

## **Reactie op consultatie Zorg voor de Toekomst**

De kernvraag van de discussienota Zorg voor de Toekomst is 'Hoe houden we de zorg kwalitatief goed, toegankelijk en betaalbaar?' Mijn advies is eenvoudig.

### **Algemeen op hoofdlijnen:**

1. Zorg als eerste dat mensen zoveel mogelijk gezond en thuis kunnen blijven.
2. Zorg vervolgens, waar dat niet lukt, dat de kerntaak, het zorg verlenen, weer prioriteit wordt en zo optimaal mogelijk gefaciliteerd wordt binnen het beschikbare budget.
3. Luister naar wat het zorgverleners, patiënten e.a. burgers aangeven nodig te hebben. Van top-down bedachte oplossingen, zijn vaak goed bedoeld, maar zijn vaak overbodig of werken zelfs averechts in de zorg.

### **De betaalbaarheid wordt het beste gewaarborgd door:**

- preventie en faciliteren van mantelzorg
- een macro-budgettaire kader
- minimaliseren van uitgaven aan randactiviteiten.

### **Goede en toegankelijke zorg wordt het beste bereikt door:**

De zorgverlening zo optimaal en prettig mogelijk te laten verlopen en dus zorgverleners én patiënten te faciliteren. Plaats jezelf daarom bij alle besluiten en maatregelen in gedachte in de spreekkamer en bedenk wat ze in praktijk zullen betekenen, zullen ze de zorgverlener en zorgvrager faciliteren of eerder frustreren? Besluitvorming in de spreekkamer leidt tot betere prioritering. Dit voorkomt onnodige administratieve lasten, leidt tot betere besteding van de beschikbare gelden en meer zorg op maat. IGJ en beroepsverenigingen zien toe op kwaliteit. De vrije zorgverlenerskeuze (artikel 13.) waarborgt de patiëntgerichtheid.

### **Neem gerust het beste uit verschillende zorgstelsels:**

Binnen het huidige zorgstelsel hebben we kostenbewustzijn, één basiszorgpakket en een efficiënte financieel-administratieve afwikkeling door de zorgverzekeraars.

Combineer dit met het op operationeel niveau teruggeven van de regie over de zorg aan zorgverlener en patiënt binnen de door de overheid op strategisch niveau gestelde kaders, dan komen we een heel eind in de goede richting, ook qua Vernieuwing & Werkplezier en behouden we op een gezonde manier gedreven en of ervaren zorgverleners voor de sector.

Aan de hand van bovengenoemd advies heb ik uw mooie document doorgenomen. Dit heeft geleid tot de onderstaande opmerkingen en aanvullingen. Ik sta uiteraard altijd open voor eventuele betere suggesties.

## De Nederlandse gezondheidszorg staat al van oudsher bekend als één van de beste

### EHCI:

- The Netherlands is the only country which has consistently been among the top three in the total ranking of any European Index the Health Consumer Powerhouse has published since 2005.
- The large victory margin seems essentially be due to that the Dutch healthcare system does not seem to have any really weak spots, except possibly some scope for improvement regarding the waiting times situation
- The NL is characterized by a multitude of health insurance providers acting in competition, and being separate from caregivers/hospitals. Also, the NL probably has the best and most structured arrangement for patient organization participation in healthcare decision and policymaking in Europe.
- Also, the Dutch healthcare system has addressed one of its few traditional weak spots – Accessibility – by setting up 160 primary care centres which have open surgeries 24 hours a day, 7 days a week. Given the small size of the country, this should put an open clinic within easy reach for anybody.
- one important net effect of the NL healthcare system structure would be that healthcare operative decisions are taken, to an unusually high degree, by medical professionals with patient co-participation. Financing agencies and healthcare amateurs such as politicians and bureaucrats seem farther removed from operative healthcare decisions in the NL than in almost any other European country. This could in itself be a major reason behind the NL landslide victory in the EHCI

(1, bijgevoegd link EHCI 2013)

Uit bovenstaande valt op te maken dat de zorg in Nederland, ten tijde van de invoer van de Zvw in 2006 goed functioneerde, op de wachttijden na. Met de invoer van de Zvw staat het beleid lijnrecht tegenover de genoemde factoren voor succes. De zorgverzekeraars hebben in de laatste jaren meer vormgegeven aan hun regierol, de pijnlijke gevolgen daarvan zijn door de Coronacrisis nadrukkelijker en versneld in beeld gekomen.

De positie van zorgverzekeraar als inkoper van zorg, bewaker van kwaliteit en toegankelijk is onlogisch, tegennatuurlijk en werkt dus uiteindelijk ook averechts. De burger krijgt steeds minder waar voor haar geld. De discussienota stelt terecht. ‘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.**’ De rol van de zorgverzekeraar dient daarom ook ter discussie te staan.

## **Ad Samenvatting**

De zorg in Nederland staat bekend als één van de besten, ook voor de invoer van de zorgverzekeringwet. Dit wordt herhaaldelijk toegewezen aan de moed van de Nederlandse politiek om zich buiten de operationele besluitvorming te houden en op strategisch niveau te blijven. Zo maken op operationeel niveau niet de financieringsinstanties, bureaucraten of politici de besluiten, maar voornamelijk de medische professionals met hun patiënten. De nadelen van het verlaten van deze tactiek worden nu steeds pijnlijker zichtbaar.

### **Effecten verlegging van regie naar zorgverzekeraar en management.**

Zorgverleners en patiënten hebben in toenemende mate de zeggenschap verloren. Dit is inherent aan de verandering in richting van de financiële afhankelijkheid met de invoer van de zorgverzekeringwet (Zvw) in 2006 en het daarop toepasselijk, het verleggen van het declaratierecht van zorgverlener naar het management. Met als gevolg dat daar waar voorheen verzekeraars de zorg ontlastten door de financiële administratieve lasten af te handelen, nu zorgorganisaties faciliterend zijn geworden aan de verzekeraar respectievelijk zorgverleners faciliterend aan het management van de instelling. Verandering in regisseur leidt logischerwijs tot verlegging van prioriteiten. Het resultaat is dat beleid en organisatie niet meer vooral ingericht zijn op het ondersteunen van de corebusiness, het zorgproces, maar vooral op minder zorgkosten, snelheid verantwoording en controle. Het maakt het zorg verlenen onnodig ingewikkeld. Het frustreert de beroepsethiek van de zorgverleners en is vaak niet in belang van de patiënt. De nieuwe regisseurs staan te ver af van de spreekkamer om nog oog te hebben voor wat echt nodig is en voor de gevolgen van het verlies aan Status, Certainty, Autonomy, Relatedness, Fairness (SCARF) bij zorgverleners én patiënten.

- Opgelegde aansturing en extrinsieke motivatie blijkt slechter te werken dan intrinsieke motivatie van gedreven zorgverleners en gemotiveerde patiënten.
- Het leidt ook tot ziekte uitval of anderszins vroegtijdige uitstroom van ervaren, maar inmiddels ook jonge, zorgverleners en tot een minder goed lopende zorg.
- De zorg wordt minder toegankelijk door te veel focus op kostenbesparing bij overheid en verzekeraars met meer eigen bijdragen, eigen risico en sluiting van zorglocaties.
- De 'vrije artskeuze' is als onderdeel van eigen regie het meest effectieve, directe middel dat de patiënt nog heeft ter waarborging van haar belang. Immers andere regisseurs, andere (bijkomende) prioriteiten. Artikel 13 schrappen is ongewenst.

Marktwerking zorgt ook voor continue onrust en problemen bij het samenwerken. In onze samenleving kadert geld de mogelijkheden en onmogelijkheden af, in de zorg is dat niet anders. Zaak om de financiën zo regelen dat de stabiliteit en rust terugkomt, zodat zorgverleners zich weer vol en met eer en geweten kunnen concentreren op hun werk.

De schaarste aan personeel en middelen kan aangepakt worden door het voorkomen van oneigenlijk gebruik van de gelden en door het werk weer aantrekkelijk te maken. Het opleiden van meer mensen, zonder de hoge uitstroom en uitval te voorkomen, is daarbij gelijk aan dweilen met de kraan open, het kost veel en is niet erg zinvol.

We zeggen dat we de enorme inzet en professionaliteit van onze zorgverleners waarderen en het welbevinden van de burger centraal stellen, maar de aangewezen regisseurs van nu hebben dat niet van nature noch letterlijk in het vizier en handelen daar dus ook niet naar. De zorg wordt geleverd, maar vaak ondanks en niet dankzij de manier waarop de zorg wordt geregisseerd.

Voor zorgverzekeraars blijkt, wanneer goede regie essentieel en het hardst nodig is (in crisis), geen cruciale rol weggelegd. Eén goede centrale coördinatie en regie op hoofdlijnen vanuit de overheid met medische deskundigheid blijkt noodzakelijk en voorkomt ook veel onrust en onzekerheid binnen het zorgveld zelf (2).

# 1. Nederland Gezond en Wel

## 1.1. Een goede uitgangspositie

**De kwaliteit van zorg is hoog.**

**De toegankelijkheid is goed, maar coördinatie van WMO en WLZ is een aandachtspunt.**

**Zorg is betaalbaar maar de kosten nemen toe,**

De burgers krijgen echter steeds minder waar voor hun geld, onder andere door meer verkwisting van geld aan zaken die niets met directe zorgverlening te maken hebben.

## 1.2. Maatschappelijke ontwikkelingen en trends

**De vraag naar zorg en gezondheid neemt fors toe.**

**De omvang van leefstijlgerelateerde aandoeningen groeit.**

**Er is steeds minder personeel om de stijgende zorgvraag op te kunnen vangen.**

Werkomstandigheden leiden tot hoog ziekteverzuim en uitstroom. Vergrijzing tot daling van het aantal mantelzorgers.

**De grenzen van betaalbaarheid zijn bereikt.**

De genomen maatregelen 'voor de betaalbaarheid' werken averechts.

**De uitdagingen verschillen per zorgdomein.**

De afbouw van bejaardenhuizen en aanleunwoningen hebben geleid tot woningcapaciteitsproblemen voor ouderen, maar ook eenzaamheid en daarmee mogelijk zelfs tot sneller dement worden.

**Een blijvende discussie over grenzen aan zorg.**

## 1.3. Drie urgente aandachtsvelden

**De opgave is groot**

De afgelopen jaren is ééNZijdig te veel ingezet op doelmatigheid/ goedkoop door kabinet en zorgverzekeraars met groot wantrouwen naar zorgverleners, patiënten en burgers, waardoor er elders grotere problemen zijn ontstaan.

**We sluiten aan bij De Juiste Zorg op de Juiste Plek.**

Gebrek aan een overkoepelend inzicht en gevoel van noodzaak om voor het geheel tot de beste oplossing te komen, leidt tot inefficiëntie/ kosten op ander vlak. Zo zal doorslaan naar veel overdragen naar andere zorgverlener e/o alles dichtbij en rond patiënt, leiden tot inefficiënt benutten van professionals.

**De ingezette beweging werpt vruchten af, maar er is meer nodig.**

Burgers incl. zorgverleners zouden de bijdrage van de ingezette beweging weleens heel anders kunnen beoordelen dan het kabinet en/o zorgverzekeraars. Daarnaast is het goed om eerlijk te zeggen waarom partijen wat willen. Kwaliteit lijkt veelvuldig misbruikt om goedkoper te rechtvaardigen.

**Drie hoofdthema's.**

Drie thema's waarop maatregelen nodig zijn: Preventie & Gezondheid, Organisatie & Regie en Vernieuwing en Werkplezier.

## 2. Preventie & Gezondheid

### 2.1 Belangrijke knelpunten

#### **Sterke productieprikkelers.**

Marktwerking met aansturing vanuit de zorgverzekeraars leidt tot verschraling van de zorg, zoals we nu ook pijnlijk ondervinden. Meer indicatoren leidt tot toename administratieve druk en afname van efficiëntie, kwaliteit en patiënt tevredenheid.

Voorstel: Minimaliseren aantal indicatoren, IGJ en beroepsverenigingen houden toezicht op kwaliteit. Budgetteer op grond van populatie, hanteer landelijke tarieven per verrichting of per behandelcode en gebruik deze laatste alleen om de zorgactiviteiten te monitoren en het toegekende budget te rechtvaardigen. Ministerie is eindverantwoordelijk en bepaalt op hoofdlijnen de spelregels voor toekenning van de budgetten.

#### **Onheldere verantwoordelijkheden van verschillende partijen, en Onder-investering in preventie.**

Budgetteer ook de preventie op grond van populatie bij de gemeentes. De tegemoetkoming hiervoor vanuit het rijk dient adequaat en in lijn te zijn met dat wat er van uit centraal van de gemeentes wordt verwacht.

### 2.2. Krachtiger inzet op het voorkomen van zorg

Verzand niet in de verschillende systemen, denk aan logische oplossingen:

#### **Denkbare beleidsopties**

##### **Bevorderen van eigen regie/ zelfstandigheid**

Goed voorstel.

- Geef voorlichting over gezond eten en herstel sporten op de basisschool. Sport en muziek vormen vaak effectieve uitlaatkleppen voor stress. Bied ze via school aan aansluitend op het schoolprogramma i.s.m. sportverenigingen en muziekscholen.
- Richt nieuwe woonwijken zo in dat deze toekomst bestendig zijn, qua bestrating en mix aan woningen, rekening houdend met de vergrijzing en toename behoefte aan mantelzorg.
- Zorg voor genoeg aanleunwoningen en bejaardentehuizen om verpleeghuisopnames zoveel mogelijk te vermijden. Sociale contacten zijn niet alleen fijn, maar bevorderen ook het elkaar helpen en houdt het brein actief, wat achteruitgang tempert. Ook voor het brein geldt Use it or Lose it.
- In dit kader is ook behoud van vrije zorgverlenerskeuze van groot belang. Uiteraard wanneer de zorgverlener en de zorgactiviteit gerechtvaardigd is en binnen de centraal gestelde kaders.
- Om de SEGV niet verder te doen toenemen, regel zaken, die tot de zorg behoren, niet via verzekeringspolissen, maar maak ze vast onderdeel van het basispakket.
- Permanente aanwezigheid van jeugdhulp/lokale teams/jeugdgezondheidszorg op school lijkt wat overdreven. De meeste kinderen zijn nog altijd 'normaal'. Wel zouden scholen zo nodig laagdrempelig een beroep moeten kunnen doen op lokale teams/ jeugdgezondheidszorg om erger te voorkomen.

##### **Het faciliteren van mantelzorg en zelfhulp**

- Slecht voorstel: Het via verzekeraars mantelzorgers korting geven op hun aanvullende verzekering enz.. Het opent de deur voor misbruik om minder draagkrachtigen in te zetten als goedkope vervanging e/o verdringing van normaal betaald werk.
- Goede voorstel: Overig genoemde ideeën.
- Zorg voor voldoende vaste banen. Betaald werk draagt voor velen niet alleen bij aan het SCARF-gevoel en dus geluk van de mens, maar zorgt ook voor genoeg stabiliteit om evt. kind- en mantelzorg goed te regelen. SCARF staat voor Status, Certainty, Autonomy, Related, Fairness. (3).
- Voer, waar mogelijk het recht in, deels 'thuis te werken' (tijd en locatie onafhankelijker), zodat werk-privé en evt. kind of mantelzorg makkelijker te combineren zijn. Een afname van woon-werk verkeer is overigens ook beter voor het milieu en maakt soms verhuizing naar

bijvoorbeeld randstad overbodig en daarmee grotere spreiding van woonkernen over het land praktisch haalbaar.

- Als bovenstaand niet lukt, zorg in CAO's dat er terug gevallen kan worden op een regeling of voor respijtzorg.

#### **Overheidsmaatregelen voor meer gezonde keuzes**

Uitstekend voorstel. Invoer van een suikertax, hoge accijns op tabak en alcohol en het verlagen van de BTW op groente-en fruit is een goede start.

#### **Een krachtige sociale basis en een integrale aanpak van sociale problematiek**

Uitstekende voorstellen.

#### **2.3. Betere inbedding van preventie en leefstijl**

Leefstijlproblemen signaleren en aanpakken goede actie

#### **Denkbare beleidsopties**

##### **Sturen op een kernindicator voor gezondheid.**

Mogelijk goed voorstel.

##### **Verduidelijken van de wettelijke taak van gemeenten om (de samenhang binnen) de publieke gezondheid te bevorderen.**

Goed voorstel, mits op hoofdlijnen landelijk/centraal aangestuurd.

##### **Naar een regionale aanpak voor de uitvoering en financiering van preventieactiviteiten.**

Goed idee, slechte methode. De regie wordt hier volledig in handen gelegd van de gemeente en zorgverzekeraars, en gaat geheel voorbij aan de zorgprofessionals en burgers/ patiënten, de partijen voor wie we het doen en die het beste weten wat noodzakelijk is. Het wettelijk verankeren van taken en verantwoordelijkheden en daarmee nog meer regie bij degene met de meeste financiële middelen, de zorgverzekeraars, zal leiden tot voornamelijk optimaliseren van hun doelstellingen, meestal ten laste van de andere partijen. Ik raad de verdere inmenging van de verzekeraar dan ook ten zeerste af. De regie zou moeten liggen bij de GGD in samenspraak met zorgprofessionals en burgers/ patiënten.

##### **Een wettelijke taak voor zorgverzekeraars om mee te werken aan de regionale samenwerkingsstructuur.**

Suboptimaal- slecht voorstel. Ook hier geldt, wie het budget beheert bepaalt en wiens belangen het beste vertegenwoordigd zal worden en het over de heg gooien van de lasten bij de andere partijen. De wettelijke taak voor zorgverzekeraar zou moeten zijn het afhandelen van de declaraties voor in het basispakket opgenomen preventieve zorg.

##### **Gezondheid op het werk.**

Uitstekend voorstel.

#### **2.4. Financiële prikkels**

#### **Denkbare beleidsopties**

##### **Innovatieve contractvormen**

Interessant idee, slechte methode. Gaat geheel voorbij aan de intrinsieke motivatie van zorgprofessionals en burgers/ patiënten, de partijen voor wie we het doen en die het beste weten wat noodzakelijk is. Deze overheersing en verlies aan regie zal niet tot het beste leiden bij de betrokkenen, en de uitval en uitstroom van zorgverleners verder bevorderen. Kaders stellen zorg is overheidstaak.

### **Bekostiging op basis van cliëntprofielen/ populatie bekostiging.**

Kan goed voorstel zijn, mits inderdaad zorgt voor regie en meer ruimte bij zorgverlener en patiënt, binnen het gestelde budget.

### **Contractering op basis van shared savings**

Slecht voorstel. Zorgverleners moeten gewoon binnen het budget kunnen doen wat nodig is en niet door manager en of zorgverzekeraar onder druk gezet worden zaken na te laten.

Kiezen tussen niet doen wat nodig is of financieel verlies voor de organisatie is een lose-lose situatie en dodelijk voor de voldoening in het werk. Het genoemde middel om dit weer tegen te gaan, namelijk hierover 'kwaliteits indicatoren' en uitkomsten bijhouden leidt tot verdere verhoging van de administratie last. Naast dat wat de zorgverzekeraar als kwaliteit ziet, niet altijd zo ervaren wordt door patiënt noch zorgverlener. Dit alles zal tot nog meer uitval leiden van consciëntieuze zorgverleners. Alleen zorgverleners zonder eigen intrinsieke motivatie passen in dat systeem.

Als de overheid (NZa) het toch gaat faciliteren, laat haar dan ook maar de afspraken maken, dan is de zorgverzekeraar alleen maar een extra sta in de weg, die ook nog eens geld kost.

### **Richting bekostiging van populaties.**

Goed voorstel. De meeste zorgverleners zullen als mens, mits niet gehinderd door regels van management e/o verzekeraar, toch geneigd zijn zoveel mogelijk goed te doen binnen het gestelde budget.

Slecht voorstel is het introduceren van allerlei controle indicatoren ten behoeve van de zorginkopers (de verzekeraars). Dit leidt tot verder toename van de administratieve lasten. De patiënt/ cliënt kan met haar 'vrije artskeuze' overstappen naar een andere zorgverlener als het niet bevalt of niet goed gaat. We hebben overheidsinstanties voor het toezicht op kwaliteit.

### **Aanvullende middelen voor gemeenten.**

Goed voorstel.

### **Preventiefonds.**

Goed idee, slechte methode. Het terugvloeiën van shared savings, is niet uitvoerbaar omdat de besparing ten gevolge van preventie alleen niet goed zijn te meten.

De regie voor preventie regelen via de overheid is de meest eenvoudige en dus goedkoopste weg, verzekeraars eventueel in te huren voor de financiële administratieve afhandeling. Zo wordt het weglekken van zorggeld voorkomen.

## **3. Organisatie & Regie**

### **3.1. Belangrijke knelpunten**

De zorg hebben we inderdaad onnodig complex gemaakt. Eigenlijk moeten we terug naar de tekentafel en het weer eenvoudiger maken. Eén polis en landelijk vastgestelde tarieven.

Door de toenemende afhankelijkheid van de verzekeraar zijn in de Nederlandse gezondheidszorg aan de verantwoordelijkheden helaas niet meer in hoge mate decentraal te voldoen en zijn organisaties in de zorg niet meer in hoge mate autonoom. De zorgverzekeraar eist steeds meer regie vanwege haar fictieve zorgplicht. Fictief, immers aan deze plicht kan uiteraard alleen een zorgverlener voldoen.

Door een bekostiging/ budget op kenmerken van de populatie, moet in elke regio navenant adequaat financiering aanwezig zijn. Laat zorgverleners onderling regelen wat nodig is.

### **Belangentegenstellingen.**

Regie of doorzettingsmacht is niet nodig of wenselijk zolang duidelijk is welke zorg bij welke zorgverlener thuishoort en de zorg vergoed wordt.

### **Verkeerde prikkels**

Breng preventie t.a.v. zorg onder de GGD, dan heb je daar geen last van verkeerde prikkels. Maak met VNG landelijk afspraken over waar nieuwe woningen/ woonwijken aan moeten

voldoen..?

#### **Grensgevallen.**

Goed voorstel. Maak het eenvoudiger definieer welk zorg waar vergoed wordt.

#### **Multiproblematiek.**

Maakt hiervoor doorverwijzing door huisarts of zorgverlener naar een centrale regelaar (maatschappelijk werker) mogelijk.

### **3.2. Intensiveren van samenwerking in de regio**

Faciliteer de samenwerking van de curatieve en langdurige zorg, maatschappelijke ondersteuning, jeugdzorg en preventie op regionaal niveau door een publieke organisatie bijvoorbeeld de GGD e/o landelijke richtlijnen en deel tussen zorgverleners de 'best-practices' om hen te helpen beter te worden. Ook kan de GGD hen helpen door het overzicht en het regiobeeld voor hen bij te houden bijvoorbeeld aan de hand van de wachtlijsten en tijden voor de verschillende zorgvragen.

#### **Denkbare beleidsopties**

##### **Faciliteren van regiobeelden.**

Goed voorstel, mits visie vanuit burgers en zorgaanbieders gesteld en privacy gewaarborgd ter bescherming van de burger. Zou kunnen door de binnen de regio gelegen postcodes in zijn geheel als groep, dus niet gedetailleerd, op te nemen.

##### **Minimumeisen aan het regiobeeld.**

Monitoring door IGJ; goed ten behoeve van de kwaliteit.

Allereerst zorgconsumptie en de wachtlijsten en -tijden overzicht om de capaciteit bij te kunnen sturen. Alle zorgaanbieders betrekken.

Voor als we tijd over hebben: Burgerparticipatie; Kwaliteit van de ICT-infrastructuur; Aanpak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen; Aansluiting bij het regiobeeld voor de jeugdzorg.

##### **Vastleggen verantwoordelijkheden.**

Geen goed idee. Geen wetten of bestuurlijke afspraken hiervoor nodig. IGJ gaat al over de bewaking van de kwaliteit. Voeg aan taak GGD toe het monitoren van de beeld regio.

##### **Eenduidigheid over 'de regio'.**

Kies voor de bestaande GGD-regio's en pas de zorgkantoorregio's daar aan aan.

##### **Basis op orde**

Nationaal hoofdlijnakkoord naast regionaal akkoord

##### **Congruente inkoop, en**

##### **Waarborgen van systeemfuncties via representatie, en Capaciteitsregulering.**

Slecht voorstel. Je kunt moeilijk van een samenwerking spreken als de ene partij financieel dan wel anderszins vrijwel geheel afhankelijk is van de ander. Volgbeleid zorgt voor verdere machtsdisbalans met als gevolg dat zorgverlener en patiënt/cliënt het belang van de zorgverzekeraar dient i.p.v. andersom. En bij wie moeten we straks zijn als het mis is gegaan? Zorgverleners uiteindelijk niet meer genoeg regie om verantwoording te dragen e/o werk met plezier te doen.

De keuzevrijheid (artikel 13) is de ultieme mogelijkheid van de patiënt/ cliënt om invloed uit te oefenen ter waarborging van zijn/haar belang en moet daarom behouden blijven. Overheid dient verantwoordelijk te zijn voor voldoende capaciteit.



**Meer publieke regie in de regio.**

Goed voorstel. Transparantie overheid is al geregeld via de Wet openbaarheid van bestuur (Wob).

**Meer (regionale) flexibele organisatievormen.**

Slecht idee. Verslechtert de positie van zij, die het werk moeten doen. Leidt tot nog meet uitval en uitstroom.

**3.3. Bevorderen van coördinatie tussen domeinen****Denkbare beleidsopties****Een spil in de wijk.**

Goed voorstel, huisarts, wijkteam?

**Versterken van cliëntondersteuning.**

Goed voorstel.

**Meer manoeuvreerruimte voor zorgkantoren.**

Mits ondersteunend en niet dwingend ten opzichte van de cliënt? Maar zijn zorgkantoren eigenlijk wel echt nodig?

**Coördinatie van domeinoverstijgende zorg en de zorgplicht.**

Goed idee, wanneer dit niet leidt tot een dwingend effect op zorgverleners en patiënten/cliënten, waardoor alle lasten op hen wordt afgewenteld wordt. Voorgestelde methode dus slecht.

**Regie zorginkopers.**

Heel slecht plan. Niet-gecontracteerde aanbieders hebben juist een extra belang om het patiënten-belang te dienen, zijn dus erg doelmatig, dat terwijl de zorgverzekeraar hen niet eens een markt-conforme tarief hoeft uit te betalen. Zorgaanbieders zijn helemaal niet machtig, een verzekeraar kan ziekenhuizen en zorgorganisaties met gemak laten omvallen. Ik begrijp wel dat verzekeraars volledige sturingsmacht ambiëren, maar wie beschermt dan nog de burger, patiënt en zorgverlener (4, bijlage position paper).

Als we dan toch zoveel nieuwe wetten nodig hebben, verander dan gewoon dit zorgstelsel dat steeds tot nieuwe en grotere problemen leidt.

**Ruimte voor experimenten domeinoverstijgende samenwerking.**

Goed plan, mits dit ontstaat uit behoefte van patiënt/cliënt en zorgverlener en zij aangeven wat wenselijk en haalbaar is.

**Toezicht op kwaliteit.**

Goed voorstel.

**3.4. Financiële prikkels****Financiële prikkels voor het intensiveren van samenwerking in de regio****Bekostiging van coördinatie/systeemfuncties.**

Goed voorstel.

**Tegemoetkoming transformatiekosten.**

Goed voorstel.

**Bekostigen op basis van beschikbaarheid.**

Goed voorstel.

### **Doelmatigheidsprikkels in de langdurige zorg.**

Slecht voorstel. In praktijk niet haalbaar voor zorgverleners en onprettig voor patiënten/cliënten. Zinniger is om te zorgen dat de vraag hiervoor niet toeneemt dan wel tussenvormen zoals bejaardenhuizen en aanleunwoningen in ere te herstellen en het vergemakkelijken van mantelzorg (zie hoofdstuk preventie).

### **Financiële prikkels voor het bevorderen van coördinatie tussen domeinen**

#### **Domein overstijgende samenwerking een duurzame basis geven.**

Goed voorstel: wettelijke taken van gemeenten waar nodig te expliciteren.

Slecht voorstel: naar de Zvw over te hevelen. Ontransparant, onduidelijkheid, verdringing medisch noodzakelijke zorg.

Slecht voorstel: Te veel regie bij zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren, te weinig bij inwoner, cliënt en zorgverlener.

Goed voorstel: Rijksoverheid stelt door middel van een subsidieregeling zelf middelen beschikbaar voor de uitvoering van domein overstijgende activiteiten.

#### **Poolen van middelen uit verschillende domeinen.**

Goed voorstel.

#### **Voorkomen van afwenteling tussen domeinen**

Goed voorstel.

#### **Vereenvoudiging van de overgangen tussen domeinen.**

Goed voorstel, m.u.v. optie overheveling naar Zvw, verdringing niet wenselijk, medisch noodzakelijke zorg moet gewaarborgd blijven (prioriteit).

#### **Prikkelwerking eigen bijdragen**

Afhankelijk van situatie, goed dan wel slecht voorstel.

#### **Scheiden van wonen en zorg.**

Goed voorstel.

#### **Herpositionering van de ouderenzorg binnen de Zorgverzekeringswet.**

Als lapmiddel interessant voorstel. Bij een stelselwijziging kunnen we beter één regisseur op hoofdlijnen aan wijzen, dat is uiteraard de gemeente op lokaal niveau, VWS op landelijk niveau. De verzekeraar kan faciliterend zijn in de administratieve en financiële afhandeling.

## **4. Vernieuwing & Werkplezier**

### **4.1. Belangrijke knelpunten**

**Randvoorwaarden voor vernieuwing en werkplezier, en  
Onvoldoende gepast gebruik van zorg en onderbenutting van digitalisering, en  
Te hoge regeldruk en gebrekkige gegevensuitwisseling, en  
en Ondanks grote interesse is werken in de zorg onvoldoende aantrekkelijk.**

Goed voorstel, mits de vernieuwingen het zorg verlenen daadwerkelijk vergemakkelijken e/o wenselijk zijn op medisch goed onderbouwde gronden. Ruime professionele ruimte en zeggenschap van zorgprofessionals en het bevorderen van betere gegevensuitwisseling helpt. Te veel zaken worden nu echter met name ingezet om de doelstellingen van managers en verzekeraars te bereiken, vaak tot frustratie zorgverlener en patiënt. Dat leidt tot het verdwijnen van werkplezier en hoge regeldruk.

Veel essentiëler dan dat zorgaanbieders zich kunnen verantwoorden naar inkopers en andere instanties, is dat zorgverleners hun werk goed kunnen doen en de patiënten geholpen worden. Goed te luisteren naar zorgverleners en patiënten met regelmatig feedback met hen over het resultaat dient daarom topprioriteit zijn. En hou de verzekeraars en managers uit de

sprekkamer. Alleen zo wordt zinnige en effectieve zorg bereikt. Gezien we veel en meer mensen aan het bed nodig hebben dan ergens hogerop, is het nuttiger plezierige vervulling en voldoening in het werk weer te bevorderen, ook zonder promotie.

#### **4.2. Ruimte voor noodzakelijke vernieuwing**

Hogere arbeidsproductiviteit is een wens van managers en verzekeraars. Zorgverleners willen voornamelijk hun werk goed doen, liefst voor iedereen die het nodig heeft.

#### **Denkbare beleidsopties**

##### **Zorgprofessionals maken de zorg en zijn de sleutel tot verandering.**

Goede gedachte. Met de omkering van de financiële afhankelijkheid (5) in 2006 resp. 2015 zijn zorgprofessionals de regie en positie kwijtgeraakt om aan te kunnen sturen op dat hun uitdagingen bij het verlenen van zorg in de dagelijkse praktijk weer centraal staan bij het ontwerp van systemen en de opschaling van digitale leveringsvormen. Geef ze die terug.

##### **Verbetering kwaliteitsnormen in de curatieve en langdurige zorg.**

Het doel is goed, maar de voorgestelde methode niet, is sterk gericht op controle en dwang van buitenaf i.p.v. de betrokkenen helpen. Versterkt uitstroom intrinsiek gemotiveerde krachten.

##### **Beter benutten ervaringsdeskundigheid patiënten en cliënten.**

Goed voorstel, en houdt hierbij de organisaties dicht bij hun achterban (geen federaties) en houdt ze onafhankelijk, bijvoorbeeld subsidiering op basis van ledenaantallen.

##### **Een versterking van verander- en organisatiekracht.**

Verander niet om het veranderen, ook verandering moet haar meerwaarde tonen, te beginnen met het gewenst zijn door zorgverleners en patiënten en hun draagvlak hebben. Wees ook niet te ongeduldig, gedenk, zorgverleners moeten het allemaal wel naast hun werk erbij doen.

#### **4.3. Gepast gebruik en uitkomstgerichte zorg**

#### **Denkbare beleidsopties**

##### **Meer tijd voor het gesprek in de spreekkamer en samen beslissen, en**

##### **Doorlichting van bestaande zorg en innovaties in het basispakket op effectiviteit en waarde voor de patiënt.**

Het doel is goed, de voorgestelde methode is slecht. Het is sterk gericht op controle en dwang van buitenaf i.p.v. de betrokkenen helpen. Verkrijgen van deze informatie vereist dat iemand gegevens aanlevert en invoert en daarmee verdere administratieve lastenverzwaring van de zorg, waarbij ook nadrukkelijk voorbij wordt gegaan aan de expertise in de spreekkamer. Arbeidsproductiviteit is iets voor economen, in de spreekkamer verlenen we zorg naar eer en geweten.

##### **Naar een goed onderbouwd basispakket.**

Goed voorstel, echter niet als het alleen maar dient om minder zorg te rechtvaardigen en de gecreëerde schaarste van zorgpersoneel te ondervangen. Wees ook niet te ongeduldig, zorgverleners moeten het allemaal wel naast hun werk erbij doen.

#### **4.4. Ruimte voor de professional en meer werkplezier.**

Goed voorstel. Immers zonder zorgpersoneel geen zorg mogelijk. Beoordeel daarom bovengenoemde voorstellen op dit punt, verplaats jezelf in de zorgverlener, enthousiasmeert of frustreert het voorstel je dan?

#### **Denkbare beleidsopties**

**De (over)stap naar de zorg stimuleren.**

Goed voorstel, mits zelfde kwaliteit van het personeel gevraagd en gewaarborgd is.

**Voldoende loopbaanmogelijkheden.**

Goed voorstel. Punt van aandacht: Versnipper bevoegdheden niet te veel, anders wordt het onoverzichtelijk en onwerkbaar.

**Meer zeggenschap van zorgprofessionals.**

Goed voorstel. Blijft wel een loze kreet binnen dit zorgstelsel vanwege de richting van de financiële afhankelijkheid met zorgverzekeraar aan top van de hiërarchie (5).

**Efficiëntere inzet van personeel.**

Alleen goed voorstel als dat vanuit de professionals zelf gevraagd wordt, zodat zij hun verantwoordelijkheid nog kunnen dragen, maar ook voor behoud van het werkplezier. Er is geen te kort aan medisch specialisten en genoeg huisartsen, die geen vaste plek kunnen krijgen??

**Minder werk- en regeldruk.**

Goed voorstel. Reset noodzakelijk. 'Start from scratch'.

1. Registreer wat noodzakelijk is voor de directe zorgverlening.
2. Registreer wat zorgverleners daarnaast nog belangrijk vinden voor de zorg
3. Definieer en registreer zo nodig 3 belangrijkste algemene kwaliteitsparameters.
4. 'Buiten de spreekkamer' bedachte parameters, worden alleen geregistreerd na wetenschappelijke onderbouwing van hun nut voor de zorg en mogen een bepaald aantal niet overschrijden.

**Meer resultaatafspraken over goed werkgeverschap.**

Goed voorstel, werkt alleen als ook de financiering meebeweegt.

**Aandacht voor goed bestuur.**

Goed voorstel. En aanvullend: Medisch deskundigheid bij het bestuur leidt tot zinnigere en snellere overleggen en besluiten.

**4.5. Gegevensuitwisseling bevorderen****Denkbare beleidsopties****Standaardisatie gegevensuitwisseling.**

Goed voorstel, mits niet leidt tot verschraling van de informatie, minder patiëntvriendelijke zorg en het onnodig van hot naar her versturen van patiënten, in kader van goedkoop contractering. Privacy aandachtspunt bij digitalisering.

**Veilig data delen.**

Zeer belangrijk punt. Medisch beroepsgeheim essentieel voor toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg.

**Mensen en medische data en apps.**

Goed voorstel, mits goed beveiligd, patiëntvriendelijk in gebruik en gegevens alleen in belang van de patiënt gebruikt.

**4.6. Financiële prikkels****Versterking van de randvoorwaarden voor gepast gebruik, en Generiek kwaliteitskader voor passende zorg.**

Slecht voorstel. Heeft niets met vertrouwen in deskundigheid of goede wil van zorgverlener e/o patiënt te maken. Inkoper bepaalt wat goed is en leidt voor zorgverleners tot extra administratieve druk.

Degene die besluiten neemt, moet je ook verantwoordelijk kunnen stellen voor geleverde zorg, dat betekent vice versa dus dat de zorgverlener met de patiënt de besluiten moet kunnen nemen. Anders vervalt kwaliteit al snel tot 'de goedkoopste en snelste is de beste'. Gedoseerde omzet wijzigingen geeft rust, zoals we ook voor de invoer van de Zvw hadden.

**Digitaal ondersteunde zorg meer vanzelfsprekend maken.**

Alleen goed voorstel bij vraag vanuit zorgverlener en patiënt, gewaarborgde privacy en hulp bij de ICT voor 'digibeten'. Voor behoud zorg-op-maat en werkplezier.

**Ondersteuning van innovators bundelen.**

Goed voorstel.

**Meer gelijkgerichtheid.**

Goed uitgangspunt, maar slechte methode. Correctie: ziekenhuisbestuur heeft vanwege de marktwerking een groot belang bij meer-productie, echter dan zonder de medisch-ethische en persoonlijke rem van de specialist of andere zorgverlener.

**Veranderingen in de bekostiging.**

Zolang de geleverde zorg zinnig en noodzakelijk is, is het geen probleem?

**Bekostiging op basis van bundels.**

Goed voorstel, mits heldere afspraken binnen de bundel mogelijk zijn en patiënt en zorgverlener in regie en niet de zorgverzekeraar.

**Bekostiging op basis van verrichtingen.**

Overheid en beroepsverenigingen controleert op kwaliteit. Patiënten (met artikel 13 en verenigingen) op patiënt-vriendelijkheid. Maak de financiering zo eenvoudig mogelijk. Budgettering op populatie met evt. verevening van buiten regionale zorg. Herinvoering landelijke tarieven ter achteraf rechtvaardiging toegekend budget en bepalen noodzakelijk budget in de toekomst. De gegevens graag ook continue ter beschikking stellen aan beleidsmakers, zorgaanbieders en aanvragers op een dashboard.

27 januari 2021, LV, medische specialist

**Bijlagen:**

- (1) <https://old.healthpowerhouse.com/publications/euro-health-consumer-index-2013/>
- (2) <https://www.artsenauto.nl/vitale-functies-in-de-zorg/>
- (3) <https://www.artsenauto.nl/scarf-sjaal-strop/>
- (4) bijlage position paper, onderstaand bijgevoegd.
- (5) <https://www.artsenauto.nl/het-sleutelwoord-is-regie/>

## **BIJLAGE 4 Position paper: De voorgenen wijzigingen in art. 13 ZVw tasten een gekoesterd burgerrecht aan, zorgen voor sociale ongelijkheid en maken de zorg onnodig duurder en minder efficient.**

**Gezondheid is onomstotelijk een groot goed.** Maximale eigen regie is hierbij van essentieel belang. De directe vrije artskeuze is niet voor niets een gekoesterd burgerrecht. Deze zal straks in belang van de verzekeraar niet meer bij wet gewaarborgd zijn. Een groot deel van de burgers is bijvoorbeeld veroordeeld tot de budgetpolis. Immers zij kunnen nu al slechts met moeite of niet de zorgpremie ophoesten.

**Het is buitengewoon schadelijk voor de burger** dat een private partij zo'n grote macht over hem en zijn dierbaren krijgt. Immers de verzekeraar bepaalt straks in praktijk welke zorg en specialist vergoed wordt en dus beschikbaar is voor het (over)leven.

**Het is buitengewoon ongunstig voor de patient** als de zorgverlener om zelf aan een 'financiële hongerdood' te ontkomen, gedwongen wordt zich te schikken naar het belang van de verzekeraar .

**Het is buitengewoon slecht voor de efficiëntie en kwaliteit van de patientenzorg** dat het voorgenen beleid gestoeld is op contractering in zorgproducten en wisselende zorgverleners. Immers de patiënt is niet in zorgproducten in te delen en de relatie zorgverlener-patient is een erkend belangrijke succesfactor in de zorg.

**Enkele gangbare praktijkvoorbeelden** ter illustratie:

Patient via huisarts naar longarts wegens kortademigheid, longembolie op CT met onderliggend lijden mammatumor, patient tevens suf. Longarts wel gecontracteerd, maar helaas oncoloog en neuroloog niet. De benodigde zorg is straks niet meer in 1 eenvoudige opname te regelen.

Longfoto in verband met verdenking longinfectie, toont verdenking tumor. Nu is de benodigde aanvullend CT en afspraak longarts eenvoudig te regelen. Straks eerst terug naar huisarts voor polischek?

Patient kan niet meer bij z'n vertrouwde medisch specialist blijven en wordt steeds vaker geconfronteerd met een nieuwe zorgverlener, die zich steeds vaker moet verdiepen in de geschiedenis van een 'nieuwe' patient, terwijl verzekeraar eist dat alles in minder tijd moet. Etc. etc.

Het doel is een sociale, veilige, rechtvaardige en betaalbare samenleving.

Burgerrechten en basisprincipes beschermen de burger tegen misstanden en dienen gewaarborgd te worden. Geld is slechts een middel. Het kan niet de bedoeling zijn het middel zo erg te koesteren dat het doel daarbij ernstig geschaad wordt.

Conclusie: Bij wet verzekeraar nog meer regie en macht over de zorg geven door het wijzigen art.13 ZVw ten koste eigen regie patient in samenspraak met zorgverlener verslechtert de toegankelijkheid, kwaliteit en kosten van de zorg.