

GEMEENSCHAPPELIJKE REGELING
PUBLIEKE GEZONDHEID & ZORG
29 januari 2021

Reactie Discussienota Zorg voor de Toekomst Gezamenlijke reactie Groninger gemeenten en GGD Groningen

Inhoud:

- Algemene reactie
- Hoofdstuk Preventie en Gezondheid
- Hoofdstuk Organisatie en Regie
- Hoofdstuk Vernieuwing en Werkplezier
- Tot slot
- **Samenvatting van deze reactie (2 pagina's)**

Algemene reactie

Het is positief dat er voor het eerst in lange tijd een heroverweging van het zorgbeleid ligt in de vorm van de Discussienota Zorg voor de Toekomst (VWS, december 2020).

De discussienota is met een omvang van 43 pagina's nogal wijdbloepig. Door zijn opzet (veel opties per thema, weinig echte keuzen) is het soms moeilijk om hoofd- en bijzaken te onderscheiden.

De structuur van de notitie weerspiegelt de versnippering in beleid en vraagstukken terwijl juist integraliteit van belang is. Deze reactie focust om die reden op de hoofdthema's en gaat niet in op de details. Dat geldt te meer omdat heldere hoofdlijnen de keuzen in de uitwerking zullen vergemakkelijken.

De nota onderscheidt drie hoofdthema's: *Preventie en Gezondheid*, *Organisatie en Regie* en *Vernieuwing en Werkplezier*. Aan het eerste thema worden 7 pagina's besteed, aan het tweede 12 en aan het derde 11. Het eerste thema is fundamenteel, het tweede betreft de structuur terwijl het derde thema over uitvoeringsaspecten gaat.

Bij weging van deze drie thema's is het opvallend dat het fundamentele *thema Preventie en Gezondheid* niet helder is uitgewerkt, noch in dit hoofdstuk, noch in de daarop volgende. Wat ontbreekt is een duidelijke keus voor een paradigmashift: van ziekte & zorg naar gezondheid & gedrag en mens & maatschappij. Als deze keuze scherper zou zijn neergezet zou ook duidelijker worden welke cruciale rol de rijksoverheid in het gezondheids- en zorgbeleid heeft te spelen.

De thema's *Organisatie en Regie* en *Vernieuwing en Werkplezier* hebben gemeenschappelijk dat rollen, taken en benodigde randvoorwaarden niet duidelijk worden uitgewerkt. Dat is ook precies één van de gebreken in ons huidige zorgstelsel: er is geen overkoepelende visie op de zorg en geen

samenhang tussen de verschillende domeinen (Wpg, Wmo, Zvw, Wlz, GGZ, Jeugdwet). Ook zijn er te veel belanghebbenden met uiteenlopende (soms tegengestelde) doelen.

De nota gaat er van uit dat gezondheid(-zorg) een markt is van vraag en aanbod, van inkopers en aanbieders in een overwegend privaat domein. Pas waar imperfecties in het marktmechanisme tot ongewenste effecten leiden komt de overheid in beeld met corrigerende maatregelen (beleid, wetgeving, financiering). Hier zet VWS een olifant in de kamer: terwijl de grote discussies in politiek en samenleving in de afgelopen jaren gaan over de nadelige effecten van marktwerking in de gezondheidszorg, laat de discussienota dit dominante thema feitelijk onbenoemd.

Het eigenaarschap van preventie en gezondheid is op dit moment zwevend; wie is verantwoordelijk en hoe creëer je gezamenlijke regie? Niemand is aanspreekbaar op de gezondheid van de Nederlanders en de preventieve inzet die daar voor nodig is. Dat maakt preventie-initiatieven kwetsbaar. Nu zijn die vooral afhankelijk van enthousiasme, goede wil en samenwerkingsbereidheid van zorgaanbieders en financiers, met kortlopende subsidieregelingen die een structurele inbedding van preventie in de zorg onmogelijk maken.

De nota lijkt er van uit te gaan dat aanbieders, professionals, financiers en gemeenten (of zelfs individuele wethouders) eigenaar zijn van 'gezondheid'. Iedereen, behalve de burger zelf. Zo is er geen referentie in de nota naar het persoonsgebonden budget (PGB), dat door de rijksoverheid juist werd ingezet in het kader van bevorderen eigen regie van burgers met een hulpvraag. Kwetsbare doelgroepen worden in de oplossingen onvoldoende meegenomen, evenmin is er aandacht voor de kwetsbare groepen die altijd (zwaardere) zorg nodig zullen hebben.

Hoofdstuk Preventie en gezondheid

Belang en uitwerking van paradigmashift ontbreekt

Het hoofdstuk Preventie en Gezondheid bevat veel goede voornemens. Toch wordt de noodzakelijke paradigmashift van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag en naar mens en maatschappij niet scherp genoeg neergezet.

De probleemanalyse bij Preventie en Gezondheid laat goed de hiaten zien in de aansluiting tussen preventie en zorg, o.a. gezondheidsdenken vs. ziektedenken, productieprikkels in de zorg, belang van gezond houden van de bevolking (als doel an sich, en niet alleen ter voorkoming van stijgende uitgaven aan ziekte en zorg). In de opeenvolgende hoofdstukken wordt echter niet concreet teruggegrepen op deze probleemanalyse met de beleidsopties.

Collectieve maatregelen en regulering

In al onze zorgwetten (met uitzondering van de Wet Publieke Gezondheid, Wet Ambulancevervoer en de Wet Bevolkingsonderzoek) wordt ziekte op dit moment 'beloond' en staat er geen vergoeding op het leveren van preventie. Preventie is moeilijk in een verdienmodel onder te brengen en moet daarom primair via collectieve maatregelen worden geregeld, zoals dat voorheen is gebeurd met de aanleg van riolering, het verplicht stellen van autogordels en de succesvolle uitrol van het Rijksvaccinatieprogramma. Het effect van collectieve maatregelen (zoals het verhogen van de prijs van sigaretten) is vele malen groter dan dat van bijvoorbeeld individuele polisaanspraken (zoals de Gecombineerde Leefstijlinterventie).

Sturing op preventie

Een belangrijk knelpunt is de vage invulling in de Wet Publieke Gezondheid van gezondheidsbevordering. Hierdoor is preventie niet helder omschreven, is er geen gezamenlijke opgave voor alle overheidsdomeinen en maatschappij, waardoor er ook eenvoudig op bezuinigd kan worden. Voor Rijk, gemeenten en zorgverzekeraars zou een preventieplicht vastgelegd moeten worden, waarin rollen, taken en verantwoordelijkheden helder worden omschreven conform de invloedssfeer die partijen hebben.

Een principiële keus voor gezondheidsbevordering vraagt daarom om een veel krachtiger rol van rijksoverheid. Daarbij zou het concept Positieve Gezondheid een goede inhoudelijke onderlegger zijn en een keus voor de *Health in all Policies* (WHO) benadering ook andere overheidsdomeinen (ruimtelijke ordening, armoedebeleid, onderwijs, arbeidsmarkt) daarbij niet-vrijblijvend betrekken.

Tegelijk kan preventie niet worden ingezet als panacee om alle problemen op te lossen; daarin ligt een risico van doorschieten en verantwoordelijkheden afschuiven. Ook het argument van kostenbesparing moet met enige voorzichtigheid worden gebruikt, het kan zijn dat eerst forse investeringen in preventie en samenleving nodig zijn voor er op de lange termijn besparing plaatsvindt.

VWS zou als systeemverantwoordelijke dringend de verbinding moeten leggen tussen publieke gezondheid, curatieve gezondheid, langdurige zorg, het sociaal domein (gemeenten) en de jeugdzorg dringend. Dit zijn op dit moment separate domeinen zonder overkoepelende doelen, waarbij er veel grenskwesties zijn. Hoe schakel je deze domeinen 'in serie' en – nog belangrijker - hoe zorg je dat de aansturing en bekostiging bijdragen aan publieke gezondheidsdoelen? Zolang op dat punt niet uit een ander vaatje wordt getapt is de kans groot dat alle betrokkenen op de gebaande wegen doorgaan (en het beroep op zorg en daarmee het kostenbeslag zal blijven toenemen). Daarom is het van belang dat preventie c.q. gezondheidsbevordering als leidend beginsel in alle stelselwetten wordt opgenomen.

Organisatie en Regie

Regionale samenwerking

Dit hoofdstuk lijkt een principekeus te maken voor regionale samenwerking, gekoppeld aan gedeelde doelen (regiobeeld). Deze keus is essentieel; juist op dat niveau is gezondheidswinst te organiseren door bundeling van krachten (liefst binnen het kader van een krachtig collectief gezondheidsbeleid van de rijksoverheid met landelijke preventiedoelen). Als gekozen wordt voor inhoudelijke sturing op de schaal van de regio, is het logisch de financiële besturing op dezelfde schaal, dus in de regio, te organiseren. Methoden als populatiebekostiging en 'shared savings' zijn hier een mogelijke uitwerking van.

Ontschotte financiering van zorg en preventie is niet alleen een theoretisch concept. Dit principe willen we in de regio Groningen in de praktijk brengen in de vorm van grootschalige experimenten. Door de aanwezige kennisinfrastructuur en de grote bereidheid tot samenwerken van zorgaanbieders, overheden en financiers leent de regio Groningen zich goed om als experimenteerregio te onderzoeken hoe resultaatgerichte en ontschotte financiering kan zorgen voor meer gezondheid en op langere termijn lagere kosten.

Het deel van het hoofdstuk dat over intensiveren van samenwerking in de regio gaat bevat veel opties. Als regionale samenwerking het nieuwe ordeningsbeginsel wordt, moet dit eenduidig worden vastgelegd in de betreffende structuurwetten. Verzekeraars en gemeenten zouden hierin de leidende partijen kunnen zijn, bij voorkeur gebundeld in de vorm van een regionale zorgautoriteit met omschreven taken, bevoegdheden en financiën. Gewaakt moet worden voor een diffuse regionale governance, met onheldere doelen, taken en bevoegdheden.

De-medicalisering en verbinding sociaal domein

De nota focust zich op ontschotting binnen de zorg, echter de aansluiting met het sociaal domein wordt niet uitgewerkt. Ook missen we in dit hoofdstuk het accent op de-medicaliseren binnen alle facetten van zorg en welzijn. Vroegsignalering vanuit de publieke gezondheid zou een belangrijke plek moeten krijgen, die uiteindelijk de-medicaliserend werkt.

Randvoorwaarden

Uitgaande van de principekeus voor regionale ordening moet opgemerkt worden dat 'de regio' niet alleen gaat over de vraag zorgkantoor- of GGD-regio's (p.23). De gemeente (gemiddelde omvang 50.000 inwoners) heeft haar eigen schaal als het gaat om uitvoering van de WMO. Binnen gemeenten is op wijk- of dorpsniveau (ca. 10.000 inwoners) vaak ook specifiek beleid nodig. Beleidskeuzes op verschillende schaalgroottes zijn nodig, waarbij onderscheid wordt gemaakt in preventieve taken, basistaken zorg, specialistische en top specialistische taken in de zorg. Kortom, een soort van kubusmodel zou bij regionale ordening passend zijn. Vanuit het openbaar bestuur gezien zouden de 25 GGD-regio's alleszins passend zijn voor de regionale basiszorg. Bij een regionale indeling moet rekening gehouden worden met de gezondheidsverschillen tussen regio's. In de regio Groningen zijn de gezondheids- en maatschappelijke uitdagingen naar verhouding groot.

De nota maakt niet duidelijk hoe het uitgangspunt van regionale samenwerking zich verhoudt tot marktwerking (p.24, een na laatste alinea). Op dit punt zijn loepzuivere keuzes nodig, omdat aanbieders (en financiers) zich aan het eind van de dag altijd laten leiden door financiële prikkels. Als de sturingsprikkel op productie en concurrentie blijft staan zal dit per definitie ten koste gaan van de bereidheid tot samenwerking rond regionale doelen.

Een specifiek punt bij de voorgestelde versterking van preventie in het publieke domein (p.20) is dat oormerking van de betreffende budgetten noodzakelijk is; door financiële druk bij gemeenten zijn zij de afgelopen jaren genoodzaakt geweest om minder middelen in te zetten op preventie. Het taakveld publieke gezondheid is teruggedrongen naar een wettelijk verplicht minimum. Dit raakt partijen in het preventieve veld zoals GGD'en, preventie GGZ en sociale teams.

Vernieuwing en werkplezier

Regie op digitalisering

Dit uitvoerige hoofdstuk behandelt enkele aspecten van de uitvoering van zorg. De beoogde digitalisering is zeker van belang. Ook op dit punt zal de rijksoverheid een belangrijke richtinggevende rol moeten vervullen, om te voorkomen dat alleen marktpartijen bepalen hoe de gedigitaliseerde gezondheidszorg er uit komt te zien. Digitale gegevensuitwisseling tussen zorgdomeinen, e-health en PGO-ontwikkeling vereisen regie en doorzettingsmacht. Partijen op regionaal niveau zijn daarvoor over het algemeen niet gekwalificeerd, los van het feit dat

ondersteunende wetgeving veelal nodig is om kaders te stellen (het wetsvoorstel Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg ziet daarop).

Werkdruk in de zorg

Het onderwerp 'werkplezier' is in tamelijk algemene termen verwoord. Belangrijkste impuls op dit gebied zou zijn het opruimen van de alsmaar groeiende administratieve belasting van zorginstellingen en de daar werkzame professionals. De verantwoordingsplicht is de afgelopen twee decennia sterk toegenomen in de domeinen die bekostigd worden op basis van productie/verrichtingen. De overgang naar regionale samenwerking en instellingsbekostiging op basis van beschikbaarheid zou tot een enorme opschoning op dit gebied kunnen leiden. Zoals eerder gemeld vereist dat heldere structuurkeuzen; zolang dat niet gebeurt blijven instellingen in een hybride werkelijkheid verkeren en zullen financiers en overheden vooral op basis van controle (en/of wantrouwen?) behoefte houden aan (steeds meer) verantwoordingsgegevens.

Huisarts- en wijkverpleegkundige capaciteit

Wij zien in de notitie onvoldoende terug dat voldoende huisarts- en wijkverpleegkundige capaciteit een randvoorwaarde is voor het uitvoeren van de beoogde transformatie. In de regio Groningen, net als in andere perifere gebieden zoals Zeeland, ligt op dat gebied een knelpunt. Landelijk worden er niet genoeg wijkverpleegkundigen opgeleid. Er worden regionaal wel voldoende huisartsen opgeleid, maar er is gelijktijdig sprake van een afnemende bereidheid zich als huisarts te vestigen in de regio. Reisafstanden en een afnemend voorzieningenaanbod in de krimpregio's zijn daarbij mogelijke factoren, waaronder het voorzieningenaanbod in de zorg (minder ziekenhuizen en de acute zorg op afstand). De lagere vestigingsbereidheid van huisartsen zal naar verwachting resulteren in een tekort aan huisartsen. Als dit vraagstuk niet wordt opgelost, kan niet worden voldaan aan de benoemde randvoorwaarden en zal de beoogde transformatie niet kunnen plaatsvinden.

Reflectie op impact Covid-19

We missen in de nota de reflectie op de Covid-19 pandemie. Namelijk de constatering dat de gezondheidszorg in Nederland gezakt is voor deze stresstest, omdat een groot deel van de planbare (maar daarom niet minder urgente) zorg uitviel tijdens de pandemie, met veel gezondheidsschade in termen van ziektelast en verloren levensjaren tot gevolg. Dat is in essentie terug te brengen tot de keuze om de zorg in te richten volgens managementprincipes als *lean* en *just in time*, in plaats van robuust en redundant. Dit is het gevolg van de keuzes die door het Rijk in de afgelopen decennia zijn gemaakt. Om beter voorbereid te zijn voor toekomstige pandemieën, moet er meer geïnvesteerd in preventieve maatregelen gericht op leefstijlpreventie en voldoende zorgcapaciteit. Daarnaast moet de aantrekkelijkheid van werken in de zorg worden vergroot, door de gezondheid van zorgpersoneel meer te beschermen onder meer door de werkdruk te verlagen.

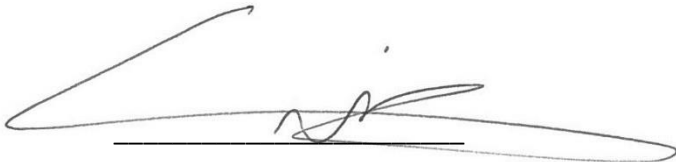
Tot slot

De Discussienota opent het vizier op een meer samenhangende, toekomstgerichte gezondheidszorg. Het gaat om een breed vraagstuk, dat ook bij overeenstemming op de hoofdkeuzes nog veel uitwerking zal vragen (inclusief wetswijziging). Tegelijk weten we dat wets- en stelselwijzigingen veel tijd in beslag nemen, tijd die eigenlijk niet verloren kan gaan.

Het verdient aanbeveling dat het nieuwe kabinet straks een routekaart maakt van wat in welke volgorde nodig is om tot de beoogde omslag te komen. Het toestaan van regionale experimenten

binnen gedefinieerde kaders zou een mooie eerste stap zijn, niet alleen om de beoogde omslag in de praktijk uit te proberen maar ook om lessen te leren voor de nadere uitwerking in wet- en regelgeving. Zoals benoemd wil de regio Groningen daarin graag een voortrekkersrol vervullen.

Groningen, 29 januari 2021

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, sweeping initial 'L' followed by a more complex, cursive signature.

Wethouder L.I. (Isabelle) Diks, voorzitter PG&Z

Samenvatting Reactie Discussienota Zorg voor de Toekomst van Groninger Gemeenten en GGD Groningen, 29 januari 2021

Algemeen

- **Een richtinggevende visie op de beoogde paradigmashift** (van ziekte & zorg naar gezondheid & gedrag) **ontbreekt in de Discussienota**. Er worden veel beleidsopties beschreven maar weinig echte keuzes gemaakt. Door het ontbreken van een visie en heldere keuzes wordt ook niet duidelijk welke rol de rijksoverheid zou moeten spelen op het gebied van gezondheid- en zorgbeleid.
- Dat is ook één van de gebreken in het huidige zorgstelsel: **een overkoepelende visie op zorg ontbreekt en er is geen samenhang tussen de verschillende domeinen** (WPG, WMO, Wlz, GGZ, Jeugdwet.) Er zijn te veel belanghebbenden met soms verschillende doelen.
- **Taken en benodigde randvoorwaarden worden niet nader uitgewerkt**. Het is niet duidelijk wie wat te doen heeft.
- De grote discussies in politiek en samenleving gingen in de afgelopen jaren over **de nadelige effecten van marktwerking in de gezondheidszorg**. De discussienota laat dit dominante thema onbenoemd.
- **Preventie en gezondheid hebben geen eigenaar**, niemand is verantwoordelijk. Dat maakt preventie-initiatieven kwetsbaar. Nu zijn deze vooral afhankelijk van de samenwerkingsbereidheid van zorgaanbieders en financiers, met kortlopende subsidieregelingen die een structurele inbedding van preventie onmogelijk maken. De nota lijkt er van uit te gaan dat aanbieders, professionals, financiers en gemeenten (of zelfs individuele wethouders) eigenaar zijn van 'gezondheid'. Iedereen, behalve de inwoner zelf.

De belangrijkste aandachtspunten per thema

1. Preventie en Gezondheid

- **De doorvertaling en uitwerking van de beoogde paradigmashift van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag ontbreekt**.
- Preventie is moeilijk in een verdienmodel onder te brengen en moet daarom primair via **collectieve maatregelen** worden geregeld. Het effect van collectieve maatregelen (zoals het verhogen van de prijs van sigaretten) is vele malen groter dan dat van bijvoorbeeld individuele polis-aanspraken (zoals de Gecombineerde Leefstijlinterventie). De geschiedenis laat zien dat het effect van collectieve maatregelen (zoals volkshuisvesting, goed onderwijs, sociale wetgeving etc.) veel hoger is dan individuele polis-aanspraken (zie ook rapport van RVS, *De gezondheidsverschillen voorbij*). Hier ligt dus een belangrijke rol voor het rijk.
- **Gezondheidsbevordering vraagt om een krachtige sturing en eigenaarschap**, ieder vanuit zijn eigen rol. Op dit moment is er binnen de WPG slechts een vage invulling betreffende gezondheidsbevordering en wordt preventie niet duidelijk omschreven. Voor Rijk, gemeenten en zorgverzekeraars zou **een preventieplicht zou moeten worden vastgelegd met een duidelijke omschrijving van rollen, taken en verantwoordelijkheden**. Dat vraagt om een krachtiger rol van het Rijk. Hierbij zouden in het licht van Health in all Policies (WHO) ook andere overheidsdomeinen (ruimtelijke ordening, armoedebeleid, onderwijs, arbeidsmarkt) niet-vrijblijvend betrokken moeten worden.
- Belangrijk **om verbindingen** te leggen tussen publieke gezondheid, curatieve gezondheid, langdurige zorg, sociaal domein (gemeenten) en de jeugdzorg. Van belang dat preventie c.q. gezondheidsbevordering als leidend beginsel in alle stelselwetten wordt opgenomen.

2. Organisatie en Regie

- Het is nog onduidelijk welke **implicaties de regionale samenwerking voor de gemeentelijke budgetten** heeft. Bij de voorgestelde versterking van preventie in het publieke domein is oormerking van de betreffende budgetten noodzakelijk; door financiële druk bij gemeenten is de taak publieke gezondheid teruggedrongen naar een wettelijk verplicht minimum. Dit raakt GGD'en, preventie GGZ en sociale teams.
- Het is niet duidelijk hoe de **regionale samenwerking** zich tot de marktwerking verhoudt. Als gekozen wordt voor inhoudelijke sturing op de schaal van de regio, is het logisch de financiële besturing op dezelfde schaal te organiseren. We willen de ontschotting van de financiering van zorg en preventie in de regio Groningen in de praktijk brengen in de vorm van **grootschalige experimenten**. Door de aanwezige kennisinfrastructuur en de grote bereidheid tot samenwerken van zorgaanbieders, overheden en financiers leent Groningen zich goed om als **experimenteerregio**.
- **Waken voor onduidelijke governance met onduidelijke doelen, taken en bevoegdheden.** Aanwijzen van een zorgautoriteit per regio en oormerking van budgetten. Verzekeraars en gemeenten zouden hierin de leidende partijen kunnen zijn.
- De nota focust op ontschotting binnen de zorg, **de aansluiting met het sociaal domein en het de-medicaliseren van de zorg wordt echter niet uitgewerkt.**
- **'De regio' is meer dan zorgkantoor of GGD-regio.** Ook binnen gemeenten is specifiek beleid nodig, op verschillende schaalniveaus. Bij een regionale indeling moet rekening gehouden worden met de gezondheidsverschillen tussen regio's. In de regio Groningen zijn de gezondheids- en maatschappelijke uitdagingen naar verhouding groot.

3. Vernieuwing en werkplezier

- Landelijke regie van de rijksoverheid is van belang om te voorkomen dat marktpartijen bepalen hoe digitale zorg eruit ziet.
- **Landelijk regie op structuurkeuzes is wenselijk: de groeiende administratieve belasting en verantwoordingsplicht aanpakken.** De overgang naar regionale samenwerking en instellingsbesteding op basis van beschikbaarheid zou tot een opschoning op dit gebied kunnen leiden. Dat vereist heldere structuurkeuzes.
- Voor het uitvoeren van de beoogde transformatie is voldoende **huisartsen- en wijkverpleegkundigencapaciteit** noodzakelijk. Dit is een knelpunt in de regio Groningen en andere perifere gebieden (er is een lagere vestigingsbereidheid waardoor een huisartsentekort dreigt). Als dit niet wordt opgelost, kan niet worden voldaan aan de benoemde randvoorwaarden en zal de beoogde transformatie niet kunnen plaatsvinden.
- **Een bespiegeling op de lessen die we uit Covid-19 kunnen trekken mist.** Corona heeft aangetoond dat de gezondheidszorg is gezakt voor de stresstest. Om beter voorbereid te zijn voor toekomstige pandemieën, moet er meer geïnvesteerd in preventieve maatregelen gericht op leefstijlpreventie en voldoende zorgcapaciteit.

Tot slot

- Het is wenselijk dat het nieuwe kabinet straks een **routekaart** maakt van wat in welke volgorde nodig is om tot de beoogde omslag te komen. Het toestaan van regionale experimenten binnen gedefinieerde kaders zou een mooie eerste stap zijn om lessen te leren voor de nadere uitwerking in wet- en regelgeving.