

## Commentaar op discussie nota “Zorg voor de toekomst”

### Algemeen

Het huidige zorgstelsel met concurrerende zorgverzekeraars en concurrerende zorginstellingen is gebaseerd op de aanname dat concurrentie en samenwerking kunnen samengaan. Zorginstellingen en zorgverleners worden gedwongen elkaar te beconcurreren, maar moeten tegelijkertijd samenwerken in het belang van de patiënt. Zorgverzekeraars hebben de macht gekregen omdat dit goede en goedkopere zorg zou afdwingen; dit kan – zo is de redenering – niet aan zorgaanbieder en patiënt worden overgelaten omdat zij enkel zouden beslissen tot meer zorg en daardoor duurdere zorg. Om de kosten in de hand te houden wordt dan ook gereguleerd, d.w.z. met macrobudgetten en hoofdlijnenakkoorden. De tegenstrijdige combinaties van wantrouwen en vertrouwen, competitie en onder curatele stellen, eigenbelang en gemeenschappelijk belang werken niet.

Het leidt tot een enorm complex en kostbaar stelsel. Een heldere regie is niet mogelijk, omdat de zorg is overgelaten aan elkaar bestrijdende deelbelangen van steeds meer partijen op allerlei niveaus. Daardoor neemt de behoefte te controleren en bij te sturen hand over hand toe. De reguleringskosten lopen uit de hand en maakt de zorg onnodig duur. Het is duidelijk dat het stelsel van gereguleerde marktwerking onhoudbaar is.

Patiënten kunnen niet tijdig de zorg krijgen die ze nodig hebben en moeten er zelf steeds meer voor betalen. De onderlinge solidariteit is afgenomen door allerlei kortingen in polissen die andere verzekerden uiteindelijk betalen. Er gaat veel zorggeld in randzaken zitten als verantwoording, marketing en acquisitie – zowel bij zorgverzekeraars als zorgaanbieders. Ook is de kwaliteit niet spectaculair verbeterd; in Europa onderscheidt de Nederlandse zorg zich niet. Bij de bestrijding van het coronavirus in de tweede golf verkeert Nederland eerder in de achterhoede.

De publieke doelen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid kunnen steeds minder worden gegarandeerd. Stijgende vraag, hoge werkdruk, toenemend tekort aan zorgverleners/zorgpersoneel en betaalbaarheid worden genoemd als hoofdproblemen. Als we niets doen, *“zijn aanpassingen in de aanspraken en verhoging van het verplichte eigen betalingen van mensen onvermijdelijk”*.

*“Dit vraagt om aanpassingen van alle betrokken partijen: overheid, aanbieders, inkopers en burgers”*. In deze stellingname wordt dus de organisatie van de zorg zoals die op dit moment is, niet principieel ter discussie gesteld. De zorginkoper heeft blijkbaar al een vaste plek in het systeem. Maar we kunnen een probleem niet oplossen met de denkwijze die het heeft veroorzaakt (Einstein) Als we in dit systeem blijven werken zal de zorg steeds meer vastlopen. Deze nota is gericht op de symptomen van het zorgsysteem en wil die symptomen bestrijden. Een paracetamolletje voor de buikpijn. Maar afvragen waar de buikpijn vandaan komt ontbreekt. De echte diagnose ontbreekt. Is dit stelsel wel geschikt om gezondheid te bevorderen of zijn de voorgestelde maatregelen vooral bedoeld om ziektekosten te beperken?

Veranderen dus. Uitgaan van vertrouwen in vakmanschap van zorgverleners. De kwaliteit van de relatie tussen zorgverlener en patiënt is het hart van de zorg. Samenwerking – niet concurrentie – is dé weg naar meer kwaliteit en minder kosten. *“Focus op kwaliteit en de kosten zullen dalen. Focus op kosten en de kwaliteit zal dalen”*.

Zorginkopers c.q. zorgverzekeraars zijn in de curatieve zorg de grootste storende factor in ons zorgsysteem. Zij moeten iets inkopen waar ze geen verstand van hebben, namens iemand (de burger) die ze niet gevraagd hebben wat ie eigenlijk wil op grond van (uitkomst)indicatoren die meestal niet bestaan of slecht werken. De Covid19 crisis toont dit haarfijn aan. Er is nergens een

zorginkoper geweest die coronazorg heeft ingekocht, toch is en wordt in deze crisissituatie op hoog en intensief niveau zorg geleverd aan burgers door professionele zorgverleners met maximale uitkomsten zonder enige inkoopfactuur. Zorginkopers waren dus overbodig. In de crisis werd de zorg voor zieke burgers teruggebracht tot de kern. Wat heeft deze patiënt nu nodig, hoe kunnen we dat snel, goed en samen organiseren, in vol vertrouwen. Een adagium wat Buurtzorg groot heeft gemaakt en wat in de hele zorg zou moeten gelden. Dat er met name op organisatorisch gebied het nodige mis is gegaan, is vooral te wijten aan onvoldoende en onkundige centrale regie.

En centrale regie betekent niet, dat VWS moet worden uitgebreid om in dat bureaucratische moeras van procedures al die regie te voeren, maar eerder moet inkrimpen en zich beperken tot het uitdragen van een visie. Hoe zou gezondheidszorg georganiseerd moeten worden en wat hebben we daar met zijn allen voor over en voor nodig. De echte regie kan via regionaal of lokaal naar de kleinste zorgeenheid, burger en zorgverlener. VWS telt inmiddels 5000 ambtenaren, het ministerie van volksgezondheid en sociale zaken in Zweden telt 200 werknemers.

Zorg is geen product en kan je eigenlijk niet inkopen. Zorg wordt verleend en later (of bij voorschot) betaald. Zorgverleners horen betaald te worden voor hun werk. Over hoe, wat en waar later meer, dat kan verschillen in diverse echelons. Zorginkopers of zorgverzekeraars zijn in dit zorgstelsel ingevoerd om voor zo scherp mogelijk prijs de beste waar voor hun klanten in te kopen. In de zorg heeft dat geleid tot wantrouwen, afschuiven van zorg onoverzichtelijke en kostbare DBC/DOT declaratiesystemen en door regeldruk afhakende professionals met fors kapitaalverlies. (Een opgeleide specialist die teleurgesteld in het systeem naar het buitenland vertrekt heeft de overheid wel 8 ton gekost). Deze discussienota is een eerste en goede aanzet, maar gaat nog steeds uit van de bestaande structuren en denkwijzen. Daar zullen we de problemen niet mee oplossen.

*“We willen dat het welbevinden van mensen écht centraal staat en gezondheidszorg integraal rondom mensen en zo dichtbij mogelijk is georganiseerd, te beginnen in de buurt/wijk en pas verder weg als dat beter is vanwege bijvoorbeeld kwaliteit en/of doelmatigheid. We streven naar persoonsgerichte zorg die aansluit bij wat mensen nodig hebben om met een ziekte of aandoening zo goed mogelijk hun leven in te kunnen richten. manier waarop we de zorg hebben georganiseerd Dat gebeurt nu ook al op grote schaal door inzet van vele professionals, maar vaak ondanks en niet dankzij de.”*

Bovenstaande zin is denk ik de kern van deze nota. De zorg dient anders georganiseerd te worden, vanuit de relatie zorgverlener-patiënt . Alle organisatie daaromheen moet ten dienste staan van dié relatie. De keuze om dat regionaal te doen, kan goed uitpakken, mits de vereenvoudiging van het stelsel fundamenteel wordt aangepakt en alle schotten en daarmee gepaard gaande regelgeving verdwijnt. Anders wordt het een extra laag en zal het doodbloeden in een kluwen van belangen.

We ontkomen er dan niet aan om op essentiële punten ons zorgstelsel en de denkwijze daarover aan te passen. De coronacrisis maakt steeds meer duidelijk dat centrale visie en coördinatie (en geen uitvoering!) van de overheid veel te lang verwaarloosd is. In hoeverre die overheid ook in staat is en bereid is meer regie te nemen zijn vooral politieke keuzes. Als de gezonde levensverwachting van iemand uit een achterstandswijk gemiddeld 13 jaar verschilt, onafhankelijk van leeftijd, geslacht, etniciteit en inkomen met iemand uit een normale wijk (Nivel), dan is dat de overheid rechtstreeks aan te rekenen. Dan is de organisatie niet op orde en is verandering zeer dringend nodig.

De positie van zorgverzekeraar als inkoper van zorg, hoeder van kwaliteit en verdeler van geld dient daarom ter discussie te staan. Uiteraard is er een doorgeefluik nodig van premie en belastinggeld. Niets minder, en zeker niets meer. Geen zorg “inkopen” voor een scherpe prijs, maar vergoeden van wat er van tevoren is afgesproken. Geen budgetplafonds als onverhoopt de kosten stijgen maar overleg hoe dat op te lossen, met zowel zorgverlener als zorgvragende burger. Uiteindelijk is de

burger degene die alles betaald. Burgers beseffen heus wel dat niet alles kan als je ze dat goed uitlegt. En dat is een gezamenlijke taak van de zorgverlener, de premiedoorgever en de politiek. Als we deze essentiële inrichtingsdiscussie niet voeren is deze discussienota van beperkt belang. Ze zullen zo hier en daar wel iets kunnen verbeteren, maar het blijft verbouwen van een huis met slechte fundamenten.

In de discussienota worden 3 hoofdthema's benoemd waarop maatregelen nodig zouden zijn om veranderingen vorm te geven. 1 Preventie en gezondheid, 2. Organisatie en regie en 3. Vernieuwing en werkplezier. In onderstaande tekst wordt commentaar gegeven en suggesties gedaan ter verbetering

## Preventie en gezondheid

### Algemeen

Daar is inderdaad veel meer winst te behalen. De focus op ziekte, behandeling daarvan en het bijbehorend verdienmodel zorgen ervoor dat preventie een ondergeschoven kindje is.

In 2015 werd in totaal 1,8% van het BBP uitgegeven aan preventie, terwijl dat in 2003 nog 2,5 % was. <https://kosteneffectiviteitvanpreventie.nl/nederlandse-preventieuitgaven-onder-loep-2020> Het onderscheid tussen ziektepreventie, gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming dient wel gemaakt te worden. De laatste twee vallen buiten de kosten die aan de zorg worden toegerekend.

In de curatieve zorg gaat het dus vooral om ziektepreventie. Het onlangs afgesloten preventieakkoord gaat vooral over vermindering van roken, problematisch alcohol gebruiken overgewicht. Daar is in de eerstelijns curatieve zorg winst te behalen. Maar investeringen daarin leveren op korte termijn niets op en is voor zorgverzekeraars in hun huidige rol van zorginkopen voor een scherpe prijs niet interessant. Zij hebben immers amper binding met hun klanten die, na een stoppen met roken cursus, volgend jaar weer weg kan zijn. (Reden temeer om de positie van zorgverzekeraars te veranderen). Ziektepreventie kent een aantal aspecten.

-Bij een langdurige band werkt preventie beter. Preventie is lange termijn werk. De huisarts is bij uitstek degene die hier nuttig werk kan doen omdat hij/zij levensloopgeneeskunde bedrijft en in kan schatten wat wel of niet kansrijk is voor die burger/patiënt . Nou is veranderen van leefwijze vaak een moeizaam probleem, omdat de patiënt in eerste instantie ook weinig effect ondervindt. Dit lange termijn werk kan vooral bij kinderen overigens uitstekend aangevuld worden door de signaleringsfunctie van jeugdartsen en of school. Dan zou er wel een soort overlegsituatie moeten zijn, waarin bovenstaande disciplines elkaar snel kunnen vinden. Ten aanzien van preventie en gezondheidsbevordering op school zou de ooit opgeheven leerkracht lichamelijk opvoeding op de basisschool onmiddellijk hersteld moeten worden. Voor preventie op lange termijn is dat een verloren gegane kans.

- preventie zou beloond moeten worden. Het zou daarom lonend kunnen zijn financiële incentives in te bouwen, waarbij de patiënt bijvoorbeeld minder premie hoeft te betalen bij gezond gedrag. Dit zou bijvoorbeeld kunnen doordat in de polis een gratis lidmaatschap van een sportvereniging zit.

-Het moet ontdaan zijn van productieprikkel, zoals bij de huisarts, die een gemengde bekostiging kent, een soort populatiebekostiging.

-Het moet door de overheid veel sterker gestimuleerd worden. Daarin is de overheid nalatig. Ontmoedigen van roken en zorgen voor een jonge rookvrije generatie gaat niet werken als er niet een veel strakker en strenger beleid wordt gevoerd. Het Australische rookbeleid kan daarin al voorbeeld dienen.

Accijnsheffingen, voorlichtingscampagnes en bijvoorbeeld verbieden van E- sigaretten zal de 20000 doden per jaar in Nederland die nu door het roken veroorzaakt wordt verminderen. Ook een veel stringenter beleid t.a.v. suikervrije dranken en een suikertax is overheidswerk. De ideologische gronden dat iedereen dat zelf mag weten doet onvoldoende recht aan het feit dat rokers verslaafd worden gemaakt door de toevoegingen in tabak. Lang niet iedereen kan zijn eigenbroek ophouden. In het algemeen zou de overheid veel meer regie en maatregelen moeten nemen om ongezond gedrag te ontmoedigen.

**Beleids optie: bevorderen van eigen regie:** Het krachtiger inzetten op het voorkomen van zorg door het bevorderen van de eigen regie is een mooi streven, maar wat hier verder over opgemerkt wordt heeft een zeer hoog open deur gehalte en is niet bruikbaar

*“Een goede gezondheid begint bij jezelf. Mensen zijn zelf verantwoordelijk voor de inrichting van hun leven en dus ook voor hun keuzes over gezondheid en welbevinden. Voor sommigen geldt dat zij, om wat voor reden dan ook, (tijdelijk) niet in staat zijn om zelf regie te nemen. Soms is de kennis onvoldoende over wat nodig is om gezond te zijn en te blijven. Er moet meer aandacht komen voor het vergroten van gezondheidsvaardigheden. Dit begint op school en opvoeding waarin aandacht is voor bijvoorbeeld voeding en beweging maar ook zijn verbeteringen wenselijk in de communicatie in de spreekkamer en rond verzekeringspolissen. Ook op latere leeftijd kunnen trainingen in zelfredzaamheid en leefstijlinterventies het meest passend blijken. Zo zit achter een stresssituatie soms de mogelijkheid verscholen tot persoonlijke ontwikkeling die aandacht en bewustzijn verdient. Hierdoor kan acceptatie van moeilijke situaties in het leven ontstaan en is medicatie niet nodig”.*

**Beleids optie faciliteren mantelzorg:** Ook het faciliteren van mantelzorg en zelfhulp door korting te geven op de aanvullende verzekering, waar veel mensen die niet eens hebben, zal niet werken. Mantelzorgers zouden fiscaal op een of andere manier gecompenseerd moeten kunnen worden. Schaarste in de (thuis)zorg is een zaak van de overheid, niet van de zorgverzekeraar.

**Beleids optie overheidsmaatregelen en een krachtige sociale basis:** *“Een krachtige sociale basis en integrale aanpak van sociale problematiek als preventieve maatregel om direct beroep op zorg en ondersteuning te voorkomen”.* Een prachtig streven, maar als ik lees dat voorzieningen als leefbare woningen, passende transportmogelijkheden en benodigde zorg en ondersteuning op toegankelijke wijze aanwezig moeten zijn, is de vraag wie daar verantwoordelijk voor is en nalatig is geweest. De overheid, verantwoordelijk voor huisvesting en infrastructuur schiet hier ernstig tekort. Dat werk en maatschappelijke participatie belangrijk zijn is een open deur. Maar als sociale werkplaatsen doordat ze geprivatiseerd zijn amper meer bestaan zou de centrale overheid zichzelf dat aan moeten trekken. Of dat in een veranderd zorgstelsel geregeld zou moeten worden is de vraag.

**Beleids optie sturen op kernindicator:** Bij de denkbare beleids opties wordt sturen op kernindicatoren wel genoemd, maar niet verder uitgewerkt. Zo wordt wel bedacht dat sturing op gezond leven in basis en middelbaar onderwijs belangrijk is, maar niet hoe dat dan vorm moet krijgen. Afspreken met bedrijfsleven over consumptiegoederen of met werkgevers en banken over schulden hebben niet gewerkt en gaan niet werken, zonder overheidsbemoeienis. Een suikertax, verbieden van coffeeshops binnen een straal van zoveel kilometer van een school dient centrale overheidsbeleid te zijn. Opnieuw invoeren van de ooit wegbezuinigde leerkracht lichamelijke opvoeding in het basisonderwijs is een overheidstaak.

**Beleids optie verduidelijken wettelijke taak gemeente etc.:** Ook de overgang van jeugdzorg, naar de gemeenten is (destijds met een 25% bezuinigingsopdracht) is volledig mislukt. Dat is de centrale overheid direct aan te rekenen en zou hersteld moeten worden. De wettelijke taken van de gemeenten in de huidige WPG dient dan ook heroverwogen te worden. De aansturing van de GGD, een gezondheidsdienst met veel taken, is niet helder. De gemeente als opdrachtgever en tevens eigenaar zorgt voor een stroperige en bureaucratisch vormgegeven organisatie met te weinig slagkracht. Tijdens de laatste coronacrisis is duidelijk geworden dat infectieziekten bestrijding, een van hun kerntaken, gecentraliseerd moet worden.

**Beleids optie regionale aanpak en wettelijke taak zorgverzekeraars:** Bij een regionale aanpak van uitvoering en financiering van preventieve taken, een samenwerking tussen gemeentelijk domein en zorgdomein spelen zorgverzekeraars zoals wordt voorgesteld geen rol. Ze zijn allereerst niet regionaal georganiseerd maar landelijk, bovendien schuiven ze hun regionale verantwoordelijkheid af. Als in krimpgebieden de huisartsen niet worden opgevolgd vinden ze dat, ondanks hun zorgplicht, niet hun verantwoordelijkheid maar die van de beroepsgroep. Ook in de acute zorgketen wordt hun zorgplicht overgeheveld naar de huisartsendienstenstructuren.

Preventie iets wat veel beter vanuit de zorgverleners zelf lokaal/regionaal of GGD (deels landelijk, deels regionaal) kan worden georganiseerd. Ook hier, de zorgverlener verleent zorg en doet aan preventie, de zorgverzekeraar heeft alleen een rol in de declaratie. En dit zou zo kleinschalig mogelijk geregeld moeten worden. Vroeger had elk dorp zijn eigen consultatiebureau, bemand door huisarts en de lokale wijkverpleegster en werd iedereen t.a.v. bijvoorbeeld vaccinaties bereikt. Ook de griepvaccinatie zoals nog steeds kleinschalig uitgevoerd door huisartsen loopt prima. Ook daar spelen zorgverzekeraars geen rol.

Dat zelfs een wettelijke taak voor de zorgverzekeraars wordt voorgesteld om mee te werken aan een regionale samenwerkingsstructuur zal onnodige bureaucratie veroorzaken en niets opleveren behalve een extra overlegorgaan.

#### Financiering

*“Op basis van te verwachten bezuinigingen uit de zorg zelf en extra middelen voor gemeenten en verzekeraars”.* Verzekeraars met hun voor de laagste prijs de beste zorg dienen geen rol te spelen in de publieke “gezondheidszorg, dit is een overheidstaak en dient via fiscale regelingen betaald te worden. Lokale belastingen voor lokale zorg, overheidsbelasting voor nationale zorg, zoals infectieziekte bestrijding, bevolkingsonderzoeken etc. Dat er jarenlang zowel op gemeentelijk als centraal niveau bezuinigd is plukken we nu de wrange vruchten van.

**Beleids optie Innovatieve contractvormen:** Daar valt een wereld te winnen. Er zijn inmiddels firma’s die “licht” verkopen. ASML en Rolls-Royce laat zich al meer dan 10 jaar betalen voor elk uur dat een vliegtuigmotor of chipmachine draait, in ruil voor onderhoud en vervanging indien nodig. Nou is vervanging van patiënten wat lastig (hoewel diverse gewrichten en organen al vervangbaar zijn) maar deze principes toepassen in de gezondheidszorg zou een wezenlijke systeemverandering betekenen en veel toegevoegde waarde opleveren. Het zou bijvoorbeeld huisartsen aansporen veel meer aan preventie te doen, nu ondergeschoven kindje bij de “cure”.

**Beleids optie bekostiging op basis van clientprofielen:** De hamvraag wordt dan: hoe houd ik mijn patiënten “gaande” d.w.z. gezond? Daar zijn wel degelijk mogelijkheden om dat te organiseren. Je kan als gezonde burger een soort servicecontract afsluiten met je huisarts. Het is in beider belang dat een gezonde burger nooit of zo kort mogelijk patiënt wordt. Dus moet de patiënt voordeel hebben bij gezond blijven, net als de huisarts. Via financiële incentives. Dus betaald krijgen voor een gezonde

patiënt en niets krijgen of zelfs terugbetalen voor een patiënt die op het spreekuur komt. Een visite die niets kost maar ook niets oplevert (behalve een tevreden patiënt die mogelijk sneller weer gezond is) En het is uiterst solidair, want gezond betaalt voor ongezond. Bovendien maakt het kwaliteit inzichtelijk; hoe beter je preventie op orde is, hoe meer je verdient. Maar je kiest er toch niet voor om ziek te worden? Nee, maar nogal wat ziektes en blessures zijn gekoppeld aan lifestyle. We weten dat minder roken het aantal gevallen van longkanker laat dalen en dat een hogere vaccinatiegraad minder infecties oplevert en bestrijding van obesitas minder diabetes oplevert. Actief het roken proberen te stoppen en proberen de vaccinatiegraad te verhogen, zal dan dus lonen. Als vroeger een opgeroepen patiënt, ook na 2 herinneringen niet kwam opdagen bij de griepvaccinatie was het zijn/haar verantwoordelijkheid. In dit systeem zal de huisarts nog meer moeite doen om iemand te overtuigen. Het wordt dan ook veel meer een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Een rokende patiënt die longkanker krijgt of een hartinfarct of blaaskanker betekent korting op mijn tarief. Uiteraard worden mensen ook zo maar ernstig ziek. Daar helpt geen preventie tegen. Shit happens. **Beleids optie bekostiging profielen** Maar dat is gekoppeld aan de populatie altijd in de tarieven te verwerken. Landelijke data over voorkomen van ziektebeelden in populaties zijn inmiddels ruimschoots voorhanden.

Een pilot voorbeeld: Geef een huisarts 5 jaar de garantie dat zijn inkomen (geïndexeerd) minus kosten minimaal hetzelfde is als nu maar geeft de mogelijkheid om meer te verdienen. Neem als uitgangspunt het aantal consulten en visites en verwijzingen van afgelopen jaar. Destilleer daaruit alle rokers, en mensen met overgewicht (begin klein) en hun zorggebruik. (De groep ongezonde lifestylers). Elke verrichting die je meer doet in deze groep kost geld, elke verrichting die je minder doet levert geld op. Als het dus lukt om in die groep het zorggebruik te verminderen levert het geld op. (X keer consulttarief). Dus een roker met COPD die weer een bronchitis heeft en langskomt voor behandeling kost geld, een 60-jarige niet roker met griepklachten die langskomt heeft geen invloed, tenzij die geen griep prik heeft gehad, dan kost het de huisarts geld. Preventie gaat dan meer lonen, meer of minder verwijzen heeft in de eerste pilot nog geen invloed. Maar wordt er dan niet snel onder behandeld of beknipt op toegankelijkheid? Randvoorwaarden zijn natuurlijk dat er gewerkt wordt volgens alle standaarden (verreweg het meeste huisartsenwerk is al gestandaardiseerd volgens richtlijnen) en vertrouwen op de integriteit van de zorgprofessional. Daarnaast is er nog de patiënt met het servicecontract als countervailing power. Die overigens ook beloond zou moeten worden als de verandering in lifestyle vruchten afwerkt, bijvoorbeeld door premiekorting. Dan hebben we het over echte shared savings. De contractering op basis van shares savings genoemd in de nota is onjuist. Dan gaat het systeem alleen uit van de zorgaanbieders en niet van de patiënt/burger.

Welke verzekeraar en welke huisarts durft zo'n pilot, vergelijkbaar met Bernhoven, aan? Het zou budgettair neutraal kunnen zijn, maar meer gezonde burgers opleveren.

**Beleids optie richting bekostiging:** Populatiebekostiging lijkt dus een goede oplossing, gecombineerd met clientprofielen. Een achterstandswijk of daklozenpraktijk heeft een andere populatie dan een villawijk. Overigens is het de vraag waarom populatiebekostiging ook niet wordt toegepast in de 2<sup>e</sup> lijn. Het huidige betalingsmodel van de eerste lijn dat gebaseerd is op een abonnementstarief (Huisartsenmodel) werkt beter. Een jaarlijks bedrag per inwoner/patiënt, aangevuld met een klein consulttarief werkt adequaat. De achterliggende gedachte, dat een vergoeding primair gebaseerd behoort te zijn op de beschikbaarheid (beschikbare capaciteit) van deskundige expertise die zorg kan verlenen indien nodig, aangevuld met een kleine vergoeding voor daadwerkelijke geleverde zorg/verrichtingen, is een gezonde en werkbare gedachte. Ook voor een ziekenhuis, al zullen de bedragen daar anders zijn. Het gaat met andere woorden om een uitwerking van een vorm van Populatiebekostiging. Toepassing daarvan in de tweede lijn zal een aanzienlijke vereenvoudiging betekenen. Voor de langdurige zorg, thuiszorg, WMO en jeugdzorg zijn andere bekostigingsmodellen beter geschikt. Wel duidelijk is, dat door de complexiteit van dit stelsel er ook een zeer complex systeem van bekostiging is ontstaan. Vereenvoudiging is bittere noodzaak.

Ziekenhuizen hebben een bepaald adherentiegebied waarin de populatie uitstekend determineerbaar is en is verre te verkiezen boven het administratief rampzalige DBC/DOT systeem.

De genoemde onder behandeling of afwenteling van taken is een mantra geboren uit wantrouwen en onkunde van zorginkopers. Dat zorginkopers zouden beschikken over goede inzichten in de gezondheid van hun populatie en de kwaliteit van zorg die geleverd wordt is een fabel. Ze kopen zorg al of niet in op financiële gronden. Een ziekenhuis kan bij de ene zorgverzekeraar uitstekende borstkankerzorg leveren, terwijl een andere verzekeraar niet eens voor dezelfde zorg een contract wil met hetzelfde ziekenhuis. Bij populatiebekostiging zijn zorginkopers overigens totaal overbodig.

**Beleids optie aanvullende middelen en preventiefonds:** Meer financiering via die weg lijkt logisch gezien de eerder vermelde achteruitgang van preventie uitgaven van 2,5% naar 1,8% van het BBP

## Organisatie en regie

### Algemeen

Verantwoordelijkheden voor zorg zijn decentraal belegd dus niemand heeft de teugels echt meer in handen. Na 2006 is de sturing bij o.a. NzA, ZiN, gemeenten, zorgkantoren en private zorgverzekeraars terecht gekomen. De centrale overheid is behalve voor het macrobudget niet meer verantwoordelijk. Die verantwoordelijkheden zijn wettelijk vastgelegd in ZvW, WPG, WLZ etc. zodat veel verantwoordelijkheden worden gedeeld. De gemeenten die de WPG moeten uitvoeren en bijvoorbeeld de GGD moeten aansturen, de ZvW wordt uitgevoerd door de zorgverzekeraars, die soms hun zorgplicht weer door delegeren aan zorgverleners. Zie eerder, de doorleverplicht bij overschrijden budgetplafond is daar ook een voorbeeld van.

Dit stuk gaat vooral over de curatieve zorg. De zorgverzekeraar, die in 2006 de regisseursrol kreeg is en daardoor eigenlijk de machtigste speler is geworden. Ze gaan over het uitdelen van het geld, bepalen of een ziekenhuis open kan blijven, leggen contracten voor waar geen discussie over mogelijk is, dicteren ondanks rechterlijke uitspreken de prijs voor ongecontracteerde zorg en kopen met niet ter zake kundige inkopers zorg in. De beste zorg voor de laagste prijs. De ware koopmansgeest. Ware het niet dat zorg zich eigenlijk niet leent om ingekocht of verkocht te worden.

“Zorg geven” is eigenlijk “hulpverlening” en daar staat in principe geen prijs op. De zorgverlener wordt achteraf beloond voor zijn werk via een declaratie, er wordt immers tijd en arbeid en soms een product geleverd. Dat de zorgvraag van de burger toeneemt, de behandelmogelijkheden toenemen en het zorgbudget beperkt is geeft natuurlijk problemen. Uitbreiden van het zorgbudget berust op politieke keuzes die buiten dit bestek vallen. Om de toename in zorgkosten af te remmen en de zorg toegankelijk te houden en toekomstbestendig te maken zijn dus dringend veranderingen gewenst. Voorkomen, verplaatsen en vervangen van zorg gebeurt nu al en is dus onvoldoende om de problemen het hoofd te bieden. Er zullen veel rigoureuzere maatregelen nodig zijn. Concurrentie op prijs moet worden vervangen door concurrentie op kwaliteit.

De patiënt moet samen met de zorgverlener de regie hebben, niet de zorgverzekeraar. Patiënt en zorgverlener moeten dan wel weten wat de financiële grenzen zijn van hun samen afgesproken zorg. Tarieven en verrichtingsprijzen moeten dus bekend zijn en worden uniform en landelijk bepaald en dienen als ondersteuning voor het invullen van het afgesproken budget. Er vindt dus geen betaling per verrichting meer plaats. Zorgaanbieders en zorgverleners krijgen de zekerheid van contractering als zij voldoen aan de eisen tot toetreding tot zorgverlening. Hierbij zijn inhoudelijke eisen van belang, evenals de eis geen voorrangszorg te creëren, geen ongefundeerd oplopende wachttijden en uiteraard goede omgang met patiënt en personeel. Onafhankelijk van tijd en plaats of door wie uitgevoerd. Die centrale regie in budgettering en prijsbepaling is een centrale overheidstaak.

Productieprikkels dienen dus volledig te verdwijnen. Populatiebepresting met clientprofielen voor een ziekenhuis i.p.v. stuks bekostiging en specialisten op dezelfde manier belonen als huisartsen, een gemengde bekostiging (inschrijftarief en lage consulttarieven, leidend tot norminkomen).

Ook alle acute zorg baseren op landelijke tarieven. Een opname i.v.m. een beenbreuk of een herseninfarct is in Amsterdam even duur als in Winschoten. Ook hier aandacht voor kleinschaligheid. Liever 3 kleine ziekenhuizen dan één grote. In de houtskoolschets van de acute zorg zou acute zorg verregaand gecentraliseerd worden. Dat is absoluut niet patiëntgericht. Het is ook niet de wens van de burger, die het liefst alle zorg om de hoek zou hebben. Dat de zorgvraag in ANW-uren sterk is toegenomen is deels ook door de schaalvergroting. De huisartsenpost is een anonieme instelling waar je 24 uur per dag terecht kan en de tot consument getransformeerde burger maakt daarvan gebruik. Hoe kleinschaliger een dienstenstructuur, hoe beter de kwaliteit, hoe lager de werkbelasting. De specialistische 3<sup>e</sup> lijns geneeskunde concentreren in landelijke academische centra, door centrale overheid te bepalen, niet door zorgverzekeraar.

Contractering kan dan ook veel eenvoudiger en juridische afdelingen kunnen worden opgeheven. In plaats van een contract van 84 kantjes met meerdere verzekeraars is 2 kantjes voldoende. Ik werk volgens professionele beroepsgroep normen en richtlijnen aan de ene kant en ik betaal na controle de maandelijkse declaraties aan de andere kant, tot wederopzegging van een van beide partijen. Vertrouwen i.p.v. wantrouwen.

Dat betekent ook slechts één landelijke basispolis met dezelfde premie. Verzekeraars kunnen zich alleen nog onderscheidend bij aanvullende verzekering. Concurrentie tussen zorgverzekeraars en gelden die daarmee gemoeid zijn (advertentiecampaagnes) kunnen worden bespaard. De nominale premie zal dan ook overal gelijk zijn. Maak dan ook de inkomensafhankelijke bijdrage ZvW en WLZ echt inkomensafhankelijk en fiscaliseer dat, dus niet meer met een maximum. Het stond ooit in een regeerakkoord en is door de VVD getorpedeerd, maar verdient opnieuw bezien te worden. Laat eigen bijdrage (boete op ziek zijn) en zorgtoeslagen vervallen en verwerk dat in de belastingen. In feite hebben we het dan ook over een publieke verzekering c.q. financiering van zorg, uitgevoerd door de zorgverzekeraar.

Of de mededingingswet nog van toepassing moet zijn is dan de vraag. Zorg is immers veel meer gebaat bij samenwerking. Concurrentie ontstaat doordat er door productieprikkels meer of minder zorg wordt verleend c.q. zorg wordt betaald. Bernhoven kon alleen de zorg verminderen en doelmatiger maken door wegnemen van die productieprikkel. De zorgverzekeraar stond immers garant voor het inkomen. Een vast salaris, landelijke verrichtingsprijzen en een min of meer vaste populatie met een min of meer bekend aantal patiënten leveren geen productieprikkels meer op. De wet marktordening gezondheidszorg is dan voldoende en kan zo nodig aangepast worden. In de Europese regelgeving is die mogelijkheid aanwezig . <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/lhv-bewegingsruimte-voor-de-huisartsenzorg>

## Intensivering samenwerking in de regio

**Beleids optie faciliteren van/sturen op totstandkoming regiobeelden:** Bij het inzichtelijk maken van zorgaanbod en zorgbehoefte dienen niet alleen zorgaanbieders en zorgverzekeraars tot een gezamenlijke visie te komen, maar eerder burgers en zorgaanbieders. Zorgverzekeraars dienen slechts faciliterend te zijn. Samenwerking vanuit verschillende domeinen is vaak problematisch door



de schotten in de zorg. Er zijn wel transmurale samenwerkingsprojecten in de zorg, maar belangentegenstellingen door verplaatsen van zorg levert ook vaak (meestal financiële) problemen op. Uiteindelijk blijkt, dat de zorg niet patiënt gericht georganiseerd is, maar zorgverlener/zorgaanbieder gericht. Zorgverzekeraars spelen ook hier een complicerende rol en zijn evenmin patiëntgericht. Voorbeelden van een patiënt die voor zijn ene aandoening in ziekenhuis A wordt behandeld en voor zijn andere aandoening naar ziekenhuis B moet omdat de contractering voor de benodigde zorg nu eenmaal per ziekenhuis verschild zijn in ruime en schrijnende mate voorhanden.

#### **Ingevoegd: Beleids optie kleinschaligheid:**

Patiëntgerichte zorg dient in principe zo kleinschalig mogelijk te zijn. De basis van buurtzorg is Kleinschaligheid. Wordt een team wijkverpleging groter dan 10-12 mensen, dan wordt er gesplitst en komt er een team bij, om de band met de patiënt/cliënt zoveel mogelijk intact te houden. Ook in de volgende stap, de huisarts, zou praktijkverkleining de kwaliteit van zorg verbeteren. Nu komen Huisartsen door de veelheid van taken en steeds meer personeel steeds meer zelf in het gedrang.

Het

Aantal werkzame huisartsen (13000) is voldoende om verantwoordelijkheid te zijn voor 1300 Burgers. Aanpassing van organisatie en financiering is dan natuurlijk nodig, maar biedt kansen om de Zorg in een wijk/dorp kwalitatief te verbeteren.

Een patiënt is gebaat bij zorg in de buurt. Veel poliklinische zorg kan georganiseerd worden in de wijk, bijvoorbeeld in de huisartsenpraktijk of voor een orthopeed in de Fysiotherapiepraktijk met gezamenlijke spreekuren. De zorgverlener declareert daarna het bijbehorende consulttarief.

**Beleids opties faciliteren van regiobeelden, minimumeisen, vastleggen verantwoordelijkheden, eenduidigheid en de basis op orde:** Elke regio omvat een samenhangend en volledig aanbod van eerste en tweedelijnszorg: gezondheidscentra/huisartsenpraktijken en huisartsenposten/wijkverpleging/paramedische zorg, GGZ-aanbieders, apotheken en algemene/regionale ziekenhuizen. Een regio kan de omvang hebben van een zeer grote stad, zoals Amsterdam, maar ook van een provincie, zoals Drenthe of een geografische eenheid als Twente (rekening houdend met o.a. fysieke, sociaaleconomische en demografische kenmerken). In de regio wordt op basis van de behoefteanalyse een analyse gemaakt van het bestaande aanbod van zorg en de aansluiting op de voorspelde behoefte door middel van een Regionaal Zorgplan. Investerings en desinvesteringen, de planning van vastgoed etc. maken daar onderdeel van uit. Waar overschot is zal worden afgebouwd, waar tekort aan is wordt opgebouwd. Alle Regionale Zorgplannen tezamen vormen het Landelijk Zorgplan. De centrale overheid, ZIN, NzA en IGJ nemen hierin het voortouw, samen met koepelorganisaties van zorgverleners/aanbieders, patiëntenorganisaties en RIVM.

Op dezelfde manier als de hoofdlijnenakkoorden vorm hebben gekregen kunnen dan ook regionale akkoorden of regiobeelden vorm krijgen. Faciliteren daarvan dient door ook de centrale overheid en lokale overheid (provincie of gemeente) te gebeuren met dezelfde koepelorganisaties, patiëntenorganisaties en GGD en moet gemonitord worden. Systeemfuncties moeten door de regionale organisaties gewaarborgd worden, waarbij de capaciteitsregulering weer bij de centrale overheid thuishoort. Vormgeving van een en ander zal uiteraard wettelijk vastgelegd moeten worden.

Bij de vorming van de regio's is patientadherentie met zorgaanbieders een belangrijk gegeven. We wilden immers patiënt georiënteerde zorg. Uitgaan van zorgkantoren of GGD-regio's kan daar mee interfereren. NB De vorming van regio's impliceert wel een totale verandering van het hele systeem. Wordt dit ingevoerd binnen de huidige wet en regelgeving, dan is het gedoemd te mislukken.

**Beleids optie congruente inkoop:** zorg Inkoop van congruente zorg zoals voorgesteld is niet meer nodig, als we het oude model van concurrentie op de zorg los willen laten. Of bemiddelaars nodig zijn om de regie van de overheid in de regio's te waarborgen is onduidelijk. Wel is duidelijk dat zorgvraag en zorgaanbod in al zijn aspecten bij elkaar moet komen. Dat zal mogelijk wel een onafhankelijk bemiddelaar vergen. Zorgverzekeraars spelen daarin geen rol, zij zijn slechts de financiële faciliteerders van het geheel.

Bij de regio-indeling hoort uiteraard ook het sociale domein. Deze hele nota gaat vooral over het medische domein, maar gezondheidsbevordering door maatschappelijke participatie en inclusie van burgers, ook als de eigen regie door geestelijke of lichamelijke beperkingen verminderd is, verdient meer aandacht.

**Beleids optie waarborgen systeemfunctie via representatie:** Dit zou niet moeten gaan over zorginkopen voor het laagste tarief, al of niet afgedwongen door de NzA, maar veel meer over gezamenlijk vaststellen van tarieven op landelijk of evt. regionaal niveau door gerepresenteerde zorgverleners. Zo onderhandelde vroeger de LHV namens alle huisartsen over de landelijke tarieven met het COTG. Dit gaf ook veel meer het idee van "eigen" tarieven in plaats van de nu middels (vaak betwiste) kostenonderzoeken vastgestelde NzA tarieven. De representatie daarin is niet transparant.

**Beleids optie capaciteitsregulering:** Daar zou de overheid een sterkere rol mogen spelen en niet alles overlaten aan de markt. Zo zou het mogelijk moeten zijn in krimpregio's regionaal maatregelen te treffen om het voor zorgaanbieders aantrekkelijker te maken zich te vestigen. Stimuleren via woonkostenvergoedingen, scholing of toeslagen op tarieven zijn nu door regelgeving te beperkt.

**Beleids optie meer flexibele organisatievormen:** De huidige corona crisis heeft al ten zien dat het zorgveld vaak uitstekend in staat is zichzelf in tijden van nood snel te herorganiseren. Daar hoort ook het primaat te liggen. En slechts gefaciliteerd door zorgverzekeraars en centrale overheid door aanpassen op opschorten van wetgeving. Btw-plicht is daar een van.

Bevorderen van coördinatie tussen domeinen

**Beleids optie spil in de wijk:** De huisarts of wijkteam heeft al lang die functie. Daar waar met name in krimpggebieden die functie in gevaar komt moet centrale of regionale overheid, zoals eerder aangegeven, faciliteren.

**Beleids optie versterken clientondersteuning:** Lijkt me een conditio sine qua non voor mensen met zeer uiteenlopende beperkingen en aandoeningen. En trouwens ook voor de ondersteuners in de directe omgeving. Daaronder valt ook vaak de fysieke omgevingsondersteuning.

**Beleids optie meer manoeuvreerruimte zorgkantoren:** Een ongewenste optie. De vraag is of in een veranderd stelsel zorgkantoren wel nodig zijn. Het heen en weer schuiven van kwetsbare mensen wordt vaak veroorzaakt door de indicaties van het zorgkantoor. Ooit werkte de zorg zonder het eerst regionale indicatie en later centraal indicatieorgaan.

**Beleids optie bevorderen van coördinatie tussen domeinen:** Versterken van wettelijke verantwoordelijkheid van zorginkopers om te sturen en toe te zien is volledig in tegenspraak met de regiefunctie van de patiënt en het vertrouwen in de zorgverlener. Niet doen! Die coördinatie moet binnen die regionale entiteit plaatsvinden en dient nader uitgewerkt. Kleinschaligheid is daarbij essentieel. Organiseren op wijkniveau die domein overstijgend het sociaal domein, curatieve zorg, wijkzorg, WMO en jeugdzorg zou moeten coördineren vergt veel inzet. In een wijkteam zullen in ieder geval clientondersteuners moeten zitten. Gezien de veelheid van disciplines zou er kleinschalig en patiënt/cliënt gericht moeten worden georganiseerd. Eén middag wijkteam bij een eerste lijn's

praktijk waarin ten minste sociaal werker, wijkverpleging, huisarts en POH GGZ, evt. aangevuld met school/jeugdarts, de zorg bespreken werkt beter dan een grote wijkorganisatie met veel formele lijnen en aansturing door zorginkopers. Dat soort hometeams, inmiddels vaak verdwenen omdat het liefdewerk oud papier was, moeten uiteraard netjes gefinancierd worden binnen de populatiebesteding.

**Beleids optie regie zorginkopers:** Zorg inkopen zou niet meer aan de orde moeten zijn. Wel aan de orde is het toelatingsbeleid en monitoring van zorgaanbieders/zorginstellingen in de regio. Hoewel het percentage fraudegevallen in de zorg nog steeds te verwaarlozen is (promillages), biedt de zorg voor kwaadwillenden mogelijkheden om geld te verdienen. Dat in Twente zelfs criminelen de zorg als verdienmodel gebruiken is slechts mogelijk als de controles op toelating van zorginstellingen falen. Zorginstellingen werken – net als nu met een toelating om dat te mogen doen. Die toelating wordt geregeld via een Wet toelating zorginstellingen (Wtzi). Het bieden van kwalitatieve zorg, het voorkomen van te lange wachttijden, een verbod op winstuitkering of doorverkopen van zorg aan onderaannemers en de verplichting alle patiënten te helpen en geen voorrangszorg te creëren, zijn aanpassingen in die Wtzi. De toelating komt uiteraard te vervallen als de voorwaarden worden geschonden.

Het is dan ook volslagen onnodig om artikel 13 opnieuw te willen schrappen. De burger/patiënt dient te allen tijde vrije zorgverlenerskeuze te hebben. Artikel 13 gaat over het hinderpaalcriterium, belangrijk bij ongecontracteerde zorg. In principe zal er geen ongecontracteerde zorg meer zijn. Zorgverleners/aanbieders die aan de beroepseisen voldoen en toegelaten zijn worden gecontracteerd. Voor zorgverzekeraars komt er dus i.p.v. een zorgplicht een contracteerplicht!

**Beleids optie toezicht op kwaliteit:** Niet nog meer kwaliteitsnormen, er zijn al zoveel. Bestaande instellingen als het Zorginstituut, de Gezondheidsraad en de IGJ zien vanuit het algemeen belang toe op de kwaliteit van de zorg. Beroepsgroepen maken nu al zelf medisch-technische richtlijnen en, samen met patiëntenverenigingen, goede richtlijnen voor service en bejegening van patiënten. Richtlijnen worden bij het ZIN beoordeeld en geregistreerd. De richtlijnen zijn basis voor toezicht door de IGJ én de beroepsverenigingen zelf. Van artsen, behandelaars en verpleegkundigen wordt verwacht dat ze aan collegiale toetsing doen en niet weggijken bij achterblijvende kwaliteit. Spiegelinformatie wordt voor alle zorgverleners een belangrijk middel om de eigen kwaliteit te verbeteren. Zowel de IGJ als het Tuchtcollege hebben de middelen om straffend op te treden als het nodig is. Zo nodig wordt de IGJ uitgebreid.

Werken volgens de laatste stand van de medische wetenschap, altijd met oog voor de wensen en mogelijkheden van de patiënt, in goede samenwerking met collega's van dezelfde en andere disciplines wordt verstevigd. De grotere verantwoordelijkheid die zorgverleners krijgen, schept evenredig verplichtingen. Om kwaliteit te waarborgen is de registratie in het BIG-register noodzakelijk en is ook het instrument om zorgverleners aan kwaliteitsnormen te houden).

Daarnaast wordt van beroepsbeoefenaren verwacht dat zij zich nascholen, de stand van de medische wetenschap volgen en meewerken aan intervisie/collegiale toetsing, conform de eisen van herregistratie voor hun vakgebied. Welke bij- en nascholing nodig is om de registratie te behouden, bepalen de beroepsverenigingen via herregistratiecommissies zelf. Het ZIN denkt mee met de inhoudelijke eisen. Het vertrouwen in de beroepsnormen van professionals is groot, maar de registratie van een zorgverlener kan bij gebrek aan kwaliteit en het onvermogen te verbeteren komen te vervallen. High trust, high penalty. Zonder een registratie kan niemand als zorgverlener werken in de gezondheidszorg.

De opzet van controle en het toezicht ligt in het directe verlengde van de wisselwerking tussen arts en patiënt, patiënt en zorgverlener. Dit wordt opgenomen in het medisch dossier van de patiënt. Via visitatie als nascholing wordt door collega's bekeken of een zorgverlener zich houdt aan de laatste stand van de medische standaard én de wens van en de overeenstemming met de patiënt. Ten behoeve van controle over de productie wordt bijgehouden welke medische behandelingen hebben plaatsgevonden. Alle informatie is openbaar en geanonimiseerd.

De centrale overheid houdt toezicht op de te besteden middelen. Hierbij kijkt ze ook naar zaken als wachtlijsten en zinvolle innovatieve werkwijzen in de praktijk. De beroepsverenigingen en het Zorginstituut zijn er voor de inhoudelijke waarborgen en de IGJ ziet toe op de kwaliteit.

Als zorgverzekeraars worden omgebouwd tot "doorgeefluik" van premie en belasting gelden is de vraag in hoeverre financiële zekerheidsmaatregelen zoals Solvency II nog nodig en van toepassing zijn. De Nederlandse Zorgautoriteit zal een rol blijven spelen in het vaststellen van alle landelijk geldende tarieven (zoals vroeger het COTG). De ACM heeft in de zorg geen rol meer.

### Financiële prikkels

**Beleids optie bekostiging coördinatie:** Voor het intensiveren van samenwerking in de regio zijn dat eigenlijk verkeerde incentives. Samenwerking hoort vanuit professionele kwaliteitsoverwegingen te komen. Indien coördinatie en organisatie van samenwerking meerwerk oplevert kan dat als zodanig betaald worden. De samenwerking tijdens de coronacrisis werd ook niet financieel gestuurd maar op basis van professionele kwaliteitsoverwegingen. Als de productieprikkel wordt weggenomen zijn financiële prikkels in dit geval overbodig en contraproductief. Ik verwijs niet iemand omdat ik eraan verdien, maar omdat het beter voor de patiënt is.

**Beleids optie bekostigen op basis van beschikbaarheid:** Hier is in de algemene opmerkingen al naar verwezen. De meeste zorg, ook in de 2e lijn zou betaald moeten worden via een aangepaste populatiebekostiging, zoals huisartsen die kennen. En gemengd systeem met een inschrijftarief, gebaseerd op welke zorg beschikbaar is en een gering consulttarief, waar je , zelfs als je heel hard werkt niet rijk van wordt.

**Toevoeging: Beleids optie vertrouwen en verantwoordelijkheid:** De wisselwerking tussen arts en patiënt, patiënt en verzorgenden is de kern van (de totstandkoming van) zorgkwaliteit. Met het vervallen van de regisseursfunctie van zorgverzekeraars wordt het mogelijk om een omslag in denken te maken naar vertrouwen in de professional en de patiënt. Buurtzorg heeft op wijkniveau laten zien dat vertrouwen een sleutelwoord is in hun organisatie.

Vertrouwen is het uitgangspunt, maar kan niet zonder de verantwoordelijkheid om overbodige of onzinnige zorg te vermijden. Dit is een gedeelde verantwoordelijkheid. Een patiënt kan een arts niet dwingen dat een bepaalde scan of onderzoek wordt gedaan "omdat de buurman die ook kreeg". Evenmin doet een professional 'uit voorzorg' nodeloos onderzoek of een overbodige behandeling. De beroepsverenigingen en de IGZ houden hier toezicht op. De patiënt mag er volledig vanuit gaan dat de arts en zorgverlener in diens belang handelen, zonder druk van een zorgverzekeraar of een bestuurder. Maar zorg kan niet worden afgedwongen als deze niet nodig is. Bij twijfel over de diagnose, is een second opinion mogelijk.

Samenwerking tussen zorginstellingen en zorgverleners is immers de norm. Dat daarbij zoals voorgesteld coördinatie en systeemfuncties kunnen worden gedeclareerd is daarvan een logisch gevolg. Dit geldt uiteraard ook voor coördinatie van domein overstijgende samenwerkingsverbanden zoals de huidige transmurale zorg. Financieringsproblemen tussen de domeinen die vallen onder de

ZVW, de WLZ en de gemeenten vervallen, er is immers sprake van een publieke financiering, uitgevoerd door de huidige verzekeraars. Ouderenzorg hoeft dan ook niet meer te worden geherpositioneerd binnen de ZVW.

**Beleidsopties domein overstijgende zorg duurzaam maken, poolen van middelen en voorkomen van afwenteling:** Bij een patiëntgericht zorgsysteem en andere financiering zijn bovenstaande items eigenlijk niet meer van belang. Ik verwijs daarvoor naar de bovenstaande beleidsopties vertrouwen en verantwoordelijkheid en controle op kwaliteit.

**Beleidsoptie prikkelwerking eigen bijdrage:** Zoals eerder vermeld zouden alle eigen bijdragen moeten vervallen. Ze treffen vooral de chronisch zieken en sociaaleconomisch minder bedeelden. Ook de zorgtoeslag zou beter fiscaal geregeld kunnen worden maar dat valt buiten dit bestek.

**Beleidsoptie Scheiden wonen en zorg:** Direct doen, begrijp niet waarom het niet eerder is gebeurd.

**Beleidsoptie Herpositionering ouderenzorg en doelmatigheidsprikkel in de langdurige zorg:** Hier ontbreekt voldoende kennis om daar iets zinnigs over te kunnen zeggen

## Vernieuwing en werkplezier

Algemeen

Vernieuwing en innovatie zijn cruciaal. De zorg ontwikkelt zich continue en de invoering van betere en/of vernieuwende behandelmethoden, werkwijzen, geneesmiddelen e.d. moeten worden gefaciliteerd. De kwaliteit van persoonsgerichte zorg zal en moet altijd kunnen verbeteren. Buurtzorg is een mooi voorbeeld van hoe een andere organisatie toch hoge kwaliteit kan leveren. Het vergt meer regie van zorgprofessionals, meer ruimte en zeggenschap en minder regeldruk, samen met de patiënt.

**Knelpunten:** Randvoorwaarden zijn samenwerking, ontbreken van financiële belangen en Professionele vrijheid. Bij de randvoorwaarde die uitgaat van te beperkte uitkomst informatie moet beseft worden dat die maar zeer beperkt bruikbaar is en daardoor beperkt gebruikt wordt. Simpel gezegd: het aantal overleden Covidpatiënten op een IC zegt niets over de kwaliteit van de desbetreffende IC.

Ook het nut van veel behandelingen uit het basispakket hoort niet in de randvoorwaarden thuis. Onvoldoende gepast gebruik van zorg suggereert dat er veel onzinnige zorg wordt geleverd. Daarbij wordt onvoldoende rekening gehouden met voortschrijdend inzicht en toenemend wetenschappelijke onderbouwing. Behandeling van corona patiënten op de IC is nu al heel anders dan in de eerste golf. Zonder ingrijpen van welk orgaan dan ook. Vertrouwen in professionals en hun kennis en kunde om de laatste wetenschappelijke inzichten te gebruiken is voldoende.

Dat digitalisering onderbenut zou zijn is onjuist. Digitalisering die werkt dringt vaak onmiddellijk door op de werkvloer. Te vaak komen eHealth projecten maar niet van de grond. Dat heeft vaak een goede reden. Het invoeren van nieuwe technologie in de gezondheidszorg is een interventie die niet principieel verschilt van het voorschrijven van een nieuw medicijn. Toch is het laatste aan strenge regels gebonden, en het eerste niet. Dat is niet juist: alle interventies hebben bijwerkingen.

<https://www.ntvg.nl/artikelen/betere-zorg-door-anamnesestandaard?s=03> Bovendien is het vaak niet weggelegd voor de grote groep ouderen en de groep ongeletterden, de groepen die de grootste aanspraak doen op zorg. EHealth toepassen om tijd en dus geld te winnen is onjuist.

“Zoom”consulten in de GGZ bijvoorbeeld kosten meer tijd, meer energie, en leveren zeker niet meer

op. Zelf bij de huisarts een afspraak maken via het patientenportaal kan handig zijn, maar even kort overleggen met de assistente of een consult eigenlijk wel nodig is, is effectiever en gericht op de relatie patiënt/zorgverlener. Digitalisering lijkt een autonoom proces. Alle ooit verstrekte subsidies ten spijt.

De laatste 2 knelpunten kloppen.

**Beleids optie zorgprofessionals maken de zorg:** ze zijn de sleutel tot verandering maar er wordt absoluut te weinig naar geluisterd door beleidsmakers en zorgverzekeraars, nu nog in de positie van regisseur. Een slecht voorbeeld hiervan is de farmaceutische zorg. Zorgprofessionals maken allang niet meer de farmaceutische zorg. Het GVS, uitgevoerd door zorgverzekeraars is dermate ver doorgevoerd dat de kwaliteit sterk verslechterd is. Regelmatig zijn geneesmiddelen niet op voorraad en moeilijk of beperkt vervangbaar. Patiënten lijden daaronder. Moeten ook hier regelmatig bijbetalen. De focus op geld heeft hier de kwaliteit verslechterd. Ook de hulpmiddelenmarkt leidt tot excessen. Een willekeurige tweet: *Omdat groothandel consequent verkeerde zakjes spoelvoelstof levert, onbereikbaar is en lokale apotheek niks meer mag leveren is mijn patiënt nu opgenomen met urosepsis. Stijgende zorgkosten t.g.v. doorgeschoten efficiency...* De zorgprofessionals, arts en apotheker staan buitenspel en zien machteloos toe en zijn zeker niet in de lead. Dat is de zorginkoper.

**Beleids optie verbeteren kwaliteitsnormen:** volgens mij is er een overvloed aan allerlei normen, richtlijnen en protocollen, ook in de langdurige zorg. Probleem is dat die normen en richtlijnen ook vaak financiële achtergronden hebben. De RIVM-richtlijn over al of niet gebruik van FFP2 maskers in thuiszorg is voor sommige werkgevers reden om goedkope chirurgische maskers uit te delen. Zuinigheid boven kwaliteit.

**Beleids optie Beter benutten ervaringsdeskundigheid patiënten:** een uitstekend plan. Wel een voorbehoud, zaken als zorgkaart Nederland en andere vergelijkingssites spannen het paard achter de wagen. Door de anonieme invulling zegt het niets over de kwaliteit en geeft zeker niet de mogelijkheid kwaliteit te verbeteren.

**Beleids optie versterking verander en organisatiekracht:** geen opmerkingen.

Gepast gebruik en uitkomstgerichte zorg

Algemeen

Gepast gebruik van zorg dient niet door de zorgverzekeraar maar, wederom, door zorgverlener en burger/patiënt te worden vastgesteld. Beroepsverenigingen, samen, met ter zake kundige patiëntenverenigingen nemen daar het voortouw, met beiden in hun achterhoofd het totaal beschikbare budget wat dus bekend moet zijn. De reeds nu bestaande lijst van verrichtingen zonder meerwaarde kan worden aangevuld en methodes of verrichtingen op die lijst worden domweg niet meer uitgevoerd. Burgers en zorgverleners (zonder productieprikkel) bewaken in feite beiden het budget en onnodige zorg verrichten gaat ten koste van dat budget. Verplichte spiegelinformatie bij nascholing zal snel leiden tot verdwijnen van overbodige zorg. Vertrouwen is ook daar het sleutelwoord. Vertrouwen erop dat zowel collega's als beroepsgroep als IGJ een zink voorschrijvende huisarts als therapie bij Covid19 snel tot de orde zal roepen. De zorg kan heel goed voor zichzelf zorgen.

**Beleids optie meer tijd voor gesprek in spreekkamer:** Het samen beslissen hoort in de spreekkamer. Het beschikbaar stellen van algemene kwaliteitsinformatie heeft slechts beperkte waarde. Elke patiënt is immers verschillend en past maatwerk. Dat doe je in de spreekkamer. Wat hier overigens ontbreekt is adequate financiering hiervoor. Een voorbeeld: de consultprijs voor een huisarts is

afgestemd op het door de NzA bepaalde norminkomen. Daar wordt uitgegaan van een 10 min consult, 6 per uur. Dus een huisarts die het 10 min consult wil vervangen door 15 min consult kan slechts 4 consulten declareren en gaat er financieel op achteruit.

**Beleidsopties goede doorlichting en onderbouwing basispakket:** Dat zijn typisch zaken voor overkoepelende kwaliteitsinstituten zoals ZIN en Gezondheidsraad.

**Beleidsopties overstap naar zorg, loopbaanmogelijkheden, zeggenschap en efficiënte inzet personeel:** Hier heb ik te weinig over nagedacht om zinnig iets over te kunnen zeggen.

**Beleidsoptie minder werk en regeldruk:** De hoge regeldruk in de zorg is inherent aan hoe de zorg op dit moment georganiseerd is. Daarom moet het ook veranderen, zoals eerder onder het kopje regie en organisatie beschreven. Dat een zorgaanbieder zich moet kunnen verantwoorden over de vergoeding die van de zorginkoper wordt ontvangen is onnodig als de organisatie veranderd wordt. Over de kwaliteit van zorg is de zorgverlener primair verantwoording schuldig aan de patiënt en de beroepsgenoten, niet aan de geldgever. Zorg is geen product, zorg wordt verleend! Veertig procent van de tijd besteden aan administratieve handelingen kost miljarden en dat moet fors verminderen. Het daarmee gepaard gaande verlies van werkplezier heeft ernstige gevolgen.

**Beleidsoptie resultaatafspraken:** Dat de zorg onvoldoende aantrekkelijk zou zijn is vooral het probleem van hoe de zorg georganiseerd is. Niet patiënt gericht maar zorgaanbieder/zorgverlener en vooral financieel gericht, waarbij wantrouwen en registratieplicht, gebrek aan professionele autonomie en te lage betaling van met name verpleegkundigen de grootste rol spelen.

**Beleidsoptie aandacht voor goed bestuur:** Als het zorgstelsel dan toch op de schop gaat, lijkt het raadzaam aan de top, d.w.z. bij het ministerie van VWS, gezien de enorme complexiteit van de zorg, inhoudsdeskundige ministers aan te stellen en niet alleen bestuurders.

**Beleidsoptie Standaardisatie gegevensuitwisseling:** De gebrekkige gegevensuitwisseling is niet het gevolg van privacywetgeving maar van ontbrekende sturing van de centrale overheid die marktwerking in de automatiseringswereld ongemoeid laat en geen landelijke programma eisen stelt waaraan moet worden voldaan. Gebrekkige koppelingen tussen diverse echelons is het gevolg. Om standaardisatie van gegevensuitwisseling te verkrijgen is in een nieuwe kaderwet de verplichting om onderling digitaal te communiceren onvoldoende. Standaardisatie en de manier waarop dat zou moeten gebeuren hebben meer centrale regie nodig van een kundige overheid. Zie hoe het in Denemarken en Zweden geregeld is.

Bij het digitaal beschikbaar stellen van medische gegevens aan patiënten zelf is het medisch beroepsgeheim (in feite patiëntgeheim) nog wel een dingetje. Dat moet dan veel beter worden beveiligd dan nu de bedoeling is. Er is grote maatschappelijke weerstand tegen de op dit moment in de Eerste Kamer voorliggende WGS (wetsontwerp gegevensverwerking door samenwerkingsverbanden), die kortgeleden in deze crisistijd door de Tweede Kamer geloodst is. De rechtsbescherming van patiënten komt hiermee in het geding. Blijkbaar is er nog weinig geleerd van de toeslagenaffaire. <https://www.zorgictzorgen.nl/senaat-moet-burger-behoeden-voor-ongrondwettelijke-digitale-data-deling/?s=03>

**Beleidsoptie veilig datadeling:** Big data-analyse of AI-toepassingen zouden zeer terughoudend en alleen voor wetenschappelijk onderzoek gebruikt mogen worden, en dan alleen met toestemming van de patiënt. ROM avonturen om beleid en financiering bij te sturen is uit den boze.

Verbeteren van kwaliteitsnormen in curatieve en langdurige zorg is normaal gesproken een ongoing proces door opleiding en bijscholing. Groter gebruik van data is alleen gewenst voor

wetenschappelijk onderzoek en onderbouwing, niet voor de dagelijkse praktijk. Het ROM-fiasco ligt nog vers in het geheugen. Uitkomstindicatoren als basis voor kwaliteitsnormen is een idee-fixe en totaal in tegenstelling met patiëntgerichte zorg. Geen patiënt is immers gelijk.

**Beleids optie mensen en medische data apps:** Bij het gebruiken van medische data en apps zoals Medmij en VIPP-regelingen moet wel bedacht worden dat dit slechts door een beperkte groep patiënten zal worden gebruikt en dient een goede kosten-batenanalyse gemaakt te worden. Het merendeel van patiënten zal het nooit (kunnen) gebruiken.

**Beleids optie versterken van verander en organisatiekracht:** is typisch managementdenken, inclusief het bijbehorende ronkende taalgebruik. *“Daarom is het van belang de regio te voorzien van een leeromgeving op drie niveaus. Leren op basis van concrete proposities en innovatiecasussen die hoogfrequent worden opgeschaald naar bestuurlijke leertafels zorgt al voor verandering. Het is van belang om dergelijke ‘communities of practice’ in een gezamenlijke vorm met het veld te ontwikkelen en te komen tot een collectieve regioaanpak.”* Dit gaat niet werken, snel vergeten.

**Beleids optie Versterking randvoorwaarden:** Een generieke kwaliteitsindicator voor passende zorg zou een inkoopvoorwaarde moeten worden waar de NzA nog op toe moet gaan zien. Een prachtig voorbeeld van hoe het niet moet. Een generieke kwaliteitsvoorwaarde voor passende zorg bestaat namelijk niet. Een voorbeeld:

Stel dat we afspreken om geen tonsillectomie meer te doen. In 85 of 95% van de gevallen is dat overbodig. Maar wat doen we met die 5 waar het wél nodig is en tot betere zorg voor de patiënt leidt? Moet de NzA dat allemaal controleren en dan ingrijpen? Zou het niet beter zijn dat aan de autonomie van de zorgprofessional en de patiënt over te laten? De KNO-arts wordt heus wel op zijn vingers getikt of past zijn beleid aan als bij de spiegelinformatie blijkt dat hij jaarlijks veel meer dan gemiddeld 5 tonsillectomien doet. Of er moeten goede redenen voor zijn, bijvoorbeeld omdat hij als enige uitvoerder daarvan meer patiënten toegeschoven krijgt.

Meer zeggenschap en autonomie van zorgprofessionals, minder werk en regeldruk hebben alle te maken met vertrouwen. Regels ontstaan uit wantrouwen, wat ingebakken zit in dit op concurrentie gebaseerd zorgstelsel. Zolang dat niet veranderd zullen ontregellabs of ontregelbussen niet gaan werken. Het resultaat van de “ontregel de zorg” beweging is dan ook teleurstellend. Nog verder intensiveren is zinloos.

Zorginkopers inzetten om via contractering goed werkgeverschap of minder ziekteverzuim af te dwingen is een zinloze exercitie. Zorginkopers zijn in een zoals eerder beschreven goed georganiseerd systeem overbodig. Cao-onderhandelingen horen tussen werkgever en werknemer of desbetreffende koepelorganisaties te gaan. Bij schaarste gaat de prijs omhoog en is het aan de overheid om meer opleidingsmogelijkheden te regelen. Capaciteitsorganen kunnen daarin een rol spelen.

Het plan, om als randvoorwaarden voor gepast gebruik de zorginkopers de belangrijkste verantwoordelijkheid te geven, waarbij waarborgen, actief toezien en uitbreiding van bevoegdheid noodzakelijk zou zijn kan dus de prullenbak in. *“Om daarbij te komen tot aanvullende eisen voor verzekerde zorg en die eisen zelfs wettelijk te verankeren”.* Dus een wettelijk vastgelegd generiek kader die bepaalt wat gepast gebruik is, uitgevoerd door zorginkopers. Een onzalig plan!

De burger/patiënt en de zorgverlener zijn de kern van de zorgverlening. Zij moeten, binnen wettelijke, beroepsmatige en financiële normen bepalen wat passende zorg is, met controle van IGJ en NzA. Daar is een zorginkoper volledig overbodig en een complicerende factor in het geheel. Als huisartsen samen met patiënten beslissen de coronazorg in een gezamenlijk vormgegeven tent of



sporthal te doen dan is dat per definitie passende zorg. Een zorginkoper dient dat te faciliteren, meer niet. En als een orthopedisch chirurg meehelpt als verpleegkundige op de IC dan is dat passende zorg, wat voor kwaliteitskader er ook boven hangt. Dat een electieve knieoperatie dan moet worden uitgesteld dan is dat vervelend, maar op dat moment passend. Dat een niet doorgaande chemotherapie niet passend zou kunnen zijn, is een zaak van IGJ en NzA, die daarop maatregelen kunnen treffen. De rol van zorginkoper is, ook in deze crisis, voor de bepaling van wat passende zorg is volledig irrelevant. Pas bij de financiële afhandeling achteraf kunnen ze hun werk doen.

Wat wel werkt is meerjarige innovatieve contractvormen zoals Bernhoven, die door meerjarige omzetgarantie kunnen experimenteren met doelmatige zorg. Vraag alleen is wel hoe verder te gaan na zo'n meerjarige periode.

**Beleids optie digitaal ondersteunde zorg meer vanzelfsprekend maken:** Digitale leveringsvormen kunnen een volwaardig alternatief zijn, maar dat is ook mooi uit te proberen onder "bernhoven"condities. Maar ook hier geldt, focus op kwaliteit, niet op geld. Het moet meerwaarde opleveren voor de zorgverlener/patiënt relatie, dan kan de kwaliteit omhoog en de kosten omlaag. Wordt er gefocust op geld bijvoorbeeld door eigen risico kwijt te schelden of een lagere digitale consultprijs. Dan gaat de kwaliteit naar beneden.

**Beleids optie gelijk gerichtheid:** Meer gelijk gerichtheid is een prima streven. De helft van de medisch specialisten is al in loondienst, dat zou voor iedereen moeten gelden. Een ander bekostigingsmodel is dan nodig, zie eerdere suggesties in dit stuk.

**Beleids optie verandering in de bekostiging:** Bekostiging in de curatieve zorg zou een populatiebekostiging zoals huisartsen die kennen gemeengoed moeten worden. DBC-bekostiging zou moeten verdwijnen, het is een wangedrocht. In dat andere bekostigingssysteem zijn geen eigen bijdrages meer (zie eerder). Het risicoverveningssysteem voor de zorgverzekeraars kan ook verdwijnen als er één basispolis is en er niet meer geconcurrereerd wordt. Het risicovereveningssysteem zou overigens wel uitstekend gebruikt kunnen worden voor de regionale organisatie en doorgifte van geld. Het is nuttig om van de bekende populatie in een regio te kunnen inschatten hoeveel geld er ongeveer nodig zal zijn en daar de tarieven en bekostiging op af te stellen. In feite maak je dan de risicoverevening patiëntvolgend. Is er een migratie van bejaarden uit landelijke gebieden naar stedelijke gebieden, dan volgt het budget gewoon de burger.