

## REACTIE op VWS-DISCUSSIONOTA “ ZORG voor de TOEKOMST”.

### 1. Inleiding.

Het ministerie VWS heeft een interessante discussienota uitgebracht met als titel “ Zorg voor de Toekomst”. Het is – aldus VWS- de bedoeling om na een brede maatschappelijke discussie c.q. consultatie deze discussienota als consultatienota aan te bieden aan de Tweede Kamer en de gehele politiek.

### 2. Inhoud discussienota: enkele hoofdlijnen.

De opzet is vrij breed en omvat eigenlijk wel alle relevante thema's.

Maar er is wel sprake van een focus op de toekomstige “betaalbaarheid en toegankelijkheid “ van de zorg.

Dat is eigenlijk – volgens de discussienota - het grote punt “waarom” er veranderd moet worden. T.a.v. het “wat/hoe” heeft men een drietal thema's/aspecten gekozen , namelijk “preventie & gezondheid” , “organisatie & regie” en “ vernieuwing & werkplezier ”. Het zijn wat “ongelijksoortige” thema's.

Maar laten we naar een aantal concrete aspecten/knelpunten kijken, die aan de orde komen :

ontwikkelingen aan de **vraagkant**, zoals b.v. :

- demografische/ epidemiologische ontwikkelingen,
- extra zorg vraag door nieuwe medische mogelijkheden,
- de toenemende wensen/eisen die gesteld worden aan de kwaliteit van zorg ( zowel in de cure als de care)
- enz. .

ontwikkelingen aan de **aanbodkant**, zoals b.v.:

- loondrift vanwege krapte op de arbeidsmarkt
- inefficiency door schotten-problematiek
- productieprikkelers door de bekostigingssystematiek.
- De reeds genoemde nieuwe technologieën ,enz.

In de nota wordt de preventie en de “schottenproblematiek” zwaar aangezet. Met dit laatste wordt bedoeld dat door de te strikte scheiding tussen de verschillende onderdelen van de zorg, de gescheiden bekostigingssystemen, enz., er kwaliteit wordt ingeleverd en ook onnodige zware zorg wordt verleend en dus zijn de kosten onnodig hoog. Ik kom daar nog op terug. Eerst ga ik nader in op de “preventie”.

### **3. PRIMAIRE, SECUNDAIRE EN TERTIARE PREVENTIE: ESSENTIEEL VERSCHIL.**

Een ander thema dat sterk wordt aangezet is “preventie”. En natuurlijk geheel eens dat “voorkomen beter is dan moeten genezen”, maar wat “niet kan worden voorkomen, moet wel worden genezen.” Ik vind wel dat men preventie in veel te algemene termen bespreekt. Men moet er veel gedifferentieerder naar kijken. B.v. het onderscheid primaire (b.v. leer mensen gezond eten en bewegen zodat ze niet te dik worden), secundaire (probeer mensen met dreigende, opkomende obesitas zo vroeg mogelijk op te sporen) en tertiaire preventie (mensen die vanwege obesitas een maagoperatie moeten ondergaan, eerst “min of meer” gedwongen laten afvallen en dan pas opereren, waardoor de kans op een blijvend “effect” toeneemt.)

Welke vorm is het meest effectief in welke situatie? We moeten eens goed gaan onderzoeken waarom bepaalde preventie-activiteiten wel of geen resultaat hebben. We maken vele, hele mooie wandelpaden om meer te bewegen. Maar degenen die er veel gebruik van maken, zijn degenen die al veel bewegen. Of hebben we inzicht waarom – na zoveel jaren [de iets minder jongeren onder ons herinneren nog wel de anti-rook acties van Dr. Meinsma] – de rook-preventie enig resultaat begint op te leveren? En geheel eens dat men – mogelijk samenhangend met preventie - de grote ongelijkheid in levensverwachting en zeker ook kwaliteit van leven van de lage SES-groepen als zeer belangrijk thema adresseert. Het plaatsen van dit vraagstuk in een bredere, sociale context van b.v. schuldensanering, werkloosheidsbestrijding, goede opleidingen, eenzaamheidsbestrijding, is natuurlijk helemaal juist. Dat betekent dat voor deze groep de oplossing van het “zorgvraagstuk” voor een deel in het sociale domein ligt. Men moet het zorgstelsel voor het oplossen van dit specifieke, maatschappelijk zeer relevante vraagstuk dan ook niet aanpassen. Men loopt dan een grote kans een goede oplossing voor een ander probleem in gevaar te brengen.

(Het lijkt op de metafoor van die man die z'n portemonnee, die hij in een donker gedeelte van de straat was verloren, gaat zoeken onder het licht van een verderop staande lantaarnpaal.)

Mijn advies is dan ook om dit te onderkennen. En wat betreft de primaire preventie zou

ik willen stellen om dat vooral niet proberen aan te haken bij het zorgstelsel. Maar juist vanuit het “sociale domein” een oplossing voor dat deel van het vraagstuk uit te werken. Mogelijk kunnen de als paddenstoelen uit de grond rijzende burgerinitiatieven hier een goede rol vervullen. ( zie site van Nederland Zorgt Voor Elkaar)

Door de RABO is een interessante nota over preventie verschenen . Daar wordt – terecht- opgemerkt dat preventie vooral buiten het “ zorgdomein” moet worden opgepakt. Wat mij betreft niet zozeer omdat zorgaanbieders dat niet zouden willen. Ik heb bovenstaand onderscheid gemaakt in verschillende vormen van preventie ( zie ook een aparte nota van VWS over preventie) en aangegeven waar de zorgaanbieders wel degelijk een rol spelen en verantwoordelijkheid hebben. En die ook nemen en dat kan zeker nog een wel tandje extra.

Natuurlijk is “preventie, in al zijn varianten”, primair relevant vanuit kwaliteits-overwegingen. Maar wat niet “ voorkomen wordt c.q. kan worden voorkomen”, moet wel “genezen” worden.

T.a.v. het kostenargument kan - mogelijk enigszins cynisch klinkend- men vraagtekens zetten. Zeker als je kijkt naar de pure macro-kosten beheersing. Want dan is het maar de vraag of je met preventie , in boekhoudkundige zin de kosten meer kan beheersen c.q. verlagen. Immers als preventie succesvol is , leven mensen langer en met grotere kansen op ziektebeelden als kanker, dementie, enz.. Dit noemt men ook wel de “preventieparadox”.

Maar het gaat niet alleen om de boekhoudkundige kosten. Het gaat om de effectiviteit van die bestedingen ( ik gebruik nu bewust niet het woord kosten). Immers het gaat om de gezondheidswinst, die we bereiken met die bestedingen. B.v. het effect op de levensverwachting , het effect op het aantal gezonde jaren, het effect op het weer beter kunnen bewegen na een heupimplantatie, enz.. Het gaat dan dus om de “toegevoegde waarde “, ook wel “ value based health care “ genoemd.

In dit kader moeten we nadrukkelijker kijken naar het onderscheid primaire , secundaire en tertiaire preventie. Zoals boven aangegeven kan de primaire preventie onderdeel worden van het “sociale domein”-beleid. De secundaire en tertiaire preventie kan – in mijn ogen - beter onderdeel worden van het “ZvW - resp. WLZ-domein”. Dat heeft vooral te maken met de situatie dat betreffende activiteiten zich vooral in de zorg plaatsvinden c.q. in nog veel grotere mate zouden moeten plaatsvinden.

#### 4. Bekostiging, Financiering en Financiële Prikkel : ZORGINHOUD.

Nadenken over bekostiging en financiering kan alleen maar effectief zijn als je vertrekt vanuit de - wenselijke en noodzakelijke - ontwikkelingen en trends in de zorg. Een deel van deze ontwikkelingen hebben een min of meer autonoom karakter t.o.v. het beleid van de overheid /zorgverzekeraars. Ik zou willen stellen , dat de betekenis c.q. beoogde impact van een bekostigingssysteem primair juist vanuit de inhoud moet worden bekeken.

Het bekostigings-/financieringsvraagstuk komt dan ook bij alle drie genoemde thema's afzonderlijk terug. Met bekostiging bedoelen we de wijze waarop de zorgaanbieders wordt betaald door zorgverzekeraars en de overheid en deels direct door de patiënt/consument zelf. ( Zie "markt" nr.3 in onderstaand schema.)

Met financiering bedoelen we de wijze waarop de zorgverzekeraars en de overheid hun middelen verwerven middels premies en belastingen. ( zie "markt" nr. 2 in onderstaand schema)

In onderstaand schema ( NZi, 1987) heb ik – geactualiseerd uiteraard - het z.g.n. driemarkten-model weergegeven.

We bespreken kort de drie-markten en plaatsen die in het kader van de discussie -nota.

##### I. **Zorgverlening:** de relatie tussen patiënt en zorgprofessional. ( nr. 1 in schema)

In de nota wordt op vele plaatsen de relatie tussen de professional en de patiënt als de kern van de zorg benoemd. Daar draait het om. Dit is een relatie die in zeer hoge mate is gebaseerd op "vertrouwen", vertrouwen in de deskundigheid van de professional en dat die primair handelt in het belang van de zorg voor en de gezondheid van de patiënt. De pijl in het schema van de overheid naar de zorgverlening , de individuele relatie patiënt- zorgprofessional , is dan ook **dunne pijl**.

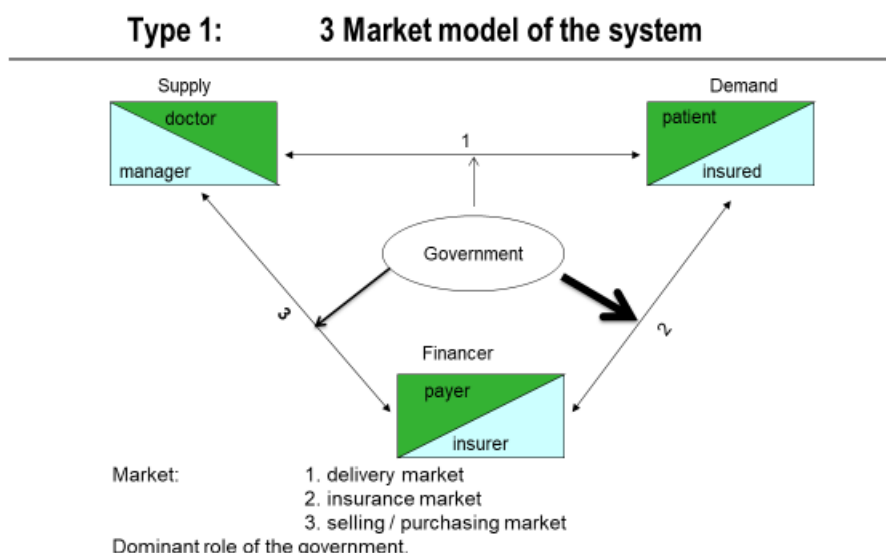
De overheid en de zorgverzekeraars horen niet in " spreekkamer van de dokter en de patiënt".

Ik wil aanvullend op de discussienota een tweetal aspecten nader benoemen. Dat is in de eerste plaats de ontwikkeling van de precisie-geneeskunde ( "personalised medicine") . De zorg wordt steeds specifieker , gepersonaliseerder , individueler, enz.. We weten door allerlei wetenschappelijke inzichten steeds meer waarom iets

werkt en niet alleen dat het met een bepaalde kans werkt. ( van “casinogeneeskunde ” naar “precisie-geneeskunde “; de laatste term is van Blijham). Dit heeft consequenties voor de reeds vele jaren lopende discussie over praktijkvariatie. Misschien we niet meer aan een dokter vragen waarom hij van het “protocol “afwijkt , maar vragen waarom hij niet afwijkt. ( zie van Weert en Hazelzet, NFU-publicatie 2020 )

In de tweede plaats speelt de grote verandering van de patiënt /client. Hij wil meer eigen regie , meer zelfmanagement, is in vergelijking met de vorige generatie beter opgeleid , heeft een hoger inkomen ( zeker de ouderen vanwege de goede pensioenen) EN wordt hierbij ondersteund door de “nieuwe technologie”. ( zie bijgevoegde monografie). Hierdoor kan hij ook steeds meer zelf. Ik kan daar zeer vele voorbeelden uit de gewone dagelijkse praktijk van geven. Ik heb dit het “prosumentenmodel” genoemd. De consument c.q. de zorgvrager wordt in steeds groter mate zijn eigen producent c.q. zorgaanbieder.

( Dit is overigens geen specifieke ontwikkeling in de zorgsector. Dit zien we in vele sectoren in de economie b.v. de banken [ de RABO reduceert het aantal arbeidsplaatsen met 25.000 vanwege hoofdzakelijk internetbankieren], de retail, de energie-productiesector, enz.). Dit gaat een zeer grote impact hebben op de organisatie van de economie. Ook op de arbeidsmarkt heeft dit zeer grote consequenties . Ik kom daar nog op terug.



De consequentie van deze twee – elkaar versterkende - ontwikkelingen is dat in het kader van de prestatie-bekostiging het aantal DBC/Dotjes ( de tariefdragers) zeer sterk zou moeten worden uitgebreid. De diversiteit , de specificiteit, het personalistische karakter van de zorg neemt zeer sterk toe. Bijna elke patiënt zou z'n eigen DBC/DOT c.q. tariefdrager moeten krijgen. Dat is natuurlijk onmogelijk en onwerkbaar. Met een zeer sterke toename van de administratieve lastendruk EN die wil iedereen juist verlagen, toch!!! Het Tienpuntenplan ( zie onder) biedt hiervoor een betere oplossing.

II . **Zorgverzekering** : de relatie tussen verzekerde en zorgverzekeraar. ( nr. 2 in schema)

M.b.t. de zorgverzekering is er – vanwege de zeer breed gedragen prioriteit voor algemene toegankelijkheid en solidariteit- zeer veel geregeld door de overheid in wetten en regelgeving. Dat wordt gesymboliseerd door de **dikke pijl** van de overheid naar de zorgverzekeringsmarkt. Dat komt uiteraard omdat de overheid de enige is die dit kan regelen. In de nota weegt dit uitgangspunt – en naar mijn mening terecht- zeer zwaar. Men kan in principe aan twee beleids-knoppen draaien als het gaat om de algemene toegankelijkheid en solidariteit , namelijk de omvang van het basispakket en de mate waarin het “collectief” ( de inkomensafhankelijke en nominale premies in de WLZ en de ZvW ) dan wel “privaat” ( middels eigen bijdragen /eigen risico's of aanvullend particulier verzekeren) wordt gefinancierd . In Nederland hebben we een vrij breed basispakket in de ZvW/WLZ alsmede relatief lage eigen betalingen ( in allerlei vormen). De zeer strakke regulering ( zie monografie) door de overheid leidt ertoe dat de premieverschillen tussen zorgverzekeraars gering zijn. B.v. het maximale verschil premieverschil voor een natura-polis tussen de 8 grootste zorgverzekeraars ( samen 98% van de markt) is zowel in 2020 als in 2021 ca. € 4,50 per maand. En slechts een beperkt deel van dit verschil komt door het verschil in resultaat op de zorginkoop ( incl. de verevening). De zorginkoop betreft dus de derde “markt” in het schema.

In de discussies in de media en publicaties wordt vaak gewezen op de sterke concurrentie tussen zorgverzekeraars op de verzekerden-markt. We moeten deze concurrentie echter

sterk relativeren. In de eerste plaats omdat deze markt sterk overheidsgerereguleerd is en ten tweede omdat de effecten van de wijze waarop de zorgverzekeraars acteren op de zorginkoop-markt sterk worden beperkt door de wijze waarop deze markt werkt alsmede door de verevening. M.a.w. de premieverschillen kunnen ook niet groot zijn. Interessant is om nog op te merken dat als men nu naar de reclames op de TV kijkt voor zorgverzekeringen ( immers het is nu het wissel-seizoen) er nauwelijks reclames zijn van zorgverzekeraars zelf, maar vooral van “vergelijkingsites “, zoals Independer, Zorgwijzer, Pricewise , Zorgkiezer, Polswijzer , Overstappen.nl. enz.. Als je naar sites kijkt waar verzekerden aangeven waarom men wisselt is het naast het premieverschil , vaak de ( veranderingen ) in de inhoud van het aanvullend verzekeringspakket. Overigens is het aantal verzekerden dat een aanvullende verzekering heeft met 10%-punt afgenomen in de afgelopen jaren.

In de discussienota komt de zorgverzekeringsmarkt – in hoofdzaak - aan de orde als het gaat over de omvang en samenstelling van het basispakket en de aanpassing van eigen risico's en eigen bijdragen. T.a.v. het laatste wordt opgemerkt dat in Nederland t.o.v. het buitenland laag zijn. Houdt dit een suggestie in aan de politiek om – met het oog op de toegankelijkheid en betaalbaarheid- te pleiten voor een verhoging van het eigen risico c.q. van de eigen bijdragen ( niet alleen in de ZvW maar ook in de WLZ )?

### **III. Zorginkoop en Zorgverkoop:** de relatie zorgverzekeraar en zorgaanbieder. (nr. 3 in schema)

Het gaat hierbij om de zorginkoop door zorgverzekeraars bij zorgaanbieders. Of omgekeerd zorgverkoop door zorgaanbieders aan zorgverzekeraars. De zorgverzekeraar heeft jegens haar verzekerden zorgplicht. Door de overheid en de NZa zijn op deze markt allerlei beleidsmaatregelen en financiële kaders van kracht. Per zorgsoort zijn die soms erg verschillend. Bij de invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006 ( ZvW, WMG en WTZi) is met name om middels de versterking

van de inkooppositie van de zorgverzekeraar voor een aantal zorgsoorten “prestatiebekostiging” ingevoerd. Er werd dus niet meer zozeer betaald voor de “beschikbaarheid”, maar voor de “prestatie”. Door deze versterkte positie van de zorgverzekeraar had deze grotere mogelijkheden om scherper te onderhandelen over tarieven, volume en kwaliteit. Op deze wijze kan een bijdrage worden geleverd aan de kostenbeheersing en er mede zorg voor te dragen dat de financiële macro-kaders niet worden overschreden. Ik focus op de ziekenhuizen en de medisch specialistische hulp. Dit is de grootste sector en ook leading in het debat. Onder verwijzing naar enkele blogs in Zorgvisie, ben ik van mening dat de bekostiging van ziekenhuizen geen “prestatiebekostiging “ is , maar een – overigens veel te ingewikkeld – budgetsysteem. De DBC/DOT-tarieven zijn alleen maar verreken tarieven. De honoraria van de vrijgevestigde medisch specialisten zijn hiervan een onderdeel. Er zijn ook geen aparte tarieven meer voor deze honoraria en de medisch specialisten onderhandelen ook niet meer met de zorgverzekeraars over hun honorarium. De specialisten, verenigd in een z.g.n. Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) onderhandelen met het ziekenhuisbestuur over het totale honorarium-bedrag en verdelen dat onderling binnen het MSB. Daarbij speelt de productiviteit een zeer beperkte rol ; andere factoren zijn veel belangrijker. (Zie Monografie)

In de discussienota wordt gezegd dat er nog in ruime mate sprake is van productie-prikkels. Het is niet meer zo dat het inkomen van b.v. een orthopeed met 10% toeneemt als hij 10 % meer heupen implanteert. Er zijn productie-prikkels , in die zin dat de ziekenhuizen proberen de volumeplafonds per zorgverzekeraar niet te overschrijden ( overschrijding leidt niet tot een hoger budget) en niet te veel te onderschrijden. Ik noem dat **“plafond-management”**.

In de discussienota wordt ervoor gepleit om de bekostiging meer te enten op de “beschikbaarheid” en minder op de “productie”. Dat is min of meer een vorm van



populatie-bekostiging. Ik heb aangegeven dat dit in de praktijk van de ziekenhuizen, maar b.v. ook voor de huisartsenzorg, al in grote mate het geval is. Ik pleit in het **TIENPUNTEN-plan** (zie Bijlage) voor sterke vereenvoudiging. Door b.v. een zorgverzekeraar, namens alle anderen, met een ziekenhuis te laten onderhandelen over het totale budget. Dit heet het z.g.n. **representatie-model**, waar in de discussienota ook voor wordt gepleit. Dit is dus de **ALLOCATIE**, de wijze waarop wordt bepaald middels onderhandelingen met zorgverzekeraars, hoe hoog de vergoede omzet van het ziekenhuis is c.q. naar zich toe gealloceerd krijgt. De allocatie speelt zich dus af op de zorginkoop-en zorgverkoopmarkt. (nummer 2 in het schema. Op deze wijze ontstaat er een veel eenvoudiger onderhandel-model. Met grote efficiencywinsten in de transactiekosten, zowel bij het ziekenhuis als bij de zorgverzekeraars. Men zou kunnen stellen dat hierdoor een prikkel om zo laag mogelijke tarieven te bereiken wordt uitgesloten. De bedoeling van het zorgstelsel was dan de betreffende zorgverzekeraar deze lagere tarieven dan (deels) doorgeeft aan de verzekerden met een lagere premie, waardoor er meer verzekerden naar deze zorgverzekeraar zullen komen. Hierdoor kan deze zorgverzekeraar een hoger volume contracteren bij de ziekenhuizen en dat kan weer leiden tot lagere tarieven. Dat laatste doordat het ziekenhuis het "kostenvoordeel" van een hoger volume (denk aan de relatief hoge vaste kosten van een ziekenhuis) met de betreffende zorgverzekeraar kan delen. Maar zo werkt het – om verschillende redenen - niet. Denk b.v. aan de volumeplafonds, die door zorgverzekeraars worden gehanteerd OF aan de zeer beperkte mogelijkheid om "patiëntenstromen" te sturen door zorgverzekeraars OF aan het geringe effect van het verschil in resultaten van de zorginkoop, incl. de verevening op het premieverschil. Bij dit laatste gaat het niet om de impact van de totale zorgkosten op de zorgpremie, want die is zonder meer erg hoog, immers ca. 96% van de totale kosten van een zorgverzekeraar zijn de zorgkosten. Dit effect wordt elkaar

jaar door het ministerie van VWS in de voor de zorgverzekeraars uniforme rekenpremie meegenomen. Maar het gaat om het verschil in het resultaat op de zorgkosten , incl. de door/namens de overheid geregisseerde verevening tussen zorgverzekeraars. En uit de toelichtingen die zorgverzekeraars ( voor de premies over 2021) geven bij de presentatie van hun nieuwe nominale premie , kan worden afgeleid dat die verschillen een (soms zelfs) gering deel van de premieverschillen tussen zorgverzekeraars verklaren. Het is zeer aan te bevelen om deze ontwikkelingen over een groter aantal jaren te analyseren.

Ik merk aanvullend nog op dat – in de huidige situatie- die deelbudgetten per zorgverzekeraar door het ziekenhuis worden opgeteld en voor de interne **AANWENDING** als een totaal -budget worden beschouwd. Een beetje metaforisch gesteld , we hebben in een bepaald ziekenhuis geen Menzis-verpleegkundigen of een apart CT-scanapparaat voor CZ-verzekerden. De aanwending speelt zich af op de zorgverleningsmarkt ( nummer 1 in het schema.).

Ik stel nog een tweede, sterke vereenvoudiging voor. Nu is het zo dat voor het kunnen declareren van een bepaald deelbudget er aparte DBC/DOT-tarieven worden uit onderhandeld per ziekenhuis en per individuele zorgverzekeraar. Deze tarieven zijn echter alleen maar verreken tarieven en hebben verder geen enkele bedrijfseconomische of zorginhoudelijke betekenis. Dus ik stel voor dat de **NZa landelijke , uniforme verreken tarieven** vaststelt. Dat impliceert een verdere reductie van de transactiekosten bij zowel ziekenhuis als zorgverzekeraars en natuurlijk een zeer grote reductie van de administratieve lastendruk voor de zorgprofessionals en bij de administratie van zowel ziekenhuis als zorgverzekeraar. En bovendien zijn die uniforme tarieven voor de patiënten , b.v. in het kader van de verrekening van het eigen risico te begrijpen. We zijn dan ook af van wat we genoemd hebben de spooktarieven. Er is geen enkele patiënt, die in het kader van het verrekenen van het eigen risico , gaat veranderen van zorgverzekeraar omdat

het tarief voor een b.v. een liesbreuk of een nieuwe heup, bij een andere zorgverzekeraar lager is. Deze prikkel heeft nooit bestaan. Overigens – los hiervan – boekt het CPB een bepaald bezuinigingseffect in voor het “eigen risico” in haar zorgkostenramingen. Deze CPB-ramingen zijn een belangrijk uitgangspunt voor het kabinetsbeleid en voor de onderhandelingen over de hoofdlijnenakkoorden. T.a.v. de ontwikkeling van de ziekenhuiskosten zijn de “dure geneesmiddelen “ een zeer groot aandachtspunt. Alhoewel dit zonder meer juist is , moeten we hierbij opmerken dat we nu juist op dit onderdeel in belangrijke mate landelijk beleid kennen. Die dus niet leiden tot verschillen in inkoopresultaat tussen zorgverzekeraars.

M.b.t. een analyse van de “prikkel in het systeem” zie ik in het artikel van Klink, Jeurissen c.s. “Lessen uit de CPB-beoordelingen “ duidelijke ondersteuning voor bovenstaande conclusies.

Het TIENPUNTEN-plan heeft ook belangrijke karakteristieken van een vorm van **populatie-bekostiging**. Ten eerste omdat er in zekere mate sprake is van “**beschikbaarheids-bekostiging**” en anderzijds dat je -naast andere beleidsmatige factoren- bijvoorbeeld om de drie jaar een herijking toepast van het budget met betrekking tot verschuivingen in de adherentie van het ziekenhuis.

Onderaan deze reactie zijn – samenvattend - de tien hoofdpunten van het plan weergegeven.

Bovenstaand zijn we vooral ingegaan op de ziekenhuizen en de medisch specialistische hulp. Ik wil nog t.a.v. twee verstrekkingen opmerkingen maken. Dat is in de eerste plaats de “huisartsenzorg”. De huisartsenzorg kent in grote mate een vorm van populatie-bekostiging ( middels het inschrijfgeld-systeem per verzekerde ) en daarnaast zijn er allerlei landelijke geregelde instrumenten( b.v. de O&I) met landelijke tarieven. Dus op dit dossier is de mogelijkheid van zorgverzekeraars om

middels de zorginkoop onderling het verschil te maken gering.

Dat geldt eigenlijk ook voor de tweede verstrekking, namelijk de geneesmiddelen ( excl. de “dure” geneesmiddelen in de ziekenhuizen) . Er zijn de afgelopen jaren met name door het landelijk inkoopbeleid van de gezamenlijke zorgverzekeraars goede resultaten bereikt. Maar ook hier geldt dan weer dat de mogelijkheden voor individuele zorgverzekeraars om middels het zorginkoopbeleid het verschil te maken gering zijn.

T.a.v. de organisatie van de zorgverzekering wil ik nog een specifieke opmerking maken. Er zijn zowel t.a.v. de administratie en organisatie van de verzekerden , de premie-inning, enz. als t.a.v. de zorginkoop en ook de declaratie-processen ( zeker als we meer en meer gaan naar het representatie-model ) steeds meer min of meer uniforme regelingen en afspraken , dat het de moeite waard is om te onderzoeken of een gemeenschappelijke backoffice van alle zorgverzekeraars niet effectief en kostenbesparend kan zijn. Niet alleen voor zorgverzekeraars , maar misschien nog wel meer bij de vele duizenden zorgaanbieders. Het zal de administratieve lastendruk in de gehele zorgsector zeer aanmerkelijk terugdringen. Uiteraard behoudt elke zorgverzekeraar als zelfstandige , private organisatie haar eigen verantwoordelijkheid.

## **5. VERANDERKRACHT in de ZORG is GROOT.**

De zorgsector was , is en blijft een dynamische sector. Loop door een ziekenhuis nu en vergelijk dat 30/40 jaar geleden, loop door de nieuwe ( veel kleinschalige) gebouwen van verpleeghuizen, verzorgingshuizen en woon-zorg complexen, vergelijk de kwaliteit van zorg en vooral van leven van nu met die van 30 /40 jaar geleden en ervaar de grote vooruitgang. Er gaat een wereld voor je open. Lees de 4-jaarlijkse Zorgbalans van het RIVM en lees hoe we er qua gezondheidszorg op vooruit zijn gegaan, de

levensverwachting blijft maar stijgen en ook het aantal gezonde jaren neemt toe. Ik denk dat door de geschetste ontwikkelingen ( de burger die sterk verandert, de “nieuwe” technologie, enz. .) de verandering in komen 10 jaar nog veel groter zal zijn die in de afgelopen 30/40 jaar. De grote veranderingen , die we zien in de economie, zullen we ook gaan zien in de zorgsector. De arbeidsmarkt zal fundamenteel en structureel gaan veranderen. Banen van 10/20 jaar geleden bestaan nu al niet meer en veel banen van nu bestonden 10/20 jaar geleden nog niet. En die verandering gaat ook in de komende tien jaar zich in nog snellere en impactvollere wijze voltrekken. Burgers gaan op allerlei manieren – met ondersteuning van de “nieuwe technologie” nog veel meer zelf doen , regelen en organiseren. ( het prosumentenmodel ).

Kijk nu maar naar de banken. De grote banken in Nederland hebben tienduizenden banen geschrapt , niet omdat de “vraag naar bancaire diensten is afgenomen, die is alleen maar toegenomen. De “consument” is (deels) z’n eigen producent geworden. Dat gaat niet gebeuren in de zorg , dat is nu al aan het gebeuren in de zorg. En “corona” zal op zich niet zozeer leiden tot geheel nieuwe dingen. Maar er zal wel sprake zijn van een sterke “corona-push”. Maar het “Nieuwe Normaal ” is het “Nieuwe” in het “Oude Normaal”. ( zie Blog)

In de zorg is een grote toekomst aan de “Nulde Lijn”, de burger thuis in z’n eigen omgeving. Daarbij zal hij ondersteun worden door de vele burgerinitiatieven.

De eerste en de tweede lijn zullen naast hun behandel-rol veel meer een ondersteunings- en adviesrol naar de nulde lijn gaan vervullen.

Mijn opvatting is dat als de overheid/zorgverzekeraars deze ontwikkelingen willen ondersteunen , faciliteren , prioriteren en sturen dat dan een bekostigingssysteem dat veel meer is gebaseerd op “populatie c.q. budgetachtige “ uitgangspunten hierbij veel beter aansluit dan een steeds gedetailleerder wordend “ prestatie-bekostigingsmodel”. Hierbij is een belangrijk uitgangspunt “VERTROUWEN” in de zorgprofessionals en de patiënt. Dat is ook een van de uitgangspunten in de discussie-nota. “Vertrouwen” moet

je verwerven en dat geldt ook voor de zorg. Dat betekent deuren en ramen (ook “thuis”) open en laat de overheid en zorgverzekeraars komen luisteren kijken naar de verhalen van de patiënten en de zorgprofessionals bij “Mevr. Jansen in Emmen”. ( de narratieve methode)

Dit gaat zich de komende 10 jaar voltrekken. Maar daar is een groot probleem bij, namelijk dat een groep burgers, die nu al een grote achterstand heeft qua levensverwachting , hierbij echt ondersteund zal moeten worden. De ongelijkheid ( b.v. met betrekking tot de levensverwachting) die er nu is , moet niet groter worden maar kleiner. Ik denk dat we deze “nieuwe” ontwikkelingen hiervoor niet moeten remmen , maar juist daarvoor moeten inzetten en gebruiken. De overheid/zorgverzekeraars , maar vooral het “sociale domein “ ( zie mijn bovenstaande opmerking) en ook de reeds vaker genoemde burgerinitiatieven.

## **6. ARBEIDSMARKT.**

In de discussienota wordt veel aandacht gegeven aan de personeelsproblematiek en de arbeidsmarkt en opleiding en bijscholing.

Ik wil hierbij – aanvullend op de behartigenswaardige wijze waarover in de discussienota wordt geschreven – twee aandachtspunten onder de aandacht brengen.

Zoals reeds opgemerkt zal het “ prosumentenmodel ” ook in de zorg grote consequenties hebben voor de personele inzet. Aan de ene kant minder , maar aan de andere kant ook een geheel andere inzet.

Een tweede opmerking betreft de “pensioen-leeftijd”. Ik bedoel dan niet de wettelijke AOW-leeftijd maar de daadwerkelijke leeftijd dat men stopt met werken en echt met pensioen gaat. In 2002 ging 11,0 % van de werknemers ouder dan 55 met pensioen en in 2018 is dat 5,7%. En dat bij een toename met een factor 2,5 van het aantal werknemers van 55 jaar en ouder. Of nog een ander CBS-cijfer, namelijk dat van 2017 op 2018 de pensioenleeftijd met 5 maanden is toegenomen. Dit heeft natuurlijk grote effecten op

het arbeidsaanbod. En natuurlijk zal dit op een of andere manier in de voorspellingen van vraag en aanbod op de arbeidsmarkt worden meegenomen. Maar het gaat wel om structurele effecten.

Guus van Montfort

Hoogleraar Zorg , Economie & Technologie UT; bestuurder/toezichthouder in zorg & onderwijs & bedrijfsleven.

10-1-2021.

Literatuur:

Guus van Montfort :Van Doktersdriven , via Zorgverzekeraarsdriven naar Clientdriven.

Monografie ; Amsterdam SWP, 2020.

Nico van Weert en Jan Hazelzet. Gepersonaliseerde medische zorg, innovatieve zorg afgestemd op persoonlijke behoeften , voorkeuren en waarden.

NFU-consortium Kwaliteit van Zorg, 2020)

Nationaal Ziekenhuis Instituut : Op de markt is uw gulden een daalder waard.

Lezing congres over rapport cie. Dekker. 1987.

Michel van Schaik en Marleen Jansen( RABO) : Het wordt tijd om vol in te zetten op

Preventie . Zorgvisie, 29-12-2021.

Ab Klink, Patrick Jeurissen, c.s. : Lessen uit de CPB-beoordelingen van de Zorg.

ESB , 12-1-2017.

Diverse artikelen/blogjes apart toegevoegd.

