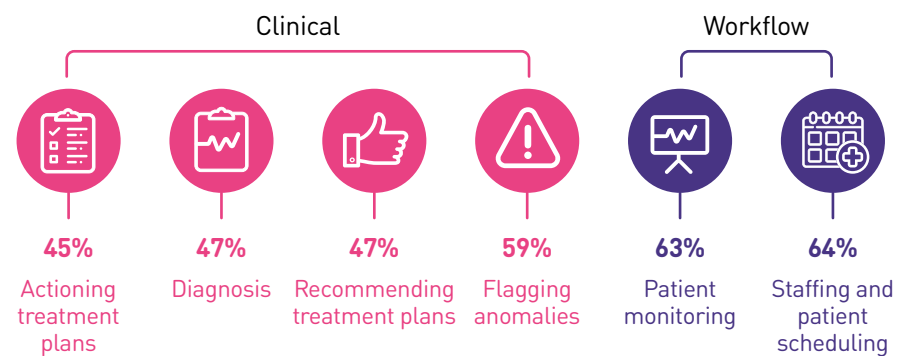
Ondersteuning van patiënten kan gericht zijn op meer zelfmanagement (zoals bij behandeling van depressie, inzet van chatbots), betere/gerichte informatievoorziening over behandeling en het beantwoorden van vragen of slimme doorverwijzing waar nodig. Dit draagt bij aan het ontlasten van huisartsen, psychologen, et cetera. Een voorbeeld zijn virtuele medische adviseurs (casu quo chatbots), zoals de doorontwikkeling van veel gebruikte websites en apps tot digitale of virtuele medische adviseur op je smartphone (vergelijkbaar met Babylon Health en enkele chatbots via Alexa en Google Home). Belangrijke actoren zijn onder meer zorgaanbieders, zorgverzekeraars, beroepsgroepen, patiëntenverenigingen/ouderenbonden en technologiebedrijven. AI kan ook beslissingsondersteuning bieden en daarmee het samen beslissen van arts en patiënt faciliteren.

Thema I valt primair in het domein van supermarkten en levensmiddelenindustrie. Thema II (gezonde leefstijl) valt vooral in de snelgroeiende consumentenmarkt met gezondheidsdiensten. De laatste twee thema's (III en IV) vallen primair binnen de verzekerde gezondheidszorg.

⁴⁵ <https://www.vno-ncw.nl/nieuws/bedrijven-instituten-en-overheden-presenteren-nederlandse-ai-coalitie>

Veel van de toepassingen met artificiële intelligentie bevinden zich in de pilotfase zitten en zijn nog geen onderdeel geworden van de standaard werkwijze in de gezondheidszorg. Tegelijkertijd zien we dat een flink deel van de zorgprofessionals zich comfortabel voelt met AI-toepassingen. In Nederland gebruikt nu 33% van de zorgprofessionals artificiële intelligentie in hun dagelijkse praktijk, vooral om efficiënter te roosteren (16%), om afwijkingen in het werk te signaleren (16%) of om de diagnose te verbeteren (8%).⁴⁶ We zien dat door AI de hoofdtaken en de aard van het werk van sommige medische beroepen ingrijpend veranderen. In de zorgopleidingen worden werkenden echter nog niet of nauwelijks voorbereid op de grote gevolgen van digitalisering en artificiële intelligentie op hun werk.

Figuur 7: Aandeel zorgprofessionals dat zich comfortabel voelt bij AI-toepassingen (bron: Total Healthcare Professionals)



⁴⁶ Philips, 2019, Future Health Index 2019, https://images.philips.com/is/content/PhilipsConsumer/Campaigns/CA20162504_Philips_Newscenter/Philips_Future_Health_Index_2019_report_transforming_healthcare_experiences.pdf

Een 'unique selling point' kiezen voor Nederland

Vele landen hebben een AI-agenda, die ook voor gezondheidszorg vergelijkbare thema's adresseert. De vraag is dan waar een echte 'unique selling point' (USP) voor Nederland zit. Daar valt een onderscheidende keuze in te maken:

- Het Nederlandse zorgstelsel staat wereldwijd hoog aangeschreven. Door Nederland koploper te maken in de digitale transformatie van de gezondheidszorg, inclusief een proactieve AI-aanpak om gezondheid te vergroten, creëren we nieuwe economische kansen voor Nederland.
- Nederland blinkt uit in rijke datasets, goede klinische studies, populatiestudies en biobanken. Door afspraken te maken over het makkelijker en veilig kunnen uitwisselen en combineren van data, kan deze USP verder worden uitgebouwd in een publiek-private samenwerking, met een duidelijke visieontwikkeling op health data infrastructuur.
- Het thema personalized food / nutrition is een voor de hand liggend kernthema, gelet op de Nederlandse USP van uitmuntende wetenschappelijke kennis over voeding én gezondheid. Als één van de grootste voedsel-exporteurs kunnen we in de toekomst vooral toegevoegde waarde creëren met meer op maat gemaakte voeding, die mensen wereldwijd ondersteunt bij een goede gezondheid: we kunnen de metropolen in de wereld voeden met onze kennis en kunde.

- In dit verband kan het lopende initiatief van de Universiteit van Wageningen, TNO en een consortium van techbedrijven en supermarkten worden doorontwikkeld tot een toonaangevend researchcentrum, waarin de voedselindustrie, supermarkten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en technologiebedrijven intensief samenwerken.

Om AI bij te laten dragen aan meer gezondheid en zelfregie, betere zorg, leuker werk in de zorg én de kansen van AI te verzilveren, zien we een aantal relevante thema's:

De gevolgen van digitalisering en AI voor de hoofdtaken van zorgprofessionals⁴⁷

De vierde industriële revolutie (digitalisering) raakt alle sectoren van de economie en heeft grote gevolgen voor ons werk. De studie van Frey & Osborne uit 2013 haalde alle media, met als boodschap dat de helft van het werk in de VS geautomatiseerd kan worden.⁴⁸ Een genuanceerdere studie is die van de OESO, die heeft gekeken naar de concrete gevolgen van digitalisering voor de aard van de taken in een bepaald beroep, die in veel beroepen ingrijpend blijken.⁴⁹ In het SER-advies Mens en Technologie was daarom één van de aanbevelingen een monitor te maken, waarmee werkgevers en werknemers beter zicht krijgen op de gevolgen van digitalisering. Een eerste proeve van zo'n monitor is gemaakt.⁵⁰ Ook zien we in het bedrijfsleven vele praktijkvoorbeelden waarbij bedrijven, samen met hun personeel, proactief verkennen hoe technologie het werk in het bedrijf verandert voordat de technologie daadwerkelijk wordt geïntroduceerd.

Het motto: technologie overkomt je niet, maar regel en organiseer je tijdig samen. Dit vraagstuk doet zich in alle sectoren en overal in de wereld voor.

Ook in de gezondheidszorg zien we dat digitalisering en de brede toepassing van AI grote en ingrijpende gevolgen heeft voor de aard en hoofdtaken van zorgprofessionals.⁵¹ Zorgprofessionals in Nederland hebben nu vooral last van digitalisering, met name doordat zij dagelijks onnodig veel tijd kwijt zijn om te beschikken over de medische data die zij nodig hebben om hun belangrijke werk goed te kunnen doen. Bij beroepsgroepen zijn er drie soorten weerstand bij digitalisering. De eerste is financieel, bijvoorbeeld als artsen minder verdienen doordat hun patiënt thuis geholpen wordt in plaats van in het ziekenhuis langs te komen. De tweede gaat over macht, sommige artsen moeten eraan wennen dat hun patiënten goed geïnformeerd de spreekkamer binnenkomen (gelukkig vinden de meesten dat juist heel goed). De derde is in dit verband het meest relevant: veel zorgprofessionals geven aan dat zij in hun opleiding niet voorbereid zijn op de effecten van technologie op het werk dat zij doen. Tegelijkertijd geeft, gelukkig, een groot deel van de zorgprofessionals aan zich comfortabel te voelen bij AI (bijvoorbeeld om behandelen plannen op te stellen, suggesties te doen voor een diagnose of mogelijke menselijke fouten tijdig te signaleren).⁵²

⁴⁷ Anthony Stigter, 2019, Zorgprofessionals beter voorbereiden op de toekomst, in ICT&Health

⁴⁸ Carl Benedikt Frey & Michael Osborne, 2013, The future of employment: how susceptible are jobs to computerisation.

⁴⁹ OECD, 2016, The Risk of Automation for Jobs in OECD Countries.

⁵⁰ https://www.instituutgak.nl/wp-content/uploads/2019/04/TNO_Gids-monitoren-technoliseren-en-arbeidsmarkt.pdf

⁵¹ Zie, bijvoorbeeld, Joseph Andrew & Pepito Rozzano, 2019, 'Can nurses remain relevant in a technologically advanced future?', in International Journal of Nursing Sciences.

⁵² Philips, 2019, Future Health Index 2019, https://images.philips.com/is/content/PhilipsConsumer/Campaigns/CA20162504_Philips_Newscenter/Philips_Future_Health_Index_2019_report_transforming_healthcare_experiences.pdf

Met algoritmes kunnen foto's van bijvoorbeeld CT- en MRI-scans sneller en makkelijker van een analyse worden voorzien.

Voor beroepsgroepen als radiologen of pathologen kan dat een kans zijn (routinematig en saai werk vervalt), maar ook een bedreiging (een deel van hun werk vervalt).

Verpleegkundigen in de nachtdienst van een verpleeghuis hoeven niet langer rondes langs alle patiënten te doen. In plaats daarvan kunnen zij tijdig worden geattendeerd met sensoren die luisteren of zien, en dan gericht op pad gaan.

Sommige verpleegkundigen vinden dat een verbetering van hun werk, anderen houden vast aan de huidige manier van werken. Onlangs verscheen een artikel met de veelzeggende vraag 'Can nurses remain relevant in a technologically advanced future?'.⁵³ Het antwoord is gelukkig volmondig: ja. De auteurs voegden daaraan toe dat verpleegkundigen in hun opleidingen beter voorbereid kunnen worden en dat zij bij de introductie van technologie beter betrokken moeten worden. De praktijk is gelukkig dat verpleegkundigen technologie graag benutten, waaronder en concrete wensen hebben. Een ander voorbeeld: oncologen stellen diagnoses en behandelen. Hun eerste hoofdtaak verandert ingrijpend indien een expertsysteem, rekening houdend met de actuele stand van de oncologische wetenschap, een behandelvoorstel doet. Hun andere hoofdtaak (als oncologisch chirurg) wijzigt enorm als het normaal wordt dat operaties robotondersteund worden uitgevoerd.

Meer aandacht voor digitalisering in de curricula van alle zorgopleidingen en training on the job

Zorgprofessionals hoeven niet bang te zijn dat zij hun werk kwijtraken door AI of robots. Integendeel, vanwege alle demografische trends en de almaar uitdijende zorgvraag, is iedereen in de zorg heel hard nodig. Daar hoort dan wel de bereidheid bij om te scholen voor de toekomst. Een gecoördineerde actie is nodig om te zorgen dat in de curricula van alle zorg- en welzijnsopleidingen (in het mbo, hbo en wo) er meer en systematisch aandacht komt voor de vraag hoe om te gaan met de ingrijpende veranderingen van digitalisering voor de aard van het werk (inclusief de benodigde digitale vaardigheden). Zeker bij hogescholen ontstaan steeds meer combinaties, waarbij zorg en techniek in één opleiding samenvallen. Ook voor de anderhalf miljoen professionals die werken in de zorg, is in hun on-the-job-training meer aandacht gewenst voor hoe om te gaan met technologie. Het is dus de hoogste tijd voor een initiatief vanuit de rijksoverheid met alle beroepsverenigingen, opleiders, werkgevers- en werknemersorganisaties in de zorg om samen een gezamenlijk actieplan maken. Het doel is om toekomstige én huidige zorgprofessionals beter voor te bereiden op de toekomst.⁵⁴

Box 9: De ingrijpende gevolgen van artificiële intelligentie voor pathologie

Philips werkt samen met PathAI, een bedrijf dat kunstmatige intelligentietechnologie voor pathologie ontwikkelt, om de precisie en nauwkeurigheid van routinematige diagnoses van kanker en andere ziekten te vergroten. De samenwerking richt zich op het bouwen van applicaties die met algoritmes door grote hoeveelheden pathologie-datasets heengaan, om zo beslissingen over diagnostiek en behandeling effectiever te kunnen maken. Hoewel het nauwkeurig kwantitatief beoordelen van kanker van cruciaal belang is voor de diagnose en behandeling, is het zeer tijdrovend en bovendien legt het druk op pathologen om scans en analyses sneller uit te voeren. Traditioneel gebruiken pathologen een microscoop om met de hand tumorweefselglaasjes te beoordelen. Maar het toenemende tekort aan pathologen en de toename in het aantal kankerbehandelingen vraagt om een digitale oplossing die de routinewerkbelasting van pathologen vermindert, de diagnostische precisie en nauwkeurigheid vergroot, en de foutpercentages verlaagt. 'Borstkanker is wereldwijd de meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen, met elk jaar meer dan 250.000 nieuwe gevallen,' zegt Dr. Andy Beck, CEO van PathAI. Vorig jaar won hij met zijn collega's een 'challenge' op het gebied van metastatische laesies in lymfeklieren, waarna PathAI met Philips aan de slag is gegaan om ervoor te zorgen dat dergelijke veelbelovende technologieën een praktische toepassing krijgen. 'Ons doel is om patiënten te helpen, een snelle, nauwkeurige diagnose te krijgen en artsen te helpen om optimale zorg te bieden. (...) Onderzoek⁵⁵ wijst uit dat pathologen die worden ondersteund met deep learning tools zowel nauwkeuriger als sneller zijn.'

⁵³ Joseph Andrew & Pepito Rozzano, 2019, 'Can nurses remain relevant in a technologically advanced future?', in International Journal of Nursing Sciences.

⁵⁴ <https://www.ing.nl/zakelijk/kennis-over-de-economie/uw-sector/gezondheidszorg/digitale-vernieuwing-zorg.html>

⁵⁵ <https://camelyon16.grand-challenge.org/results/>

Verbeterde kwaliteit en toegang van data voor onderzoekers én bedrijfsleven

Een belangrijke randvoorwaarde voor brede toepassing van AI in de zorg is het kunnen combineren van data van zorg (klinisch, genetisch, beelddata), gedrag (bewegen, slapen et cetera) en voeding.

Een voorbeeld is het bevolkingsonderzoek LifeLines dat al meer dan 10 jaar loopt in Noord-Nederland en waaraan 165.000 mensen vrijwillig deelnemen. Zij voorzien onderzoekers van informatie over gezondheid en leefstijl. Op basis daarvan zijn onderzoekers in staat het voorstadium van diabetes type 2 aan te tonen. Informatie uit biobanken zoals LifeLines kunnen verder worden verrijkt met bijvoorbeeld informatie uit wearables, apps en sensoren. Deze data moet ook – onder strenge voorwaarden – kunnen worden gebruikt voor consumententoepassingen, zodat mensen preventief kunnen worden ondersteund bij hun leefstijl. In andere landen, zoals Finland, zien we dat de overheid dat al geregeld heeft.

Deze discussie over datagebruik voor AI-toepassingen veronderstelt dat binnen de verzekerde zorg zelf medische gegevens makkelijk en veilig gedeeld kunnen worden. Zoals in hoofdstuk 3 beschreven is dat helaas nog niet het geval, en wordt er hard gewerkt om dat als nog mogelijk te maken in het belang van zorgprofessionals en patiënten. In het verlengde daarvan wordt het ook makkelijker om data te benutten voor nieuwe AI-toepassingen. Voor alle soorten van data helpt het ook om goed gebruik te maken van de FAIR-principes. FAIR staat in dit verband voor Findable (vindbaar),

Accessible (toegankelijk), Interoperable (uitwisselbaar) en Reusable (herbruikbaar).

Om 17 miljoen mensen toestemming te laten geven voor het breder benutten van hun gezondheidsdata, is het belangrijk 'public trust' te organiseren. Dit kan door het stimuleren van open en uitlegbare algoritmes, door een goede governance - inclusief het regelen van toestemming en eigenaarschap van burgers over data - het ontwikkelen en vastleggen van ethische principes en het bepalen van eigenaarschap, veiligheid en kwaliteit van algoritmes. Een goed voorbeeld is dat de ICT-branche zelf een ethische code voor AI heeft gemaakt en daarmee verantwoordelijkheid neemt voor een verantwoorde inzet van AI.⁵⁶ Een voorbeeld dat bijdraagt aan AI-acceptatie is de Nationale AI-cursus.⁵⁷ Mogelijk is op termijn ook specifieke regelgeving nodig, zoals in de VS, om misbruik van genetische data te voorkomen. Vergelijkbaar met de beoordeling van gezondheidsgerelateerde apps (zie het initiatief van het LUMC van het National eHealth Living Lab), kan gedacht worden aan beoordeling of certificering van algoritmes op effectiviteit en ethische principes. De inzet van Europa en Nederland kan gericht zijn op het - conform onze Europese waarden - breed inzetten op 'human aware', responsible én evidenced based algoritmes.

Klein beginnen en dan opschalen voor een optimale gezondheidswinst

Qua aanpak is de gedachte, vergelijkbaar met de bredere digitaliseringsopgave in de zorg, om klein te beginnen met lokale en regionale fieldlabs en daarna – bij gebleken succes – op te schalen. De uitdaging voor AI tech start-ups is goed samen te werken, bijvoorbeeld met huisartsen, wijkverpleegkundigen, ziekenhuizen, zorgverzekeraars of ICT-leveranciers, om gezondheidswinst te realiseren (in plaats van zorgproductie). Daarbij horen spelregels, concepten van nieuwe verdienmodellen en governance-structuren.

Overigens is het niet zo dat alleen AI tech start-ups deze nieuwe kennis genereren, want de benodigde kennis zit ook al verstopt in de richtlijnen van de beroepsgroepen. Echter, deze kennis wordt gepubliceerd als tekst. Als deze kennis als algoritme gepubliceerd zou worden, dan is er véél meer mogelijk. En dan ontstaat voor professionals ook de prikkel om patiëntdata veel meer gestructureerd vast te leggen. Immers, dan is het mogelijk de zojuist genoemde algoritmes hun waarde te laten demonstreren voor de patiënt.



Foto: David Rezing/HH

⁵⁶ Zie <https://www.nldigital.nl/news/nieuwe-ethische-gedragscode-ai-voor-ict-sector/>

⁵⁷ <https://www.ai-cursus.nl/>

Box 10: Hoe een Nederlandse scale-up met artificiële intelligentie na een herseninfarct hersencellen redt

De Amsterdamse scale-up Nico.lab (www.nico-lab.com) heeft met een algoritme een softwareoplossing bedacht, genaamd StrokeViewer, die op CT-scans tijdswinst realiseert na een herseninfarct. Want met elke minuut die een behandeling wordt uitgesteld, verliest een beroerte-patiënt een gezonde maand in het leven. Om de data snel en makkelijk uit te kunnen wisselen, maakt Nico.lab gebruik van verschillende onderdelen van Google Cloud. Op dit moment kost het ziekenhuizen gemiddeld meer dan een uur om CT-scans te ontvangen, te verwerken en te analyseren. Het gaat daarnaast om zeer grote bestanden met geavanceerd beeldmateriaal. Door middel van de AI-technologie van Nico.lab kunnen cruciale details worden ontdekt in CT-scans, die tevens binnen een paar minuten kunnen worden gedeeld. Dit levert een enorme tijdswinst op. Voor dit bedrijf, dat binnenkort naar de Australische beurs gaat, zijn er twee uitdagingen. Ten eerste draait het algoritme op enkele honderden foto's terwijl er miljoenen CT-scans werkloos in Google Cloud staan omdat er geen toestemming is om deze te gebruiken. Ten tweede loopt het verdienmodel van het bedrijf niet rond. Het maatschappelijk rendement is groot, echter voor ziekenhuizen is het geen rendabele investering omdat de enige financiële winst bestaat uit een betere arbeidsinzet van radiologen.

Wat doen wij zelf:

Artificiële intelligentie: van pilots naar de standaard werkwijze in de gezondheidszorg

- a. Net als bij de 'juiste zorg op de juiste plek' is de opschaling van AI-pilots naar de standaard werkwijze de grote uitdaging. Onze voorstellen voor opschaling van goed bewezen zorg (uit hoofdstuk 3) zullen ook bijdragen aan een snellere implementatie van nieuwe AI-ondersteunde werkwijzen.

Wat vragen wij de overheid te doen:

Data beter benutten voor nieuwe innovaties en onderzoek

- b. Een logische vervolgstap op een goede gegevensuitwisseling in de zorg is dat wettelijk wordt verankerd onder welke voorwaarden data kan worden benut voor AI en onderzoek, naar het Finse voorbeeld van de '**Wet op secundair gebruik van gezondheidsdata**' (ministeries van VWS en OCW).
- c. Ondersteun de voorstellen om de pilots met een **gepersonaliseerde versie** van www.thuisarts.nl (met chatbots en artificiële intelligentie) tot de standaard werkwijze te maken. Daarmee kan 30% à 40% van het huisartsenbezoek worden afgevangen. Financier dat uit de VWS-begroting (ministerie van VWS).

Wat willen wij samen met de overheid doen:

Zorgprofessionals beter voorbereiden op hun toekomst

- d. Net als in andere sectoren is het van groot belang dat **werkgevers/werknemers** en opleiders er samen voor zorgen dat zorgprofessionals worden begeleid bij de ingrijpende gevolgen die AI kan hebben voor de aard en uitoefening van hun hoofdtaken. Regie vanuit de rijksoverheid is nodig om, samen met het zorgveld, in de **zorgopleidingen en trainingen van zorgprofessionals** hier systematisch aandacht aan te besteden (ministerie van VWS, zorgaanbieders).

Bij burgers het vertrouwen stimuleren over veilig datagebruik ten dienste van gezondheid

- e. **Stimuleer de 'public trust'** door een goede governance, het regelen van eigenaarschap van burgers over data, het stimuleren van open of explainable AI en het ontwikkelen van ethische principes. Dat kan ook wettelijk verankerd worden (ministeries van J&V, EZK en VWS).
- f. **Beslissingsondersteuning** kan zorgprofessionals helpen én patiënten ondersteunen (in het kader van 'samen beslissen'). Zet daarom met patiënten- en beroepsverenigingen en het bedrijfsleven (techbedrijven) pilots op om hier ervaringen mee op te doen, die bij gebleken succes tot de landelijke norm kunnen worden gemaakt (ministerie van VWS, patiënten- en beroepsverenigingen).

5. In verlengde van het pensioenakkoord de zorg voor ouderen toekomstbestendig maken

Een enorme toename van het aantal (kwetsbare) ouderen...

Het aantal ouderen neemt de komende jaren enorm toe. De meeste oudere mensen hebben de behoefte én de financiële middelen om zelf regie te houden en in de eigen woning te blijven wonen. Het aantal ouderen dat thuis woont, verdubbelt naar 2,5 miljoen mensen in 2040.⁵⁸ Het aantal (kwetsbare) ouderen zal ook enorm toenemen. Het aantal alleenstaande 65-plussers zal verdubbelen en het aantal 90-plussers zelfs verdrievoudigen.

Figuur 8: Enorme toename van het aantal (kwetsbare) ouderen (bron: ActiZ/RIVM)

Zorgvraag	2015	2040
Aantal 65 plussers	3,1 miljoen	4,8 miljoen
Aantal alleenwonende 65 plussers	920.000	1,73 miljoen
Aantal 90 plussers	117.000	340.000
Aantal mensen met meerdere chronische aandoeningen	4,3 miljoen	5,5 miljoen
Aantal mensen met diagnose dementie	154.000	330.000
Aantal mensen met dementie met indicatie verpleeghuis	76.000	165.000

58 Zie <https://www.actiz.nl/stream/presentatie-de-toekomst-van-wonen-en-zorg-voor-ouderen> en ook SCP, 2019, Zorgen voor thuiswonende ouderen, https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2019/Zorgen_voor_thuiswonende_ouderen

59 TNO, 2019, Prognose capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg, <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2019/12/20/prognose-capaciteitsontwikkeling-verpleeghuiszorg/tno-rapport-prognose-capaciteitsontwikkeling-verpleeghuiszorg.pdf>

Daarmee zal de vraag naar verpleegzorg naar verwachting ook ruimschoots verdubbelen naar 260.000 in 2040.⁵⁹

... en een krimpende beroepsbevolking

Tegelijkertijd zien we juist dat door dezelfde demografische trends van vergrijzing en ontgroening de beroepsbevolking relatief (ten opzichte van het aantal ouderen) afneemt. Door de toenemende zorgvraag zal de gezondheidszorg op de arbeidsmarkt een steeds groter beslag leggen. Waar nu nog 1 op de 7 werkenden in de zorg werkt, zal dat bij ongewijzigd beleid veranderen in 1 op 4. Nu zijn er voor iedere 85-plusser 10 mensen in de leeftijd van 50-64 jaar potentieel beschikbaar als mantelzorger. In 2040 zijn er nog maar 4 mensen mogelijk beschikbaar als mantelzorger.

Figuur 9: Een afnemende beroepsbevolking (bron: ActiZ/RIVM)

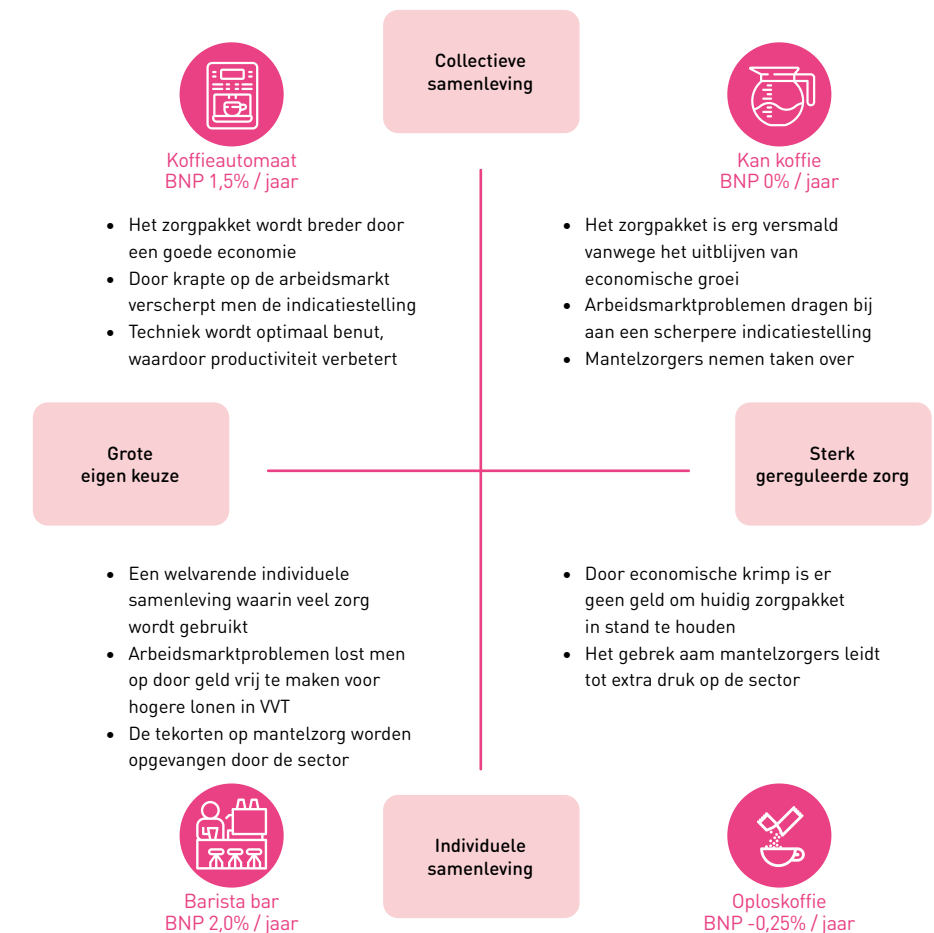
Beschikbare zorg in relatie tot capaciteitsontwikkelingen	2015	2040
Aantal niet-werkenden t.o.v. werkenden	1 op 3	1 op 2
Aantal werkenden in de zorg (beschikbaar personeel) t.o.v. het totaal aantal werkenden	1 op 7	1 op 4
Aantal 50-64 jarigen per 85 plusser (mogelijke mantelzorgers)	10 op één 85 plusser	4 op één 85 plusser

Sterk stijgende kosten van de collectief gefinancierde ouderenzorg

Deze ontwikkelingen zien we terug in de uitgaven aan ouderenzorg. Afhankelijk van economische en sociale ontwikkelingen zullen de uitgaven toenemen van nu 2,4% van het bbp naar 3,1% tot 4,1% in 2040. Met de huidige werkwijze zullen richting 2030 de uitgaven aan ouderenzorg al met ruim 6 miljard euro per jaar stijgen. Daar komen nog andere kosten bij, die bijvoorbeeld worden veroorzaakt door afnemende beschikbaarheid van mantelzorg, mondiger zorgconsumenten en langer thuis wonen. Waar we nu ruim 15 miljard euro per jaar aan ouderenzorg uitgeven, stijgt dit bedrag naar bijna 25 miljard euro per jaar in 2030.⁶⁰ Richting 2040 groeien de uitgaven aan ouderenzorg verder naar 39 miljard euro per jaar. Hoe deze uitgaven zich ontwikkelen, hangt af van maatschappelijke en economische ontwikkelingen en hoe de overheid en de sector daarop inspelen. Daarvoor heeft ActiZ vier scenario's ontwikkeld, genoemd naar een soort koffie die daarbij past: koffieautomaat, kan koffie, oploskoffie en Barista Bar. De scenario's verschillen door andere keuzes voor de breedte van het zorg-

pakket, de situatie op de arbeidsmarkt en de inzet van mantelzorgers en technologie, die resulteren in uiteenlopende uitgaven aan ouderenzorg.

Figuur 10: Vier scenario's voor de ouderenzorg (bron: ActiZ/SIRM)



60 https://www.ing.nl/media/ING_EBZ_Dienstverlening-voor-de-nieuwe-oudere-maart-2016_tcm162-101220.pdf

Ouderen ondersteunen in hun eigen regie

De belangrijkste opgave voor toekomstbestendige ouderenzorg is het vinden van antwoorden op de groeiende kloof tussen de stijgende vraag naar zorg en de steeds krappere arbeidsmarkt. Investerings in innovatie en arbeidsbesparende technologie zijn een deel van de oplossing. Er is echter meer verandering nodig. Als we doorgaan op dezelfde weg, komen de kwaliteit, toegankelijkheid van de zorg en de solidariteit voor alle Nederlanders onder druk te staan. Daarbij is het vertrekpunt dat de huidige generatie ouderen (en ook de toekomstige generaties) een sterke behoefte heeft aan eigen regie en de wens om in de eigen woning of een beschermde woonsituatie te wonen. Ook vanwege hoge eigen bijdragen voor de midden- en hogere inkomens (die een steeds groter deel van de 65-plus generatie vormen) wordt het steeds aantrekkelijker om de zorg zelf te regelen (buiten de collectief gefinancierde zorg om). Slechts een relatief beperkte groep mensen heeft zware psychogeriatrische zorg in verpleeghuizen nodig. Bovendien moeten we scherp definiëren wat de kosten van ouderenzorg feitelijk zijn: de kosten van verpleegzorg of wijkverpleging zijn evident van een andere aard dan de kosten van wonen of de kosten van (gesubsidieerd) taxivervoer of huishoudelijke hulp thuis.

Met de volgende zaken kunnen we ouderen ondersteunen in hun eigen regie voor zorg en wonen:

Aanpassen van woningen in combinatie met duurzaamheid

Voor de grote groep van (straks) 2,5 miljoen thuiswonende ouderen zien

we veel kansen voor marktinnovaties. Voorbeelden zijn woningaanpassingen en -renovaties, domotica en robotica. Een beperkt deel van de huidige woningvoorraad is niet of alleen tegen hoge kosten aan te passen. Het grootste deel van de woningen is echter al geschikt of tegen lage kosten geschikt te maken om thuis te blijven wonen. Daarbij zijn er qua aanpak veel vergelijkbare issues als bij verduurzaming. Vanuit woningbezitters is een grote renovatie vaak een uitgelezen kans om zowel de woning te verduurzamen (richting CO₂-neutraal en energielabel A of B) als het bad te vervangen door de douche of een traplift te installeren.

Betaalbaar maken van persoonlijke diensten

Er is een sterk groeiende markt voor persoonlijke diensten. De potentiële markt voor 'senioren-diensten' groeit van ruim 10 miljard euro per jaar naar zo'n 14 miljard euro in 2025. In SER-verband is aan voorstellen gewerkt om deze markt voor persoonlijke diensten betaalbarer te maken.⁶¹ Indien net als in Frankrijk, Finland en Zweden wordt gekozen voor een subsidie of fiscale aftrek, zal de markt voor persoonlijke seniordiensten aanzienlijk groter worden. Dan zijn ook minder mensen aangewezen op de Wet maatschappelijke ondersteuning. Dit roept de vraag op of de Wmo in de huidige vorm nodig blijft. Een extra argument voor het wijzigen van de Wmo, is dat van het jaarlijkse Wmo-budget van 3,8 miljard euro er circa 1 miljard euro verloren gaat aan het organiseren van zorg.⁶²

Nieuwe woonvormen ontwikkelen voor meer variatie

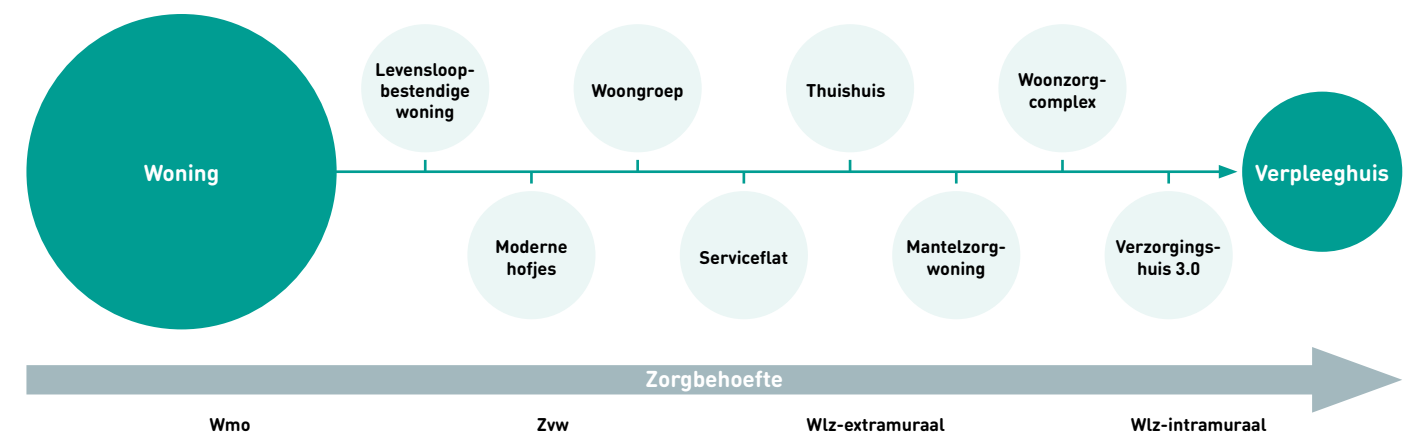
We zien in de huidige situatie een tekort aan woonvormen tussen zelfstandig wonen thuis en het verpleeghuis. Dat blijkt ook uit de stijging van het aantal spoedopnames en kortdurend verblijf van ouderen. Daarnaast lopen wachttijden op voor een passende verpleeghuisplek in de eigen regio en veranderen de woonwensen van ouderen. In de toekomst is een meer gevarieerd woningaanbod nodig en meer vrijheid en keuzemogelijkheden voor wat betreft de financieringsvorm en type woning. Nieuwe woonvormen zijn een alternatief voor langer thuis wonen of het wonen in een zorginstelling. Gemeenten, woningcorporaties, projectontwikkelaars, zorgaanbieders, lokale partijen en burgers kunnen samen nieuwe woonvormen ontwikkelen, waarbij mensen in een sociale omgeving zelfstandig kunnen blijven wonen (zoals hofjeswoningen of appartementen in een gebouw met ook wijkverpleging en fysiotherapie). Naast nieuwbouw zijn er ook kansen in bestaand vastgoed.

Een specifieke woonvorm betreft 'geclusterd' wonen. Het leveren van thuiszorg of wijkverpleging in woningen die dicht bij elkaar liggen, is veel efficiënter dan voor gespreide woningen. Als deze woningen bij de bouw voorzien zijn van domotica en sensoren om gezondheidsproblemen tijdig te signaleren, kunnen veel meer ouderen zelfstandiger thuis blijven wonen dan nu het geval is.

Meer variatie in verzekeringsvormen

Voor zwaardere vormen van ouderenzorg (met hoge kosten) blijft een collectieve verzekering vooralsnog het meest efficiënt. De behoefte aan meer keuzevrijheid en eigen regie kan worden gerealiseerd via verschillende mogelijkheden. Gedacht kan worden aan verschillende pakketten, 'opting out', of 'topping up'. Daarnaast kan in delen van de ouderenzorg worden gewerkt met persoonsvolgende financiering. Vergelijkbaar met de volksverzekering AOW, kan er rekening worden gehouden met het aantal jaren dat premie is afgedragen (zeker waar het de hoogte van de eigen bijdrage betreft).

Figuur 11: Meer passende woonvormen tussen thuis en verpleeghuis mogelijk en hard nodig (bron: ActiZ)



61 SER, 2019, Markt voor persoonlijke dienstverlening, nog uit te brengen.

62 <https://www.berenschot.nl/actueel/2019/september/ruim-25-totale-gemeentelijke/>

Een aantal van onze leden uit de ouderenzorg (ActiZ voorop), de woningbouw (Aedes, Bouwend Nederland, TechniekNL) en technologie-leveranciers (FME voorop) gaan samen deze gedachten in 2020 uitwerken. In SER-verband is het onze inzet om samen met de vakbeweging, vergelijkbaar met het pensioenakkoord, een samenhangende visie te maken voor zelfstandigheid tot op hoge leeftijd en een toekomstbestendige ouderenzorg waar burgers (en zorgaanbieders) zich tijdig op kunnen voorbereiden. Stapsgewijs kan dan toegewerkt worden naar een maatschappelijk breed gedragen én toekomstbestendig stelsel van ouderenzorg.

Aanpassingen doorvoeren in de Wmo

Als het gaat om het toekomstbestendig organiseren van zorg, dan hebben wij twijfels bij de recente invoering van het abonnementstarief in de Wmo, omdat deze een aanzuigende werking kan hebben op het gebruik van individuele maatwerkvoorzieningen. Sommige gemeenten maken reeds melding van een aanzuigende werking, die deze regeling op termijn onbetaalbaar maakt. Daarom moet de invoering van dit 'Netflix-tarief' worden teruggedraaid. Ook de mogelijkheid tot investering in de Wmo moet worden geschrapt. Gemeenten hebben als uitvoerder van sociaal werk veel petten op, die mogelijk tegengesteld zijn: uitvoerder, beleidsmaker, financier, indicatiesteller en doorverwijzer naar de uitvoering van deze ondersteuning. De onduidelijkheid over de feitelijke rol van de gemeente vergroot het wantrouwen over de onafhankelijkheid van professionals bij burgers.



Wat doen wij zelf:

Toekomstbestendigheid van de zorg voor ouderen

- Wij gaan samen met de vakbeweging en de zorgsector voorstellen uitwerken over het in goede banen leiden van de vergrijzing via investeren in passende woonvormen, betaalbare persoonlijke diensten én over een toekomstbestendige ouderenzorg waarbij kwaliteit van leven voorop staat. Dit wordt een **vervolg op de SER-verkenning** Toekomstbestendige Zorg (SER)
- Wij gaan een landelijk gesprek stimuleren over **verwachtingen ten aanzien van ouderenzorg** en wat mensen hierin zelf kunnen betekenen en verwachten (**zorgaanbieders**).

Wat vragen wij aan de overheid:

Randvoorwaarden voor markt voor persoonlijke diensten en voorwaarden rondom wonen

- De markt voor **persoonlijke diensten** (inclusief seniordiensten) kan worden vergroot door deze meer betaalbaar te maken. Daarbij kan worden gekeken naar de ervaringen in de Scandinavische landen en Frankrijk (**ministeries van VWS, SZW en Financiën**).
- Stimuleer langer thuis wonen door **goede randvoorwaarden** te creëren. Naast meer aanbod en variatie voor ouderen, is bijvoorbeeld versoepeling gewenst van de regels voor het toewijzen van woningen voor ouderen met een (lichte) zorgvraag of mensen met een mantelzorgrol (**ministeries van VWS en BZK**).

Wet Maatschappelijke ondersteuning

- Schrap de **mogelijkheid tot investering** in de Wmo, gelet op de vele petten die gemeenten nu op hebben (**ministerie van VWS**).
- Heroverweeg de **invoering van het abonnementstarief** in de Wmo, vanwege de sterk aanzuigende werking (**ministerie van VWS**).

Wat willen wij samen met de overheid doen:

Passende woonvormen en levensloopbestendig maken van bestaande woningen

- Investeer in **meer passende woonvormen** tussen thuis en het verpleeghuis. Aandacht voor vergrijzing moet onderdeel worden van de prestatieafspraken tussen gemeenten en woningcorporaties over lokaal woningbouwbeleid.
- De **huidige woningvoorraad** wordt duurzaam gemaakt. In deze aanpak is het logisch om gelijktijdig te kijken hoe woningen levensloopbestendig worden gemaakt (denk aan trapliften, bad vervangen door douche en installeren van domotica en sensoren).

6. Maatschappelijk verantwoord ondernemen in de zorg

Ondernemerschap is onmisbaar en vraagt om maatschappelijk draagvlak

VNO-NCW en MKB-Nederland constateren dat in onze uitstekende gezondheidszorg ondernemerschap onmisbaar is voor de innovatie voor de patiënt. Er is méér ondernemerschap nodig, ook om de vele prachtige innovatieve voorbeelden op te schalen tot de normale werkwijze in de zorg.

Ondernemerschap betekent óók geld verdienen. Er zijn vele partijen die geld verdienen aan of in de zorg: van huisartsenpraktijken tot ICT-bedrijven, van apparatuurproducenten tot financiers en van maatschappen van specialisten tot particuliere aanbieders van zorg. Voor het maatschappelijke en politieke draagvlak voor ondernemerschap is het van groot belang dat er – juist in de zorg – sprake is van economisch gezien 'normale' marges (daarbij rekening houdend met het risico). Buitensporige winsten zijn maatschappelijk niet uitlegbaar. Bedrijven met een verdienmodel in de zorg hebben een maatschappelijke rol en dienen zich overeenkomstig te gedragen. Transparantie, visie op de eigen governance en zelfregulering zijn belangrijke bouwstenen.

De overheid als marktmeester

Onlosmakelijk daaraan verbonden is dat de overheid een strenge marktmeester is, met een adequaat en effectief toezicht. Wij ondersteunen

de maatregelen van dit kabinet, waaronder zorgaanbieders verplichten transparant te zijn over hun financiële constructies, meldplicht voor nieuwe zorgaanbieders en versterken van het interne en externe toezicht. Zonder deze maatregelen wordt het maatschappelijk en politiek draagvlak voor ondernemerschap in de zorg (en daarmee overigens ons privaatrechtelijke stelsel binnen publieke kaders) ondermijnd in plaats van vergroot.

Financiering in de zorg

Voor bedrijven en organisaties in de vele sectoren van onze economie is risicodragend kapitaal een belangrijk en nuttig middel om investeringen te financieren. Ook in de zorg helpt het gebruik van risicodragend kapitaal om ondernemerschap mogelijk te maken en het tempo van noodzakelijke innovaties te versnellen. Eigen vermogen aantrekken kan goedkoper zijn dan het aantrekken van vreemd vermogen (waar soms vanwege de risico's en/of historie een relatief hoge rente betaald wordt). De gezondheidszorg is echter ongeschikt om buitensporige winsten te maken. Daarom pleiten we voor een genuanceerde blik: risicodragend kapitaal is een belangrijk instrument in de praktijk van de zorg, maar dient met prudentie ingezet te worden.

Verdienkans creëren met innovatieve zorg

Met innovatieve zorg van hoge kwaliteit is meer gezondheidswinst te bereiken en zijn tegelijkertijd internationaal verdienkans te creëren. Nederlandse zorg is een hoogwaardig exportproduct, met relatief veel hoogopgeleide medewerkers en veel aandacht voor innovatie. Nederland is een aantrekkelijke locatie om innovaties te ontwikkelen en te testen. Ook langs die weg kan de Nederlandse zorg een bijdrage leveren aan het verdienvermogen van Nederland. Voor een kleine, open economie als de Nederlandse geldt dat de vraag in principe oneindig is uit de hele wereld. De wereld is ons afzetgebied, en zorg is wereldwijd een groeiemarkt. De behoefte aan goede zorg is wereldwijd enorm, en groeiende, met een wereldbevolking van straks 9 miljard mensen in 2050 (tegen nog 7 miljard nu). Hier liggen grote kansen voor Nederland. Dat betekent niet alleen slimme innovaties bedenken (daar zijn we al heel goed in), maar ook implementeren en verkopen. Dus niet alleen nadenken over de technische kant, maar ook: hoe creëer je draagvlak voor je oplossingen?

Ruimte voor ondernemerschap

Ruimte voor ondernemerschap betekent dat het rijk zich afzijdig moet houden van verregaande bemoeienis met de bedrijfsvoering van aanbieders van zorg en welzijn (zoals met de Wet normering topinkomens) en met sectorspecifieke regelgeving. Uitgangspunt moet zijn zo min mogelijk sectorspecifieke regelgeving te maken, rollen en taken van toezichthouders (Inspectie voor de Gezondheidszorg, Nederlandse Zorgautoriteit, Autoriteit Consument & Markt, Autoriteit Persoonsgegevens)

te ontdebelen en de toezichtlasten te verlagen. De enorme administratieve lasten voor aanbieders van zorg en welzijn en professionals moeten omlaag voor wat betreft de inkoop, verantwoording, kwaliteitseisen en de indicatiestelling.

Green Deal Zorg 2.0

Onderdeel van maatschappelijk verantwoord ondernemen is evident het verlagen van de footprint van zorgverlening vanuit de impact op people, planet en prosperity. In dit verband verwijzen wij graag naar de Green Deal Zorg 2.0 die onlangs afgesloten is.⁶³ Vier pijlers hierin zijn: 49% CO₂-reductie in 2030, circulaire bedrijfsvoering, medicijnresten uit afvalwater en een gezond makende leefomgeving en milieu.

⁶³ <https://www.greendeals.nl/nieuws/32-nieuwe-partijen-ondertekenen-green-deal-duurzame-zorg-20>

Wat doen wij zelf:

Samen met onze leden uit de gezondheidszorg en bedrijfsleven zetten wij ons in voor **maatschappelijk verantwoord ondernemen**. Voorbeelden daarvan zijn de Green Deal 2.0 en de taskforce Samen Vooruit met ICT-leveranciers in de zorg.

Dit is de gezamenlijke visie van het bedrijfsleven en de zorg voor een vitale samenleving en een betere gezondheidszorg gemaakt door ondernemersorganisaties VNO-NCW en MKB-Nederland, samen met onderstaande leden (in alfabetische volgorde):





© VNO-NCW en MKB-Nederland, juni 2020
Ontwerp: ClubgeistBVH
Cover foto: Lex van Lieshout/HH