

Kanttekeningen bij discussienota en factsheets ‘Zorg voor de Toekomst’

Koepel Gepensioneerden (KG) vertegenwoordigt 150 organisaties van gepensioneerden. Ook KBO-Brabant en de Federatie van Algemene Seniorenverenigingen (FASv) zijn bij de KG aangesloten. In totaal worden de belangen van zo'n 300.000 gepensioneerden behartigd op het gebied van pensioenen en inkomen, zorg, welzijn en wonen.

De kanttekeningen bij de discussienota, hoewel met name gericht op gezondheidszorg voor ouderen, moeten gelezen worden in samenhang met zorg voor alle burgers: de zorg is per definitie intergenerationeel en op het gebied van zorg en ondersteuning en de allocatie van gelden mag er geen conflict bestaan tussen jong en oud.

De KG heeft randvoorwaarden opgesteld voor het toetsen van gezondheidszorgbeleid 2021 en verder. Deze kunnen dienen als inbreng voor de contourennota. Zij herkennen de knelpunten, die ook in de thema's van de discussienota en de factsheets aan de orde worden gesteld.

Voor ouderen staat de vraag centraal hoe ondersteuning en zorg voor hen zo georganiseerd kunnen worden dat zij zo veel als mogelijk in staat blijven om het eigen leven te leiden en een waardevolle bijdrage aan de maatschappij te kunnen blijven leveren.

Opbouw van het document

In onze reactie wordt bij paragraaf 1 in de preambule als 'voorverklaring' ingegaan op de organisatie, de governance, de kosten en opbrengsten van de zorg en op het in de nota ontbreken van een getalsmatige onderbouwing. In paragraaf 2 wordt een standpunt ingenomen over de huidige organisatie van de zorg. In paragraaf 3 worden de door de KG opgestelde randvoorwaarden opgesomd, die in paragraaf 4 worden uitgewerkt. In de paragrafen 5 t/m 7 worden kanttekeningen geplaatst bij de thema's 'Preventie en Gezondheid', 'Organisatie en Regie' en 'Vernieuwing en Werkplezier.

1. Préambule

1.1. Organisatie van de zorg

- a) In de nota wordt uitgegaan van de bestaande organisatie van zorg en welzijn. Deze organisatie sluit niet meer aan op de maatschappelijke actualiteit van toenemende invulling van zorg- en welzijnstaken door burgerinitiatieven en vrijwilligers vanuit ouderenorganisaties. De teneur in de nota is dat op basis van de ervaring met proeftrajecten, met slechts wat kleine verbeteringen en aanpassingen, alle uitdagingen tot 2040 kunnen worden overwonnen. De invulling van wijzigingen, zowel in proces als in tijd, ontbreekt.

- b) Transformatie van de organisatie van zorg en welzijn is noodzakelijk om de uitdagingen in de komende jaren het hoofd te kunnen bieden. Hierbij zal het grondmotief 'Groter denken, kleiner doen' (Herman Tjeenk Willink) als kader kunnen worden gebruikt. De opzet van de organisatie zal toekomstgericht moeten zijn. Het veranderingsproces zal zowel in proces als in de tijd moeten worden ingevuld.
- c) De bestaande organisatie van zorg en welzijn veroorzaakt dat voorzieningen, materialen en personeel zijn toegesneden op een basis zorgvraag. In het systeem moet reservecapaciteit worden ingeruimd om de zorgvraag bij calamiteiten of een snel veranderende zorgbehoefte passend te kunnen volgen ('leren van lessen van de pandemie').
- d) Het streven om zorg en welzijn dicht bij de patiënt te organiseren, zowel regionaal als lokaal, is onder normale omstandigheden goed. Deze decentrale organisatie zal wel zo ingericht moeten worden dat bij calamiteiten zoals bijvoorbeeld een pandemie, direct omgeschakeld kan worden op centrale en directieve aansturing.

1.2. Governance

- a) De manier waarop verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid in de nota is vormgegeven is onduidelijk, het ontbreekt aan een model voor 'Good Governance'.
- b) Het organiseren van regionale en lokale zorg op basis van een netwerkstructuur vraagt om netwerkregie. Hiernaast zullen de organisaties die de zorg en welzijn verzorgen, buiten het systeem van de vrije markt gepositioneerd moeten worden.
- c) De verzekeraar stelt de voorwaarden op waarin staat welke zorg nodig is met eisen aan kwaliteit, prijs en volume. Zorgaanbieders en zorginkopers onderhandelen vervolgens over de voorwaarden. De macht van de verzekeraars in dit proces mag niet onderschat worden. Als de checks en balances ten aanzien van bevoegdheden en verantwoording van partijen niet in evenwicht zijn, kan de toch al sterkere positie van de verzekeraar de governance verder onder druk zetten.

1.3. Kosten en opbrengsten

- a) In de nota wordt beheersing van zorgkosten vooral vertaald in het beheersen van de omvang van de kosten die uit publieke middelen worden gefinancierd. Dit leidt tot verkeerde beleidskeuzes. Zorgkosten bestaan uit de kosten die publiek worden gedragen plus de kosten die individueel worden gedragen. Het beleid tot kostenbeheersing moet zich richten op de totale zorgkosten.
- b) Zorgkosten worden collectief gedragen. De middelen worden door belasting en premieheffing naar draagkracht gefinancierd. Eigen bijdragen zijn ingevoerd om een drempel op te werpen voor onterecht gebruik van zorg. Verhogen en stapelen van eigen bijdragen beperken de toegang tot de zorg, verhogen de uiteindelijke kosten van uitvoering en doorbreken de collectiviteit.
- c) In de nota worden zorg en welzijn alleen als kosten voor de maatschappij en het individu gezien. Er wordt geheel voorbijgegaan aan de economische capaciteit die beschikbaar komt door een betere gezondheid en inzetbaarheid van de bevolking. Dit speelt niet alleen vóór de pensionering, maar zeker ook voor de ouderen die veel economische waarde aan de maatschappij toevoegen, meestal onbetaald. Betere gezondheid en mobiliteit voor ouderen vertaalt zich direct in lagere maatschappelijke kosten voor wonen en zorg.

1.4. Getalsmatige onderbouwing

In de nota ontbreekt de getalsmatige onderbouwing van de toekomstige problematiek en is onduidelijk in hoeverre trends worden doorgetrokken. Er is geen visie gegeven op de te verwachten respectievelijk de gewenste situatie over 20 jaar en er is geen basis voor toekomstgericht beleid. De volgende punten springen direct in het oog:

- a) Bij ziektebeelden als gevolg van vergrijzing wordt vaak uitgegaan van een trendmatige extrapolatie ontwikkeling. Beleid moet gericht worden op het faciliteren en stimuleren van het beperken van de groei binnen de ziektebeelden door betere voeding, ontwikkeling van vroegdiagnostiek, medicijnen en behandelingen.
- b) In de nota blijft onduidelijk hoe de administratieve kosten van het zorgsysteem (zoals de 40% administratieve lasten voor zorgprofessionals, de impact van de wijze van verrekening van de bij het budget achterblijvende zorgkosten, et cetera) sterk kunnen worden beperkt. De inzet van personeel en de kosten die met deze systeeminvulling gemoeid zijn, zijn van een relevante omvang ten opzichte van de totale omvang van de zorg. Beleid voeren op deze elementen zal veel impact hebben om kosten van zorg voor de maatschappij beheersbaar te houden.
- c) In de nota wordt een leeftijd van 65 jaar als kantelpunt genoemd tussen actief en werkend enerzijds, en niet werkend en oud anderzijds ('ouderdom komt met gebreken'). Door de verbetering van de gezondheid van de bevolking is de kantelleeftijd in de afgelopen jaren geleidelijk verschoven, zoals ook blijkt uit de verhoging van de AOW-leeftijd. Deze tendens zal naar verwachting nog jaren kunnen aanhouden. Het is van belang om de verwachte gezondheidswinst passend te verwerken in de nota, en in toekomstgericht beleid hiermee dus rekening te houden.

2. Standpunt over huidige organisatie van zorg en welzijn

De KG constateert dat de huidige organisatie van zorg en welzijn gefragmenteerd is, op lange(re) termijn niet houdbaar en vraagt om ingrijpende veranderingen in het systeem van de gezondheidszorg. Er is nauwelijks echte voortuitgang te zien. Wel op deelterreinen, maar niet vanuit een geïntegreerde visie op die veranderingen die noodzakelijk zijn. Dat betekent dat het 'sleutelen' aan bestaande systemen niet volstaat: het wordt tijd om onorthodox en grenzen doorbrekend te denken. Om werkelijke veranderingen te kunnen bereiken is het noodzakelijk steeds de samenhang van het geheel in het vizier te hebben en de onderlinge relaties die elkaar beïnvloeden. Veranderingen die op een deelterrein effectief zijn, kunnen gezien vanuit het geheel suboptimaal zijn.

KG pleit voor:

- Blijvend onderhoud op uitgavenbeheersing, met kernthema's als zinnige zorg, gepast gebruik en de juiste zorg op de juiste plek.
- Samenhangende integrale zorg in samenhang gezien met de zorguitgaven en de zorgarbeidsmarkt.
- Een sterke focus op preventiebeleid.
- Het meer benutten van digitale zorgmogelijkheden.

Voornemens en plannen dienen in een helder proces een duidelijke plaats te hebben. Wanneer willen we met elkaar iets bereiken, hoe willen we dat doen en met welke middelen. Dit is gewenst om werkelijke resultaten te kunnen bereiken en momenten te

creëren voor evaluatie en eventuele bijsturing. In de Contourennota komt dat onvoldoende tot uitdrukking. De KG kan zich voorstellen dat dit in een volgend document een duidelijke plaats zal gaan krijgen.

3. Randvoorwaarden gezondheidszorgbeleid 2021 en verder

De KG heeft randvoorwaarden opgesteld voor het toetsen van gezondheidszorgbeleid 2021 en verder, te weten:

- Toekomstgerichtheid van de zorg
- Toegankelijkheid van de zorg
- Betaalbaarheid en collectiviteit van de zorg
- Zinnige en passende zorg
- Digitaal én sociaal
- Waardegedreven zorg in relatie tot maatschappelijke waarden
- Preventie en vroegsignalering
- Samen beslissen over zorg
- Samenwerking zorg- en welzijnswerkers en de rol van vrijwilligers en mantelzorgers
- Rolduidelijkheid en helderheid in verantwoordelijkheden

Onderstaand worden de randvoorwaarden toegelicht en uitgewerkt.

4. Randvoorwaarden voor beleid

4.1. Toekomstgerichtheid

Vele voorstellen voor het verbeteren van het systeem van zorg zijn gericht op het oplossen van actuele problemen, dan wel het verbeteren van huidige voorzieningen. Belangrijk is of deze voorstellen zijn ingebed in een perspectief op de toekomst, teneinde het gezondheidzorgsysteem houdbaar en betaalbaar te maken. Dat vraagt om een visie en een bereidheid van partijen om huidige systemen, waar wenselijk en nodig, open te breken. De urgentie hiervan kan niet genoeg benadrukt te worden. Zonder deze ontwikkeling loopt het systeem van zorg op den duur vast.

Deze urgentie wordt langzamerhand breder gedragen en is niet meer de oproep van een enkeling die pleit voor drastische en structurele veranderingen waardoor de vele weeffouten uit het verleden kunnen worden hersteld. Het gaat om het scherper formuleren van 'waar we met elkaar heen willen en waarin de mens centraal staat en niet de organisatie'. We zijn steeds weer in staat om goed bedoelde voornemens om de mens en de kwaliteit van leven centraal te stellen, om te zetten in bureaucratische beheersmechanismen. Daarmee houden we het huidige systeem – misschien ongewild – in stand en worden de goed bedoelde voornemens vermalen tussen de draaiwielen van systemen, organisatorische concepten en verdienmodellen. De wenselijkheid om te sturen op een positieve visie op het "gemeenschappelijke goede, waar compassie en mededogen in plaats van concurrentie en meetbare prestaties een essentiële rol spelen, wordt alsmaar dwingender." Dit vraagt om een andere aansturing en financiering van zorgorganisaties waar samenwerking boven concurrentie staat en die zich richt op de intrinsieke bedoeling van het beleid en niet op afgeleide doelen als afrekening en controle.

Door de veranderingen in de (langdurige) zorg vervagen de grenzen tussen zorg, welzijn, gemeente, zorgverzekeraars en inwoners. Governance dient op eenzelfde grensoverschrijdende wijze benaderd te worden. In de praktijk vraagt dit om een omslag in denken, maar ook om het omzetten van denken in handelen. Het vereist een omslag van governance gericht op besturing en beheersing, controle en verantwoording binnen publieke en private partijen, naar een netwerk-governance gericht op interactie tussen de verschillende partijen, waar vertrouwen de basis is om met elkaar om te gaan. De noodzakelijke netwerk-governance zonder duidelijke regie is bij voorbaat gedoemd te mislukken.

KG pleit voor:

- Integrale zorg in samenhang bezien met zorguitgaven en de zorgarbeidsmarkt.
- Ieder die zorg nodig heeft – en dat niet binnen het eigen netwerk kan regelen – heeft toegang tot zorg.
- Alle relevante partijen waaronder de centrale overheid, gemeenten, zorgverzekeraars, zorgprofessionals, zorgconsumenten en vertegenwoordigers van mantelzorg- en vrijwilligersorganisaties dienen in het zorgsysteem mogelijk te maken wat nodig is om vraaggericht te kunnen handelen; waar nodig zullen wet- en regelgeving en beleid hierop aangepast moeten worden.
- De governance in de zorg moet anders ingericht worden: van aanbod en centrale financiering naar een grensoverschrijdende benaderingswijze waarbij de mens centraal staat door middel van een netwerk-governance met strikte regie.

4.2. Toegankelijkheid

Zorgvoorzieningen en -interventies moeten toegankelijk zijn. Toegang tot zorg moet niet belemmerd worden door beperkingen, gecreëerde drempels en ingewikkelde procesgang in de organisatie van het stelsel. Aspecten als beschikbaarheid, kosten, reisafstand, wachttijden en de mate waarin de voorziening tegemoet komt aan de behoefte en de vraag van burgers en de wijze waarop zij ondersteund kunnen worden, dienen daarin meegenomen te worden.

Cliëntondersteuning maakt het mogelijk om het stelsel van zorg en welzijn persoonsgerichter, betrouwbaarder en toegankelijker in te richten in de opeenvolgende levensfasen.

KG pleit voor:

- De rijksoverheid is stelselverantwoordelijk en stuurt aan op het wegnemen van onduidelijkheden, respectievelijk conflicterende uitwerking van wet- en regelgeving.
- Ouderenzorg heeft een domeinoverstijgend karakter en vereist een domeinoverstijgende, voortvarende aanpak, gebaseerd op een wettelijke verankering, in de zin van een speciale Ouderenwet en met ministerie-overstijgende bevoegdheden, zodat zorg, wonen en welzijn in samenhang invulling krijgen.
- Ouderen dienen eenvoudig, tijdig en actief één onafhankelijke en deskundige cliëntondersteuner of casemanager toegewezen te krijgen gedurende het gehele (domeinoverstijgende) zorgtraject. De erkenning van deze noodzaak begint in de organisatie van de zorg langzaam door te dringen en geeft hoop voor de toekomst. Toch is het tempo van deze verandering in de praktijk nog te laag.

4.3. Betaalbaarheid en collectiviteit

De Nederlandse gezondheidszorg behoort tot een van de beste in Europa. De kosten van de zorg zijn in Europees opzicht gemiddeld. De kosten die gemoeid zijn met de zorg in het kader van de Wlz zijn relatief hoog. Zorg moet niet alleen toegankelijk zijn, maar ook betaalbaar. Gelukkig delen we de kosten in belangrijke mate met elkaar en is er zorgtoeslag voor mensen met een laag inkomen.

Collectiviteit is een hard uitgangspunt van de zorg: dat betekent dat een discussie over verdeling van de kosten over verschillende onderdelen zoals eigen bijdragen, zorgpremie, algemene middelen en gemeentelijke budgetten contraproductief is; een uitvoeringspraktijk met verdeling van kosten zal leiden tot hogere uitvoeringskosten, complexe regelingen, ongelijke toegang tot zorg en juist tot een afname van de kwaliteit van de zorg.

De bevolkingssamenstelling verandert van meer jongeren dan ouderen naar een gelijkmatige verdeling met een blijvende ontgroening, waardoor het aandeel van de beroepsbevolking daalt en het aandeel gepensioneerden toeneemt (CPB). Dit leidt tot een autonome stijging van zorgkosten.

KG pleit voor:

- Uitgangspunt voor de zorg is collectiviteit.
- Autonome stijging van zorgkosten op basis van demografie mag geen reden zijn voor beperking van vergrijzingsgevoelige uitgaven.
- De premie van de zorgverzekering, de gevraagde eigen bijdrage en het eigen risico voor zorg en ondersteuning moeten uit het besteedbaar inkomen betaald kunnen worden, ook voor de laagste inkomens.
- Een stapeling van eigen betalingen voor zorg en ondersteuning is ongewenst.

4.4. Zinnige en passende zorg

Het overheersende kenmerk van de Nederlandse gezondheidszorg is de nog steeds bestaande verschatting tussen de afzonderlijke disciplines en instanties, ook al zijn er op dit terrein door de digitale ontwikkeling verbeteringen te constateren. Ons gezondheidszorgsysteem bevat nog vele perverse prikkels die het systeem onnodig duur maken en soms zelfs onbetaalbaar. Er is een alternatief nodig voor de volume-opdrijvende financiële prikkels. De zorg moet zinnig en passend zijn.

KG pleit voor:

- Zorg dient voor zover mogelijk bewezen effectief (evidence based) te zijn en bij te dragen aan het algehele welzijn van de patiënt; dat wil niet zeggen dat er voor alle interventies sprake moet zijn van 'harde bewijzen' maar dat deze ook gebaseerd kunnen zijn op onderbouwde en uitlegbare ervaringen van de professional en de voorkeuren van de patiënt.
- Screenen van vormen van medisch specialistische zorg waarvan de effectiviteit nog onbekend is. Uit analyse van het ZonMw Programma 'Doelmatigheidsonderzoek' blijkt dat van 200 afgeronde onderzoeksprojecten in ongeveer 50% van de onderzoeken geen gezondheidswinst aantoonbaar is (zie ook Brede Maatschappelijke Heroverweging 20-2-2020, pag. 84-85).
- Nadruk moet liggen op de juiste zorg op de juiste plek, waar het gaat om wat mensen nodig hebben, in plaats van wat de zorg te bieden heeft. De beweging om niet vanuit het aanbod maar vanuit de vraag te denken en handelen moet versneld worden,

omdat het een belangrijke voorwaarde is om de efficiency en effectiviteit van het zorgsysteem te kunnen garanderen.

- Het basispakket dient doorgelicht te worden op de zinnigheid van de zorg, gepast gebruik (inzetten van zorg waar nodig en effectief) en het tegengaan van overbodige zorg (allocatieve verspilling).
- Perverse prikkels in de medisch specialistische zorg moeten worden teruggedrongen door de financiering zo in te richten dat het leveren van zinnige en passende zorg gestimuleerd wordt.

4.5. Digitaal én Sociaal

De digitale wereld is al ver doorgedrongen in vele basishandelingen die ons leven ordenen. In de gezondheidszorg zien we deze zelfde ontwikkelingen. De ondersteuning van medische handelingen (gegevensuitwisseling, EPD, eHealth als digitale zorgomgeving, beeldbellen, monitoring) is bijna niet meer weg te denken uit het zorgsysteem. Het is in vele opzichten erin geïntegreerd. Toch blijft het verlenen van zorg in de kern een sociaal proces. Het digitaal ondersteunen van zorgprocessen moet altijd digitaal ingebed zijn in de sociale context van de zorgvrager. De creatie en beschikbaarheid van digitale hulpmiddelen mag nimmer een volwaardig substituut zijn voor noodzakelijke sociale contacten in de zorg.

Vanuit organisatie- en informatiekundig perspectief moeten systeemontwikkelingen met betrekking tot digitale toepassingen in diagnostische en therapeutische processen enerzijds en die van het Elektronisch Patiëntendossier of Persoonlijke gezondheidsomgeving en overige ICT-toepassingen anderzijds, gezien worden als twee specifieke trajecten, waarbij overigens gestreefd moet worden naar synergie. Van belang is dat haperingen in het ene systeem geen nadelige gevolgen mogen hebben voor het andere. De KG pleit dan ook voor een afzonderlijke systeemontwikkeling voor het gebruik van digitale mogelijkheden in de relatie patiënt-arts, die aanhaakt bij reeds in gebruik zijnde systemen, waarvoor in de nota gepleit wordt.

KG pleit voor:

- Ouderen moeten in het kader van 'zorg dichtbij op afstand' kunnen beschikken over digitale mogelijkheden (beeldbellen, digitale monitoring) en moeten – zo nodig – geholpen worden bij het gebruik ervan.
- Ouderen zijn eigenaar van hun gezondheidsdata (EPD), waarbij een koppeling bestaat tussen EPD en eHealth toepassingen.
- De individuele behoefte van de oudere is uitgangspunt bij digitale behandeling, begeleiding en informatievoorziening. Omdat ouderen soms ver af staan van de digitale wereld en daardoor niet goed kunnen omgaan met digitale behandeling, moeten mengvormen mogelijk zijn.

4.6. Waardegedreven zorg in relatie tot maatschappelijke waarden

Waardegedreven zorg is het werken aan betere kwaliteit en betere gezondheid tegen lagere kosten. Waardegedreven zorg ligt ingebed: in de waarde voor de patiënt, de kosten van de behandeling, het organiseren van de zorg en het sturen op kwaliteit. Een zorgsysteem dat presteert op een hoog niveau van waarde wordt gevoed door onderliggende maatschappelijke waarden. Deze waarden moeten nauw aansluiten bij maatschappelijke waarden: gezond leven, eigen regie kunnen voeren over de

gezondheid, een betekenisvol leven kunnen inrichten, mee kunnen blijven doen aan de samenleving.

KG pleit voor:

- De waarde van de zorg voor de oudere wordt gekenmerkt door een functionerend netwerk van ambulante zorg (thuiszorg, wijkverpleging), extramurale (eerste lijn, medisch specialistische zorg, poliklinische zorg) en intramurale zorg (ziekenhuis, verpleeghuis en andere instellingen), om passende en zinnige zorg mogelijk te maken.
- Financieringsarrangementen moeten de samenwerking binnen de extramurale zorg versterken.
- Het netwerk van ondersteuning rond de zorgvragende (o.a. de mantelzorgers) moet een meer gewaardeerde en geïntegreerde plaats krijgen in het streven de gezondheid van de betrokkene op een aanvaardbaar peil te houden.

4.7. Preventie en vroegsignalering

- a) Het doel van preventie is te zorgen dat mensen gezond blijven door hun gezondheid te bevorderen en te beschermen. Ook heeft preventie tot doel ziekten en complicaties van ziekten te voorkomen of in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen (vroegsignalering). Preventie en vroegsignalering zijn geen op zichzelf staande entiteiten maar een continuüm gericht op collectief én individu. Daarmee gericht op de gezonde bevolking om:
- actief gezondheid te bevorderen en te beschermen; gericht op bevolkingsgroepen met een verhoogd risico;
 - te voorkomen dat personen met één of meer risicofactoren voor een bepaalde aandoening daadwerkelijk ziek worden, gericht op mensen met beginnende klachten;
 - te voorkomen dat deze verergeren tot een aandoening; en zorg-gerelateerde preventie gericht op mensen met een ziekte of aandoening;
 - te voorkomen dat een bestaande aandoening leidt tot complicaties, beperkingen en lagere kwaliteit van leven en sterfte. Een continuüm dat een integrale benadering vereist.

Preventie is niet alleen een opdracht en taak van overheden en professionals. De oplossing ligt tevens in een meer betrokken samenleving, sociale samenhang binnen wijken en dorpen, burens die elkaar helpen en ondersteunen. Inwonersinitiatieven kunnen de zorgketen gunstig beïnvloeden en zijn – ook nu al – een belangrijke en niet te onderschatten dimensie.

Beperkingen op het gebied van (zelfstandig) wonen, inkomen, sociale en/of relationele activiteiten kunnen leiden tot een mindere kwaliteit van leven. Het is een gegeven dat Nederland grote sociaal-economische gezondheidsverschillen kent en dat de positie die iemand inneemt op de sociale ladder samenhangt met zijn of haar gezondheid en welzijn. Dit vraagt om een meersporenbeleid waarin preventie ook gezien moet worden binnen een sociaal-economisch kader.

- b) Voedsel is een belangrijke bouwsteen van preventie. In toenemende mate is er sprake van voedselintolerantie. Ook consumentenartikelen bevatten stoffen die tot allergische reacties aanleiding kunnen geven.

Voedselintolerantie is een belangrijk gezondheidsprobleem. De Gezondheidsraad schat de prevalentie van voedselintolerantie op 1 tot 3 procent (> 500.000 mensen). Bijna alle ingrediënten in voeding kunnen een intolerantie reactie geven. De intolerantie reactie treedt met vertraging op zodat het ziektebeeld niet direct gekoppeld wordt aan een voedingstof. Voedselallergie treedt direct op bij contact met allergenen. De Europese Unie schrijft voor dat voedselproducten die de belangrijkste voedselallergenen bevatten dit moeten vermelden bij de productinformatie op het etiket. Om allergische en intolerantie reacties te voorkomen, is betrouwbare, leesbare en complete etikettering essentieel. Het labelen van producten loopt in Nederland achter bij andere EU-landen en focust slechts op de vermelding van de EU-eisen en niet op alle ingrediënten.

Veel consumentenproducten bevatten stoffen die allergische reacties van de huid veroorzaken (contact dermatitis en contacteczem), zoals geurstoffen in cosmetica. Contact dermatitis komt in Nederland relatief veel voor vergeleken met astma, hooikoorts en voedselallergie. Allergische aandoeningen behoren tot de meest voorkomende chronische ziekten in Europa.

KG pleit voor:

- Iedereen moet duidelijk kunnen zien uit welke bestanddelen voeding bestaat. Het beleid moet zijn om op voedingsproducten volledig en duidelijk leesbaar alle ingrediënten aan te geven. Wisseling van ingrediënten bij producten moet direct op de verpakking zichtbaar zijn.
- Consumentenartikelen moeten ook voorzien worden van een duidelijk leesbare lijst van ingrediënten.
- De zorg heeft een sterke focus op preventiebeleid met name gericht op de maatregelen uit het Nationaal Preventieakkoord, te weten roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik.
- Gemeenten moeten actief inzetten op preventie en vroegsignalering om te voorkomen dat mensen aangewezen raken op (zwaardere) vormen van maatschappelijke ondersteuning.
- Gemeenten moeten inwonersinitiatieven op het gebied van preventie stimuleren en ondersteunen bijvoorbeeld bij de organisatorische vormgeving om het voortzettingsvermogen van initiatieven te bestendigen.
- In toenemende mate neemt de aandacht voor de sociaal-economische kant van het menselijk leven een plaats in voor de signalering dat mensen naar de zijkant van het leven 'afdrijven' en hulp behoeven om weer te kunnen blijven deelnemen aan de samenleving. Daarbij moet er veel meer aandacht zijn voor de vele lokale initiatieven die juist op het terrein van preventie (welzijn) actief zijn. Zij moeten waar nodig en gevraagd ondersteuning vinden bij het realiseren van hun activiteiten.
- Er moet meer aandacht komen voor de preventie van intolerantie, allergie en de blootstelling via meerdere producten (geaggregeerde blootstelling), door een verbetering van de risicobeoordeling.

4.8. Samen beslissen over zorg (shared decision making)

Shared decision making richt zich op het informeren van de patiënt en op het vergroten van diens controle over besluiten die zijn of haar gezondheid aangaan. Patiënt en zorgverlener nemen samen een zorgbesluit, nadat ze informatie daarover hebben uitgewisseld. De zorgverlener informeert de patiënt over de mogelijkheden en de mogelijke voor- en nadelen en wekken eerlijke verwachtingen bij de patiënt.

Een patiënt/cliënt kan op enig moment beperkt zijn in het begrijpen van informatie of niet voldoende assertief zijn om zelf voldoende inbreng te hebben in besluiten die zijn of haar gezondheid aangaan. Soms ontbreekt het eenvoudigweg aan voldoende tijd in de spreekkamer om goed geïnformeerd te worden. Dit proces kan verbeterd worden door in de praktijk de juiste verbinding te maken tussen patiënt/cliënt, met hulpverlening door een deskundige cliëntondersteuner, die op een activerende en onpartijdige wijze de shared decision making kan ondersteunen.

KG pleit voor:

- Het leveren van persoonsgerichte zorg en het bevorderen van een actieve rol van de patiënt in zijn/haar proces is essentieel.
- Het individueel zorgplan (IZP) is bij mensen met een chronische aandoening de spil van het zorgproces.
- Zorgverleners moeten zo nodig worden (bij)geschoold.
- De gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken moet deel uitmaken van de diverse curricula.
- Een patiënt/cliënt moet zich te allen tijde kunnen laten bijstaan door een deskundige cliëntondersteuner.

4.9. Samenwerking zorg- en welzijnsprofessionals en de rol van vrijwilligers en mantelzorgers

Complexe gezondheidsproblemen hebben veelal achterliggende oorzaken uit meerdere levensdomeinen (lichaam, geest, maatschappelijk en sociaal). Dit leidt tot een grote druk op het gezondheidszorgsysteem. Om de gezondheid te verbeteren, de inwoners meer regie te geven over hun gezondheid, de doelmatigheid van de zorg te verhogen en de werklast van zorgprofessionals te verlagen is een geregisseerde netwerkaanpak van de verschillende zorg- en welzijnsorganisaties belangrijk met als insteek een integrale aanpak. Een dergelijke geregisseerde netwerkaanpak maakt de onderlinge afhankelijkheden bij het verlenen van de juiste zorg, de samenhang tussen deelgebieden en de mogelijkheden tot effectieve samenwerking zichtbaar.

Volgens de definitie van het Sociaal en Cultureel Planbureau is mantelzorg alle hulp aan een hulpbehoevende door iemand uit diens directe sociale omgeving. Ook minder intensieve hulp, de hulp aan huisgenoten en de hulp aan instellingsbewoners zijn meegenomen. Mantelzorg is de hulp die verder gaat dan de zogenoemde gebruikelijke hulp. Mantelzorg is vrijwillig, maar geen vrijwilligerszorg: mantelzorg komt op je pad, voor vrijwilligerszorg kies je. Eén op de drie Nederlanders van 16 jaar en ouder gaven in 2020 mantelzorg, dit zijn ongeveer 5 miljoen mantelzorgers. Ongeveer 830.000 mantelzorgers geven zowel langdurig (> 3 maanden) als intensief (> 8 uur per week) hulp (bron: SCP). Gemeenten hebben de wettelijke taak mantelzorgers en vrijwilligers te ondersteunen (Wmo 2015). In 2019 maakte 29% van de mantelzorgers gebruik van een of meer vormen van ondersteuning die gemeenten aan mantelzorgers bieden, zoals respijtzorg, materiële hulp of informatie en advies. Mantelzorgers, maar ook vrijwilligers in zorg en ondersteuning, weten niet altijd de weg naar ondersteuning te vinden in het zorglandschap. Hoe essentieel deze zorg is wordt nog eens duidelijk vanuit de wetenschap dat niet al degenen die mantelzorg verlenen ergens zijn aangemeld en dat tussen mantelzorgers ook jeugdigen zitten onder de 18 jaar.

KG pleit voor:

- Goed functionerend netwerk vereist van ambulante zorg (thuiszorg, wijkverpleging, maatschappelijk werk), extramurale zorg (eerste lijn, medisch specialistische zorg, poliklinische zorg), intramurale zorg (ziekenhuis, verpleeghuis en andere instellingen).
- Gemeenten moeten zicht hebben op de daadwerkelijke mantelzorg die in hun gemeente wordt gegeven. Aan mantelzorgers en vrijwilligers moet bekend worden gemaakt welke vormen van ondersteuning geboden kunnen worden; gemeenten moeten er zorg voor dragen dat ondersteuning en respijtzorg eenvoudig en snel geboden kunnen worden.
- Financieringsarrangementen moeten de samenwerking binnen de extramurale zorg versterken.
- Vermindering regeldruk en meer ruimte voor de zorgprofessional.
- Harmoniseren en verbeteren van toezichtsorganen en protocollen.

4.10. Rolduidelijkheid en helderheid in verantwoordelijkheden

Rolduidelijkheid is een belangrijke beïnvloeder van cliënt- en patiëntgerichte productiviteit, effectiviteit en efficiëntie binnen de gezondheidszorg en dus een belangrijke voorwaarde voor de kwaliteit van zorg.

KG pleit voor:

- Zorgverleners, zorgverzekeraars, gemeenten, en anderen moeten weten wat zij van elkaar kunnen verwachten, welke verantwoordelijkheden bij hen behoren en hoe zij door samenwerking het behandelingsproces kunnen verbeteren en versnellen.

5. Thema Preventie en Gezondheid

5.1. Knelpunten

“Sterke productieprikkelers”

In de factsheet wordt als knelpunt aangegeven dat sterke productieprikkelers een belemmering kunnen zijn om de behoeften van de cliënt centraal te stellen en dat zij ertoe kunnen leiden dat er meer of andere zorg wordt verleend dan nodig is. Dit is een ontwikkeling die aandacht verdient om te voorkomen dat het zorgaanbod weer leidend gaat worden in plaats van de zorgvraag.

De veranderende zorgvraag van patiënten met een toenemende complexiteit, vraagt om aanpassingen van de organisatie van de zorg. We zien in toenemende mate nieuwe vormen van organisatie van zorg, samenwerkingsverbanden en verplaatsing van zorg in de vorm van concentratie en spreiding of door middel van substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn en van de eerste lijn naar zelfmanagement van de patiënt. Als onderdeel van deze ontwikkelingen zijn zorgconcepten zoals focusklinieken (bijvoorbeeld voor orthopedie, dermatologie, oogzorg) en anderhalvelijns centra waar zorg geconcentreerd plaatsvindt of waar eerstelijnszorg en tweedelijnszorg gecombineerd worden.

KG pleit voor:

- Bij de veranderende zorgvraag moet gewaakt worden dat de behoeften van de patiënt/cliënt centraal blijven staan en dat aanpassingen in de zorg gebaseerd zijn

op de vraag en niet op het aanbod. Voorts is het ongewenst dat er een relatie blijft bestaan tussen het aantal verrichtingen en de honorering van medisch specialisten.

- Willen de behoeften van de cliënt centraal gesteld worden, dan moeten de nulde-, eerste-, tweede- en derdelijnszorg met elkaar in verbinding staan. Er is echter een tekort aan samenhang in het zorgveld, leidend tot ondoelmatigheid en extra kosten.
- Afstemming moet verbeterd worden, zowel op het gebied van interprofessionele samenwerking, goede afstemming en coördinatie van zorg en ondersteuning tussen de zorgorganisaties onderling en tussen de zorgorganisaties en de zorgverzekeraars. Op systeemniveau zijn integraal beleid en dito aanpak nodig over de muren van gemeenten, zorggroepen, thuiszorgorganisaties en ziekenhuisorganisaties heen. Dit vraagt om integrale wet- en regelgeving en bijbehorende financieringsvormen.

5.2. Beleidsopties krachtiger inzetten op het voorkomen van zorg

a) *Bevorderen eigen regie in relatie tot beschikbare huisartsenzorg*

Bij het bevorderen van de eigen regie van ouderen die zorg behoeven is mede een belangrijke rol weggelegd voor de huisartsen. Uit onderzoek in 2016 (VGZ/Zorggroep Syntein) is gebleken dat meer tijd in de spreekkamer en samen beslissen leiden tot meer patiënttevredenheid en (25%) minder verwijzingen. Uit onderzoek van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het NIVEL blijkt dat zo'n 69% van de huisartsen in alle regio's aangeeft dat de werkdruk en werklust te hoog zijn. In de komende tien jaar zal het tekort aan huisartsen toenemen door te weinig opleidingsplaatsen en door het gegeven dat veel huisartsen in deeltijd werkzaam zijn, terwijl de zorgvraag nog verder zal stijgen gebaseerd op horizontale en verticale substitutie, sociale en vakinhoudelijke ontwikkelingen.

b) *Faciliteren van mantelzorg en zelfhulp*

Voor het faciliteren van mantelzorg en zelfhulp worden als opties genoemd betere afspraken in cao's, een versterking van respijtzorg, een vergoeding van de door de mantelzorgers gemaakte kosten en korting op aanvullende zorgverzekeringen. Zoals reeds beschreven bij punt 4.9 wordt hier nog eens de rol van de gemeenten benadrukt: gemeenten moeten zicht hebben op de behoefte aan mantelzorgondersteuning; het moet mantelzorgers en vrijwilligers bekend zijn welke vormen van ondersteuning geboden kunnen worden; gemeenten moeten er zorg voor dragen dat ondersteuning en respijtzorg eenvoudig en snel geboden kunnen worden.

KG pleit voor:

- De onbalans in vraag en aanbod van huisartsenzorg is een ernstig knelpunt. Hoe wordt aan de verhouding vraag en aanbod in de verschillende regio's invulling gegeven? Welke push- en pullfactoren kunnen worden benut om in een bepaalde regio te willen werken? Welke landelijke oplossingsrichtingen kunnen worden gevonden om vraag en aanbod van de huisartsen op elkaar af te stemmen?
- Het is belangrijk dat er ruimte komt voor mensen die mantelzorg verlenen, maar afspraken in cao's kunnen leiden tot verschuiving van kosten vanuit zorg naar andere domeinen en zal niet leiden tot kostenreductie. Voorgesteld wordt om kosten vanuit de zorg te vergoeden.

5.3. Financiële prikkels

Contractering op basis van shared savings

Gesproken wordt over de rol van zorginkopers en zorgaanbieders om het voorkomen van zorg lonend te maken. Voor het op regionaal niveau behalen van gezondheidsdoelen zoals beschreven, kan de gemeentelijke rol niet onbesproken blijven. Gemeenten hebben een wettelijke taak op het terrein van de volksgezondheid.

KG pleit voor:

- Shared savings kunnen niet bereikt worden door zorginkopers en aanbieders alleen. Gemeenten moeten hun verantwoordelijkheid voortvarend oppakken samen met andere maatschappelijke en private organisaties om lokaal gezondheidsbeleid te ontwikkelen. De gemeente kan daarbij een regierol innemen, omdat zij dient te staan voor het algemeen belang van de lokale samenleving.

5.4. Betere inbedding van preventie en leefstijl

Sturen op een kernindicator voor gezondheid

Het belang van preventie in het handhaven en bereiken van een goede gezondheid van inwoners van gemeenten wordt onderkend, maar tegelijkertijd is er een zekere onmacht om dit te transformeren naar voorzieningen die het welzijn als basis van een goede gezondheid kunnen bevorderen. Een belangrijke reden ligt in het denken binnen de huidige systemen met hun wettelijke taken. Gemeenten worden op dit terrein aangesproken vanuit de Wet publieke gezondheid (Wpg), waarin de verantwoordelijkheid voor gezondheid beschermende en -bevorderende maatregelen zijn vastgelegd.

Hier wordt volledig voorbij gegaan aan het veranderde landschap van de organisatie van het welzijn in het laatste decennium. De vaak tekortschietende lokale overheden hebben een niet meer te stuiten golf van lokale initiatieven tot ontwikkeling gebracht die betekenisvol en zelfs essentieel zijn geworden in het op peil houden van lokale voorzieningen. In deze vele lokale initiatieven wordt zichtbaar hoe preventie in de gezondheidszorg gestalte krijgt en heeft gekregen.

KG pleit voor:

- Gepleit wordt voor het geven van een veel nadrukkelijker plaats voor deze beweging van lokale initiatieven en voor het ontwikkelen van een geheel andere oriëntatie op de rol en verantwoordelijkheid van de gemeenten. Niet redeneren vanuit wettelijke kaders, die veelal niet waar gemaakt kunnen worden, maar zoeken naar de juiste rol van gemeenten om de krachtige lokale initiatieven te stimuleren en te ondersteunen. Daarbij dient rekening gehouden te worden met de risico's bij een stapeling van taken en verantwoordelijkheden op gemeentelijk niveau (gezondheid, inkomen, sociaal en cultureel beleid, woningbouw, etc.). De decentralisatie van Jeugdzorg en Wmo in 2015 laat zien hoeveel tijd deze nieuwe verantwoordelijkheden nodig hebben in de noodzakelijke toerusting op ambtelijk één bestuurlijk niveau.

6. Thema Organisatie en Regie

6.1. Beleidsoptie: intensiveren van samenwerking in de regio

a) *Congruente inkoop*

Gepleit wordt voor congruente inkoop. Gesteld wordt dat door grootschaliger gebruik te maken van congruente inkoop, zorgverzekeraars elkaar in staat stellen om waar nodig meer regie te voeren op de totstandkoming van de benodigde veranderingen.

De primaire taak van zorgverzekeraars is het sluiten van overeenkomsten met verzekeringnemers over de financiële gevolgen van het risico op ziekte. Naast deze primaire taak wordt aan zorgverzekeraars een regiefunctie toegeschreven in de borging van de publieke belangen die met zorg gemoeid zijn.

Is de regierol van de verzekeraars feit of fictie? De gereguleerde markt, in gang gezet door de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet marktwerking gezondheidszorg (Wmg) en mede mogelijk gemaakt door de Wet op de zorgtoeslag (Wzt), bestaat feitelijk uit drie markten, te weten de zorgverzekeringsmarkt, de zorgmarkt en de zorginkoopmarkt. Er vindt een 'strijd' plaats tussen zorgverzekeraars om de gunst van de verzekerden, tussen de zorgaanbieders om de gunst van de zorggebruiker en tussen de zorgaanbieders om de gunst van de contracten met de zorgverzekeraars. Het reguleren van de marktwerking is een taak van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), maar zorgverzekeraars vallen ook onder het toezicht van de Autoriteit Financiële Markten (AFM), De Nederlandsche Bank (DNB), de Autoriteit Consument & Markt (ACM), de Algemene Rekenkamer, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en het Zorginstituut Nederland. Opmerkelijk is dat in het hele samenstel van partijen, patiënten-/cliëntenorganisaties ontbreken en daardoor geen enkele rol spelen.

Gegeven het feit dat:

- Er in Nederland tien verschillende zorgverzekeraarsconcerns zijn, waarvan Achmea, CZ, Menzis en VGZ de vier grootste zijn die samen 90% van de markt in handen hebben. Dat voor een basisverzekering of aanvullende zorgverzekering de burger bij ruim 40 zorgverzekeraars terecht kan. Dat concurrentie meer en meer is uitgelopen op een gevecht tussen zorgverzekeraars enerzijds en zorgverlener anderzijds. En dat deze vorm van zorginkoop inmiddels beschouwd mag worden als een uitwas van de marktwerking.
- Preventie door zorgverzekeraars in het huidige systeem nauwelijks beloond wordt, evenmin als het goede gesprek om in 'shared decision making' van behandeling af te zien;
- Plafondafspraken bepalen hoeveel behandelingen door een zorgverzekeraar gefinancierd zullen worden, en dus door de zorgaanbieder uitgevoerd kunnen worden. Dat het kan betekenen dat lopende het jaar voor een bepaalde behandeling een patiëntenstop ingesteld wordt, doen zich een aantal knelpunten voor.

Hebben zorgverzekeraars wel de toegedichte regierol en/of zouden ze deze moeten hebben? Betwijfeld wordt of met de inrichting van het huidige verzekeraarslandschap voldoende regie kan worden gevoerd om in te spelen op een

gedifferentieerde zorgvraag en aangepast zorgaanbod in de regio, op het invullen van persoonlijke transmurale paden en op het sturen op preventie.

KG pleit voor:

- Eén gezaghebbende, onafhankelijke regiefunctie.
- De verzekerde is gebaat bij congruente inkoop
- De verzekerde is gebaat bij congruente inkoop, een transparant pakket en eenvoudiger polisvoorwaarden. Vereenvoudiging van het verzekeraarslandschap is een publiek belang en reduceert kosten.
- Bij congruente zorg kan het niet alleen gaan om de randvoorwaarden waarbinnen partijen verantwoorde zorg kunnen leveren, maar ook om de vraag of de zorgvraag niet zou moeten prevaleren boven het aanbod. Uitstellen van noodzakelijke, passende en zinnige zorg op basis van een omzetplafond is immoreel en ten nadele van de patiënt en diens maatschappelijke participatie.

b) *Zorgverzekeraars en collectiviteitskorting*

De minister voor Medische Zorg en Sport maakt een einde aan collectiviteitskorting op de basisverzekering, waarbij de facto de ene groep verzekerden de korting van de andere groep betaalt. De korting is ooit in het leven geroepen zodat zorgverzekeraars voor specifieke groepen gezondheidsbevorderende afspraken konden maken en de kostenbesparing daarvan konden teruggeven in de vorm van een korting. In de praktijk werkt dit niet. De afschaffing van de collectiviteitskorting wordt op zijn vroegst op 1 januari 2023 effectief.

De maximale korting op de basisverzekering is inmiddels teruggebracht van 10 naar 5%, maar daarmee is de praktijk van het verhogen van de premie voor de basisverzekering om daarmee korting aan specifieke groepen te geven voorlopig nog niet van de baan.

KG pleit voor:

- Het bespoedigen van de afschaffing van de collectiviteitskorting op de basisverzekering.

c) *Geneesmiddeltekorten*

Bij een geneesmiddeltekort is een bepaald geregistreerd geneesmiddel (tijdelijk) niet of onvoldoende beschikbaar. De KNMP ziet al sinds 2010 een toename in de aantallen geneesmiddeltekorten. In 2019 waren 1.492 geneesmiddelen niet beschikbaar. In 2010 waren dit minder dan 200 geneesmiddelen. Geneesmiddelen en de grondstoffen worden vaak ver weg in Azië geproduceerd. In de keten kunnen er problemen met productie, distributie, kwaliteit en economische problemen aan de orde zijn. Geopolitieke ontwikkelingen kunnen leveringszekerheid negatief beïnvloeden.

KG pleit voor:

- Het is zorgelijk dat Nederland voor sommige geneesmiddelen te afhankelijk is van India en China. Er moet een Europa-brede aanpak komen voor de productie van grondstoffen en geneesmiddelen voor die geneesmiddelen waarvoor leveringszekerheid essentieel is, zoals bepaalde antibiotica, schildkliermedicatie en antistollingsmedicatie. Gezondheidsschade door tekorten is niet acceptabel.

d) *Medicijnsubstitutie*

Zorgverzekeraars vergoeden alleen geregistreerde medicijnen uit het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Medicijnen die de huisarts of specialist voorschrijft worden meestal vergoed uit de basisverzekering; bij sommige verstrekte medicijnen moet een eigen bijdrage betaald worden.

Medicijnen worden veelvuldig vervangen door een medicijn met eenzelfde werkzame stof met mogelijk wisselende vulstoffen, met een andere verpakking, een andere naam en/of een ander uiterlijk van de tabletten: dit wordt substitutie genoemd. Substitutie kent verschillende oorzaken, zoals het aflopen van een patent, parallelimport van merkmedicijnen uit het buitenland, het preferentiebeleid van zorgverzekeraars voortkomend uit het streven naar de laagste prijs (generieke variant) of door leveringsproblemen waardoor alternatieve geneesmiddelen moeten worden afgeleverd.

Dit kan tot verwarring leiden en tot zogeheten 'niet-intentionele therapieontrouw'¹. Een verminderde therapietrouw kan, gezien de toenemende incidentie en prevalentie van chronische aandoeningen, leiden tot een verhoogd risico op morbiditeit en mortaliteit en hogere zorgkosten.

Therapietrouw bevorderende maatregelen vormen een uitdaging voor artsen en apothekers bij de begeleiding van patiënten. Eenduidigheid in naamgeving, verpakkingseenheden en uiterlijk van medicatie kan verwarring bij medicijngebruik beperken.

KG pleit voor:

- Wisseling van aflevercondities van medicijnen is onwenselijk, zeker bij chronische aandoeningen met polyfarmacie en complexere doseerschema's. Gestreefd moet worden naar uniforme aflevercondities omwille van de herkenbaarheid van medicijnen.

e) *Overbruggingskrediet domeinoverstijgende zorg*

Burgers met verschillende soorten zorg en ondersteuning (dagbesteding, begeleiding, thuiszorg en verpleeghuiszorg), lopen juist bij domeinoverstijgende zorg tegen grote problemen aan door de niet met elkaar in verbinding staande organisatie en financiering van de zorg. Omdat de burger bediend wordt vanuit verschillende wetten en instanties, met elk een loket, handelingskader en financiering, leidt dit tot afstemmings- en afwentelproblemen.

KG pleit voor:

- In de aanloop naar een meer domeinoverstijgende aanpak is een voortvarende tussenoplossing nodig, in de zin van een overbruggingsbudget voor die situaties waarin het niet direct duidelijk is welke zorgwet of -financiering van toepassing is.

f) *Infectieziekten met pandemische dreiging*

De wereldwijde uitbraak van COVID-19 met grote sociale- en gezondheidsproblemen, noopte ook in ons land tot grootschalige maatregelen ter bestrijding van het virus. De pandemische dreiging maakt deel uit van onze nieuwe

¹ Niet-intentionele factoren: vergeetachtigheid (b.v. door complexe doseerschema's, polyfarmacie); beperkt vermogen om behandeling te begrijpen; onherkenbaarheid geneesmiddel; laaggeletterdheid; slechtziendheid. Geneesmiddelenbulletin 2012, nr. 5

werkelijkheid. Toegenomen globalisering, effecten van klimaatverandering, groei van de wereldbevolking, verstoring van ecosystemen met oversprong van ziekteverwekkers van dieren naar mensen, en de intensieve veehouderij, dragen hieraan bij.

De vraag is niet langer of, maar wanneer er weer een volgende pandemie komt. En die stopt niet bij de Nederlandse landgrens. Een mondiale aanpak is essentieel, echter hierbij heeft Nederland in het recente verleden niet gekozen voor een duidelijke en zichtbare betrokkenheid. Inmiddels hebben zich belangrijke ontwikkelingen voorgedaan. Een evaluatie van de aanpak van de COVID-19 pandemie is noodzakelijk en zal ongetwijfeld plaatsvinden. Vanuit de optiek dat de zwakkeren in de samenleving, waaronder het toenemend aantal ouderen, bescherming verdienen in een wereld waarin de pandemische dreiging toenemend reëel is, is het belang van planvorming en logistieke voorbereiding cruciaal.

KG pleit voor:

- Er moet voortdurende aandacht voor planvorming en logistieke voorbereiding voor de bestrijding van infectieziekten met pandemische dreiging.
- Er moet leveringszekerheid zijn van cruciale medicatie, waaronder vaccins.
- Er moet een integrale aanpak van gezondheidszorg en gezondheidsbescherming bij pandemieën komen, met een interdepartementale synergie.
- Er moet nadrukkelijk aangestuurd worden op Europese samenwerking.
- Nederland moet een actieve rol hebben bij de signalering en bestrijding van infectieziekten zoals vastgelegd in de International Health Regulations/WHO.

7. Thema Vernieuwing en Werkplezier

7.1. Knelpunten

Te hoge regeldruk en gebrekkige gegevensuitwisseling

De regeldruk is het gevolg van onduidelijke verantwoordelijkheid en gedreven vanuit wantrouwen en de behoefte om in te dekken. Verantwoording op detailniveau afleggen betekent dat bovenliggende partij verantwoordelijk en aansprakelijk is. De zorgprofessionals zijn niet meer aanspreekbaar anders dan op correct uitgevoerde handelingen en de managers/inkopers nemen de facto de medische verantwoordelijkheid over. Zij dienen dan ook aansprakelijk te zijn en afgerekend te worden op de individuele tekortkoming in de verleende zorg. De partijen die verantwoordelijkheid vragen zullen ook de kosten hiervan moeten dragen. Het besteden van 40% tijd aan administratie door professionals betekent slechts 60% voor zorg inzetbaar zijn. Met personeelskosten als belangrijk element in de zorgkosten lijkt het plukken van dit laaghangend fruit wel erg aantrekkelijk.

Gegevensuitwisseling is van mindere orde. Binnen een samenwerkende organisatie is dit van belang, maar tussen organisaties alleen op relevante onderdelen. Gebrekkige gegevensuitwisseling mag nimmer ten koste gaan van de patiëntveiligheid. De risico's van lekken, schade voor het individu en koker-denken door zorgprofessionals wegen echter niet op tegen gemakswinst voor zorgprofessionals.

KG pleit voor:

- De kernthema's van de zorg (zinnige zorg, gepast gebruik, juiste zorg op de juiste plek) zijn evenzeer van toepassing op het vragen van verantwoording over vergoeding en kwaliteit van zorg.
- Ten aanzien van gegevensuitwisseling is het uitgangspunt dat gebrekkige gegevensuitwisseling de patiëntveiligheid in gevaar brengt.

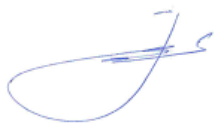
7.2. Beleidsopties gepast gebruik en uitkomstgerichte zorg

Meer tijd voor het gesprek in de spreekkamer en samen beslissen

Gesteld wordt dat er uitkomstindicatoren ontwikkeld moeten worden en dat de zorg meer uitkomstgericht kan worden gemaakt door verdieping en verbreding. Het spreekt voor zich dat het stimuleren van zinnige zorg en gepast gebruik in cure en care onontbeerlijk is. Voorkomen moet worden dat er een regime ontstaat waarin maatwerk ondergeschikt gemaakt wordt aan indicatoren.

KG pleit voor:

- Samen beslissen moet de norm zijn, waarbij kwaliteit van leven een belangrijk onderwerp is en het bespreken van voor- en nadelen van behandeling voor de specifieke persoon centraal staat. Dat kan alleen in een situatie waarin de kwaliteit van zorg openbaar is en de patiënt/cliënt weet welke rol hij of zij zelf heeft in het bevorderen van gezondheid.
- De als afzonderlijke 'kolommen' opererende specialisten zorgen door de wijze waarop zij handelen voor vele sub-optimalisaties en daarmee voor een kosten opdrijvend zorgsysteem. Hier spelen macht en het verdedigen van de eigen positie een grote rol. We weten dit al heel lang en zijn op een of andere manier niet in staat dit handelen te doorbreken. We zullen opnieuw moeten gaan denken over de inrichting van ons zorgsysteem waarin maar één persoon centraal staat: de patiënt! Deze is de alpha en omega van ons denken. Daarin past niet dat zelfstandig opererende medisch specialisten in een ziekenhuis de dienst uitmaken. Als een onderneming een dergelijk constructie zou hebben, zou een raad van bestuur zich beperkt voelen om zijn strategie en doelen om te zetten in constructieve en effectieve producten.



Jaap van der Spek,
voorzitter
Koepel Gepensioneerden



Leo Bisschops,
voorzitter KBO-Brabant en
voorzitter Commissie Zorg,
Welzijn en Wonen Koepel
Gepensioneerden



Fred Steenwinkel,
bestuurslid FASv