

Kiezen voor houdbare zorg

Mensen, middelen en
maatschappelijk draagvlak

WRR



Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak is een advies aan de regering uit naam van de voltallige Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. WRR-Rapport 104 is voorbereid en geschreven door:

Prof. dr. M. (Marianne) de Visser (raadslid),
Prof. dr. A.W.A. (Arnoud) Boot (raadslid),
Dr. G.D.A. (Gijsbert) Werner (projectcoördinator),
Dr. A. (Arthur) van Riel (projectmedewerker),
Prof. dr. M.I.L. (Mérove) Gijsberts (projectmedewerker).

De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid werd in voorlopige vorm ingesteld in 1972. Zijn positie is definitief vastgelegd bij wet van 30 juni 1976 (Stb. 413). De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) is een onafhankelijk adviesorgaan. De WRR informeert en adviseert de regering en het parlement over sectoroverstijgende vraagstukken die grote impact hebben op de samenleving. De adviezen zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en gericht op een langetermijnperspectief.

De huidige zittingsperiode loopt tot 31 december 2022.
De samenstelling van de raad is:

Prof. dr. mr. C.C.J.H. (Catrien) Bijleveld,
Prof. dr. A.W.A. (Arnoud) Boot,
Prof. dr. mr. M.A.P. (Mark) Bovens,
Prof. dr. G.B.M. (Godfried) Engbersen,
Prof. dr. S.J.M.H. (Suzanne) Hulscher,
Prof. mr. J.E.J. (Corien) Prins (voorzitter),
Prof. dr. M. (Marianne) de Visser,
Prof. dr. C.G. (Casper) de Vries,

Secretaris: Prof. dr. F.W.A. (Frans) Brom.

© Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid,
Den Haag 2021

De inhoud van deze publicatie mag (gedeeltelijk) worden gebruikt en overgenomen voor niet-commerciële doeleinden. De inhoud mag daarbij niet veranderen. Citaten moeten altijd aangegeven zijn, bij voorkeur als: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2021) *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*, WRR-Rapport 104, Den Haag: WRR.

Kiezen voor houdbare zorg

Mensen, middelen en
maatschappelijk draagvlak

WRR

Deze publicatie is een samenvatting van WRR-rapport 104 *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*. Voor de onderbouwing van de in deze publicatie gepresenteerde conclusies en aanbevelingen wordt verwezen naar de uitvoerige analyse van het beleid en de wetenschappelijke literatuur die in dat rapport te vinden zijn.

Het rapport *Kiezen voor houdbare zorg* (ISBN 978-94-90186-97-5) is op 15 september 2021 door de raad aangeboden aan de regering. Het rapport kan gratis worden gedownload van wrr.nl.

Vormgeving binnenwerk: Ready for take-off, Den Haag
Omslagafbeelding: Steffie Padmos, Amsterdam
Figuren en tabellen: Ready for take-off, Den Haag
Uitgever: WRR

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid

Buitenhof 34
Postbus 20004
2500 EA Den Haag
070-356 46 00
info@wrr.nl
wrr.nl

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	7
2.	Is onze zorg houdbaar?	9
3.	Hoe kunnen we het houdbaarheidsprobleem oplossen?	14
4.	Wat staat ons dan te doen?	16
5.	Drie pijlers voor beter kiezen over de zorg	20
6.	Beter kiezen – geen panacee, wel grote noodzaak	25

1. Inleiding

Hoe zorgen we ervoor dat de gezondheidszorg in Nederland houdbaar blijft? Ofwel: kunnen we de zorg straks allemaal nog wel betalen? Is er, nu en in de toekomst, wel voldoende personeel om voor iedereen te zorgen? En zijn Nederlanders nog wel bereid de solidariteit op te brengen die nodig is voor goede en toegankelijke zorg voor iedereen?

Vroeg of laat krijgt iedereen te maken met gezondheidsproblemen. We vertrouwen erop dat er dan tijdig zorg beschikbaar is, en dat die zorg van goede kwaliteit is. Kwaliteit en toegankelijkheid zijn volgens de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) dan ook de belangrijkste publieke waarden van zorg. Op die waarden presteert de Nederlandse zorg over het algemeen goed, maar zijn er ook grote knelpunten in sommige sectoren. Om van een houdbaar zorgstelsel te kunnen spreken moeten de publieke waarden van zorg echter nu en in de toekomst over de gehele levensloop van mensen geborgd zijn. Daarom hanteert de WRR in dit rapport een langetermijnperspectief – waar mogelijk kijken we vooruit tot het midden van deze eeuw – en een brede blik – we kijken naar de zorg als geheel en in de volle breedte. We onderscheiden drie dimensies van houdbaarheid: de financiële houdbaarheid – is de zorg betaalbaar? –, de personele dimensie – is er voldoende zorgpersoneel? – en de maatschappelijke dimensie – is er voldoende draagvlak voor het zorgstelsel? Alleen wanneer deze drie dimensies op peil én in balans met elkaar zijn, is en blijft de zorg houdbaar. Want alleen dan kunnen we ook op de lange termijn de publieke waarden kwaliteit en toegankelijkheid garanderen.

2. Is onze zorg houdbaar?

De toegankelijkheid en de kwaliteit van de Nederlandse zorg zijn over het algemeen goed. De samenleving gebruikt echter steeds meer zorg, en vergrijzing, toenemende welvaart en technologische ontwikkelingen maken dat die zorgvraag ook de komende decennia blijft stijgen. Wat zijn daarvan de gevolgen?

Curatieve zorg scoort goed, maar elders zijn er knelpunten

In vergelijking met andere Europese landen scoort Nederland al jarenlang goed waar het de curatieve – de op herstel gerichte – zorg betreft. In andere zorgsectoren zijn er echter grote problemen rond de kwaliteit en de toegankelijkheid, bijvoorbeeld in de jeugdzorg. Maar ook de wachttijden in delen van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zijn ontmoedigend lang. En zonder een eigen sociaal netwerk van mantelzorgers komt passende zorg voor kwetsbare ouderen in de knel.

Zorgvraag neemt meer en meer toe

Door de vergrijzing wordt de groep ouderen steeds groter terwijl ook hun gemiddelde leeftijd stijgt. We spreken dan van ‘dubbele vergrijzing’. Steeds meer mensen hebben bovendien meerdere aandoeningen. Ook economische ontwikkelingen spelen een rol in de stijgende zorgvraag: naarmate we welvarender worden, neemt de vraag naar zorg sneller toe. En technologische ontwikkelingen drijven de vraag naar zorg op, doordat zij zorgverleners in staat stellen patiënten beter te helpen. Verder neemt het gebruik van de jeugdzorg en de basis-GGZ sterk toe, en vormen sociaal-economische gezondheidsverschillen een hardnekkig probleem. Tot slot nemen de verwachtingen in de samenleving toe over wat de zorg moet bieden.



Uitgaven voor zorg gaan die voor andere beleidsdoelen verdringen

Al sinds de jaren zeventig groeien de zorguitgaven van de overheid gemiddeld genomen sneller dan ons totale inkomen. Er zijn de afgelopen decennia bovendien meer middelen naar de zorg gegaan, ook ten opzichte van andere publieke sectoren. En met de stijgende zorgvraag en de nieuwe, veelal dure, technologische mogelijkheden nemen de kosten voor de zorg in de komende decennia alleen nog maar verder toe. Naar verwachting stijgen de zorguitgaven tussen 2015 en 2060 van 12,7 procent naar meer dan 20 procent van het bruto binnenlands product. In absolute zin komt dat neer op een verdrievoudiging van de zorguitgaven per hoofd van de bevolking.

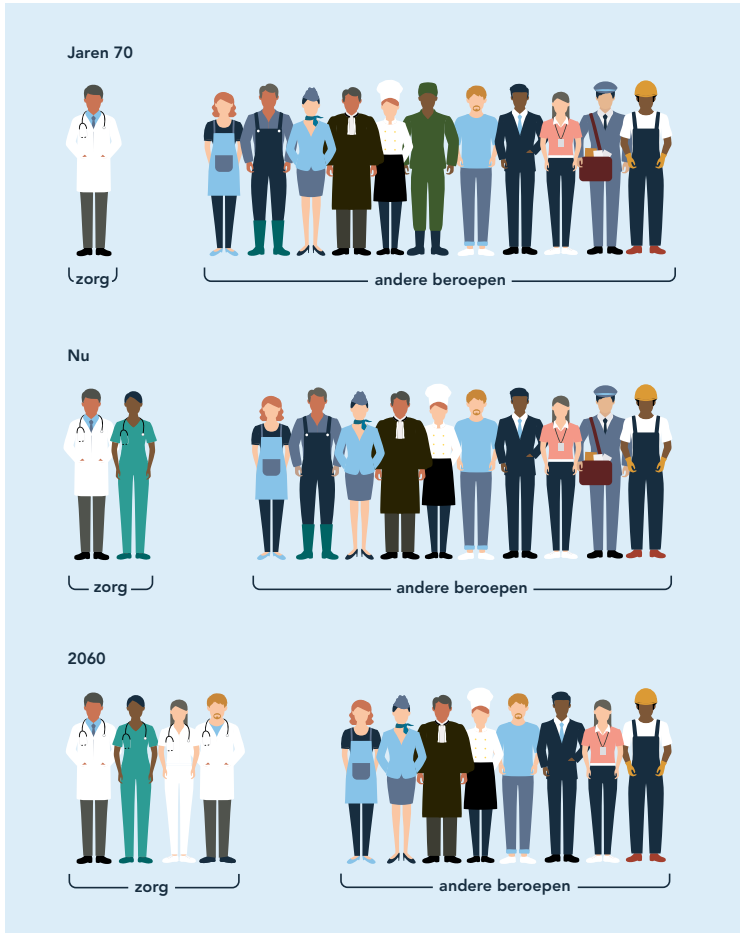


Hierdoor gaan de uitgaven aan de zorg de uitgaven aan andere beleidsdoelen verdringen. Tegelijkertijd stijgen de zorgkosten ook voor de Nederlanders zelf, en de premies en belastingen voor bedrijven. Lang voordat de grenzen aan de betaalbaarheid in zicht komen, treden dus al grote nadelige effecten op voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg, voor andere publieke uitgaven of zelfs voor de algehele (brede) welvaart.

Ook personele houdbaarheid onder druk door verdringing

Het percentage mensen dat in de zorg werkzaam is, is sinds begin jaren zeventig toegenomen van bijna 7 naar ruim 15 procent. Werkt nu ongeveer één op de zeven werknemers in de zorg, over veertig jaar moet dat één op de drie werknemers zijn om in de zorgvraag te kunnen voorzien.

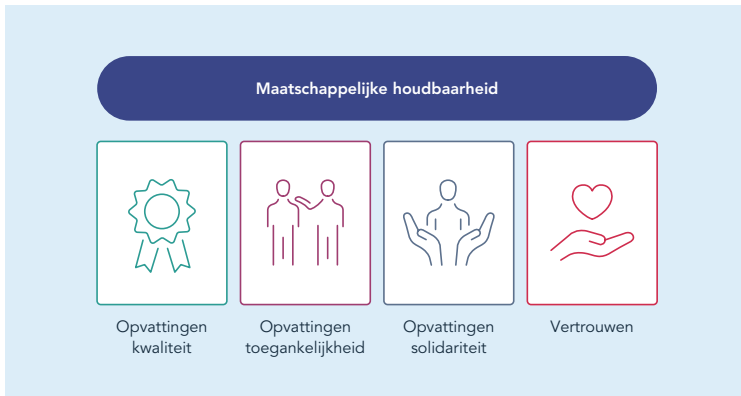
Zelfs als de arbeidsdeelname sterk zou stijgen, dan nog kan bij de verwachte omvang van de beroepsbevolking waarschijnlijk niet aan de toenemende arbeidsvraag voor de zorg worden voldaan. Een dergelijk groot beslag op de arbeidsmarkt, bij een teruglopende beroepsbevolking, leidt bovendien tot concurrentie om het schaarse personeel met andere (publieke) sectoren. Dit maakt de personele houdbaarheid tot een urgenter probleem dan de betaalbaarheid.



Risico's voor de maatschappelijke houdbaarheid

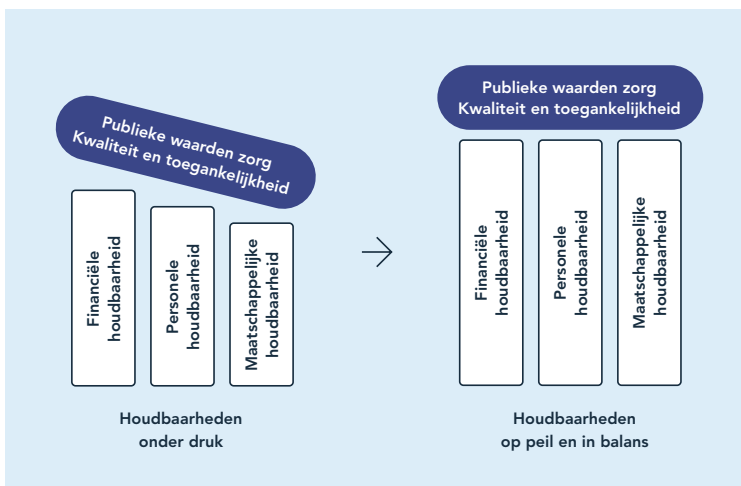
Nederlanders hebben uitgesproken opvattingen over de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg, over solidariteit en in wie zij vertrouwen hebben. Zo maken zij zich bijvoorbeeld zorgen over de personeelstekorten en de werkdruk in de zorg, de kwaliteit van de ouderenzorg, de jeugdzorg en de GGZ, de wachttijden en de als hoog ervaren persoonlijke kosten, zoals het eigen risico en de eigen bijdragen. Maar ook de bereidheid om voor anderen te betalen komt onder druk te staan, juist daar waar in de toekomst een groter beroep op solidariteit nodig zal zijn, zoals bij leefstijlgerelateerde aandoeningen als roken en obesitas. Wel hebben Nederlanders een groot vertrouwen in de mensen die in de zorg werken. Het vertrouwen in de instituties en 'het stelsel' daarentegen is minder.

Het gevoel dat de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg minder worden, terwijl tegelijkertijd de solidariteit en het vertrouwen in het stelsel afnemen, kan het maatschappelijk draagvlak voor het zorgstelsel doen afkalven.



Kortom: houdbaarheid zorg meer en meer onder druk

De komende decennia stijgt het gebruik van de zorg sneller dan de groei van de economie en vooral van de beroepsbevolking kunnen bijbenen. De houdbaarheid van de Nederlandse zorg komt zo steeds meer onder druk te staan. Om de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg voor iedereen te kunnen blijven borgen, moet daarom niet alleen de financiële houdbaarheid, maar ook de personele en maatschappelijke houdbaarheid op peil en met elkaar in balans gebracht worden. Dat is ook in het belang van de brede economie en de samenleving. Dat is onze eerste hoofdconclusie.



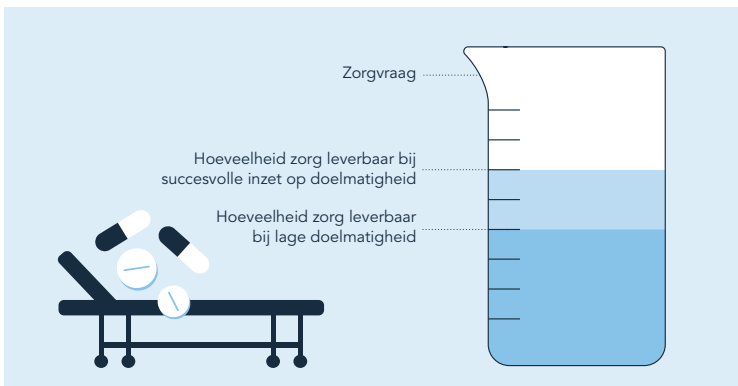
3. Hoe kunnen we het houdbaarheidsprobleem oplossen?

De vraag naar zorg neemt de komende decennia verder toe, evenals de kosten voor die zorg terwijl het aanbod aan zorgpersoneel terugloopt. Door de zorg doelmatiger of efficiënter te organiseren, zijn minder mensen en middelen nodig om in dezelfde zorgvraag te kunnen voorzien. Maar is de inzet op doelmatigheid en personeel ook een toekomstbestendige strategie?

Inzet op meer doelmatigheid is niet voldoende

De afgelopen decennia was 'houdbaarheid door doelmatigheid' een centrale pijler van de Nederlandse beleidsinzet. Zo moest de nieuwe Zorgverzekeringswet (zvw) uit 2006 zorgen voor competitie tussen zorgverzekeraars onderling en tussen zorgaanbieders onderling en zo een prikkel creëren voor een doelmatige zorg.

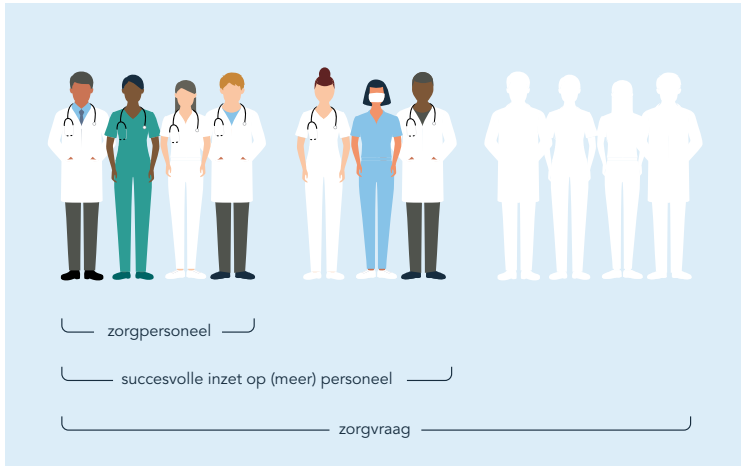
Doorlopende verbetering van de doelmatigheid blijft ook in de toekomst een deel van het antwoord op de houdbaarheidsopgave. Bijvoorbeeld door waar nodig het zorglandschap doelmatiger in te richten. Meer doelmatigheid is van belang om met dezelfde middelen en mensen meer zorg te kunnen bieden, maar is niet voldoende gegeven de grote toekomstige zorgvraag.



Inzet op meer zorgpersoneel is niet voldoende

De personele houdbaarheid is de meest acute en meest knellende dimensie van de houdbaarheid van zorg. Er zijn verschillende sporen om die personele houdbaarheid te versterken: door een beter personeelsbeleid te voeren om personeel te behouden, door het zorgpersoneel te verleiden om meer uren te gaan werken (velen werken immers parttime), of door meer mensen aan te trekken voor de zorg.

Ook voor deze strategie geldt dat ze essentieel is maar niet afdoende in het licht van de omvang van de houdbaarheidsopgave. Zelfs als het zou lukken om voldoende personeel te werven, dan is het de vraag wat hiervan de gevolgen zijn voor de publieke waarden in de andere publieke sectoren die om de beschikbare arbeidskrachten vechten.



Kortom: een aanvullende strategie is nodig

We moeten blijven inzetten op een doelmatiger organisatie van de zorg én op behoud en werving van zorgpersoneel, maar dit zal niet voldoende zijn om het vraagstuk van de houdbaarheid van de zorg op te lossen, zo is onze tweede hoofdconclusie. Daarvoor is de opgave te groot, en het potentieel voor verbetering dat deze strategieën bieden, te beperkt. Een aanvullende strategie is noodzakelijk.

4. Wat staat ons dan te doen?

De zorg kan niet op dezelfde manier doorgroeien zonder dat dit steeds grotere nadelige gevolgen heeft, voor de zorg zelf en voor andere publieke sectoren. Als bestaande strategieën – hoe belangrijk en waardevol ook – niet afdoende zijn om met de houdbaarheidsopgave om te gaan, wat staat ons dan te doen?

Kiezen bij schaarste

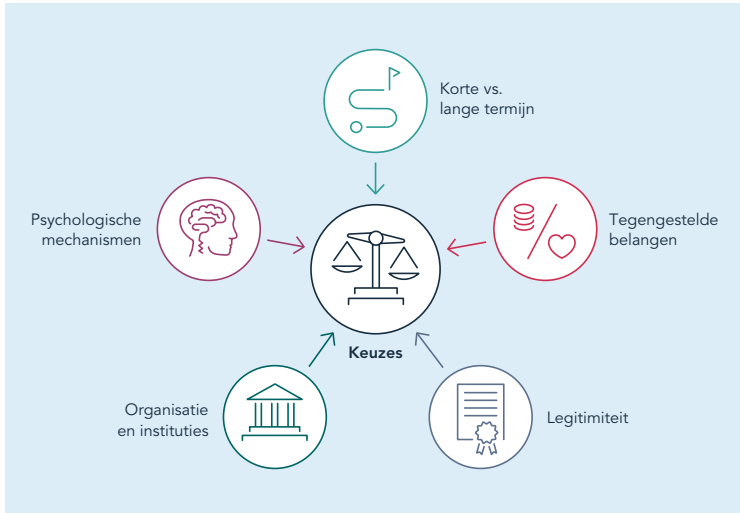
Een noodzakelijke en urgente aanvullende strategie is prioritering, en prioritering vergt een betere manier van kiezen over de zorg. Juist in een wereld waarin mensen en middelen steeds schaarser zijn, is het immers van belang om die mensen en middelen in te zetten op plaatsen waar zij de publieke waarden van de zorg het best borgen, en waar zij de meeste gezondheidswinst opleveren. Kiezen impliceert *niet* dat het nodig is te bezuinigen ten opzichte van het huidige uitgavenniveau, zo benadrukt de WRR. Het gaat er vooral om de *groei* van de zorg te begrenzen door beter te kiezen, zo luidt onze derde hoofdboodschap. Niet minder dus, maar minder meer, en dat op een weloverwogen wijze. Voor het maken van zulke keuzes over de zorg zijn verschillende perspectieven van belang.

Beter kiezen voor houdbaarheid

Beter kiezen zal in sommige gevallen scherpe, maatschappelijk en normatief moeilijke keuzes met zich meebrengen. Hoe gaan we bijvoorbeeld om met de zogeheten ‘dure geneesmiddelen’ die in sommige gevallen reële, maar beperkte gezondheidswinst opleveren, tegen zeer hoge, mogelijk maatschappelijk onacceptabel hoge, kosten? Door beter te kiezen is het mogelijk de gezondheidswinst en kwaliteit van leven te vergroten en de minimumnormen voor kwaliteit en toegankelijkheid in de hele zorg beter te borgen.

Legitimering via maatschappelijk debat

Prioritering in de zorg kan alleen succesvol zijn als daar maatschappelijk draagvlak voor bestaat. Anders is de prioritering niet maatschappelijk houdbaar en zullen keuzes teruggedraaid of ondergraven worden. Daarom is het van belang deze aanvullende strategie centraal stellen in het politieke en maatschappelijke debat. Samenleving, politiek en bestuur moeten zich namelijk voorbereiden op een tijdperk waarin de schaarste in de zorg onontkoombaar is en een steeds grotere rol gaat spelen.

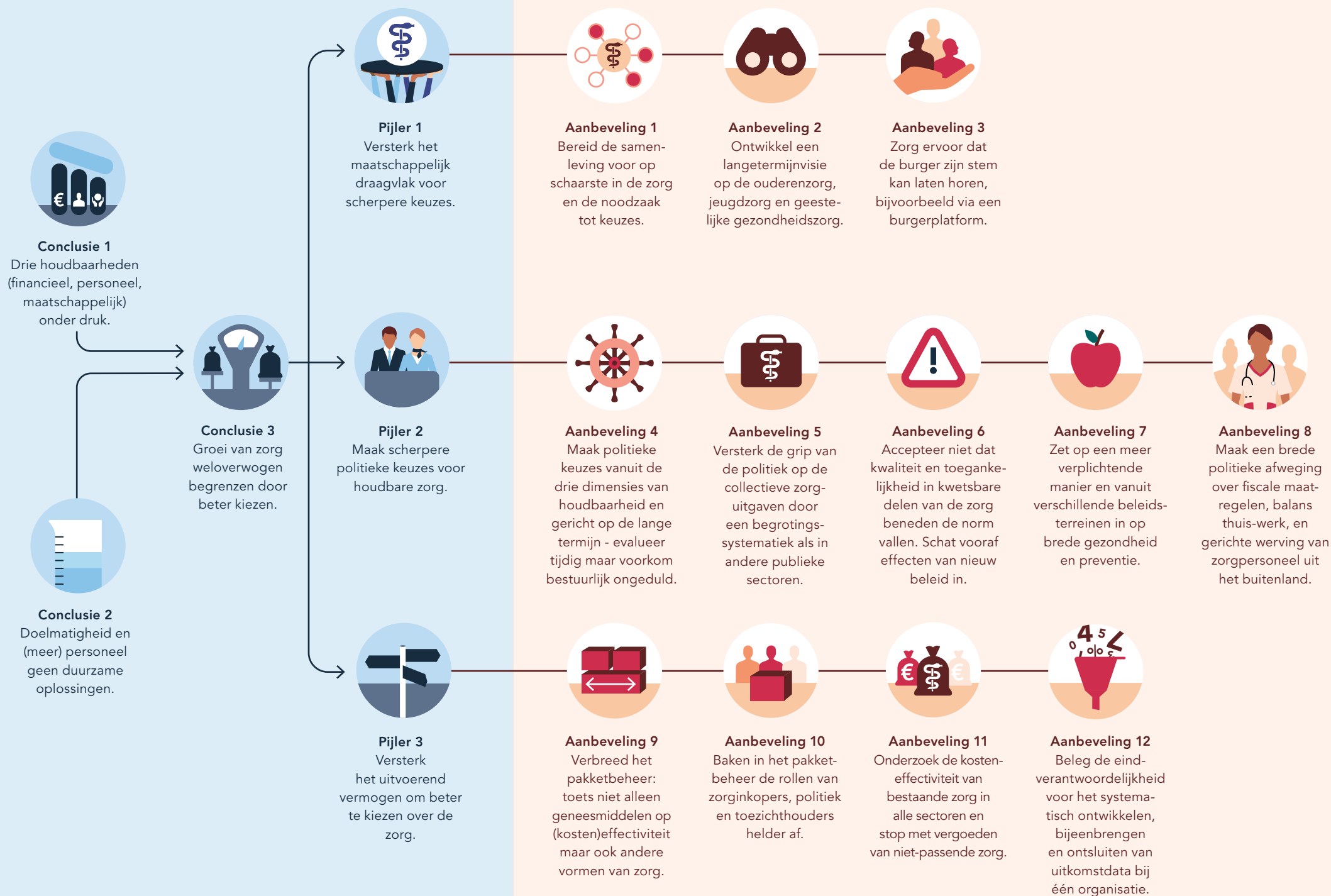


Vijf verschillende perspectieven op het maken van keuzes over de zorg

Uitgangspunten voor beter kiezen over de zorg

De keuzeprocessen over de zorg, en over de inzet en verdeling van mensen en middelen daarbij, moeten dus beter vorm krijgen. Daarbij hanteert de WRR drie uitgangspunten, namelijk:

1. Kiezen vanuit publieke waarden binnen en buiten de zorg: Breng overal in de zorg de minimumnormen voor kwaliteit en toegankelijkheid op orde, ook in minder prominente sectoren en voor minder zichtbare patiënten. Voorkom hierbij dat de publieke waarden buiten de zorg in het gedrang komen door de groei van zorg.
2. Kiezen voor gezondheidswinst: Zet meer dan nu mensen en middelen in op een manier die de gezondheid bevordert, en die tot grotere gezondheidswinst (een langere gezonde levensverwachting) leidt.
3. Kiezen voor balans in houdbaarheden op de lange termijn: Bewaak de interactie en balans tussen de houdbaarheden van de zorg vanuit een langetermijnperspectief.



5. Drie pijlers voor beter kiezen over de zorg

Goede zorg voor iedereen vergt keuzes. Maar hoe komen we tot die betere keuzes? Wat vergt dat van de samenleving, van de politiek en van de uitvoerende instituties?

In dit rapport formuleert de WRR een reeks aanbevelingen, zowel over de inhoud van de keuzes en de prioritering in de zorg – welke kant zouden we op moeten gaan? – als over de keuzeprocessen zelf – hoe zouden we die beter kunnen inrichten? – en over de uitkomsten – wat verandert er dan?

De WRR biedt geen kant-en-klare beleidsrecepten, maar schetst binnen drie pijlers richtingen om de zorg houdbaar te houden, zowel nu als in de toekomst. De concrete afwegingen blijven uiteraard aan de politiek, maar er is ook een rol voor de samenleving en het zorgveld zelf. De aanbevelingen binnen de drie pijlers dienen parallel aan elkaar opgepakt te worden – ze zijn nauw met elkaar verbonden en versterken elkaar.

Pijler 1: Versterk het maatschappelijk draagvlak voor scherpere keuzes

1. Bereid de samenleving voor op toenemende schaarste in de zorg en de noodzaak tot keuzes.
2. Ontwikkel een maatschappelijk gedragen langetermijnvisie op de collectieve kern van de langdurige ouderenzorg, de jeugdzorg en de geestelijke gezondheidszorg.
3. Zorg ervoor dat keuzes over de zorg maatschappelijk gelegitimeerd zijn, bijvoorbeeld via een burgerforum.

Maatschappelijk draagvlak is onmisbaar om tot betere keuzes over de zorg te komen. Bereid de samenleving er daarom op voor dat mensen en middelen in de zorg steeds schaarser worden, en neem haar mee in de keuzes die voorliggen. Doordat mensen zich daar nu nog onvoldoende bewust van zijn, komt het maatschappelijk debat over de rol van de zorg en de afbakening van de collectief te borgen kern daarvan onvoldoende op gang.

Ontwikkel in het bijzonder een maatschappelijk gedragen langetermijnvisie op de collectieve kern van de langdurige ouderenzorg, de jeugdzorg en de GGZ. In al deze sectoren is het cruciaal dat we ons een aantal vragen stellen. Bijvoorbeeld:

behoren lichte vormen van ondersteuning in jeugdzorg en GGZ wel tot de zorg? En moeten in de ouderenzorg wonen en zorg niet meer gescheiden worden?

Het gaat erom dergelijke keuzes over de zorg – en over de principes die daaraan ten grondslag liggen – zoveel mogelijk te maken in samenspraak met de samenleving. De maatschappelijke legitimiteit van die keuzes is essentieel. Deze is bijvoorbeeld te realiseren met een breed burgerforum over de keuzes en prioriteiten in de zorg. Zo kunnen burgers – na scholing en voorlichting – de politiek adviseren over prioriteiten voor de zorg.

Pijler 2: Maak scherpere politieke keuzes voor houdbare zorg

4. Maak politieke keuzes vanuit alle dimensies van houdbaarheid en gericht op de lange termijn. Evalueer zorgbeleid daarom tijdig en stuur bij waar nodig, maar voorkom bestuurlijk ongeduld.
5. Versterk de grip van de politiek op de omvang van de collectieve zorguitgaven. Richt daarom de begrotingssystematiek voor de zorg in zoals in andere publieke sectoren.
6. Accepteer niet dat de kwaliteit en toegankelijkheid in kwetsbare delen van de zorg beneden de norm vallen. Maak vooraf en openbaar een inschatting van de effecten van nieuw beleid.
7. Zet op een meer verplichtende manier en vanuit verschillende beleidsterreinen in op brede gezondheid en preventie.
8. Help het personeelstekort in de zorg te beperken door een brede politieke afweging te maken over de inzet van fiscale maatregelen, de balans tussen thuis en werk, en gerichte werving van zorgpersoneel uit het buitenland.

De politiek dient haar verantwoordelijkheid voor de houdbaarheid van de zorg actiever op te pakken door prioriteiten te stellen. Neem bij politieke keuzes in de toekomst steeds de balans tussen de drie houdbaarheidsdimensies op de lange termijn in acht. Bij nieuw beleid vereist dat een inschatting *vooraf* van de te verwachten effecten op de personele, financiële en maatschappelijke houdbaarheid én op de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Daarnaast is het van belang het zorgbeleid tijdig te evalueren. Voorkom verder dat de kwaliteit en de toegankelijkheid in delen van de zorg structureel onder de minimumnormen komen te vallen, en vermijd ‘bestuurlijke drukte’. Verandering in de zorg duurt jaren en vergt een lange adem. Geef initiatieven en zorgverleners dan ook de tijd, en overlaad de sector niet met nieuwe programma’s, acties en initiatieven.

Ook voor het bewaken van de belangen van beleidsterreinen buiten de zorg draagt de politiek verantwoordelijkheid. Versterk daarom de grip op de omvang van de collectieve zorguitgaven. Richt daartoe de begrotingssystematiek voor de zorg meer in zoals die voor andere publieke sectoren, waar het een politieke afweging is en geen automatisme. Een politiek vastgestelde norm voor de kostengroei in de zorg – eventueel gerelateerd aan de gemiddelde economische groei – kan helpen als disciplineringsinstrument.

Verder pleit de WRR voor een structureel grotere inzet op gezondheid vanuit andere beleidsterreinen en voor een inzet op brede preventie. Deze aanpak levert meer gezondheidswinst op, ondersteunt de maatschappelijke houdbaarheid, en remt de instroom in de zorg. De overheid moet hierbij een overkoepelend langetermijnperspectief bieden, zelf meer middelen inzetten voor preventie en brede gezondheid, of veldpartijen stimuleren of verplichten om dit te doen.

Om het personeelstekort in de zorg te beperken is het ten slotte zaak om een brede politieke afweging te maken vanuit de aanpalende beleidsterreinen. Het gaat dan specifiek om (1) fiscale maatregelen, (2) de balans tussen thuis en werk, en (3) zorgpersoneel uit het buitenland. Elk van deze drie richtingen heeft ook buiten de zorg vergaande implicaties voor de samenleving, de economie en het overheidsbeleid. Daarom is een brede politieke afweging hier noodzakelijk.

Pijler 3: Versterk het uitvoerend vermogen om beter te kiezen over de afbakening van collectieve zorg

9. Verbreed de reikwijdte van het pakketbeheer: toets niet alleen de geneesmiddelen op (kosten)effectiviteit, maar voer ook voor andere vormen van zorg zulke toetsing in.
10. Baken in het pakketbeheer de rollen van zorginkopers, politiek en toezichthouders helder af.
11. Onderzoek in alle sectoren de (kosten)effectiviteit van de bestaande zorg en gebruik doorzettingsmacht om te stoppen met het vergoeden van niet-passende zorg.
12. Beleg de eindverantwoordelijkheid voor het systematisch ontwikkelen, bijeenbrengen en ontsluiten van uitkomstgegevens bij één organisatie.

Om de groei van de zorg op een verstandige manier te begrenzen en te sturen is het in de eerste plaats nodig de collectieve aanspraken op een weloverwogen manier af te bakenen. Dat vergt een beter pakketbeheer - welke zorg moeten we als samenleving opbrengen, welke niet? - zowel in de curatieve zorg als daarbuiten. De WRR adviseert daarom om de (kosten)effectiviteit voor een groter deel van de (nieuwe) zorg expliciet te beoordelen, niet alleen binnen de curatieve zorg (de Zorgverzekeringswet) maar ook binnen andere sectoren en stelselwetten, zoals de langdurige zorg (wlz), de GGZ en de jeugdzorg.

Baken in de tweede plaats de rollen en verantwoordelijkheden van zorginkopers, politiek en toezichthouders helder af. De politiek stelt bijvoorbeeld de algemene criteria vast voor wat verzekerde zorg is, een onafhankelijke toezichthouder past die criteria vervolgens toe op concrete behandelingen, en zorginkopers, zoals zorgverzekeraars, organiseren de verzekerde zorg zo doelmatig mogelijk. Een heldere afbakening van rollen en verantwoordelijkheden stelt alle drie de partijen beter in staat hun taak te vervullen.

Onderzoek ten derde in alle sectoren de (kosten)effectiviteit van de bestaande zorg actiever dan nu en gebruik waar nodig onafhankelijke doorzettingsmacht om te stoppen met het aanbieden en vergoeden van zorg die niet wetenschappelijk onderbouwd is ('niet-passende' zorg). Een beter pakketbeheer vergt namelijk ook een doordachte uitstroom van 'oude' zorg uit het pakket.

Tot slot adviseert de WRR om op systematische wijze, langlopende uitkomstdata te ontwikkelen en te verzamelen over de zorg in alle sectoren en om de verantwoordelijkheid voor de ontsluiting daarvan te beleggen bij één organisatie. De Nederlandse zorg kent een overdaad aan gegevens over prestaties en uitkomsten, en tegelijkertijd een gebrek aan overzicht en systematische ontsluiting. Dat beperkt ons vermogen om de effectiviteit van zorg, en van beleid, goed te monitoren.

6. Beter kiezen – geen panacee, wel grote noodzaak

De drie beleidsagenda's – meer doelmatigheid, meer personeel en beter kiezen – sluiten elkaar niet uit. Ze zijn alle drie nodig en op alle drie is verbetering te boeken. De eerste twee beleidsagenda's stuiten daarbij politiek en maatschappelijk waarschijnlijk op minder weerstand dan de derde beleidsagenda van kiezen en prioriteren. Prioritering in de zorg is iets dat politiek en samenleving ongemakkelijk vinden. Er is echter geen alternatief, en juist keuzes niet durven of willen maken schaadt de wezenlijke waarden van de zorg – en daarbuiten. Het is zaak dat onder ogen te zien.

Met dit rapport wil de WRR de samenleving dan ook voorbereiden op een toekomst waarin het belangrijk is het debat hierover te voeren. Tegelijk mag het betrekken van de samenleving geen excuus worden voor de politiek om beslissingen over de zorg te uit de weg te gaan. Geen keuze maken is ook een keuze, en heeft evengoed consequenties.

Kiezen voor houdbare zorg

Mensen, middelen en
maatschappelijk draagvlak

Vroeg of laat krijgt iedereen te maken met gezondheidsproblemen. We vertrouwen erop dat er dan tijdig zorg van goede kwaliteit beschikbaar is. De Nederlandse zorg presteert over het algemeen goed, maar er zijn in delen van de zorg grote knelpunten. Om kwaliteit en toegankelijkheid te kunnen borgen dient de zorg financieel, personeel en in maatschappelijk opzicht houdbaar te zijn. Deze drie dimensies van houdbaarheid staan echter steeds meer onder druk door ontwikkelingen als vergrijzing, de opkomst van nieuwe zorgtechnologie en de toename van het aantal chronisch zieken. De WRR concludeert dat goede en houdbare zorg voor iedereen keuzes vergt. We moeten weloverwogen, heldere en soms scherpe prioriteiten stellen. Dat is allereerst een verantwoordelijkheid van de politiek, maar daarnaast ook van zorgverleners in alle sectoren en van burgers zelf. Deze en andere aanbevelingen doet de WRR in het rapport *Kiezen voor Houdbare Zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*.

WRR

