

## Discussienota “Zorg voor de Toekomst” (publicatie 14 december 2020)

Na werkzaamheden [in de zorg](#) volg ik al jaren de actualiteit van het [beleid](#) van de gezondheidszorg en heb daar inmiddels op mijn [weblog](#) een krappe 500 blogs over geschreven.

In onderstaande wordt mijn commentaar en corresponderende blogs gekoppeld aan pagina en het onderwerp van de discussienota “Zorg voor de Toekomst”. In elke blog staan tevens links naar bronnen en achtergronden.

Het doel van de discussienota om in alle openheid een bijdrage te leveren aan het waarborgen van de toekomstbestendigheid van de gezondheidszorg verdient steun. Hierbij mijn opmerkingen als publicist en burger bij de internetconsultatie van deze discussienota.

### \*\*Ten Geleide (pg. 4)

Iedereen levert een bijdrage: waarom, wat en hoe zijn niet te scheiden

[06.12.2017](#): Mate van **beschikbaarheid** zorgverleners kleurt uitvoering van zorg (*roeien en riemen*)

[21.12.2017](#): Actieve **participatie burger** nodig bij beheersen van zorgkosten (*alle actoren doen mee*)

[28.04.2018](#): Bij **kostenbeheersing** in de zorg draagt ieder een bij (*actoren bij betaalbaarheid*)

[21.06.2018](#): Gevolgen van **veranderingen** in zorg richting 2040 (*VTV-toekomstverkenning RIVM*)

[24.07.2019](#): **Aanpassing zorgstelsel**: een bijdrage aan het debat (*mijn eigen persoonlijke bijdrage*)

[21.10.2019](#): Stand van de **zorg 2019** (*rapport NZa: kosten, preventie, taakherschikking, verplaatsen*)

\*Rapport Thuiswonende Ouderen

[20.01.2020](#): **Thuiswonende** ouderen op weg naar hun zorg in 2030 (*rapport Oud en zelfstandig 2030*)

\*Rapport SER

[24.06.2020](#): **SER-rapport**: zorgtoekomst vraagt een consistente, langjarige inzet in beleid en samenwerking

\*Rapport Zorgkeuzes in Kaart

[04.08.2020](#): Een **kwestie van kiezen** (*te maken zorgkeuzes in politiek bij verkiezingen: 226 voorstellen*)

[26.10.2020](#): **Kiezen** is een **kunst** (*over politieke zorgkeuzes als het niet meer financieerbaar is*)

\*Rapport Brede Maatschappelijke Heroverwegingen

[28.04.2020](#): Brede maatschappelijke **heroverweging zorgstelsel**: een discussie waard (*v/e ambtelijke werkgroep*)

### \*\*Uitgangspositie (pg.10)

Problemen met coördinatie reeds aangekaart door Het Roer Moet Om

[04.07.2019](#): Samenhang is **ZINVOL**: zorgwetten inhoud nastreven voorwaarden etc. (*HRMO*)

[26.11.2019](#): HRMO: een **stil drama** voltrekt zich (*geen juiste plek beschikbaar voor zorg kwetsbaren*)

[02.12.2019](#): Over **zorgalarmisme** en betrouwbare zorgcijfers (*HRMO JZOJP cijfers over alarm*)

[19.12.2019](#): “Ik had de **minister willen vragen** waar staan jullie nu eigenlijk” (*HRMO Kerstpakket VWS*)

\*Discussie over betaalbaarheid voeren t.a.v. het hele plaatje en de [toegang](#) tot basispakket

[14.06.2018](#): Welke zorg hoort in de **basisverzekering**? (*pakketcriteria beoordeeld door ZiN*)

[19.03.2019](#): Wachten op het **wegwerken van wachtlijsten** (*treeknormen, zorgplicht, basispakket*)

[21.08.2019](#): Wáár blijft het **totaalplaatje**? (*stijging zorgkosten, personele tekorten, zorgstelsel etc.*)

[17.10.2019](#): De consequenties van **wachten** op plek in verpleeghuis (*totaal 16.382*)

[29.10.2019](#): Méér **inkomensafhankelijke zorgbetaling** draagt (wel degelijk) bij aan meer solidariteit  
[08.11.2019](#): **Gezocht: een bed** voor verblijf, onderzoek of herstel (*ELV, GRZ, verpl.huis, zkhs, respijt*)

## **\*\*Maatschappelijke ontwikkelingen en trends (pg. 11 en 12)**

Als ongezond gedrag verantwoordelijk is voor 20% van de ziektelast is het bevorderen van gezond gedrag hier de aangewezen weg. Principe jong geleerd, oud gedaan

[24.06.2018](#): Bewegen, **bewegen** en bewegen... (*beweegrichtlijn van de Gezondheidsraad*)

[07.12.2018](#): Maak ook **bewegen en lichaamshouding** van jeugd onderdeel van preventie

[02.09.2019](#): Wie de **toekomst koestert**, zet in op **jeugd** (*zorgelijke punten bij jeugd*)

[07.09.2020](#): Voor beter aanbod **gezonde kindervoeding** is daadkracht nodig (*Unicef-onderzoek*)

[30.10.2020](#): Introduceer **Nutri-Score** met een **belasting op ongezonde producten** (*de BOP als beleid*)

\*Huishoudelijke hulp is wel zorg, maar laat daarvoor wel een inkomens- en vermogenstoets gelden; niet iedereen hoeft voor 19 euro in de maand geholpen te worden.

[08.05.2020](#): **Wmo-hulp** en **goed inkomen** een lastig te accepteren **combinatie** (*vanwege abonnement*)

\*Terecht wordt het aanpakken van sociaal-maatschappelijke problemen genoemd. Doe je dit niet, dan eindigt elk probleem bij de dokter. Waarna de politiek weer kan stellen dat de zorg onbetaalbaar wordt. Doorbreek de cirkel en dit denkframe.

[09.01.2018](#): Relatie opleidingsniveau en **levensverwachting** ongezond innig (*risico lage SES*)

[28.05.2018](#): **Schuldenproblematiek** raakt ook het medisch domein (*geen perspectief*)

[10.11.2018](#): Alleen met interventies problemen in **achterstandswijken** oplosbaar (*actie/WRR*)

[19.08.2019](#): **Armoede**, een weg te werken schandvlek (*een voedingsbodem voor slecht ouderschap enz.*)

[23.08.2019](#): **Dakloos** (*30.000!*)

\*Persoonsgericht en georganiseerd vanuit de behoefte van de mens (pg. 13)

Dit impliceert een grotere gezamenlijke inbreng van professional en patiënt. En betekent een mindere inbreng van een verzekeraar. Op gebied van organisatie betekent dit dat het organiseren nodig is op de schaal waar deze vraag zich afspeelt. Dit zal veelal thuis zijn en in de wijk, soms in de regio.

[18.09.2017](#): Aandacht **persoonsgerichte zorg** is terecht, maar is niet nieuw (*altijd al zo geweest*)

[27.04.2018](#): **Regionalisering** van de zorg: wat willen burgers en zorgaanbieders? (*regio?*)

[09.10.2018](#): Ondersteuning huisarts: op niveau **praktijk, wijk of regio?** (*organisatieschaal*)

[30.12.2019](#): Promotieonderzoek: **mismatch** in zorg tussen **beroepsidentiteit en het systeem**

[14.04.2020](#): Toekomstbestendige organisatie huisartsenzorg: **in de regio?** (*deels wel, deels niet*)

## **\*\*Preventie & Gezondheid (pg.14)**

\*Knelpunt: Dat de zorg een fors verdienmodel kan worden, is maar voor een heel beperkt deel correct. De meeste mensen hebben een cao, er zijn kostenonderzoeken, er zijn bestuurlijke akkoorden en er zijn terugbetalingsregelingen via materiele controles en macrobeheersingsinstrumenten. Ook zijn de meeste medisch-specialisten (al) in loondienst. Als we passende zorg van een passende bekostiging willen voorzien, dan moeten de kosten van noodzakelijke zorg in beeld zijn. En dat zijn ze nu niet! Niet alle aspecten van kwaliteit zijn meetbaar (zie verder). Er is eerder te veel, dan te weinig keuze-informatie.

[23.06.2017](#): Het belang van de **context** (*zonder context geen bewijs*)

[26.06.2017](#): Met een goede **risicoverevening** is slechts een verzekeraar voldoende (*geen risico*)

[23.02.2018](#): **Inzicht in prijs**, dan pas uitzicht op een oplossing (*is kostprijs "ist" of "soll"?*)

[05.06.2018](#): Informatieovervloed op zorgverzekeringsmarkt voelt als **doolhof** (*overstap verzekeraar*)

[20.08.2018](#): Het waardegericht kunnen inkopen is een **illusie** (*P-waarde = uitkomst/kosten*)

[27.04.2019](#): De nieuwe **K van kwaliteit** (*over verantwoording nemen en belang van context*)

[10.08.2020](#): Medisch **specialist wel/niet in loondienst** een **schijndiscussie** (*geen productieprikkel, in WNT*)

[02.12.2020](#): **Passende zorg** zoekt passende bekostiging **(1)** (*NZa ZiN rapport zorginhoud*)

[04.12.2020](#): Passende zorg zoekt **passende bekostiging (2)** (*NZa ZiN rapport bekostiging/organisatie*)

\*investeren in preventie is kwetsbaar (pg.14), als investeringen worden betaald uit de collectieve middelen. Als ongezonde producten leiden tot extra zorgkosten, dan belast je de personen extra die ongezonde producten als verdienmodel in de markt zetten. Waarom speelt de waardendiscussie zich wel af in de zorgsector, maar niet hier in de bedrijvensector? Dit is de reden om een BOP (Belasting op Ongezonde Producten) te heffen. Met de opbrengst hiervan kunnen preventieve programma's worden gefinancierd en een deel van *díe* curatieve zorgkosten die voortvloeien uit het gebruik van deze ongezonde producten. Zo kunnen we stap voor stap werken aan kringloopfinanciering binnen de zorg.

[07.02.2018](#): Wie gaat uitvoering van het Nationaal **Preventieakkoord** betalen? (*invoeren BOP*)

### **\*\*Krachtiger inzet op het voorkomen van zorg (pg.15)**

\*Bevorderen eigen regie is niet voor iedereen weggelegd, maar wel een goed streven. Dat begint met een goede en objectieve informatie over gezondheid.

[29.01.2018](#): De **nulde lijn** (*veel thuisarts.nl, maar niet iedereen is in staat tot zelfregie*)

[10.12.2020](#): Financier **Thuisarts.nl** uit de centrale begroting volksgezondheid (*eigen regie*)

\*Maatregelen voor meer gezonde keuzes (pg.16) sluit aan bij het investeren in preventie. Het lijkt wel verstandig dat dan de overheid zelf het goede voorbeeld geeft. Geen lobbycratie (meer) en wat het preventieakkoord betreft, graag een versnelling hoger.

[11.09.2018](#): Wordt de illegale **drugsindustrie** een bedreiging voor de volksgezondheid?

[20.11.2018](#): De noodzakelijke **bijsluiters** bij drugs (*schade gezondheid door drugs*)

[26.11.2018](#): Nationaal **Preventieakkoord**: na bijstelling ambities versneld invoeren (*urgentie*)

[25.08.2020](#): **Rookgordijn** (*marketing tabaksindustrie + lobbycratie bij VVD stagneren SMR-beleid*)

[17.12.2020](#): **Tabaksfabrikanten: belastingontwijking én onrechtmatige vergoedingen** (*preventie*)

\*Wettelijke taak van gemeenten wat betreft de Wet publieke gezondheid is bekend (pg.17), maar wordt richting de GGD per gemeente verschillend ingevuld. Zo bleek bij talloze aspecten in deze coronacrisis. Gefinancierd met BOP-gelden en vanaf nu samen met andere stakeholders vanaf jeugdige leeftijd een goed gemeentelijk preventiebeleid neerzetten.

[13.08.2020](#): Overheid **faciliteer GGD maximaal (1)** (*T-BCO-I immers na gedrag enigste wapen in strijd*)

[15.08.2020](#): Huisartsen willen **beter testbeleid** met **terugkoppeling uitslagen** virustest (*test!*)

[18.08.2020](#): Overheid **faciliteer GGD maximaal (2)** (*hulp bij T/BCO, ofwel hulp bij opschalen*)

\*Bekostiging op basis van cliëntprofielen (pg.19) is erg populair gezien de huidige Wlz-bekostiging en blijkbaar de toekomstige bekostiging van GGZ en wijkverpleging.

Profielgrenzen zijn discutabel, veranderlijk in tijd met gevaar voor onduidelijkheid en upcoding. Het werken met kostprijnsprincipes is het alternatief. Aan alle soorten bekostiging kleeft het gevaar van bureaucratie.

[11.12.2019](#): Contouren van een nieuwe **GGZ (2): de organisatie, inkoop en financiën** (*totaal*)

[17.09.2020](#): **Bekostiging** passende zorg in beweging: de **verpleeghuiszorg (3)** (*te laag aanbod*)

[21.09.2020](#): **Bekostiging** passende zorg in beweging: de **wijkverpleging (4)** (*cliëntprofiel versus uurtarief*)

[09.09.2020](#): **Bekostiging** passende zorg in beweging: de **GGZ (1)** (*zorgvraagtypering + cluster – context*)

\*Shared savings (pg.19) en populatiebekostiging (pg. 20) zijn beiden blijkbaar populair en actueel. Maar shared savings leidt niet alleen tot perverse prikkels, maar de spelregels om de ‘savings’ te verdienen zullen steeds worden bijgesteld. Het bekostigen van zorg binnen een populatie is in feite starten met de laatste stap, terwijl moet worden gestart met de eerste stap. De éérste stap van een passende bekostiging is taken en functies expliciteren, het aanbod vaststellen etc. Daarna zorg leveren en multidisciplinair samenwerken op basis van inhoud. Rechtsvorm en bekostiging zijn de láátste stappen na overeenstemming over het macrobudget. Aan populatiebekostiging kleven zoveel nadelen, dat ik niet begrijp waarom het, ook bij bestuurders, zo populair is. PS: bij elke soort financiering van zorg blijven de bekostigingsvorm en de tarieven de laatste stappen in een serie van vijf (het 5-stappenmodel). Geen enkele stap overslaan.

[07.07.2017](#): Waarde **populatiebekostiging** en regiocontractering wordt overschat (*wijkzorg!*)

[17.04.2017](#): Contractering bij **decentralisatie**: vastlopen in bureaucratie (*elke gemeente?*)

[27.04.2018](#): **Regionalisering** van de zorg: wat willen burgers en zorgaanbieders? (*regio?*)

[29.11.2018](#): Bij financiering **regionale zorg** zijn centraal afgestemde spelregels nodig (*VWS*)

[27.01.2020](#): De **praktijkkostenvergoeding** van de huisarts (*de 5 stappen van PKO naar dagtarief*)

[24.09.2020](#): **Bekostiging** passende zorg in beweging: de **huisartsenzorg (5)** (*5-stappenmodel*)

[24.11.2020](#): Leerpunten **decentralisatie** gebruiken bij **regionalisering** (*SCP-rapport: nut medisch?*)

[04.12.2020](#): Passende zorg zoekt **passende bekostiging (2)** (*NZa ZiN rapport bekostiging/organisatie*)

\*Preventiefonds (pg.20). Zowel binnen de primaire als de secundaire preventie moet het besef groeien dat met het drinken van kraanwater, dagelijks wandelen en het bij gebleken overdaad wat minder kopen van voedsel, elke dag kan worden gewerkt aan kostenbesparing en tegelijkertijd aan leefstijlverbetering (win-win). Gezonder leven kost niet altijd geld en hoeft niet samen te gaan met een zorginvestering.

[02.09.2018](#): **Water** 0.0 (*prima kraanwater, nul calorieën, niet in plastic, dus geen belasting voor milieu*)

[09.07.2020](#): **Preventie**: een moeizame tocht **van wieg tot graf** (*school, werk, thuis, ook sociaal*)

## **\*\*Organisatie & Regie (pg.21)**

\*Bij knelpunten staat vermeld: verantwoordelijkheden zijn in hoge mate decentraal belegd. Dat klopt, maar de vraag is, is decentralisatie destijds in 2015 zo verstandig (geweest)? Moet dat wel/niet worden gecorrigeerd?

Tweede vraag, met de aanstaande regionalisering, zijn er dan voor deze transitie leerpunten te formuleren uit juist deze decentralisaties? NB: Regio-indeling (pg.23) is nog maar één van de problemen bij regionalisering.

[17.04.2017](#): Contractering bij **decentralisatie**: vastlopen in bureaucratie (*elke gemeente?*)

[27.04.2018](#): **Regionalisering** van de zorg: wat willen burgers en zorgaanbieders? (*regio?*)

[14.10.2019](#): VWS herpakt regie bij **faillissementsperikelen** van ziekenhuizen (*nu vooraf bemoeienis*)

[25.04.2020](#): **Huisarts** schrijft indringende brief over **zorgcontractering 2021**(*CZ en opgelegde O&I*)

[24.11.2020](#): Leerpunten **decentralisatie** gebruiken bij **regionalisering** (*SCP-rapport: nut medisch?*)

\*Citaat: “geldt er bijvoorbeeld een zorgplicht”. Wat wordt nu bedoeld met dit kleine zinnetje? Gezien het hoofdstuk over organisatie een opmerking verscheen recent een NZa-stuk over de zorgplicht van zorgverzekeraars. Niet alleen passende zorg beschrijven en

bekostigen, maar ook met resultaatverplichting inkopen. En daar gaat het toch nogal eens mis. Een volgbeleid van verzekeraars is zeker een goede vervolgstap (pg.24).

[10.08.2017](#): Kunnen **zorgverzekeraars** zich meer van elkaar onderscheiden? (*eenheidsworst*)

[06.01.2018](#): Analyse **niet-gecontracteerde** zorg nodig voor goede zorgrelatie (1) (*met 3D-bril*)

[25.01.2018](#): Analyse **niet-gecontracteerde** zorg nodig voor goede zorgrelatie (2) (*selectieve inkoop*)

[04.03.2019](#): Contracteerproces huisartsenzorg heeft **reanimatie nodig (1)** (*Newcom onderzoek*)

[19.03.2019](#): Wachten op het wegwerken van **wachlijsten** (*Treknormen en zorgplicht*)

[08.11.2019](#): **Gezocht: een bed** voor verblijf, onderzoek of herstel (*ELV, GRZ, verpl.huis, zkhs, respijt*)

[24.10.2019](#): Toelichting bij artikel Medisch Contact: "**Geld voor de huisarts ligt op de plank**"

[14.12.2020](#): **Zorgplicht zorgverzekeraar** is primair een **resultaatverplichting** (*NZa met plichten ZV*)

\*Netwerk van acute zorg (pg.24). De acute zorg is bij uitstek wel zorg om op schaalgrootte van de regio te organiseren. De voortgang van de organisatie van spoedzorg gaat niet met spoed, maar erg traag. Er vallen nog veel problemen op te lossen, ook na de houtskoolschets.

[23.06.2017](#): Het lot van de ANW-spoedzorg van de huisarts ligt in **eigen hand** (*eigen standpunt*)

[02.08.2017](#): Geef bekostiging ANW-spoedzorg een **eigen kader** (*onderdeel kader acute zorg*)

[05.09.2017](#): ANW-spoedzorg: **geen** doorleverplicht en **geen** omzetplafond (*werkdruk HAP*)

[13.09.2017](#): Wat is de impact van de **NZa**-rapport op de acute zorg? (*marktscan en instroom HAP*)

[14.06.2018](#): Ongelukkige **uitspraak rechtbank** bij conflict rond borgen ANW-huisartsenzorg

[06.10.2018](#): Weinig **urgentie** getoond bij inrichting toekomstbestendige ANW-zorg (*kwaliteitskader*)

[13.01.2019](#): Incomplete gegevens devalueren **monitor acute zorg** (*minus huisartsgegevens*)

[05.04.2019](#): **Nog steeds discussie** in acute zorg over normen, richtlijnen, aanbevelingen (*ZIN*)

[02.08.2019](#): Inschrijftarief dagzorg huisarts heeft **niets** te maken met de ANW-zorg (*NZa/LHV*)

[01.10.2019](#): Acute zorg door huisartsen in ANW-tijd: 10 niet uitstelbare **spoedzaken** (*urgentie*)

[22.07.2020](#): Nog **drempels** genoeg bij nieuwe **inrichting en bekostiging spoedzorg** (*houtskoolschets*)

\*Vrije toetreding versus overheidssturing (pg.24). Het sturen (weigeren of stimuleren) van toetreding als uiting van capaciteitsregulering kan in tijden van personele krapte alleen maar stimuleren betekenen. Wat betreft tweedelijnszorg zijn er voldoende argumenten voor reorganisatie en transformatie van het ziekenhuislandschap. Wat mij betreft gaat dit vooraf aan alle plannen over regionalisering en samenwerking met eerste lijn.

[26.04.2018](#): Maak bekostiging ziekenhuiszorg **100% transparant** (1) (*prijstransparantie/regio*)

[10.07.2018](#): Maak bekostiging ziekenhuiszorg **100% transparant** (2) (*omzetpafond/ACM*)

[20.08.2018](#): Het waardegericht kunnen inkopen is een **illusie** (*P-waarde = uitkomst/kosten*)

[23.02.2019](#): De **transitie** van ziekenhuiszorg (1) (**over het msb**)

[25.02.2019](#): De **transitie** van ziekenhuiszorg (2) (**over afname aantal ziekenhuizen**)

[27.02.2019](#): De **transitie** van ziekenhuiszorg (3) (**over opvolging DBC-systematiek**)

[01.03.2019](#): De **transitie** van ziekenhuiszorg (4) (**over samenwerking met ziekenhuizen**)

[11.03.2019](#): Voorwaarden **toetreding** zorgaanbieder: van denken naar doen (*nieuwe toelatingscriteria*)

[13.03.2019](#): Torn niet aan **keuzevrijheid** van de burger (*wie bepaalt? aanbesteden hoeft niet*)

[10.08.2019](#): Overheid, neem regie bij **transformatie ziekenhuislandschap** (*centrale aansturing*)

[02.07.2020](#): Brabantse **huisarts rond ziekenhuis Bernhoven** beter belonen (*bij extra werk*)

[10.08.2020](#): Medisch **specialist wel/niet in loondienst** een **schijndiscussie** (*geen productieprikkel, in WNT*)

[14.09.2020](#): **Bekostiging passende zorg** in beweging: **ziekenhuiszorg (2)** (*visie + NZa-verrekening*)

[27.11.2020](#): **Wet toetreding** zorgaanbieders stelt eerste lijn **onmogelijke** eisen (*administratie/financieel*)

\*Clientondersteuning versterken (pg.26) zou kunnen beginnen met het informeren van de bevolking van het wettelijk recht erop. Bijvoorbeeld als steun bij het wachten op een plek.

[13.02.2019](#): **Clientondersteuning**: graag onafhankelijk en gratis (*in wet: recht!, Wlz en Wmo*)

[26.09.2019](#): Stuwmeer van **wachtenden met Wlz-indicatie** (nog) niet op juiste plek (300.882)

[16.06.2020](#): Consequenties toename **extramuraal gegeven Wlz-zorg: voor cliënt (1)** (*wachtenden*)

[28.08.2020](#): **Verpleeghuiscapaciteit**: aanbod blijft achter bij vraag. Wat nu? (*extramuraal gevolgen*)

\*Tegengaan van niet-gecontracteerde zorg (pg.27) betekent evengoed voor de verzekeraar zorgplicht met resultaatverplichting voor de burger ten aanzien van het basispakket. Analyse van de argumenten van het niet contracteren lijkt me nuttiger. Met behoud van de keuzevrijheid van de burger.

[04.09.2017](#): Het **contract** bij zorginkoop (*inkoopmethodieken, omzetplafond, doorleverplicht*)

[06.01.2018](#): Analyse **niet-gecontracteerde** zorg nodig voor goede zorgrelatie (1) (*met 3D-bril*)

[25.01.2018](#): Analyse **niet-gecontracteerde** zorg nodig voor goede zorgrelatie (2) (*selectieve inkoop*)

[23.02.2018](#): **Inzicht in prijs**, dan pas uitzicht op een oplossing (*interesse "ist" en "soll" kostprijs*)

[26.02.2018](#): **Inzicht in prijs**, dan ook uitzicht op een transparanter zorgcontract (*in alle sectoren*)

[13.11.2018](#): **Vrijheid burger** bij keuze zorgaanbieder is belangrijker dan contractstatus (*drempel*)

[04.02.2019](#): Duidelijker **financieel kader** bij betaling niet-gecontracteerde zorg (*betalen + meedenken*)

[12.09.2019](#): Integreer monitor zorgverzekeringen met **alledaagse zorg** (*verzekering versus praktijk*)

[11.06.2020](#): De minister haalt **oude koe** uit de sloot (*vrijheid artskeuze weer ter discussie*)

\*Domeinoverstijgende samenwerking een duurzame basis geven (pg. 29) lost zich niet op met regiobekostiging. Dan wordt aan de verkeerde kant van de transitieketen en het veranderingsproces begonnen. Begin bij de inhoud en financier de samenwerking. En laat de organisatie van betaling bij de drie partijen als zorginkopers met zorgplicht (verzekeraars, gemeenten, zorgkantoren). En als er de neiging is van afwenteling (pg.30), laat dat worden opgelost aan de overlegtafel van de inkopers en niet op de werkvloer bij zorgverleners.

[01.03.2019](#): De **transitie** van ziekenhuiszorg (4) (**over samenwerking met ziekenhuizen**)

[12.02.2019](#): Financiering **POH-jeugd** valt onder twee wetten (*Zvw:psyche en Jeugdwet psychiatrie*)

[25.04.2019](#): Uitstel ruimere **integrale financiering** binnen de Wet langdurige zorg (*te duur*)

[08.05.2019](#): Mag aantal uren verpleging in **palliatieve setting** worden gemaximeerd? (1) (*nee*)

[03.07.2019](#): Mag aantal uren verpleging in **palliatieve setting** worden gemaximeerd? (2) (*nee*)

[24.11.2020](#): Leerpunten **decentralisatie** gebruiken bij **regionalisering** (*SCP-rapport: nut medisch?*)

[02.12.2020](#): **Passende zorg** zoekt passende bekostiging (1) (*NZa ZiN rapport zorginhoud*)

[04.12.2020](#): Passende zorg zoekt **passende bekostiging (2)** (*NZa ZiN rapport bekostiging/organisatie*)

[14.12.2020](#): **Zorgplicht zorgverzekeraar** is primair een **resultaatverplichting** (*NZa met plichten ZV*)

\*Herpositionering ouderenzorg binnen de Zorgverzekeringswet (pg.31). Als de kwetsbare oudere reeds een Wlz-toelating heeft, kan de zorg niet zomaar via de Zorgverzekeringswet worden gebracht. Zeker niet als de aanleiding tot veranderen een financiële is (pg.12 2<sup>e</sup> alinea).

[21.02.2019](#): Term **passende ouderenzorg** blijkt toch verwarrend te zijn (*kwetsbaren zijn allang bekend*)

[25.04.2019](#): Uitstel ruimere **integrale financiering** binnen de Wet langdurige zorg (*te duur*)

[11.07.2019](#): Wordt **onvrijwillige zorg (Wzd)** straks wel vrijwillig gegeven?? (*3 functies ingevuld?*)

[06.09.2019](#): Wlz-indicatie **mét behandeling** en ANW-spoedzorg: **des huisarts?** (*maar geen plicht*)

[14.01.2020](#): Intramuraal **beddentekort** geeft **extramuraal** het **ongemak** (*tekort verpleeghuisbed*)

[09.11.2020](#): Convenant **medische zorg gehandicapten**: nu de **randvoorwaarden** (*kennis + contract*)

## **\*\*Vernieuwing & Werkplezier**

Twee uitdagende termen die altijd al als grote motivator van arbeid kunnen worden geduid. Mits de professional inspraak krijgt en mits burger ook het nut ervaart van een verandering. Wordt innovatie ook betaald? Minder werkdruk is er met de personele krapte amper. Minder regeldruk ook niet, kijk maar eens naar de op de zorg afgekomen wetgeving (Wkkgz, Wtzi, Wmcz, AVG, Wiv, DBA, Wzd, WvGGZ etc.). De extra personele instroom begint op gang te komen, helaas blijft de uitstroom ook aanhouden.

\*Verbetering kwaliteitsnormen (pg.34) is goede zaak mits het wordt aangewend om te leren en te verbeteren. Wie van zijn werk houdt (motivatie), wil verbeteren. Helaas worden normen ook gebruikt voor uitkomstfinanciering en tuchtrechtspraak. Dat werkt demotiverend. Uitkomsten (output en outcome) worden mede bepaald door context en cliëntfactoren. Het probleem hier is dat “consumenteninformatie” en “doelmatigheidsprikkels” sinds 2006 als stelselvoorwaarden worden gebruikt, en soms bij afrekeningen (“selectieve inkoop”) worden misbruikt om de spreadsheet kloppend te krijgen.

Beter is bij kwaliteit in te zetten op indicatoren zoals vermeld bij het Institute Of Medicine (effectiviteit, veiligheid, tijdigheid, efficiëntie, gelijkwaardig toebedeeld, patiënt georiënteerd). Dan komen bij het criterium “*veiligheid*” ook aspecten als arbeidstijd van professionals in beeld. En kan met het criterium “*tijdigheid*” niet worden geaccepteerd dat nu meer dan 11.000 mensen met een EPA langer dan vier maanden [wachten](#) op hulp, waarbij deze zelfde groep en passant ook nog 20 jaar korter leeft. Er is geen behoefte aan (steeds maar opnieuw) informatie over een wachtlijst, er is via handhaving van zorgplicht bij verzekeraars behoefte aan tijdig ingekochte en nadien geleverde goede zorg.

[01.03.2017](#): Het eerlijke verhaal begint met **de juiste vragen** (*in verkiezingstijd*)

[05.06.2017](#): Niet het meten, maar het **verbeteren eigen kwaliteit** biedt meeste perspectief

[11.06.2017](#): **Tekort aan verpleegkundigen** in alle sectoren van de zorg (1) (*oorzaken, wáár tekort*)

[15.06.2017](#): De **transparantie voorbij...** (*over tuchtrecht*)

[23.06.2017](#): Het belang van de **context** (*zonder context geen bewijs*)

[12.07.2017](#): **Tekort aan verpleegkundigen** in alle sectoren van de zorg (2) (*deltaplan*)

[18.09.2017](#): Aandacht **persoonsgerichte zorg** is terecht, maar is niet nieuw (*altijd al zo geweest*)

[27.12.2017](#): **Arbeidstijd** (*over werktijden van artsen en het toezicht*)

[25.05.2018](#): Ontregelen doe je daar **waar je regels afspreekt** (*reductie administratieve lasten*)

[20.08.2018](#): Het waardegericht kunnen inkopen is een **illusie** (*P-waarde = uitkomst/kosten*)

[28.09.2018](#): **Stelseldiscussie** lijkt onontkoombaar: niet top-down, maar bottom-up (*burger!*)

[04.12.2018](#): Lessen uit de **schrapsessies** als basis voor vervolg op (ont)regelen van zorg

[05.12.2018](#): Vervolg op **ontregelen** van zorg: mail naar de minister (*suggesties naar de minister*)

[01.02.2019](#): **Schaarste personeel** bedreigt zorg (*instroom, maar ook veel uitstroom*)

[01.10.2019](#): Acute zorg door huisartsen in ANW-tijd: 10 niet uitstelbare **spoedzaken** (*urgentie*)

[24.12.2019](#): Financiële staat: **vraag/antwoord** (08) (*tijd bij neveneffecten, adm. lasten, teruggeven*)

[27.04.2019](#): De nieuwe **K van kwaliteit** (*over verantwoording nemen en belang van context*)

[27.11.2020](#): **Wet toetreding** zorgaanbieders stelt eerste lijn **onmogelijke eisen** (*administratie/financieel*)

**In de discussienota wordt tot slot gevraagd om te reageren op specifieke vragen.**

**1. Herkent u zich in de drie thema's waar voor de komende jaren meer verandering nodig is?**

Antwoord: Het zijn zeker drie belangrijke thema's om mee aan de slag te gaan.

**2. Herkent u de knelpunten, of missen er nog knelpunten?**

Antwoord: Ik mis als eerste in de nota, zoals u in bovenstaande leest, met name de reorganisatie van tweedelijnszorg: Wat heeft Nederland nodig? Hoeveel traumacentra, UMC's, ZBC's, SEH's, IC-bedden, topklinische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen etc. Het juiste concentratiebeleid en de vraag of met de kennis van nu het besluit te komen tot 30 fusies van ziekenhuizen een goed besluit is geweest, passend in de regionale infrastructuur. De discussie ligt nu te veel bij de opmerking dat de medisch specialisten in loondienst kunnen. Maar dat is echt niet het grootste probleem.

Het tweede knelpunt wat ik mis is een beleidsinzicht geven in een regionaal vestigings- en spreidingsbeleid van eerstelijns zorgdisciplines.

Het derde knelpunt is het antwoord op de vraag hoe de verbinding te duiden en/of te scheiden tussen medisch, care en sociaal domein.

Vierde knelpunt is het wel steeds benoemen van het probleem van betaalbaarheid, maar het woord kostprijs zorg wordt steeds gemeden. Hoe dan te bepalen of iets te duur of te goedkoop is als het vergaren van kennis over zorgkosten niet op de agenda staat?

Als vijfde knelpunt mis ik een beleidsvisie op de almaar uitdijende taakherschikking en subspecialisaties. Wat zijn de begrenzingen, welke impact heeft het op

verantwoordelijkheden en op de steeds verdere taakdifferentiatie en zorgversnippering?

Als laatste niet in de nota genoemd knelpunt, deels horend bij preventie, is de bijdrage van de luchtkwaliteit aan het veroorzaken van ziekten en zorgkosten.

**3. Welke beleidsopties die genoemd worden bij de drie thema's leveren een belangrijke bijdrage aan de houdbaarheid van het stelsel?**

Antwoord: alle drie, maar zal afhangen van de uitwerking (SWOT, PDCA, JZJP, VVV, WWWWWH etc.).

**4. Heeft u concrete suggesties om bepaalde opties te concretiseren en praktisch vorm te geven?**

Antwoord: mijn meest concrete suggestie is de bekostiging van preventie héél anders aan te pakken: enerzijds zelf als burger 'gratis' binnen primaire preventie de leefstijl aanpakken, anderzijds ter financiering de introductie van BOP.

**5. Welke beleidsopties ontbreken er nog?**

Antwoord: Wat ontbreekt is het expliciteren van de zorgplicht van zorgverzekeraars en afspraken over handhaving daarbij. Daarnaast ontbreekt elk gegeven om uit het huidige zorgstelsel aspecten voor de toekomst anders aan te pakken.

Ik pleit niet voor een revolutie, maar het aantal verzekeraars en polissen kan omlaag. Meer integraal toezicht is nodig en een betere invulling van solidariteitsaspecten met meer burgerparticipatie heeft mijn voorkeur: afschaffen collectiviteit, afschaffen vrijwillig eigen



risico en meer financiële solidariteit dan nu door aanpassing van de bovengrens inkomen op basis waarvan de inkomensafhankelijke premie wordt vastgesteld.

19 december 2020

<https://www.internetconsultatie.nl/zorgvoordetekomst>