

Reactie Discussienota VWS, projectgroep ‘Van Bureaucrazy naar Carehappy’

De discussienota ‘Zorg voor de Toekomst’ benoemt een 3-tal thema’s die relevant blijken te zijn voor een verbetering van het Nederlandse gezondheidsstelsel. Ze zijn gekozen na gesprekken in het veld. De drie thema’s, preventie & gezondheid, organisatie & regie en vernieuwing & werkplezier zijn herkenbaar. Per thema worden belangrijke knelpunten en verbeterpunten genoemd. De genoemde knelpunten binnen deze thema’s kunnen gezien worden als op zich zelf staande problemen. Wij hebben ons echter afgevraagd: welke onderliggende keuzes maken dat deze knelpunten er zijn? Welke kenmerken van ons zorgstelsel leiden tot deze oorzaken?

De inrichting van ons gezondheidsstelsel heeft als fundamentele karakteristiek de scheiding tussen financiering en uitvoering van de zorg. De inrichtingskeuze volgt het paradigma van de markt, de ideologie waar in de jaren 80 en 90 van de vorige eeuw voor is gekozen. De wachtrijen liepen op, de zorg was inefficiënt en innovatie ontbrak. De invoering van het marktprincipe zou deze problemen oplossen. Meer concurrentie en sturen op prijzen zou zorgaanbieders uitdagen om efficiënter te werken en hogere kwaliteit te leveren.

De scheiding tussen financier en uitvoerder leidt tot het zogenaamde agency-vraagstuk: hoe kan de financier grip houden op de activiteiten die de zorgaanbieder uitvoert? In de huidige zorgmarkt is er gekozen voor productspecificaties (zoals DBC’s, zorgzwaartepakketten), prijzen (maar deze worden centraal vastgesteld, ze werken niet als mechanisme tussen vraag en aanbod) en monitoring (afspraken en bijbehorend toezicht). Daarnaast zijn er verschillende financierende partijen en vele zorgaanbieders (zodat concurrentie bevorderd wordt).

Het probleem met prijzen, profielen en afspraken met bijbehorend toezicht is dat dit nooit de complexe werkelijkheid kan dekken. Zo zijn er nog altijd hulpvragen die niet passen in het financieringsstelsel, waardoor de hulpvrager tussen wal en schip valt. Daarnaast zullen nog meer afspraken een negatief effect hebben op het werkplezier, terwijl verhoging hiervan nu juist één van de hoofdthema’s is van de nota.

Moeten we dus aan de slag met meer afspraken en monitoring om de gaten in ons stelsel op te vullen? Ons inziens wordt de kracht binnen het systeem onvoldoende erkent. Deze kracht wordt geïllustreerd door het volgende citaat: *“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. Dat gebeurt nu ook al op grote schaal door inzet van vele professionals, maar vaak ondanks en niet dankzij de manier waarop we de zorg hebben georganiseerd”* (VWS, 2020. p. 8).

Oftewel, er gaat een hoop goed, ondanks het feit dat het systeem niet perfect is ingericht. Dit komt mede dankzij onze gemotiveerde zorgprofessionals, die over het algemeen kiezen voor hun vak om anderen te helpen (zie [Box 1](#)). Wetenschappelijk onderzoek toont dat intrinsieke motivatie onder zorgverleners essentieel is voor het leveren van goede zorg, innovatie, én voor het dichten van gaten in het systeem (Hollnagel, 2018, Veenstra et al., 2020).

Box 1. Motivatie

Intrinsieke motivatie betekent dat je voor je werk inzet omdat je hier plezier in hebt, je het werk leuk of interessant vindt en overtuigd bent van het nut van je baan. Wanneer je extrinsiek gemotiveerd bent, ben je meer gericht op de externe beloningen die je voor je werk krijgt, zoals geld, status, of het vermijden van negatieve gevoelens.

Mensen worden meer intrinsiek gemotiveerd wanneer zij ervaren dat er aan hun psychologische basisbehoeften (autonomie, betrokkenheid en competentie) is voldaan. Aspecten van het werk die bijdragen aan de satisfactie van de basisbehoeften zijn (professionele) beslissingsvrijheid, feedback, prettige contacten en betekenisvol werk (Perlo et al., 2017; Ryan & Deci, 2000).

De aanname dat zorgverleners intrinsiek gemotiveerd zijn wordt genoemd als uitgangspunt voor bijvoorbeeld het beleid en toezicht op kwaliteit van zorg. De thema's autonomie, betrokkenheid en competentie zien we terug in de maatregelen voor het verhogen van werkplezier.

Desondanks lijken de voorgestelde beleidsopties binnen de andere thema's uit te gaan van de idee dat zorgverleners extrinsiek geprikkeld dienen te worden d.m.v. financiering, kwaliteitsnormen, contractering, prestatie indicatoren. Deze kenmerken, ook wel 'controls' genoemd, zijn typerend voor een systeem waarin marktwerking centraal staat. Het (onbewust) uitgangspunt in een marktsysteem is dat iedere partij in een transactie (bijv. de inkoop van zorg, de relatie tussen zorgverlener en client) opportunistisch is en uit is op maximaal eigen gewin (Davis et al., 1997; Corbey, 2010). Afspraken en monitoring zijn dan nodig om opportunistisch gedrag van zorgverleners om te buigen naar het belang van de financierende partij.

Deze externe controls hebben echter vaak een negatief effect op de intrinsieke motivatie van zorgverleners, zo blijkt uit de vele rapporten die verschenen zijn over regeldruk in de zorg. Wanneer de externe inmenging voor zorgverleners geen toegevoegde waarde heeft voor de praktijk, ondermijnt dit de intrinsieke motivatie van zorgverleners, terwijl zinvolle regels en verantwoording de intrinsieke motivatie juist kunnen verhogen (KPMG, 2019; RVS, 2019; Zegers et al., 2020).

Daarnaast kennen de controls nog andere negatieve effecten zoals gaming, een verstoorde relatie tussen zorgverlener en client, en over- of onderproductie (Boersma et al, 2017, Glasziou, 2012, Eijkenaar, 2013). Tegelijkertijd ontstaat langzamerhand ook het inzicht dat er in het ontwerp van de controls wel degelijk rekening gehouden kan worden met het behoud van de intrinsieke motivatie (Landry et al., 2017, Weibel et al., 2014). Maar dan blijven de andere nadelen nog bestaan.

Er lijkt dus sprake te zijn van een mismatch tussen de onderliggende principes van de vrije markt in ons zorgstelsel en de realiteit van de zorgverlening. Al met al vragen wij ons af of het wenselijk is om kwaliteit van zorg en innovatie tot stand te laten komen door middel van complexe financiële constructies en bureaucratische controls, waardoor onze zorgverleners worden belast met meer regeldruk en minder autonomie om naar professioneel inzicht te handelen.

Daarom gingen wij het gedachtenexperiment aan, om te onderzoeken of een andere inrichting kan leiden tot het automatisch opheffen van een aantal knelpunten. Als achtergrondinformatie voor dit gedachtenexperiment maken wij allereerst onderscheid in de manieren waarop zorgactiviteiten georganiseerd en bestuurd kunnen worden.

Er zijn drie archetypes voor de organisatie van zorg te onderscheiden: de markt, de interne organisatie en de samenwerking (zie Figuur 1). Aan de ene kant kan er sprake zijn van de markt, waarbij de financier de inkoopende partij (namens de zorgvragers) is, en zorgaanbieders de uitvoerders zijn. In plaats van deze scheiding tussen financiering en uitvoering kun je deze partijen ook onderbrengen één organisatie, waarin de financier de zorg zelf uitvoert met eigen zorgverleners

(interne organisatie). Tussen deze twee extremen ligt samenwerking tussen financier en uitvoerder. Geen (koude) contractuele relatie, maar een samenwerkingsrelatie.



Figuur 1. Drie archetypes om activiteiten te coördineren

Hoe het toezicht op de zorg binnen een samenwerkingsrelatie tussen gemeenten en zorgaanbieders vorm kan krijgen, wordt onderzocht binnen ons NWO gefinancierde project van 'Bureaucrazy naar Carehappy', Hanzehogeschool Groningen¹. Het doel van dit project is het faciliteren van een dialoog tussen financier en zorgaanbieder in het kader van de zorg die wordt geleverd vanuit de Wmo om gezamenlijk tot een acceptabele manier van toezicht te komen. De verwachting is dat de dialoog samenwerking en wederzijds begrip zal vergroten, waardoor o.a. de verantwoordelijkheid voor de administratieve last van zorgverleners door beide partijen gedragen wordt.

In ons gedachtenexperiment gaan we nog een stapje verder, en hebben we uitgedacht wat de gevolgen zouden zijn wanneer alle zorg in de care (d.w.z. niet-ziekenhuiszorg) binnen één organisatie wordt ondergebracht (zie [Box 2](#)).

Het lijkt er op dat door een andere inrichtingskeuze voor ons zorgstelsel een aantal knelpunten zullen verdwijnen. Daar komen vast knelpunten voor terug, die nader onderzocht moeten worden. Zo zullen bijvoorbeeld investeringen in preventie door de care soms ten gunste komen van een verbeterde gezondheid (en dus minder kosten binnen de cure) en blijft de uitwisseling van gegevens tussen de care en de cure sector een kritisch punt. Hiervoor kunnen samenwerkingen worden opgezet.

Met dit gedachtenexperiment willen we u uitnodigen buiten de bestaande praktijk, financiering en wet- en regelgeving te denken. Wanneer niet alleen de symptomen maar ook de oorzaken van de knelpunten worden geschraapt, zullen we meer duurzaamheid binnen ons zorgstelsel creëren.

Over de auteurs: De auteurs zijn werkzaam bij de Hanzehogeschool. Vanuit het Lectoraat Duurzaam Financieren en Ondernemen en het Lectoraat Juridische Aspecten van Ondernemerschap werken Margreet Boersma, Linda Rutkens-Oudman, Petra Oden, Anneloes Schuiling en Gepke Veenstra samen in het project van 'Bureaucrazy naar Carehappy'. Daarnaast nemen er vier zorgorganisaties en twee gemeenten deel aan het project. We treden graag nader met u in contact om onze ervaringen met dit onderzoek verder te delen.

¹ <https://www.nwo.nl/en/projects/raakpro03013>

Box 2. Gedachtenexperiment: de zorg (care) georganiseerd binnen één organisatie²

- De zorgfinanciering wordt belegd bij 1 partij, de gemeente, zoals ook al beoogd werd met de WMO (**poolen van middelen**). De gemeente krijgt dit geld van de Rijksoverheid op basis van voorschotten met een declaratie aan het einde de periode. Alle Nederlanders dragen daarmee financieel de lasten van alle gemeenten. Dit voorkomt dat gemeenten een financiële prikkel hebben om zorgbehoevenden uit andere gemeenten te weren.
- De zorgverleners komen in loondienst bij de gemeente (kan in een aparte juridische vorm). Hiermee heffen we de belangen van de afzonderlijke organisaties op. Binnen deze organisatie kan de zorg op verschillende manieren georganiseerd worden, wij denken zelf aan een verfijning naar wijk en dorp. De ervaringen die zijn opgedaan in de wijkteams kunnen gebruikt worden om deze teams te organiseren.

Door de scheiding tussen financier en zorgaanbieder op te heffen, verdwijnt een aantal knelpunten zoals benoemd in de discussienota. We geven een aantal belangrijke voorbeelden:

1. Het is duidelijk waar een cliënt terecht kan, ook bij multiproblematiek: bij de gemeente. Intern kunnen er teams samengesteld worden om mensen met meerdere problemen te kunnen helpen.
2. Er is geen financiële prikkel voor zorgverleners meer om mensen langer dan nodig in zorg te houden ten gunste van het behoud van de eigen organisatie. **Belangentegenstellingen** worden dus opgeheven. Mocht de zorgvraag in een gemeente teruglopen, dan vraagt dit wel een actief personeelsbeleid.
3. Iedereen is in dienst van dezelfde organisatie, dus **schotten** tussen organisaties zijn opgeheven. **Domeinoverstijgende samenwerking** kan intern georganiseerd worden.
4. Er hoeven geen **prijzafspraken** meer gemaakt te worden. Iedere gemeente zet haar welzijnsmedewerkers in op basis van de zorgvraag en beloont deze medewerkers conform een functiegebouw.
5. Er hoeven **geen aanbestedingen** meer uitgevoerd te worden, omdat de zorgverlening intern georganiseerd wordt.
6. Doordat er geen verschillende financierende partijen meer zijn, is er automatisch sprake van **shared savings**: investeringen en opbrengsten vallen in hetzelfde financiële domein. Zo vallen bijvoorbeeld investeringen in de GGZ tot een vermindering van de kosten voor politie. Beide financieringsstromen vallen in hetzelfde gemeentebudget. **Verkeerde prikkels** (investeringen niet willen doen, omdat er geen baten tegenover staan) worden dus opgeheven.
7. **Afwenteling van zorg tussen domeinen wordt voorkomen**. Doordat de gemeente financieel verantwoordelijk is voor het welzijn van alle inwoners, heeft zij maar één belang. Zo kunnen bijvoorbeeld investeringen in wonen en zorg voor ouderen een indicatie voor langdurige zorg worden voorkomen (het oude WLZ, waar de gemeente in dit gedachtenexperiment ook verantwoordelijk voor is).
8. Intern kan er gekeken worden wat zorgverleners nog moeten registreren. Een vermindering van de bureaucratische last zal een positief effect hebben op het **werkplezier**.
9. **Gegevensuitwisseling** binnen de care gebeurt binnen de eigen organisatie. Gemeenten kunnen onderling benchmarken op een aantal kritische indicatoren.
10. **Toezicht** op zorgverlening kan worden belegd bij één partij, die voldoende expertise in huis heeft. De huidige problemen die worden veroorzaakt door de vele toezichthouders die werkzaam zijn binnen het versnipperde sociaal domein worden dan opgelost en voor burgers is het duidelijk waar zij hun signalen over eventuele misstanden in de zorgverlening kwijt kunnen.

² We concentreren ons op in dit gedachtenexperiment op de care. Dit omvat wat ons betreft alle zorg die nodig is voor het welzijn van de mens in een bepaalde gemeente. Dit is dus inclusief huisarts, welzijnswerkers, politie, schuldhulpverleners, bewegingscoördinatoren, wijkverpleging, huishoudelijke hulp, begeleiding, dagbesteding, jeugdzorg, GGZ. Eventueel ook de woningbouwcorporaties. Het is ook de langdurige zorg die nu nog onder de WLZ valt. Het is alles wat niet ziekenhuiszorg is.

Literatuur

- Berdud, M., Cabasés, J. M., & Nieto, J. (2016). Incentives and intrinsic motivation in healthcare. *Gaceta Sanitaria*, 30(6), 408–414.
- Boersma-De Jong, M., Benedictus, R., Rutkens-Oudman, L., van Tulder, R. (2017). Control in tijden van maatschappelijke complexiteit. *Maandblad voor accountancy en bedrijfseconomie*, 91 (9), 308-314.
- Corbey, M. (2010). Agent of Steward? Over mensbeeld en management control. *Maandblad*
- Davis, J.H., Schoorman, F.D., & Donaldson, L. (1997). Toward a stewardship theory of management. *Academy of Management review*, 22(1), pp. 20-47
- Eijkenaar, F., Emmert, M., Scheppach, M., & Schöffski, O. (2013). Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews. In *Health Policy* (Vol. 110, Issues 2–3, pp. 115–130).
- Glasziou, P., Buchan, H., Mar, C.D., Doust, J., Harris, M., Knight, R., Scott, A., Scott, I., & Stockwell, A. (2012). When financial incentives do more good than harm: a checklist. *BMJ : British Medical Journal*, 345.
- Hollnagel, E., Braithwaite, J. & Wears, R. L. (2018). *Delivering resilient healthcare*. Abingdon, Oxon, UK: Routledge.
- KPMG. (2019) (Ont)Regel de zorg – Merkbaarheidsscan.
- Landry, A. T., Gagné, M., Forest, J., Guerrero, S., Séguin, M., & Papachristopoulos, K. (2017). The relation between financial incentives, motivation, and performance: An integrative SDT-based investigation. *Journal of Personnel Psychology*, 16(2), 61–76.
- Perlo, J., Balik, B., Swensen, S., Kabcenell, A., Landsman, J., Feeley, D. (2017). IHI framework for improving joy in work. IHI white paper. Institute for Healthcare Improvement and Safe & Reliable Healthcare.
- RVS - Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2019). *Blijk van vertrouwen - Anders verantwoord voor goede zorg*.
- Ryan, R.M., Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol*;55(1):68.
- Veenstra, G. L., Dabekaussen, K. F., Molleman, E., Heineman, E., & Welker, G. A. (2020). Health care professionals' motivation, their behaviors, and the quality of hospital care: A mixed-methods systematic review. *Health Care Management Review*.
- VWS. 2018. *Actieplan (Ont)Regel de Zorg*.
- VWS. 2020. *Discussienota 'Zorg voor de toekomst'*.
- Weibel, A., Wiemann, M., & Osterloh, M. (2014). A Behavioral Economics Perspective on the Overjustification Effect: Crowding-In and Crowding-Out of Intrinsic Motivation. *The Oxford Handbook of Work Engagement, Motivation, and Self-Determination Theory*.
- Zegers, M., Veenstra, G., Gerritsen, G., Verhage, R., van der Hoeven, H., Welker, G. (2020). Perceived Burden Due to Registrations for Quality Monitoring and Improvement in Hospitals: A Mixed Methods Study. *International Journal of Health Policy and Management*.