

Vergaderjaar 2011–2012

32 620

Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 27

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 14 oktober 2011

Begin dit jaar hebben wij onze beleidsdoelstellingen toegelicht in de brieven «Zorg die werkt» en «Vertrouwen in de zorg» (TK 2010–2011, 32 620, nr. 1 resp. 2). Daarin gaven wij aan dat het van groot belang is dat zorg en ondersteuning in de buurt beschikbaar zijn als mensen dat nodig hebben. Met het oog op de begrotingsbehandeling sturen wij u hierbij de stand van zaken van onze analyse van de noodzaak om zorg en ondersteuning in de buurt te versterken. Daarnaast bieden wij u een overzicht van initiatieven op dit terrein. Voor de zomer van 2012 sturen wij u een concreet werkplan met maatregelen en een tijdpad om de zorg en ondersteuning in de buurt daadwerkelijk te versterken.

Analyse op hoofdlijnen

Het aantal mensen met een chronische aandoening en het aantal hulp- en zorgbehoevende ouderen zal sterk toenemen. Deze mensen worden dag in dag uit geconfronteerd met hun aandoening of beperking. Voor de kwaliteit van leven is het belangrijk dat de zorg en ondersteuning die daarmee gepaard gaat dan ook in de omgeving van alledag beschikbaar is. Dat bevordert een zo lang mogelijke zelfstandigheid van mensen en geeft hen mogelijkheden om, in combinatie met professionele hulp, zelf verantwoordelijkheid te nemen voor hun gezondheid en wanneer dat kan zelf de zorg en ondersteuning te organiseren waar en wanneer ze die nodig hebben.

De toename van het aantal chronisch zieken, in combinatie met een krimpende arbeidsmarkt en stijgende kosten, maakt het noodzakelijk dat de zorg en ondersteuning anders worden ingericht. De tendens van toenemende medicalisering moet worden omgebogen. Eenvoudige ingrepen die naar de specialistische zorg zijn geschoven, relatief veel intramurale oplossingen in de langdurige zorg en de GGZ, algemeen

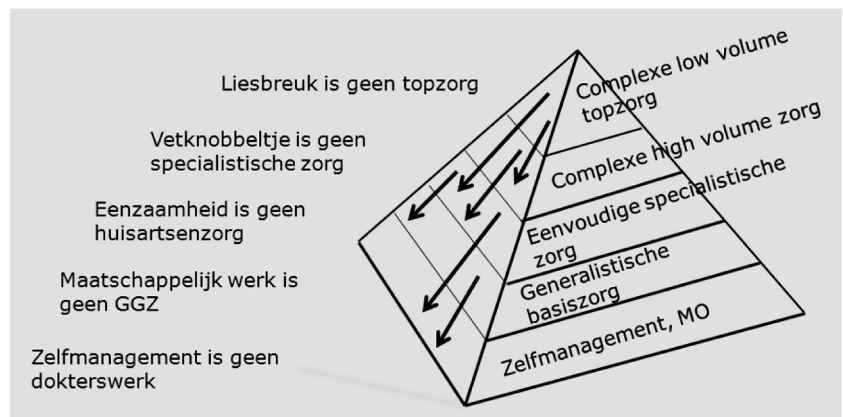
maatschappelijk werk dat naar de GGZ verschuift. Deze ontwikkeling willen we keren. Onnodig beroep op (zwaardere) zorg moeten we zien te voorkomen.

Onze analyse op hoofdlijnen is dat, willen we dit bereiken, er een verschuiving moet optreden. Een verschuiving van curatie naar preventie, van professionele naar zelf-/mantelzorg, van specialistische/intramurale zorg naar eenvoudige/ extramurale zorg. Dit vereist een andere organisatie van de zorg die we in deze brief nader uitwerken. Kernwoorden zijn: sterk preventiebeleid, decentralisatie, versterking tussen publieke gezondheid en eerstelijnszorg en meer samenwerking en samenhang tussen zorg- en hulpvormen. Dit kabinet zal een stevige impuls geven aan de versterking van zorg en ondersteuning in de buurt. Deze brief schetst de stand van zaken op dit thema.

Zorg en ondersteuning op verschillende niveaus

De zorgbehoefte kan sterk variëren. Soms betreft het zorgvragen die eenvoudig en snel af te handelen zijn, maar soms zijn ze juist complex en hebben ze betrekking op andere aspecten van het leven. Het kan gaan om vraagstukken rondom participatie, zelfredzaamheid, medisch specialistische zorg of juist op langdurige zorgvragen zoals ondergebracht in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De organisatie van de zorg en ondersteuning moet daarop ingericht zijn.

Wij zien de gezondheidszorg georganiseerd als een piramide, waarbij het uitgangspunt is «dichtbij en onder eigen verantwoordelijkheid waar mogelijk, specialisatie waar dat moet, concentratie waar het echt niet anders kan». Voordat een beroep wordt gedaan op zorg en ondersteuning zijn mensen echter eerst zelf aan zet. Zij zijn zelf als eerste verantwoordelijk voor hun gezondheid. Bij bijvoorbeeld eenvoudige klachten kunnen ze zelf informatie zoeken en eventueel met zelfzorg of met hulp van hun eigen directe omgeving hun probleem oplossen. Voorkomen moet worden dat een onnodig beroep op de zorg wordt gedaan.



De basis van de piramide («nuldelijn») wordt gevormd door laagtoegankelijke welzijns- en gezondheidsvoorzieningen in de wijk, zoals consultatiebureaus, Centra voor jeugd en gezin, het Wmo-loket, maatschappelijk werk en GGD'en. Waar je terecht kunt met eenvoudige vragen over bijvoorbeeld opgroei- en opvoedkundige problemen en vaccinaties. Hier kunnen gezondheidsproblemen vroeg signaleerd worden en kan worden voorkomen dat het (zwaardere) zorgvragen worden. Hulpverleners moeten daarom naar de mensen toe gaan. De wijkverpleegkundige kan daar een belangrijke rol in spelen. Die kan bijvoorbeeld tijdig

signaleren of ouderen kampen met eenzaamheid of een depressie en kan de juiste hulp op het juiste niveau helpen organiseren. Ook de ondersteuning door de eigen directe omgeving, zoals mantelzorg, is hier van belang.

Tussen basis en top zien we de niet-complexe zorg en ondersteuning («eerstelijns») die geleverd wordt door een scala aan zorg- en hulpverleners, variërend van huisartsen, praktijkondersteuners, verpleegkundig specialisten, de thuiszorg, de extramurale verzorgingshuiszorg, apotheken, fysio- en oefentherapeuten, verloskundigen, diëtisten, eerstelijns psychologen, centra voor eerstelijnsdiagnostiek en tandartsen. Deze zorg en ondersteuning is in staat 80% van alle zorgvragen op te vangen. Integrale, multidisciplinaire zorgverlening is daarbij het uitgangspunt. Zelfmanagement – vooral bij chronisch zieken – is hierbij een belangrijk aspect.

De top van de piramide («tweede en derdelijns») wordt gevormd door de complexere medisch specialistische zorg en de gespecialiseerde verzorging zoals in verpleeghuizen en centra voor gedwongen opname in de GGZ.

In de curatieve zorg kan onderscheid gemaakt worden tussen hoogcomplexe zorg, die weinig voorkomt, en laagcomplexe zorg die relatief vaak voorkomt. Voor hoogcomplexe zorg die weinig voorkomt heeft de zorgsector dit jaar volume- en kwaliteitsnormen ontwikkeld, die in 2012 geïmplementeerd moeten zijn. Voor deze zorg zal omwille van de kwaliteit in een aantal gevallen concentratie noodzakelijk zijn. In de andere gevallen zal het accent meer op specialisatie liggen. Overigens zijn we van mening dat ook voor deze hoogcomplexe zorg de patiënt nog zoveel mogelijk moet kunnen kiezen uit meerdere zorgaanbieders. Dit is zowel vanuit het perspectief van keuzevrijheid voor de patiënt wenselijk als vanuit de gedachte dat bij meer dan één aanbieder ook een sterker mechanisme aanwezig is om de best prijs/kwaliteitverhouding te blijven leveren. Het kan echter wel zo zijn dat op basis van de opgestelde kwaliteitsnormen deze zorg op minder plaatsen verleend wordt en de patiënt hier iets verder voor moet reizen.

Een deel van de hierboven beschreven zorg kent een acute component, denk aan de huisartsenposten, de spoedeisende hulp (SEH), de acute verloskunde, de ambulancezorg, de crisisopvang in de GGZ en de opvang van daklozen. De acute zorg vergt soms een andere organisatie (met specifieke eisen zoals aanrijdtijden), maar sluit zoveel mogelijk aan op de reguliere zorg en ondersteuning.

Samenhang en samenwerking tussen en binnen de verschillende lagen in de piramide is van essentieel belang. Er is immers vaak geen sprake van volgtijdelijkheid; zeker bij complexe zorgvragen kan op één moment zorg uit meerdere lagen worden geleverd. Verder moeten mensen niet onnodig lang zorg en ondersteuning uit de top van de piramide ontvangen, maar weer teruggeleid worden naar de eerste- of nuldelijns.

Diverse goede voorbeelden laten zien dat het mogelijk is die samenhang en de benodigde afstemming te realiseren. Het voorbeeld van de Utrechtse wijk Overvecht laat zien dat betere zorg gepaard kan gaan met lagere kosten. Een ander goed voorbeeld is de samenwerking tussen de eerstelijnszorg en het ziekenhuis in Maastricht, die heeft geleid tot een daling van de totale zorgkosten. Middelburg tot slot is een voorbeeld van een woonservicezone, waar door middel van goede voorzieningen op het terrein van wonen en ondersteuning minder zorg en intramurale opname nodig is.

Vernieuwende initiatieven

De inzet van vernieuwende initiatieven kan ook helpen om de samenhang tussen de verschillende niveaus van zorg en ondersteuning te versterken. E-health is daar een goed voorbeeld van. E-health is een verzamelterm voor toepassingen van ICT, internet en mobiele technologie voor gezondheid, welzijn en zorg. E-health is in wezen zorg-op-afstand en lijkt in die zin wellicht tegenstrijdig met ons streven naar betere zorg en ondersteuning in de buurt. Waar het ons echter om gaat is dat zorg voor mensen nabij is en gemakkelijk toegankelijk. Dat is e-health bij uitstek, vanwege de lage drempel en de mogelijkheden om er bijvoorbeeld thuis en onderweg gebruik van te maken. E-health kan bijdragen aan het vervangen of anders inrichten van zorg, en daarmee aan een gepast gebruik van zorg. We zien diverse veelbelovende ontwikkelingen:

- Zelfmonitoring van gezondheid, leefstijl en fitheid met mobiele apps;
- Zelftests en online hulpverlening als geïndiceerde preventie om het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen;
- Professionele communicaties voor patiënten en zorgverleners, zodat patiënten actief kunnen participeren in het eigen zorgproces;
- Monitoring en begeleiding op afstand voor (chronische) patiënten om de eigen aandoening te kunnen controleren en zelfmanagement te ondersteunen;
- Online dienstverlening door zorgaanbieders, zoals online afspraken plannen, een consult vragen en het eigen medisch dossier inzien;
- Online behandelingen, worden momenteel in de GGZ (e-mental health) gebruikt, maar hebben een veel breder potentieel.

Een zwakke plek in de zorg in den brede is de digitale dossiervoering en digitale medicatieprescriptie. Deze zouden beiden de fouten in het zorgproces kunnen besparen en administratieve lasten kunnen verlichten. De aansluiting van dossiers op elkaar en het gebruik van dezelfde taal in registraties hebben prioriteit.

Ook zetten we in op taakherschikking; daarmee willen we voorkomen dat zorg onnodig door een te dure professional wordt geleverd. Het is belangrijk dat de juiste zorgverlener op de juiste plaats de juiste zorg levert. De ervaringen in de mondzorg laten zien dat taakherschikking in de eerstelijns succesvol kan zijn. Het creëert ruimte voor de verschuiving van intramurale naar extramurale zorg en biedt ook loopbaanperspectieven.

Om nieuwe initiatieven van de grond te krijgen hebben zorg- en hulpverleners een open houding nodig. Ook de financiering en organisatie van de gezondheidszorg moet vernieuwing ondersteunen, waarbij het de voorkeur heeft de zorg en ondersteuning zoveel mogelijk door gemeenten of in de eerstelijns te organiseren, omdat die zorg dicht bij huis is, kwalitatief goed en vaak persoonlijker is en omdat die zorg goedkoper is. Meer en betere zorg voor hetzelfde geld dus. Ook organisaties in de tweedelijns kunnen hierbij een belangrijke rol spelen, door hun organisatiekracht en infrastructuur in te zetten.

Tot slot is, om onnodige consumptie van zorg tegen te gaan, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verzocht om de informatieverplichting rondom verwijzingen op te nemen in de beleidsregels. Vanaf 2012 is de vermelding van het type verwijzer, de AGB-code en het specialisme van de verwijzer verplicht bij de declaratie van medisch specialistische zorg. Zorgverzekeraars kunnen hierdoor beoordelen of een declaratie geoorloofd is. Het vergoeden uit het zorgverzekeringsfonds voor verrichtingen geleverd aan patiënten zonder verwijzing (zijnde niet-acuut) is hierdoor niet meer mogelijk¹.

¹ Hiermee wordt tegemoet gekomen aan de motie van het lid Dijkstra (29 249, nr. 199) om de poortwachtersrol te versterken en stappen te nemen tegen ongeoorloofd geopende DBC's.

Impuls aan zorg en ondersteuning in de buurt

1. Preventie

In de landelijke nota gezondheidsbeleid (TK 2010–2011, 32 793, nr. 2) vraagt het kabinet aandacht voor een aantal gezondheidsvraagstukken. Naast de speerpunten voor preventie – meer bewegen en het tegengaan van roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie – zijn dat gezondheidsrisico's in de omgeving, perinatale sterfte en de toename van chronische ziekten.

Een veilige en gezonde leefomgeving vormt een belangrijke basis voor preventie. Mensen moeten zo veel mogelijk worden beschermd tegen gezondheidsbedreigingen uit de omgeving zoals infectieziekten (inclusief zoönosen), onveilig voedsel en gevaarlijke producten. Dit is een belangrijke taak van de rijksoverheid, maar ook door mensen zelf en op plekken waar men woont, werkt en speelt, kan het nodige worden gedaan.

Het gezondheidsbeleid focust op een aantal thema's: vergroten van de weerbaarheid van mensen, in het bijzonder de jeugd, faciliteren van gezond gedrag, meer aandacht voor preventie in de reguliere zorg (de spreekkamer) en de invoering van het bevolkingsonderzoek naar darmkanker. Rode draad is dat gezondheid weer iets van de mensen zelf wordt. Mensen beslissen zelf over hun leefstijl en maken de hele dag keuzes: wanneer en wat ze eten, of ze gaan fietsen of de auto nemen, een sigaret opsteken of een borrel drinken en of ze aan veilige sex doen. De kracht ligt bij het individu en zijn directe woon-, werk- en leefomgeving. Betrokkenheid van het bedrijfsleven, maatschappelijke organisaties, het onderwijs en zorgverleners is belangrijk bij het stimuleren van gezond gedrag. Publiek-private samenwerking is de basis van dit beleid.

Het kabinet wil niet voorschrijven hoe mensen hun leven moeten leiden, maar vindt het wel belangrijk dat de gezonde keuzes gemakkelijk toegankelijk is. Mensen moeten in hun omgeving zo min mogelijk belemmeringen ervaren om gezond te kunnen leven. Daarnaast is beschikbaarheid van betrouwbare, toegankelijke en doelgerichte informatie essentieel om een eigen keuze te kunnen maken. Een voorbeeld hiervan is het vermelden van voedingswaarden op de etiketten van voedingsmiddelen. Ook een toegankelijk en kwalitatief hoogstaand zorgaanbod waar mensen met vragen en problemen terecht kunnen is essentieel.

Speciale aandacht is er voor de jeugd. Het kabinet zet in op het bevorderen van (het aanleren van) een gezonde leefstijl, vroege signalering van risico's en inzet op weerbaarheid om dagelijkse verleidingen te weerstaan. Naast het onderwijs is de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) hierbij een belangrijke partij die ouders en jeugdigen kan ondersteunen bij het gezond opgroeien. De JGZ werkt in het Centrum voor Jeugd en Gezin samen met andere hulpverleners in de jeugdsector. Ook vindt het kabinet dat het stellen van grenzen en het handhaven daarvan belangrijk is. Denk bijvoorbeeld aan het stellen van leeftijdsgrenzen voor alcohol en tabak.

Samen met gemeenten, de sportsector, (semi-)publieke en private partijen willen we realiseren dat mensen meer mogelijkheden krijgen om dicht in de buurt en veilig te bewegen, spelen en sporten (zie ook Beleidsbrief Sport: TK 2010–2011, 30 234, nr. 37). Bewegen is goed voor zowel de lichamelijke als geestelijke gezondheid en heeft een positieve invloed op een gezonde leefstijl. De komende jaren zal het kabinet meer investeren in sport- en beweegmogelijkheden in de buurt. Ook gaan we kijken welke belemmeringen (ook in wet- en regelgeving) moeten worden opgeheven

om samenwerking tussen sportclubs, sportaccommodaties, scholen, buitenschoolse opvang en de zorg te bevorderen. Dit wordt geconcretiseerd in het programma Sport en bewegen in de buurt dat nu wordt ontwikkeld.

2. Decentralisatie van zorg

Dit kabinet zet in op de overheveling van verschillende zorgvormen naar het gemeentelijke domein waardoor gemeenten meer samenhang in de ondersteuning kunnen aanbrengen. Enerzijds in de samenhang tussen de verschillende gemeentelijke domeinen (wonen, werken, sport, welzijn, thuiszorg en ondersteuning) en anderzijds in de samenhang tussen zorg en ondersteuning voor de inwoners die dat nodig hebben.

Uitgangspunt is de eigen verantwoordelijkheid van mensen om problemen – al dan niet met hulp van hun omgeving – zelf op te lossen. Als zij niet zelf in staat zijn het probleem op te lossen, kunnen zij daarin ondersteund worden door bijvoorbeeld gemeenten in het kader van de Wmo. In de buurten worden voorzieningen getroffen op individueel niveau – zoals woningaanpassingen of hulp bij het huishouden – of op collectief niveau. Mensen met ondersteuningsbehoeften hebben hiervan direct profijt, maar ook voor vrijwilligers of mantelzorgers biedt dit voordelen. Dit najaar kunt u, zoals eerder toegezegd, een brief over vrijwilligerswerk en mantelzorgondersteuning tegemoet zien.

Gemeenten hebben een belangrijke rol bij de maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid van mensen die daarbij problemen ondervinden. Gezondheid en participatie hangen nauw samen. Een goede gezondheid draagt bij aan het kunnen meedoen aan de samenleving. Maar omgekeerd heeft de bevordering van zelfredzaamheid en van participeren in de samenleving ook positieve gevolgen voor de fysieke en geestelijke gezondheid. Het stimuleren en benutten van de eigen kracht van mensen en het betrekken en versterken van hun sociale netwerk leidt tot het activeren van mensen en het nemen van meer eigen verantwoordelijkheid bij het oplossen van problemen. Daardoor kan het beroep op formele zorg en ondersteuning afnemen.

Een van de instrumenten die de Wmo biedt is het persoonsgebonden budget (pgb). Zoals in de brief over de Wmo van 23 september jl. (Kamerstuk 30 597, nr. 206) is aangegeven is het voornemen om gemeenten niet langer te verplichten om, naast een voorziening in natura, de keuze voor een pgb aan te bieden. Gemeenten kunnen dan zelf in hun verordening bepalen wanneer een burger voor een pgb in aanmerking komt.

Voor de cliënt is het belangrijk dat gemeentelijke voorzieningen en de zorg goed op elkaar zijn afgestemd en dat de hulpvraag integraal aan de orde komt. Het kabinet zet daarom stappen die bijdragen aan deze ontwikkeling¹.

Ten eerste wordt een deel van de op participatie gerichte voorzieningen – de functie begeleiding – van de AWBZ gedecentraliseerd naar gemeenten. Daardoor – en ook door de decentralisatie van andere voorzieningen waaronder de hulpmiddelen die te maken hebben met «zelfredzaamheid in en om de woning» en voorzieningen op het terrein van werk en inkomen – worden op participatie gerichte voorzieningen verregaand geconcentreerd bij gemeenten. Gemeenten kunnen lokaal en individueel maatwerk verzorgen en daardoor ook beter aansluiten op de eigen kracht van mensen en van de samenleving. Gemeenten geven dat ook momenteel al vorm door middel van een nieuwe werkwijze waardoor de

¹ Zie ook de Programmabrief Langdurige zorg dd 1 juni 2011, Kamerstuk 30 597, nr. 186.

hulpvraag van burgers niet alleen op deelaspecten (en bij verschillende loketten), maar integraal aan de orde komt via het project De Kanteling. Tot slot is het voornemen om gemeenten op termijn zeggenschap te geven over de MEE-middelen voor de cliëntondersteuning voor gehandicapten. Bij brief van 23 september 2011 is de Tweede Kamer geïnformeerd over de verkenning die momenteel wordt uitgevoerd.

Daarnaast komt de uitvoering van de AWBZ per 2013 in handen van de verzekeraars die nu de Zvw uitvoeren. De verwachte voordelen voor de cliënt hierin zijn vergroting van de keuzevrijheid, een grotere klantgerichtheid, verbetering van de kwaliteit en meer kostenefficiëntie. De verzekeraar wordt het aanspreekpunt voor de cliënt en bemiddelt tussen zorgbehoefte en aanbod van zorg. De cliënt heeft hierin meer inspraak doordat de zorgverzekeraar rechtstreeks aanspreekbaar is en de cliënt de keuze heeft jaarlijks te veranderen van zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar kan met de uitvoering van de AWBZ de samenhang tussen cure (Zvw) en care (AWBZ) verbeteren.

Afstemming tussen gemeenten en zorgverzekeraars kan en mag niet achterblijven. De toolkit, gemaakt door de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) draagt hieraan positief bij. In de wet Uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars (UAZ) zal worden opgenomen dat verzekeraars moeten afstemmen met gemeenten. Tenslotte is in bestuurlijke afspraken met de VNG (2011–2015) tevens afgesproken dat onnodig gebruik van zwaardere zorg wordt tegengegaan.

Ook in het jeugdstelsel is meer samenhang nodig. Kinderen moeten gezond en veilig kunnen opgroeien, zich ontwikkelen en meedoen. Zij mogen daarbij niet onnodig afhankelijk worden van zorg. Het kabinet wil consequent uitgaan van kansen en mogelijkheden en stimuleren dat jongeren hun talenten goed gebruiken. Soms is daarbij zorg of ondersteuning nodig. Op dit moment komen jeugdigen met relatief lichte opvoed- of psychiatrische problemen nog te vaak terecht in dure vormen van gespecialiseerde zorg voor jeugd, terwijl eerdere lichte zorg en begeleiding had volstaan. Het beroep op gespecialiseerde zorg en de kosten hiervan stijgen navenant. Een ander knelpunt is dat de complexiteit van het huidige jeugdstelsel een adequate hulpverlening aan jeugdigen en gezinnen met complexe (multi)problematiek in de weg staat.

Deze analyse, gebaseerd op de evaluatie van de Wet op de Jeugdzorg en het rapport van de parlementaire werkgroep «Jeugdzorg dichterbij» uit 2010 heeft geleid tot de afspraak in het Regeerakkoord om het jeugdstelsel ingrijpend te wijzigen. Om de verschuiving van zwaardere vormen van zorg naar preventie en lichte ondersteuning te realiseren wordt alle jeugdzorg die nu nog valt onder het Rijk, de provincies, de AWBZ en Zvw, alsmede de jeugdbescherming en jeugdreclassering gedecentraliseerd naar gemeenten. Doel is de ondersteuning en zorg voor jeugd en gezin beter dan nu aan te laten sluiten bij de eigen kracht van jongeren, hun ouders en hun sociale omgeving. Ook ontstaan meer mogelijkheden voor preventieve inzet van deskundigen in de directe leefomgeving van kinderen, zoals op kinderdagverblijven of scholen. Door de bundeling van taken en financiering ontstaan nieuwe mogelijkheden voor integrale hulp voor gezinnen met veel problemen zoals schulden of werkloosheid. Zo wordt de zorg voor jeugd laagdrempeliger, integraler en efficiënter. Het wetsvoorstel dat de stelselwijziging jeugd regelt, wordt eind 2012 aangeboden aan de Tweede Kamer.

3. Versterking nuldlijn en eerstelijns

We willen bevorderen dat gezondheidsrisico's tijdig worden gesignaleerd en dat effectieve interventies of behandelingen kunnen worden toegepast. Door voorzieningen op lokaal niveau, zoals consultatiebureaus, Centra voor Jeugd en Gezin en GGD'en krijgen mensen informatie op maat. Ook kan de huisarts meer aandacht besteden aan preventie en gezond gedrag. Daarmee kunnen mensen hun eigen afwegingen maken en beter regie voeren over hun eigen gezondheid en het aanpakken van risico's of problemen. Hierdoor zal vaak lichte hulp voldoende zijn en zware zorg voorkomen kunnen worden.

Herkenbare en toegankelijke (zorg)voorzieningen in de buurt kunnen hieraan bijdragen. Niet alleen tijdens kantooruren, maar vierentwintig uur per dag, zeven dagen in de week. Niet alleen in de stad, maar ook in landelijke gebieden.

Mensen moeten ook het vertrouwen, dat ze daar op kunnen rekenen, weer terug krijgen. Mensen doen nu nog te vaak een beroep op de spoedeisende hulp, terwijl ze die hulp ook in de reguliere (huisartsen)zorg hadden kunnen krijgen als die beter bereikbaar was geweest. Bij die bereikbaarheid spelen (fysieke) openingstijden en de telefonische bereikbaarheid een rol, maar ook de bereidheid tot huisbezoek. Nieuwe zorgvormen, bijvoorbeeld zorg-op-afroep, kunnen ook een bijdrage leveren aan een breed aanbod aan innovatieve dienstverlening. Helaas duurt het vaak enige tijd voordat nieuwe zorgvormen en -prestaties in de praktijk geaccepteerd en ingebed worden. Dat mag de overheid zich ook aanrekenen en moet anders. Wij zullen de toelatings- en toepassingsdrempels verlagen en doorlooptijden verkorten.

Diagnostiek moet dichtbij in de buurt georganiseerd worden. Maar via e-health kunnen mensen ook zelf meer regie voeren over hun eigen gezondheid, waardoor een deel van de zorgvraag wordt afgevangen. Denk hierbij aan zelfzorginformatie, zelftests en/of (begeleide) zelfhulpmodules. Een voorbeeld hiervan is de website van *Mentaal Vitaal*, waar mensen via tools en informatie kunnen werken aan hun mentale fitheid. Iedereen komt in zijn of haar leven in aanraking met moeilijke en verdrietige omstandigheden, we moeten voorkomen dat dit te snel de zorg ingetrokken wordt. E-health kan daarbij helpen, omdat mensen mogelijk op die manier eerder hulp zoeken, omdat de drempel daarvoor lager is bij E-health dan bij andere vormen van zorg.

Verder vinden we het van belang dat in grootschalige nieuwbouwwijken de zorg in de buurt integraal en goed toegankelijk is. Vanwege de aanloopproblemen die er bestaan voor het opstarten van eerstelijnscentra in dergelijke wijken is compensatie beschikbaar gesteld in de aanloopperiode voor deze centra. Uw kamer is hierover bij brief van 5 september 2011 geïnformeerd¹.

Zorg en preventie moeten beter worden afgestemd. Naast samenwerking kunnen ook faciliteiten worden gedeeld. Gemeenten kunnen zoeken naar efficiënte combinaties en multifunctioneel gebruik van voorzieningen, bijvoorbeeld door zorgverleners te betrekken bij de bouw van wijkcentra, bibliotheken of scholen. Gemeenten kunnen in hun woonvisies rekening houden met voorzieningen voor zorg en ondersteuning, maar ook met voorzieningen voor sport en bewegen in de buurt. Ook het lokale bedrijfsleven, scholen en het maatschappelijk werk kunnen hier een bijdrage aan leveren.

Ook de samenwerking met de arbodienstverlening kan hierbij versterkt worden. In de brief van 28 september 2011 is toegezegd een inventarisatie

¹ Beleidskader eerstelijnscentra, 29 247, nr. 150.

te maken van de samenwerkingsrelaties tussen bedrijfsartsen en zorgaanbieders in de buurt. Hiermee wordt beoogd meer aandacht te geven aan de factor «arbeid» in de eerste lijn. Ook wordt er overlegd met zorgverzekeraars omtrent de signalen van de bedrijfsartsen over belemmeringen bij verwijzingen naar andere zorgverleners.

GGD'en voeren regelmatig gezondheidsmonitors uit, waarin de gezondheidstoestand van bewoners in kaart wordt gebracht. Deze informatie is bruikbaar in alle zorgsectoren om vraag en aanbod in de buurt beter op elkaar af te stemmen. Verrijking van deze GGD-gegevens met informatie uit de zorg, bijvoorbeeld van huisartsen of zorgverzekeraars, kan een belangrijke basis zijn om gezamenlijk prioriteiten te stellen en samenwerkingsafspraken te maken.

Met het scheiden van wonen en zorg tot slot, worden mensen met een zorgvraag die ervoor kiezen zelfstandig thuis te blijven wonen beter gefaciliteerd. Zorgaanbieders zullen zich beter gaan richten op de woonwensen van de mensen en daarbij de zorg meer afstemmen op de zorgbehoefte. Zeker bij mensen met een meervoudige zorgvraag is de behoefte aan ondersteuning dichtbij huis groot.

4. Samenwerking tussen zorg- en hulpvormen

Mensen hebben zorg- en hulpverleners nodig die elkaar kennen, samenwerken en van elkaar weten wat ze doen. Die op hun beurt weer goed samenwerken met gemeenten en zorgverzekeraars. Hoe dit het beste kan worden gerealiseerd, verschilt per gebied. Daarvoor is geen landelijke blauwdruk te geven. Duidelijk is dat het moet gebeuren. En het kan ook. Als voorbeelden noemen wij de samenwerking tussen AGIS en een aantal gezondheidscentra in Amsterdam en het convenant dat Menzis recent heeft gesloten met de gemeente Enschede. Dit betreft een programma met drie thema's: van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag, naadloze uitvoering van zorg en ondersteuning en tot slot maatwerk voor doelgroepen in een kwetsbare positie.

Zeker de groep ouderen loopt het risico op afhankelijkheid van meer zorgaanbieders en professionals. Om te voorkomen dat de thuissituatie ontspoord zullen gemeenten, eerstelijnsorganisaties en AWBZ-zorgaanbieders instrumenten moeten ontwikkelen, zodat de ouderen langer thuis kunnen functioneren. De samenwerking tussen de eerstelijns, de thuiszorg, specialisten ouderen-geneeskunde en gemeenten moet veel beter. In de keten voor de ouderenzorg kan de consultatie van de specialist ouderen-geneeskunde de huisartsenexpertise aanzienlijk verstevigen. De zorgvraag van de oudere moet hierin leidend zijn, waarbij specialistische kennis noodzakelijk is voor een hoge kwaliteit van gezondheid en welzijn.

Gezamenlijk doelstellingen formuleren op basis van inzicht in de lokale gezondheidsproblemen helpt om die samenwerking vorm te geven. Ook het aanwezig zijn van multidisciplinaire richtlijnen en zorgstandaarden die vervolgens als basis dienen voor individuele zorgplannen zijn belangrijke bouwstenen voor integrale zorgverlening. Een individueel zorgplan dat samen met de patient/client, zijn directe omgeving en de hulp- en/of zorgverlener wordt opgesteld moet het vertrekpunt zijn. Voor kwetsbare groepen die nu thuiszorg (AWBZ) ontvangen wordt al samen met de cliënt een individueel zorgplan gemaakt waarbij wordt uitgegaan van de zorgvraag. In de cure is het werken met individuele zorgplannen, over de grenzen van eerste, tweede en derdelijns en stelsels heen, nog geen gemeengoed. In de zorgstandaarden wordt het individuele behandelplan wel steeds meer opgenomen.

Inmiddels zijn goede ervaringen opgedaan met integrale zorgverlening aan mensen met een chronische aandoening. Zo levert de Stichting Diamuraal diabeteszorg in de regio Eemland. Binnen deze stichting werken verschillende zorgverleners, waaronder huisartsen, oogartsen en voetspecialisten samen. De evaluatiecommissie Integrale bekostiging Zorg voor Chronisch zieken onderzoekt hoe de ontwikkelingen rondom integrale bekostiging verlopen. Medio 2012 brengt de commissie haar definitieve rapport uit. Mede op basis daarvan zullen wij in 2012 vaststellen hoe wij de integrale zorgverlening voor chronisch zieken verder kunnen stimuleren. Ook in het kader van het terugdringen van de babysterfte zijn gezamenlijke richtlijnen van groot belang. Hierop wordt ook stevig ingezet, onder meer via het College perinatale zorg, en ook in de bekostiging is de NZa om advies gevraagd om bestaande barrières te slechten.

Om een lokale aanpak te realiseren is ook organisatiekracht in de eerstelijns nodig. Soms is die er, bijvoorbeeld in multidisciplinaire gezondheidscentra of goedfunctionerende zorgnetwerken. Maar vaker bestaat de eerstelijnszorg nog grotendeels uit relatief kleine zelfstandigen met een te individuele oriëntatie. Ook zijn nog teveel gezondheidscentra niet meer dan puur en alleen verzamelgebouwen. Om de uitdagingen van de toekomst het hoofd te kunnen bieden is een gestructureerde bundeling van krachten dringend gewenst. De tweedelijns kan hier ook een belangrijke rol spelen vanwege het grotere organiserende vermogen.

Duidelijkheid over de bekostiging van integrale zorgverlening is hierbij van belang. De integrale zorg wordt nu op verschillende manieren bekostigd, via dbc's bij chronische aandoeningen, via de beleidsregel geïntegreerde eerstelijns zorgproducten, via M&I-modules en de beleidsregel innovatie. Voor partijen is niet altijd duidelijk of deze bekostigingsregels van tijdelijke aard zijn of permanent. Deze onzekerheid draagt niet bij aan de bereidheid tot het doen van investeringen. De bekostiging van de eerstelijns wordt via een aantal uitvoeringstoetsen¹ de komende tijd door de NZa tegen het licht gehouden. De uitkomsten van deze uitvoeringstoetsen kunnen aanleiding zijn om de bekostigingsstructuur te wijzigen.

Bij de samenwerking tussen de verschillende zorg- en hulpverleners in de eerstelijns speelt de wijkverpleegkundige een belangrijke rol. Die rol moet ook in de toekomst geborgd blijven. De inzet van de wijkverpleegkundige richt zich op de lichamelijke gezondheid, sociale redzaamheid, geestelijk welzijn en op de eigen woon- en leefomgeving van de burger. De wijkverpleegkundige vormt daarbij de schakel tussen de burger, zijn of haar familie (mantelzorg) en de verschillende professionals. Hij of zij komt bij de cliënt achter de voordeur, is toegankelijk (laagdrempelig) en kent de structuren binnen de gezondheidszorg, gemeenten en welzijnsorganisaties. Daardoor kan noodzakelijke informatie en doorverwijzing door één persoon uitgevoerd worden. Het bevorderen van zorgonafhankelijkheid en de eigen regie van de cliënt/patiënt zijn belangrijke uitgangspunten voor een wijkverpleegkundige. Gerichtte inzet van de wijkverpleegkundige verbetert de kwaliteit van de zorg. Ook kunnen de kosten beter worden beheerst.

¹ De aanvragen voor de uitvoeringstoetsen Basis GGZ en Diagnostiek zijn reeds aan NZa verzonden. De aanvragen voor de uitvoeringstoetsen Huisartsenzorg en integrale zorg en Substitutie van zorg worden later dit jaar verzonden.

In Brabant is op initiatief van de Kruisvereniging het project «De wijkzuster terug» gestart. In samenwerking met een zorgaanbieder, thuiszorgbureau, huisarts en gemeente hebben zij de wijkzuster teruggebracht in de wijk. Door persoonlijk en tijdig contact kan de wijkverpleegkundige als regisseur in de zorg voor de cliënt optreden. De wijkverpleegkundige loopt bij de huisarts binnen en hoort direct waar haar zorg nodig is. Groot voordeel hiervan is de korte lijn en

afstemming die deze samenwerking oplevert, zowel voor de cliënt als voor de zorgverleners. Uit onderzoek van BMC is gebleken dat deze werkwijze uiterst doelmatig is en de kwaliteit van zorg verbetert.

De Brabantse organisatie doet ook mee in het programma «Zichtbare Schakel», dat in 2009 door het ministerie van VWS en toenmalig WWI is opgezet bij ZonMw. Binnen dit programma is er structureel 10 mln euro beschikbaar voor de inzet van de wijkverpleegkundige, waarbij naast de reguliere zorgtaken, de coördinerende, regisserende en signalerende taken een deel van de functie worden. Er wordt uitgebreid geëvalueerd hoe deze verbreding van taken geborgd en landelijk uitgerold kan worden.

De wijkverpleegkundige vervult dus op eigen inzicht een contactleggende, signalerende en doorverwijzende taak in verbinding met haar zorgtaken zoals preventie en directe zorgverlening. Sommige thuiszorgorganisaties hebben ook het mandaat gekregen om de wijkverpleegkundige een indicatie te laten stellen. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) beoordeelt achteraf of dit een juiste indicatie is. Voordeel hiervan is dat de zorg direct ingezet kan worden, waarbij de wijkverpleegkundige goed in staat is om te beoordelen welke zorg er nodig is.

5. GGZ

Geestelijke gezondheid is een belangrijke voorwaarde om aan het maatschappelijk en economisch verkeer deel te nemen. Iedereen kent tegenslagen in het leven, waarbij soms hulp nodig is van anderen om hier goed mee om te kunnen gaan. Vaak is hulp van vrienden of familie voldoende. De professionele geestelijke gezondheidszorg is pas aan zet als er sprake is van zodanige klachten dat medische hulp nodig is om beter te worden. Voorkomen moet worden dat tegenslagen die mensen hebben in het leven, te snel gemedicaliseerd worden. Het is van belang om vooral ook in andere gebieden dan de zorg in te zetten op preventie van geestelijke klachten. Bijvoorbeeld via de werkgever.

Het aantal GGZ-cliënten is in de periode 2001–2007 met 58% gestegen. De uitgaven aan GGZ zijn in 10 jaar tijd meer dan verdubbeld (110%)¹. Problemen met de geestelijke gezondheid zijn een belangrijke oorzaak van veel ziekteverzuim. De aanpak en behandeling hiervan heeft de afgelopen jaren verbetering doorgemaakt. Schattingen van de totale maatschappelijke kosten van psychische problemen komen uit op ca. 4% van het Bruto Binnenlands Product. In tegenstelling tot wat algemeen wordt gedacht, bepaalt niet de (relatief kleine) groep van mensen met zeer ernstige en chronische klachten de maatschappelijke ziektelast, maar de in omvang veel grotere groep van mensen met milde of matige klachten.

Op dit moment worden nog teveel mensen in de duurdere tweedelijns behandeld. Naar schatting wordt 30% van de mensen in de tweedelijns GGZ behandeld voor lichte psychische problematiek. Voor deze mensen zal de zorg in de buurt beter moeten worden georganiseerd zodat zij niet onnodig in de dure gespecialiseerde tweedelijnszorg belanden.

De eerstelijns GGZ is in haar huidige vorm echter nog niet optimaal toegerust om te voldoen aan de toenemende en terugkerende vraag van mensen met psychische problematiek. Dit heeft onder andere tot gevolg dat een patiënt met psychische klachten geen hulp zoekt of vindt of in de eerstelijns maar vaak in de tweedelijns komt voor behandeling. Op dit moment is de zorg voor patiënten met psychische problematiek erg versnipperd. Er is een heel scala aan hulpverleners die (een deel van) de GGZ zorg levert. Tevens wordt binnen de zorg de relatie tussen

¹ Interdepartementaal Beleidsonderzoek Curatieve GGZ, 2010.

psychische problemen en somatische klachten nog onvoldoende gelegd. Er bestaat te veel afstand tussen de GGZ zorgverleners en somatische zorgverleners, onder andere door verschillen in financiering en organisatie. Het is vooral aan zorgverleners zelf om hier iets aan te doen. De overheid moet de barrières slechten en zorgverleners moet meer samenwerken.

Zelfmanagement, preventie, e-health en kortdurende behandeling kunnen dan, waar nodig, beter worden ingezet. De bekostiging, waar de NZa advies over zal geven, zal dit meer moeten ondersteunen. Het veld krijgt zo ruimte de juiste spelers op de juiste plek in te zetten. Dit bevordert samenwerking en continuïteit van zorg voor de patiënt. De keten waarin deze patiënten op dit moment worden behandeld zal daarom adequaat moeten functioneren, zo dicht mogelijk bij huis.

Rollen en verantwoordelijkheden van partijen

Het realiseren van betere zorg en ondersteuning in de buurt is een opgave waar iedereen voor aan de lat staat. Patiënten en cliënten, gemeenten, zorg- en hulpverleners, zorgverzekeraars en overheid spelen hierbij allen hun rol. Elk vanuit hun eigen rol en verantwoordelijkheid, maar met een gezamenlijk doel. Het kabinet verwacht van al deze partijen dat zij zich zullen inzetten om de zorg in de buurt te verbeteren en zal partijen daar ook op aanspreken.

In eerste instantie hebben *patiënten/cliënten* een eigen verantwoordelijkheid voor hun gezondheid en de zorg en ondersteuning die ze daarbij zoeken. Hoe gezonder mensen leven hoe lager de kans op ziekten is. Belangrijk is dat mensen geen onnodig beroep op de gezondheidszorg doen. Het is de taak van de zorgverlener om, samen met de patiënt en diens sociale netwerk, te zoeken naar oplossingen voor het gezondheids- cq. participatieprobleem, waarbij zoveel mogelijk de eigen kracht wordt benut. Inzetten op zelfregie en zelfmanagement dus.

Van *zorg- en hulpverleners* verwachten wij dat ze onderling goed afstemmen en samenwerken. Dit gebeurt steeds meer, maar ook de aanbieders die achterblijven moeten mee. Een krachtige organisatie van de zorg en ondersteuning in de buurt is cruciaal om de toenemende zorgvragen aan te kunnen. Wat goed en goedkoop dicht in de buurt kan, moet daar ook plaatsvinden. Wij verwachten van zorgverleners dat ze (mee)werken aan de verbetering van organisatiekracht en openstaan voor ontwikkelingen zoals ketenvorming, e-health en taakherschikking. Taakherschikking is een noodzakelijke en onvermijdelijke ontwikkeling die we nodig hebben om de stijgende zorgvraag het hoofd te kunnen bieden.

Zorgverzekeraars spelen een belangrijke rol bij de organisatie van de gezondheidszorg. De verzekerde verwacht van hen dat zij de zorg in samenhang contracteren. Daarbij moet voorkomen worden dat verrichtingen dubbel plaatsvinden (zoals diagnostiek) en dubbel bekostigd worden (denk aan ketenzorg voor chronisch zieken)¹. Inzicht geven in de kosten van een medische behandeling draagt er toe bij dat patiënten zich hiervan bewust worden hier zelf ook goed op letten. Via gerichte zorginkoop kunnen ook een impuls geven aan een betere bereikbaarheid van de eerstelijns (ruimere openingstijden, betere aansluiting tussen dagzorg en ANW-zorg) en aan multidisciplinair werken. Verzekeraars zijn momenteel al volledig risicodragend voor de eerstelijnszorg. Vanaf 2012 worden zij dit ook voor een groot deel van de tweedelijnszorg. Hierdoor krijgen zij een prikkel om de zorg zoveel mogelijk daar te laten plaatsvinden waar dat het meest doelmatig is. Wij verwachten dat dit ook een

¹ In het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012–2015 tussen ZN, NVZ, NFU, ZKN en VWS (d.d. 4 juli 2011) is opgenomen dat zorgaanbieders en verzekeraars zullen substitueren tussen zelfzorg, eerstelijns (zorg in de buurt), tweede en derde lijn.

prikkel vormt voor verzekeraars om steviger dan voorheen in te zetten op een sterkere eerstelijns.

Zorgverzekeraars gaan de uitvoering van de AWBZ overnemen van zorgkantoren. Daarmee worden verzekeraars direct verantwoordelijk voor de langdurige zorg van hun eigen verzekerden. Hiermee krijgt de zorgverzekeraar de mogelijkheid om samenhang bij de inkoop van de curatieve zorg en de langdurige zorg te organiseren. Contractering van goed afgestemde zorg rondom groepen patiënten op basis van lokale en regionale plannen wordt daardoor makkelijker.

Gemeenten tot slot spelen een grote rol bij de vormgeving van zorg in de buurt. Op basis van de Wmo hebben gemeenten een regierol op het terrein van wonen, welzijn en zorg. Zij kunnen sturend optreden als het gaat om (gezamenlijke) huisvesting van zorgaanbieders, Centra voor Jeugd en Gezin, Wmo-loketten en andere voorzieningen. Door meer voorzieningen onder één dak te brengen en faciliteiten te delen wordt de samenwerking bevorderd. Verder is het effectief als gemeenten de verplichte vierjaarlijkse beleidsplannen voor gezondheidsbeleid en de Wmo op elkaar afstemmen.

Ook in de Wet publieke gezondheid zijn verantwoordelijkheden van de gemeenten benoemd. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het lokaal gezondheidsbeleid en dienen, op basis van epidemiologische gegevens, doelstellingen en concrete acties in hun gezondheidsnota's te formuleren. Ook dragen ze bij aan een betere verbinding tussen de publieke gezondheid en curatieve zorg. Zij hebben ook een taak met betrekking tot preventieve ouderen zorg en de jeugdgezondheidszorg.

Maatregelen

Hiervoor hebben wij aangegeven op welke terreinen we ons de komende tijd zullen richten. Wij willen ervoor zorgen dat belemmeringen om optimale zorg te kunnen verlenen worden weggenomen. We zullen ruimte geven aan nieuwe initiatieven en nieuwe zorgverleners en alle partijen in de gelegenheid stellen om zoveel mogelijk over de schotten van de stelsels heen te werken. Daarom zullen wij waar nodig bekostigingssystemen aanpassen, onderzoek initiëren, stimuleringsprogramma's opzetten voor zaken die nog een steuntje in de rug nodig hebben en tot slot partijen ondersteunen bij het vervullen van hun rol en het nemen van hun verantwoordelijkheid.

Een overzicht van alle initiatieven en trajecten is opgenomen in bijlage 1 van deze brief. Medio 2012 ontvangt u van ons een werkplan, met daarin de concrete invulling van de maatregelen. Bij de uitwerking van deze maatregelen zal afstemming plaatsvinden met alle betrokken partijen, om het gezamenlijke doel in zicht te houden en te realiseren: betere zorg en ondersteuning in de buurt.

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

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. L. L. E. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner

Overzicht maatregelen «Zorg en ondersteuning in de buurt»

Preventie

Lopende en nieuwe maatregelen	Toelichting	Tijdpad
Versterken van gezondheidsbescherming	Het verbeteren van de landelijke organisatiestructuur om bestaande en nieuwe gezondheidsrisico's in de omgeving tijdig op te sporen en aan te pakken, inclusief rampen en crises. Nadruk ligt op betere bestuurlijke inbedding en verbetering van de risicocommunicatie.	2011–2014
Zelf beslissen over leefstijl	Conform de Landelijke nota gezondheidsbeleid worden acties ondernomen op diverse thema's, o.a. toegankelijke kennis en informatie, vergroten van de weerbaarheid van de jeugd (onder andere via scholen) en de «gezonde keuze, de makkelijke keuze maken». De verdere uitbouw en inzet van publiek-private samenwerking speelt hierin een belangrijke rol.	2011–2014
Invoering darmkanker-screening	Er komt een bevolkingsonderzoek naar darmkanker onder alle 55- tot 75-jarigen.	2011–2014
Kwaliteit Health checks verbeteren	Een goede preventietest kan mensen helpen om hun eigen gezondheid te monitoren of als motivatie om gezonde keuzes te maken. Tests moeten dan wel goed en nuttig zijn. Eind 2011 volgt een brief over screeningsbeleid en te ontwikkelen kwaliteitsbeleid van ondermeer health checks.	2011
Veilig sporten en bewegen in de buurt	VWS werkt, samen met de VNG, NOC*NSF en andere betrokken partners, aan één programma rond sport en bewegen in de buurt. Dit programma richt zich op het realiseren van vraaggericht sport- en beweegaanbod in de buurt met publieke en private partners. Het uitgewerkte programma wordt eind 2011 naar de Tweede Kamer gezonden.	2011

Decentralisatie

Lopende en nieuwe maatregelen	Toelichting	Tijdpad
Overheveling begeleiding van AWBZ naar gemeenten	Om participatie voor iedereen mogelijk te maken, is – zeker voor mensen met zware beperkingen – maatwerk vereist. Het doel van de decentralisatie van begeleiding is dan ook om dit maatwerk mogelijk te maken. De overheveling van begeleiding gaat in 2 stappen, per 2013 voor nieuwe gebruikers voor mensen waarvan de indicatie in 2013 afloopt en en per 2014 voor mensen die nu al een beroep doen op begeleiding.	2013–2014
Uitvoering AWBZ in handen van verzekeraars	Door vanaf 2013 zorgverzekeraars direct verantwoordelijk voor de uitvoering van AWBZ te maken worden zij het aanspreekpunt voor cliënten voor zorg op grond van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. De inwerkingtreding van de wet Uitvoering AWBZ door Zorgverzekeraars (UAZ) is voorzien per 2013.	2013
Decentralisatie jeugdzorg en invoering CJG's	De Centra voor Jeugd en Gezin zullen vanaf 2012 in alle gemeenten aanwezig zijn. Zij leveren vrij toegankelijk advies, opvoedondersteuning en ambulante jeugdhulp. Deze hulp wordt ingezet voor ouders en kinderen die nu nog vaak in het specialistische circuit verkeren. Gewerkt wordt aan een wetsvoorstel opvoeden en opgroei-ondersteuning dat de decentralisatie regelt. Dit wetsvoorstel wordt eind 2012 aangeboden aan de Tweede Kamer. Voor de begrotingsbehandeling van VWS wordt de Kamer nader geïnformeerd over de hoofdlijnen van deze stelselwijziging.	2011–2014

Lopende en nieuwe maatregelen	Toelichting	Tijdpad
Overheveling hulpmiddelen	In de brief van 1 juni 2011 is de Kamer geïnformeerd over de overheveling van hulpmiddelen die te maken hebben met «zelfredzaamheid in en om de woning» van Zvw en AWBZ naar WMO.	2013
Verkenning cliëntondersteuning	Ten aanzien van het voornemen om gemeenten zeggenschap te geven over de cliëntondersteuning voor gehandicapten wordt een verkenning cliëntondersteuning uitgevoerd.	2012

Versterking 0° en 1° lijn – bekostiging

Lopende en nieuwe maatregelen	Toelichting	Tijdpad
Bekostiging basiszorg aanpassen	De huidige bekostiging kent diverse verbeterpunten. Zo biedt de bekostiging op dit moment weinig ruimte om zorg en service afgestemd op de mogelijkheden en behoeften van patiënten te belonen. Ook zijn er te weinig incentives om goed afgestemde zorg te leveren. De NZa zal in het laatste kwartaal van 2011 een verzoek ontvangen om een uitvoeringstoets huisartsenzorg en integrale zorg te doen. Dit advies zal de NZa naar verwachting medio 2012 uitbrengen. Na dit advies zal de Tweede Kamer geïnformeerd worden over vervolgstappen in 2012 en 2013.	2012–2013ww
Bekostiging eerstelijnsdiagnostiek aanpassen	De NZa heeft medio 2011 een verzoek van VWS ontvangen om een uitvoeringstoets uit te brengen over de versterking van de functie eerstelijnsdiagnostiek. Dit advies zal de NZa naar verwachting eind 2011 uitbrengen. De NZa zal in dit verband onderzoeken of de eerstelijnsdiagnostiek zich leent voor vrije prijsvorming. Na dit advies zal de Tweede Kamer geïnformeerd worden over vervolgstappen per 2012 en 2013.	2011–2013
Integrale bekostiging voor chronische zieken	Medio 2012 zal de evaluatiecommissie chronisch zieken haar eindrapport over integrale bekostiging publiceren. Hierna zal de Tweede Kamer geïnformeerd worden over het vervolg van integrale bekostiging. Daarbij wordt ook het advies van de NZa over de bekostiging van integrale zorg betrokken.	2012–2013
Vrije prijsvorming farmacie en mondzorg	Per 2012 zal in twee sectoren vrije prijsvorming ingevoerd worden, namelijk de farmacie en de mondzorg. Dit biedt meer mogelijkheden voor differentiatie in de beloning van toegankelijkheid, kwaliteit en bereikbaarheid.	2012
Bevorderen substitutie van 2° naar 1° lijn	Het RIVM doet onderzoek naar het substitutiepotentieel van 2° lijn naar 1° lijn. Daarnaast zal de NZa in 2012 een uitvoeringstoets naar belemmeringen in de bekostiging voor substitutie. Dit advies zal de NZa naar verwachting eind 2012 uitbrengen. Na dit advies zal de Tweede Kamer geïnformeerd worden over vervolgstappen in 2013. Tot slot maakt het onderwerp substitutie van zorg ook onderdeel uit van het Hoofdlijnenakkoord tussen ZN, NVZ, NFU, ZKN en VWS.	2012–2013

Lopende en nieuwe maatregelen	Toelichting	Tijdpad
Belemmeringen voor nieuwe zorgvormen wegnemen	In de huidige situatie zijn voor zorgaanbieders die nieuwe zorgvormen willen leveren onnodig hoge toetredingsdrempels. Gemakkelijke toe- en uittreding van nieuwe zorgaanbieders, tarieven voor nieuwe organisatievormen en nieuwe zorgprestaties leiden tot een breder aanbod en innovatieve dienstverlening. De NZa zal worden gevraagd uit te werken hoe belemmeringen bij het betreden (en uittreden) van de zorgmarkt verminderd kunnen worden en doorlooptijden verkort kunnen worden. De NZa heeft in 2011 al een nieuwe prestatie en een tarief vastgesteld voor «zorg op afroep», zoals bijvoorbeeld geleverd door SOS-arts.	2011–2012
Vergroten risicodragendheid verzekeraars 2 ^e lijn	De ex-post compensaties voor zorgverzekeraars zal in verantwoord tempo worden afgeschaft. Het vergroten van het financiële risico voor zorgverzekeraars is de beste stimulans tot meer selectieve zorginkoop.	2012–2014
Onderzoek naar mogelijkheden van invoering eigen bijdrage SEH	Doel is terugdringing onnodig gebruik van de SEH. Hierbij wordt als eerste ingezet op een goede relatie en organisatie bij HAP en SEH. Op veel plaatsen zien we samenwerking verbeteren. In de begroting is aangegeven dat het voornemen is de kosten voor oneigenlijk gebruik van de SEH vanaf 2013 te verhalen op de patiënt. Daarnaast zal worden onderzocht of de invoering van een eigen bijdrage op de SEH een extra impuls kan geven om onnodige zorgverlening op de SEH tegen te gaan.	2011–2012
Experiment(en) alternatieve bekostiging integrale zorg	In het veld bestaat behoefte aan alternatieve bekostigingsmodellen om meer ruimte krijgen om zorg en ondersteuning in de buurt beter vorm te kunnen geven en om meer op outcome te kunnen financieren. Gestart zal worden met een aantal experimenten, hiervoor zal een experimentstructuur worden opgezet via de NZa.	2012

Versterking 0^e en 1^e lijn – overig

Lopende en nieuwe maatregelen	Toelichting	Tijdpad
Recht op elektronische inzage patiënt in eigen medische gegevens	Op grond van de WGBO heeft een patiënt het recht om zijn dossier in te zien. Digitale inzage in de eigen medische gegevens faciliteert patiënten een actievere rol te spelen in het eigen zorgproces. Per 1 januari 2013 zal het recht op elektronische inzage en afschrift van het eigen medische dossier vastgelegd worden. In de brief over zorginnovatie en e-health zal worden teruggekomen op de realisatie van de digitale inzage en het uitvoeren van de motie Wiegman (30 492, nr. 47) om te komen met een landelijke e-health uitvoeringsagenda.	2012–2014
Keuze informatie beschikbaar	De toekomstige Wet Cliëntenrechten Zorg versterkt de positie van cliënten. Cliënten krijgen hiermee recht op keuze informatie om een keuze te maken voor zorgaanbieder (prijs, kwaliteit). Het wetsvoorstel Wcz, waar de bepaling over keuze-informatie in is opgenomen, ligt al in de Tweede Kamer.	2012–2014
Gemeenten beter positioneren	Gemeenten worden, in het kader van de implementatie van de landelijke nota gezondheidsbeleid, geattendeerd op hun rol/mogelijkheden. We bekijken hoe ondersteuning daarbij geboden kan worden en hoe er meer ruimte kan worden gegeven aan lokaal, op maat-gesneden oplossingen.	2011–2012

Lopende en nieuwe maatregelen	Toelichting	Tijdpad
Stimuleren en ondersteunen van netwerkvorming op lokaal niveau	De lokale partijen zijn aan zet om de samenwerking op lokaal niveau vorm te geven. Dit wordt in diverse landelijke trajecten ondersteund zoals Nationaal Actieprogramma Diabetes (NAD), Preventie Toets Overleg (PTO), aanpak Gezonde wijk, Convenant Gezond Gewicht – JOGG, Gezonde Slagkracht, Perinatale sterfte en Beweegkuur. Het Centrum Gezond Leven van het RIVM speelt hierin ook een rol.	2011–2014
Borgen resultaten ZonMW programma's	Op dit moment lopen verschillende programma's binnen ZonMW rondom zorg en ondersteuning in de buurt (o.a. op één lijn, Nationaal Programma Ouderenzorg, Zichtbare Schakel). De uitkomsten van deze verschillende programma's moeten in een brede context worden gezien en geborgd.	2012
Stimuleren e-health	De invoering van e-health toepassingen verloopt niet vanzelf. Ingezet zal worden op het meer mogelijk maken van e-health toepassingen die bijdragen aan kwaliteit, doelmatigheid en arbeidsbesparing. Hiervoor zal ik inzetten op drie aspecten: bekostiging, cultuur en organisatie en standaardisatie en interoperabiliteit. De Kamer zal hierover apart geïnformeerd worden.	2011–2014
Handhaving spoedbereikbaarheid huisartsen	De IGZ is dit voorjaar gestart met een handhavingstraject op het gebied van de spoedbereikbaarheid bij huisartsen. Huisartsen die niet voldoen aan de gestelde veldnorm bij een spoedoproep (binnen 30 seconden telefonisch contact) krijgen eerst een aanwijzing en uiteindelijk een last onder dwangsom opgelegd.	2011–2012
Directe toegang paramedici	De directe toegang tot paramedici is per 1 september 2011 uitgebreid. Patiënten kunnen zonder verwijzing van de huisarts rechtstreeks naar de diëtist, de ergotherapeut, de logopedist, de orthoptist en de podotherapeut, tenzij de verzekeraar dit in de polis anders heeft geregeld. Al eerder konden patiënten zich zonder tussenkomst van de huisarts wenden tot de fysiotherapeut, de oefentherapeut, de mondhygiënist en de huidtherapeut.	2011
Compensatie eerstelijnscentra in grootschalige nieuwbouwwijken	Vanwege de aanloopproblemen die er in bestaan voor het opstarten van eerstelijnscentra in dergelijke wijken is compensatie beschikbaar gesteld in de aanlooperperiode voor deze centra. Uw kamer is hierover bij brief en beleidskader van 5 september 2011 geïnformeerd.	2011–2013
Experiment regelarme instellingen	In navolging van de care-sector, zal ook in de cure gestart worden met experimenten voor regelarme instellingen met als doel de eigen verantwoordelijkheid van de instellingen te vergroten, ondernemerschap te stimuleren en instellingen meer ruimte te bieden de zorg op maat te kunnen inrichten.	2012–2014
Scheiden wonen en zorg AWBZ	Voor zzp's 1 en 2 zal gestart worden met het scheiden van wonen en zorg per 2014. Waar mogelijk zal ook per 2014 voor de zzp's 3 en 4 het scheiden van wonen en zorg worden gestart.	2014

Samenwerking

Lopende en nieuwe maatregelen	Toelichting	Tijdpad
Taakherschikking bevorderen via wetsvoorstel BIG zelfstandige bevoegdheden	In de wet BIG wordt een artikel toegevoegd waardoor een aantal beroepen zelfstandige bevoegdheden krijgen voor voorbehouden handelingen (voorlopig Verpleegkundige Specialist en Physician Assistant). Een wetsvoorstel ligt momenteel in de Eerste Kamer.	2011–2012
Taakherschikking bevorderen door bekostiging waar nodig aan te passen	Bekostigingsarrangementen moeten aansluiten bij de ontwikkelingen rondom verpleegkundig specialisten, physician assistants en gespecialiseerd verpleegkundigen en de hierbij behorende nieuwe bevoegdheden. Dit wordt meegenomen uitvoeringstoets huisartsenzorg en integrale zorg door NZa.	2011–2013
Borging en opschaling van wijkverpleegkundigen	Op basis van de tussenevaluatie van het programma «Zichtbare Schakel» in 2011 zal worden nagegaan hoe de borging en opschaling van wijkverpleegkundigen verder vorm kan krijgen. Samenhang brengen tussen de door de AWBZ en de Zvw betaalde verpleging kan een belangrijke impuls voor de basiszorg betekenen. Hierover zal een advies aan de NZa gevraagd worden.	2011–2013
Verdere ontwikkeling zorgstandaarden binnen kwaliteitsinstituut	In de brief over het kwaliteitsinstituut, zoals verstuurd naar de Tweede Kamer, en in de opdrachtbrief naar het CVZ is aangegeven dat het kwaliteitsinstituut de taak heeft het veld bij de implementatie van standaarden te ondersteunen en er daarnaast zorg voor te dragen dat er een metastandaard tot stand komt. Het perspectief van cliënt/patiënt en professionals is leiden bij de standaarden.	2012–2014
Bevorderen totstandkoming van individueel zorgplan	Voor langdurige zorg geldt al een verplichting tot het opstellen van een zorgplan. In de curatieve zorg is nog geen sprake van het op grote schaal werken met een integraal zorgplan. Binnen het coördinatieplatform zorgstandaarden (onderdeel van toekomstig Kwaliteitsinstituut) wordt gewerkt aan een kader voor het individueel zorgplan. Daarnaast besteden ZonMw en Vilans aandacht aan het individueel zorgplan in hun programma's.	2012
Opleidingen	De medische opleidingen, de opleidingen voor physician assistants en verpleegkundig specialisten hebben de opleidingen ingericht volgens de CanMeds-competenties. De competentie inter- en multidisciplinair samenwerken krijgt in deze nieuwe opzet prominent aandacht. Hiervoor werken de medische vervolgoopleidingen samen in een omvangrijk project «modernisering van de medische vervolgoopleidingen».	2010–2015

GGZ

Lopende en nieuwe maatregelen	Toelichting	Tijdpad
Bekostiging Basis GGZ aanpassen	In de tweedelijns GGZ worden te veel patiënten geholpen met milde klachten. De eerstelijns GGZ is in haar huidige vorm nog niet goed toegerust om te voldoen aan de toenemende en terugkerende vraag naar zorg voor psychische problematiek. Op 1 juli heeft de NZa een verzoek om een uitvoeringstoets ontvangen. In december 2011 zal zij haar uitvoeringstoets uitbrengen, waarna de Tweede Kamer geïnformeerd zal worden over vervolgstappen per 2013.	2011–2012

Lopende en nieuwe maatregelen	Toelichting	Tijdpad
FACT teams en bemoeizorg stimuleren	Het is van belang in de tweedelijns GGZ zoveel mogelijk ambulante zorg en afbouw van het aantal bedden te realiseren. FACT teams dienen daartoe te worden gestimuleerd. Deze teams behandelen en begeleiden mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen in de wijk/thuissituatie. Zij bieden praktische steun in huisvesting, inkomen en zoeken naar dagbesteding en werken met motiverende technieken. Eventueel doen ze aan «bemoeizorg» om te zorgen dat patiënten in zorg blijven en de situatie niet escaleert. In de beleidsagenda die met veldpartijen de komende periode wordt opgesteld, zal dit een belangrijk onderdeel zijn.	2011–2012