

Reactie van Pharos op Discussienota 'Zorg voor de Toekomst'

1 Herkent u zich in de drie thema's waar de komende jaren meer verandering op nodig is?

Pharos herkent zeker de opgaven en de drie thema's in deze nota. Wat betreft de insteek van de nota willen we drie **aandachtspunten** meegeven:

- **Bekijk het vraagstuk niet alleen met een medische bril, maar ook vanuit een sociale optiek**

De nota is geschreven vanuit het kader van de zorg. Dat is logisch gezien de centrale vraag. Dit leidt echter tot een beperkte invalshoek van de vraagstukken en daarmee van de beleidsopties. Pharos pleit ervoor om vanuit een bredere blik te kijken naar gezondheid en de houdbaarheid van de gezondheidszorg. We weten immers dat veel fysieke en psychische gezondheidsproblemen hun oorzaak hebben in factoren zoals schulden, gebrekkige participatie, laaggeletterdheid, stress door inkomensverlies of het leven in een onveilige buurt.

Het is dan ook van groot belang dat (preventie van) ziekte niet alleen met een medische bril wordt bekeken, maar dat de fysieke en sociale context nadrukkelijk worden betrokken bij de benadering van de vraagstukken en de beleidsopties. Door zaken die ten grondslag liggen aan een deel van de gezondheidsproblemen aan te pakken binnen de gemeentelijke context/het sociale domein, kan de druk op de zorg worden verminderd en de effectiviteit worden vergroot.

Pharos vult de beleidsopties in deze nota, waar van toepassing, aan vanuit deze bredere optiek.

- **Richt de beleidspijlen met name op de verbetering van gezondheid van mensen in een sociaaleconomisch kwetsbare positie**

De meeste winst, zowel wat betreft gezondheid als wat betreft het terugdringen van vermijdbare zorgkosten, is te behalen door expliciet de beleidspijlen te richten op die mensen die zich in een sociaaleconomisch kwetsbare positie bevinden¹. We zijn blij dat dit punt op een aantal plekken wordt genoemd maar missen toch bij de meeste genoemde beleidsopties deze belangrijke invalshoek. Een goed gecoördineerde en meerjarige aanpak van de gezondheidsachterstanden van deze groep mensen – zowel door het Rijk, de gemeenten als door zorgpartijen en zorgverzekeraars – zal bijdragen aan reductie van zorgkosten en verdient ons inziens dus een prominente plek in deze nota.

- **Betrek naast de financieel-economische invalshoek ook maatschappelijke opbrengsten**

Door de houdbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg als centrale vraag te nemen in deze discussienota, ontstaat het risico dat beheersing van kosten het dominante denkkader wordt. Pharos pleit ervoor ook andere maatschappelijke opgaven als invalshoek mee te nemen bij de beleidsopties. Bijvoorbeeld het risico op een grotere tweedeling in de maatschappij als gevolg van corona en het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Dit zou bijvoorbeeld betekenen dat bij contractering op basis van shared savings niet alleen gestuurd en gemonitord wordt op financiële baten en kwaliteit van zorg, maar ook op maatschappelijke opbrengsten zoals 'gelijke kansen op gezondheid', reductie van gezondheidsverschillen of toename van welbevinden en inclusie van kwetsbare groepen.

2 **Herkent u de knelpunten die op de drie thema's worden genoemd, of missen er nog belangrijke knelpunten?**

De genoemde knelpunten worden door Pharos zeker herkend, met name de onderinvestering in preventie, de sterke productieprikkelers in de zorg en de te smalle benadering van multiproblematiek. Overigens is bij veel mensen met chronische ziekten sprake van problemen op meerdere leefgebieden. Op dit knelpunt zijn meer beleidsinspanningen nodig dan genoemd.

We missen de volgende knelpunten:

- De **gezondheidsachterstanden** bij mensen met een lage sociaaleconomische status (SEGV). Dit is een van de grote knelpunten van deze tijd en heeft zeker zijn weerslag op de houdbaarheid van de gezondheidszorg. Grotere gezondheidsproblemen zoals COPD en diabetes spelen immers beduidend vaker bij mensen in een sociaaleconomisch kwetsbare positie. Zij hebben op jongere leeftijd gezondheidsproblemen en de uitkomsten van zorg zijn

¹ De Boer, Buskens, Koning & Mierau *Neighborhood Socioeconomic Status and Health Care Costs: a Population-Wide Study in the Netherlands* AJPH June 2019, vol 109, No 6.

minder goed. Bij deze groep is vaker sprake van ziekenhuisopname vanwege medicatiefouten, complicaties, onderbehandeling en een gebrekkige eigen regie. Deze gezondheidsproblemen zijn gerelateerd aan de sociaaleconomische omstandigheden of de stress die deze omstandigheden veroorzaakt. Ook zijn de zorgkosten hoger voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden (29 % van de Nederlanders) die deels laaggeletterd zijn (2,5 miljoen Nederlanders). Zij ervaren een slechtere toegang tot zorg en een slechtere kwaliteit van zorg. Dit zijn dan ook zeer relevante knelpunten waarbij verantwoordelijkheid en regie vanuit het Rijk hard nodig zijn.

- De **gevolgen van corona** op de gezondheid en de houdbaarheid van de gezondheidszorg: dit lijkt ons niet alleen een knelpunt op korte termijn, maar zeker ook gedurende de komende kabinetsperiode. Denk aan de uitgestelde zorg, maar ook aan de langere termijn effecten van de maatregelen op psychische gezondheid en de fysieke gevolgen voor coronapatiënten. Ook de gestagneerde leerontwikkeling van kinderen uit kwetsbare gezinnen heeft effecten op SEGV.
- De **samenwerking tussen het medische en sociale domein** is ontoereikend en vraagt om een stevige stimulans en de nodige beleidsinspanningen vanuit zowel de landelijke en lokale overheid als van regionale zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Dit aspect komt slechts beperkt aan bod in de nota. Pharos ziet dit als een apart knelpunt en tevens aanknopingspunt voor de verbetering van zorg en ondersteuning.

3 Welke beleidsopties die genoemd worden bij de drie thema's leveren een belangrijke bijdrage aan de houdbaarheid van ons zorgstelsel?

Alle genoemde beleidsopties kunnen ons inziens een goede bijdrage leveren. We verwachten echter dat de volgende opties de grootste impuls geven aan de houdbaarheid van ons zorgstelsel en aan preventie:

- **Een krachtige sociale basis** en een integrale aanpak van sociale problematiek: dit is inderdaad een zeer belangrijke succesfactor voor preventie in brede zin en om een beroep op de zorg te verminderen. Deze beleidsoptie verdient echter een veel steviger uitwerking.
- **Sturen op een kernindicator voor gezondheid:** dit lijkt ons een zeer goede manier om 'Health in all policies' vorm te geven en juichen wij toe. Ook omarmen we de suggestie dat gezondheidsachterstanden regelmatig kunnen worden gemeten en verkleind: wat ons betreft wordt dit een verplichte KPI. Met dit soort indicatoren kan gestimuleerd en gemonitord worden of de (regionale en lokale) inzet daadwerkelijk gericht is op de mensen die preventie en zorg het meest nodig hebben.
- **Verduidelijken van de wettelijke taak van gemeenten om (de samenhang binnen) de publieke gezondheid te bevorderen:** dit zal waarschijnlijk een grote stimulans geven, uiteraard afhankelijk van hetgeen hierin wordt ondergebracht. Naast gezondheidsbescherming en bevordering hoort hier zeker ook de brede aanpak van gezondheidsachterstanden en inzet op Kansrijke Start bij.

- **Financiële prikkels zoals shared savings, populatiebekostiging en een preventiefonds;** deze prikkels lijken krachtig mits aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. Risico is dat men zich vooral richt op de meer gezonde patiënten omdat daar eerder besparingen en gezondheidswinst zijn te realiseren. Hierdoor kunnen mensen met een zwakkere gezondheid buiten de boot vallen waardoor de gezondheidsverschillen mogelijk juist worden vergroot (zie ook vraag 5). Daarnaast moeten de financiële prikkels een domeinoverstijgende aanpak bevorderen.
- **Eenduidigheid over 'de regio':** hier gaat nu veel energie verloren. Verschillende regio's en bestuurslagen lopen soms parallel aan elkaar, zijn versplinterd of zitten elkaar in de weg. Hierdoor kunnen goede intenties en plannen rond preventie en gezondheidszorg verloren gaan. Eenduidigheid kan dus zeker soelaas bieden.

4 Concrete suggesties om bepaalde opties nader te concretiseren en praktisch vorm te geven

4.1 Preventie & Gezondheid

- **Bevorderen van eigen regie en gezondheidsvaardigheden.** Deze beleids optie kan zeker een bijdrage leveren mits er – en met name – wordt gewerkt aan competenties bij zorgverleners in het adequaat omgaan met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden en aan het vergroten van de toegankelijkheid van organisaties. Intakeformulieren en triage gesprekken dienen de taal van de gebruiker te hanteren en begrijpelijk te zijn, ook voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Dat is tot op heden onvoldoende het geval en leidt dan ook niet tot optimale zorg, maar kan zelfs leiden tot verkeerde of onnodige zorg en zorgmijding. Ook programma's als Samen Beslissen, Uitkomstgerichte Zorg en Gepaste Zorg moeten beter afgestemd worden op mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Tevens is duidelijk geworden uit rapporten van SCP en WRR dat te hoge verwachtingen van eigen regie en zelfredzaamheid niet realistisch zijn².
- **Een krachtige sociale basis en een integrale aanpak van sociale problematiek.** Dit is volgens Pharos een belangrijk aangrijpingspunt om gezondheid van iedereen te vergroten, gezondheidsachterstanden van mensen met een lage sociaaleconomische status te verkleinen en het beroep op de zorg te verminderen. Concretisering van deze beleids optie:
 - Meer financiële middelen voor gemeenten om de sociale basis te versterken, zeker ook na corona: denk aan welzijnsorganisaties, wijkteams, vroegsignalering en hulp bij schulden, verenigingsleven, aandacht voor mentale gezondheid. Dit is hard nodig en levert winst op.

² In de publicatie van het SCP 'Sociaal domein op koers? Verwachtingen en resultaten van vijf jaar decentraal beleid' wordt gesteld dat de verwachtingen te hoog gespannen waren, bijvoorbeeld over de zelfredzaamheid van mensen. De ondersteuning van kwetsbare inwoners is nog niet op orde; het SCP beveelt aan om hier meer prioriteit aan te geven.

- Vanuit de gemeenten via hun opdrachtverlening en subsidievoorwaarden er op sturen dat ook de mensen met de grootste achterstanden worden bereikt en betrokken, bijvoorbeeld bij participatieprogramma's.
 - Vanuit het Rijk sturen op samenwerking tussen medisch en sociaal domein, zoals bij het Stimuleringsprogramma lokale coalities Kansrijke Start waarbij samenwerking tussen medische en sociale partners in lokale coalities actief wordt gestimuleerd en ondersteund. Deze coalities zetten zich in voor een effectieve aanpak in de eerste 1000 dagen, gericht op (aanstaande) ouders en gezinnen in een kwetsbare situatie.
 - Samen met beroepsgroepen werken aan transformatie: demedicaliseren van klachten en diagnose ("in plaats van medische interventie een sociale interventie").
 - Uitwerking van de 'Spil in de wijk' functie (zie 3.3 discussienota) vooral ook om doorzettingsmacht van deze functie te vergroten, ook richting het medische domein.
 - Integrale blik meegeven in opleidingen, bij- en nascholing medische beroepsgroepen, in richtlijnen en zorgstandaarden.
- **Verduidelijken van de wettelijke taak van gemeenten en zorgverzekeraars.** Het lijkt ons inderdaad goed om specifieke taken en doelgroepen te benoemen – zoals mensen met een gezondheidsachterstand. Concretisering:
 - Benoem als wettelijke taak voor gemeenten de aanpak van gezondheidsachterstanden en aanpak Kansrijke Start. Beide taken zouden onderdeel moeten zijn van een nieuwe Wet publieke gezondheid. Hetzelfde geldt voor zorgverzekeraars; ook voor hen zou inzet op gezondheidsachterstanden en Kansrijke Start een verplichte taak moeten zijn. Aanbeveling is om dit als een gezamenlijke opgave mee te geven bij de regionale samenwerkingsafspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraars.
 - Voor genoemde opgaven (gezondheidsachterstanden en Kansrijke Start) geldt dat een domeinoverstijgende aanpak nodig is. Dit pleit dus voor bredere afstemming dan alleen met Wmo, WLZ en Zvw zoals in de nota genoemd wordt.
 - Leefstijl: het risico van een uniform aanbod van leefstijlinterventies is dat deze vooral benut worden door mensen die daar ook zelf voor kunnen zorgen en niet door de mensen die daar minder goed toe in staat zijn en de interventies juist hard nodig hebben. Waak dus voor een dure markt van leefstijlinterventies voor iedereen; een gedifferentieerd aanbod zal ('kosten') effectiever zijn. Met een persoonsgericht aanbod van leefstijlinterventies is juist voor de meest kwetsbare groepen winst te behalen. Stuur er in beleid en interventieaanbod op dat deze echt geschikt zijn voor deze groep mensen.
 - Geef bij de leefstijlthema's aan dat hierbij een aanpak nodig is die gericht is op de achterliggende oorzaken van een ongezonde leefstijl en gezondheidsachterstanden. Uit onderzoek blijkt dat alleen dan mensen de ruimte hebben om aan hun leefstijl te werken. Inbedding van het aanbod in de wijk en actieve toeleiding door de professionals in het sociale domein is, bijvoorbeeld bij Stoppen met Roken, een van de succesvoorwaarden.
 - **Regionale aanpak voor de uitvoering en financiering van preventieactiviteiten.** Het gaat zeker helpen als zorgverzekeraars en gemeenten minder vrijblijvende afspraken maken mits hierin een duidelijke richting wordt meegegeven door het Rijk. We verwachten weinig van het uitsluitend sturen op dat er afspraken worden gemaakt, zonder invulling mee te geven over het wat en hoe. Concretisering:

- Geef **inhoudelijke richting** mee aan de samenwerkingsafspraken, en aan de onderscheiden verantwoordelijkheden: zoals de aanpak van gezondheidsachterstanden. Zorg dat men rekenschap aflegt over de kosteneffectieve opbrengsten voor de gezondheid van *alle* burgers en leg minder nadruk op de kosteneffectiviteit van het aanbod. Hiermee ontstaat een beweging gericht op gezondheidsverbetering in plaats van kostenbeheersing van het aanbod. Het vergroot de kans dat de behoeften van burgers centraal staan en dat de interventies gericht zijn op wat nodig is in sociaal en medisch opzicht in plaats van op het bestaande zorgaanbod.
- Zorg dat het **regiobeeld** niet vooral medisch wordt ingestoken maar juist ook gebaseerd is op gegevens uit het sociale domein. Concreet moet het regiobeeld aangevuld worden met feiten en cijfers over de onderliggende oorzaken van ongezondheid zoals ongunstige werkomstandigheden, huisvestingsproblemen, armoede en schulden. Op die manier kan er door betrokken professionals verband worden gelegd tussen bijvoorbeeld schuldhulpverlening en het gebruik van verslavende pijnstillers (veelvoorkomende medicatie in achterstandswijken die leidt tot grote sociale problemen).
- Om ervoor te zorgen dat de gezondheidsverschillen niet toenemen zijn naast regionale middelen ook **geoordeelde lokale middelen nodig**. De gezondheidsachterstanden bij inwoners in een sociaaleconomisch kwetsbare situatie worden hiermee gericht aangepakt.
- **Lokaal maatwerk** en eigenaarschap bij gemeenten is nodig voor preventie. Dit is nu de praktijk in 150 GIDS-gemeenten en 275 Kansrijke Start gemeenten. Hierdoor zijn goede aanpakken ontstaan die verdere borging verdienen willen ze effect sorteren op gezondheid en kosten van de zorg. De laatste jaren is deze lokale inzet op mensen met gezondheidsachterstanden en kwetsbare ouders/gezinnen gestimuleerd middels een decentralisatie-uitkering; de uitdaging is hoe deze inzet te behouden en versterken na afloop van deze periode (2014-2022).
- **De kennis** die is opgedaan over een domeinoverstijgende aanpak van SEGV³ en Kansrijke Start in gemeenten kan worden benut bij een regionale aanpak van preventie.
- **Regie op onderliggende factoren** van gezondheidsachterstanden ligt op het gemeentelijk terrein en is in mindere mate regionaal op te lossen. Denk aan schulden en armoede, eenzaamheid en een ongezonde fysieke omgeving. Uitvoerende organisaties zoals welzijn, wijkteams en vrijwilligersorganisaties vallen onder de regie van gemeenten en kunnen hieraan bijdragen. Bij een eenzijdige nadruk op regionale preventiestructuur kan dit uit beeld raken.

4.2 Organisatie & Regie

- **Intensiveren van samenwerking in de regio**
Onduidelijk is welke argumentatie gebruikt is om te stellen dat het regionale niveau het meest geschikt is om veel van de knelpunten (zoals de genoemde belangentegenstellingen) op te lossen. De vraag is of dit niet leidt tot een groot overlegcircuit dat niet snel tot concrete opbrengsten leidt voor de mensen om wie het gaat. Er zal sprake zijn van forse

³ SEGV: sociaaleconomische gezondheidsverschillen.

coördinatiekosten. Een andere vraag is of deze regionalisering niet te snel plaatsvindt na de decentralisaties. Suggesties voor concretisering:

- Als je deze ingrijpende operatie wil uitvoeren, geef dan vanuit het rijk inhoudelijke en financiële **richting** mee en laat dit niet aan partijen over.
 - Zorg voor een **goede balans tussen regionale en lokale taken** en verantwoordelijkheden. Het is belangrijk om lokaal te kunnen kiezen voor een aanpak in wijken die dit het meest nodig hebben en gericht op de thema's die daar vooral spelen: lokaal maatwerk blijft nodig.
 - Stel de **minimumeisen** aan het **regiobeeld landelijk** vast. Het is goed dat de aanpak van SEGV in het rijtje staat als voorbeeld, maar dit zou een (wettelijke) eis moeten zijn. Het is van belang dat binnen de regiobeelden gedifferentieerd wordt tussen verschillende groepen en niet alleen gestuurd wordt op gemiddelde data. Daarnaast is het zo dat veel van de op dit moment gebruikte gegevens zijn gebaseerd op financiële declaratiedata en niet op actuele gezondheidsvraagstukken en de toekomstige zorgvraag. Dit verdient aandacht.
 - Bij de specificatie van informatie op grond waarvan het regiobeeld wordt opgesteld kan het Rijk vastleggen dat hierbij naast **medische data, ook data uit het sociaal domein** horen. Basis op orde: beperk dit niet tot de zorgfuncties die in iedere regio ten minste beschikbaar moeten zijn, **definieer ook de essentiële functies in het sociale domein** zoals welzijn, vroegsignalering schulden en ondersteuning kwetsbare zwangeren/aankomende gezinnen.
 - Zorg voor interregionale **kennisdeling** zodat men niet in elke regio het wiel hoeft uit te vinden.
- **Regie en coördinatie**
Gezien de verschillende perspectieven en belangen in de regio zal een stevige regie en coördinatie een doorslaggevende succes- of faalfactor zijn. Suggesties voor concretisering:
 - De genoemde optie van een **onafhankelijk bemiddelaar** zal alleen werken als diegene a) doorzettingsmacht heeft en b) kennis en ervaring heeft in domeinoverstijgend werken. Ook als aan deze voorwaarden is voldaan, blijft de vraag: wie beslist uiteindelijk?
 - Het volstaat niet om **in wet- en regelgeving** expliciet te maken wat betrokken partijen moeten doen om afspraken te maken; er zal ook een inhoudelijke richting mee moeten worden gegeven van deze afspraken (dus: aan welke opgaven men dient te gaan werken).
 - **Toezicht door IGJ of de NZa** moet integraal gebeuren, dus niet alleen zorginhoudelijk, maar ook met het oog op welzijn en andere taken binnen het sociale domein gericht op kwetsbare groepen. Opvallend in de nota is dat ook als het gaat om sector- en domeinoverstijgend kijken door de IGJ het alleen gaat om de samenwerking tussen *zorgaanbieders in zorgnetwerken*. Zo blijft het risico bestaan dat de regionale samenwerking versnipperd is.

4.3 Vernieuwing en werkplezier

Persoonsgerichte zorg voor iedereen

Professionals zijn de sleutel tot verandering. Bij die conclusie sluiten we ons aan. Professionals in een achterstandswijk of zorgend voor mensen in een kwetsbare sociaaleconomische positie hebben concrete handelingsperspectieven nodig, gebaseerd op een organisatievisie die gericht is op kwaliteit

van leven voor iedereen en zorg en ondersteuning die passend is juist voor de meest kwetsbare groepen. Persoonsgerichte zorg is zorg waarin de patiënt als mens centraal staat en niet zijn aandoening. Het is zorg die aansluit bij de vaardigheden, sociale omstandigheden, waarden en behoeften van mensen. Empathisch vermogen, continuïteit in de zorg, het kennen van de patiënt en begrijpelijke communicatie dragen daaraan bij. Dit is extra van belang voor mensen met complexe problemen en minder goede gezondheidsvaardigheden. Uiteraard zijn samenwerking in de wijk en korte lijnen tussen eerstelijns zorgverleners en het sociaal wijkteam hierbij van belang. Hierin dient meer geïnvesteerd te worden dan tot nu toe het geval is.

Gepast gebruik

Wat gepast gebruik is kan niet worden vastgesteld zonder in gesprek te gaan met de mensen om wie het gaat. En na te vragen 'wat helpt u?' of 'wat heeft jou geholpen?'. We zullen meer moeten investeren in het gesprek over de waarde van behandelingen, geneesmiddelen en hulpmiddelen voor mensen. Het is een **misverstand** dat mensen per definitie om meer zorg vragen. Groot probleem voor mensen met een minder goede sociaaleconomische positie zijn de kosten van zorg. Zij mijden zorg vanwege het eigen risico of de eigen bijdrage. Soms mijden ze zorg omdat ze denken dat de zorg te veel geld kost en dus tot schulden leidt – terwijl dat niet zo is. Duidelijke informatie over het gratis zijn van bijvoorbeeld mondzorg voor kinderen is dan ook van groot belang. Het mijden van zorg leidt immers vaak tot hogere kosten op de langere termijn of tot verlies van kwaliteit van leven. Het eigen risico relateren aan inkomen zou een goede stap zijn om zorgmijding en daarmee duurdere vormen van zorg te voorkomen.

Samen beslissen

Het Samen Beslissen proces moet starten bij goede en begrijpelijke informatie over diagnose en behandeling. Professionals geven aan dat zij de terugvraagmethode een goed instrument vinden om te toetsen of hun uitleg begrijpelijk is. Zij geven echter aan dat zij niet de tijd nemen om deze methode toe te passen en ook komt het onvoldoende in opleiding of bij- en nascholing aan de orde. Het gebruik van consultondersteunend materiaal bij uitleg in de spreekkamer neemt toe. Professionals ontwikkelen keuzehulpen en consultkaarten. Ook staan er steeds meer filmpjes met uitleg op internet. Deze worden nog lang niet altijd getoetst op begrijpelijkheid en toegankelijkheid voor iedereen. Met weinig moeite kan ook de groep die het meeste baat heeft bij extra ondersteuning hiervan profiteren. Hier liggen dus concrete aangrijpingspunten voor verbetering.

Beter benutten ervaringsdeskundigheid patiënten en cliënten bij vernieuwingen

De (patiënt)ervaringen van een grote groep mensen tellen niet mee op dit moment. Hierdoor worden de ervaring en inzichten van deze mensen niet benut bij vernieuwing, beleidsplannen, programma's en uitvoering.

Mensen die laaggeletterd zijn, beperkte gezondheidsvaardigheden hebben of vanwege sociale omstandigheden slechter te bereiken zijn door onderzoekers, professionals en beleidsmakers tellen dus niet mee. Zij participeren niet of in zeer beperkte mate in onderzoeken, patiëntenorganisaties, burgerinitiatieven, wijkraden en cliëntenraden. Wat gepast gebruik, persoonsgerichte zorg, een effectieve interventie en goede uitkomsten van zorg en ondersteuning inhouden, is slechts te achterhalen door in gesprek te gaan met de mensen om wie het gaat.

Op dit moment worden er veel nieuwe vragenlijsten ontwikkeld om uitkomsten bij patiënten vast te stellen en het belang ervan te kunnen duiden in het kader van het programma Uitkomstgerichte Zorg.

De uitkomsten van deze vragenlijsten zijn niet representatief als er niet expliciet aandacht is voor de begrijpelijkheid en toegankelijkheid voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden⁴. Ook bij het testen van interventies en behandelingen op effectiviteit worden grote groepen Nederlanders uitgesloten. De kans dat interventies (al dan niet digitaal) niet passend zijn is daarmee groot. Onderzoek in zorg en welzijn moet inclusief zijn. Dat wil zeggen: het opleidingsniveau en de sociale omstandigheden van de respondenten moeten een afspiegeling vormen van de gemiddelden in de samenleving.

5 Welke beleidsopties ontbreken er nog?

Gerichte financiële prikkels

Pharos reageert in onderstaande opsomming op alle paragrafen over financiële prikkels in de nota. We zijn voorstander van de genoemde opties populatiemanagement, innovatieve contracten, shared savings en een preventiefonds. Dit soort beleidsopties kunnen de gezondheid verbeteren en kosten in de zorg *in principe* naar beneden brengen. Daarvoor zijn wel een aantal criteria nodig. Anders bestaat een reëel risico dat kwetsbare mensen niet de benodigde zorg krijgen en dat gezondheidsverschillen verder toenemen. Onze oproep is: zorg ervoor dat de nadruk op financiële besparingen de gelijke kansen op een goede gezondheid niet in de weg staat.

Suggesties voor beleidsopties zijn:

- Neem het **perspectief van de patiënt** zelf mee als uitkomstmaat, naast de medische uitkomstmaten.
- **Voorkom risicoselectie.** Bij shared savingscontracten bestaat het risico dat men zich vooral richt op de meer gezonde patiënten omdat daar eerder besparingen zijn te realiseren of omdat men dan hoger scoort op kwaliteitsindicatoren. Zorg dus dat in dit soort contracten – opgelegd door het Rijk – eisen worden gesteld aan de toegankelijkheid van zorg voor *iedereen*. We kunnen hierbij leren van de effecten van de populatiebepaling die eerder is ingevoerd bij gemeenten voor de bijstand en later de participatiewet. Naast de vele positieve effecten waren er ook ongewenste effecten te zien:
 - de neiging om vooral in te zetten op mensen met de hoogste en snelste kans op rendement.
 - de neiging om cliënten met een lange(re) terugverdientijd door te schuiven aan anderen.
Voorkom dat door de wens om te besparen minder behandelingen worden geleverd dan nodig is – met name bij mensen die niet gezondheidsvaardig of mondig zijn, bestaat dit risico.
- Maak **shared savingscontracten integraal** en voeg ook diensten uit het sociale domein toe. Hiermee kan gewerkt worden aan de onderliggende factoren van gezondheidsproblematiek.
- Laat contracten opstellen door een onafhankelijke partij gezien de grote belangen van de betrokken partijen.

⁴ Concrete tips om dit te verbeteren: https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2020/03/Sneltest-vragenlijst_interactief.pdf

- Verbeter de systematiek van risicoverevening: voeg factoren zoals langdurige armoede toe als voorspelbaar risico om zo de voorspelbare zorgkosten tussen alle verzekeraars evenredig te verdelen. Ook de verdeling van gelden naar de gemeenten uit het gemeentefonds is gebaseerd op een systeem met 'verdelingsmaatstaven'. Het lijkt de moeite waard om kennis rond deze maatstaven en kennis rond risicoverevening met elkaar te delen en de verdeling van gelden op basis van voorspelbare ziektekosten of voorspelbare publieke kosten in het sociaal domein, op elkaar af te stemmen.