

## **Reactie dr. ir. Hans Hoek van C3 adviseurs en managers**

### **Discussienota VWS Zorg voor de Toekomst**

#### **Inleiding**

Het ministerie van VWS heeft in december 2020 een 'Discussienota Zorg voor de toekomst' uitgebracht. De discussienota is opgesteld na overleg met vele partijen. Tot eind januari is er de mogelijkheid van reactie via een internet consultatie. Ik heb de discussienota bestudeerd en gerelateerd aan mijn 33 jaar ervaring als bestuursadviseur en interim-bestuurder in de gezondheidszorg. Veranderingen in de gezondheidszorg in de toekomst kunnen immers niet los gezien worden van het verleden. De historie van de gezondheidszorg door de eeuwen heen als particulier initiatief en de ontwikkeling van de invloed van de overheid op die gezondheidszorg sinds de Tweede Wereldoorlog vormen de basis voor de huidige inrichting van de gezondheidszorg. Sinds 1975 zijn door de overheid lange lijnen uitgezet om de regelgeving en de financiering van de volksgezondheid en de gezondheidszorg te sturen. Dat heeft geleid tot het huidige stelsel voor de gezondheidszorg. In dat stelsel zit logica en samenhang, die verloren zou kunnen gaan door sommige van de voorgestelde beleidsopties.

#### **1. Principes van het zorgstelsel**

Het is jammer dat de nota geen overzicht bevat van de principes, waarop de Nederlandse gezondheidszorg gestoeld is. Die zijn het gevolg van de -in de inleiding genoemde ontwikkelingen- en hebben geleid tot een onderling samenhangend stelsel van regels en voorzieningen. De samenhang in het huidige stelsel moet meegewogen worden in het aangaan van veranderingen. De discussienota bevat bijna 70 beleidsopties, waarvan niet duidelijk is of ze passen in de huidige principes dan wel dat de principes moeten worden aangepast. Ook de onderlinge samenhang van de beleidsopties is niet duidelijk.

Een samenhangende visie op de toekomst van de gezondheid van burgers en de daartoe noodzakelijke wijzingen van de inrichting van de volksgezondheid en de gezondheidszorg ontbreekt in de discussienota. Dat is risicovol. Als we de huidige

inrichting zien als een bouwwerk dat stabiel staat, ook al vertoont het enige gebreken, dan is het risico groot dat door het afzonderlijk beschouwen van de beleidsopties het fundament onder het bouwwerk wordt aangetast, dat draagbalken verwijderd worden of dat onlogische nieuwe vertrekken worden aangebouwd, waardoor het gebouw een doolhof wordt.

De beschrijving van het gebouw ontbreekt in de discussienota, al wordt in hoofdstuk 1.1. aangegeven dat het een goed gebouw is. In hoofdstuk 1.2. wordt vervolgens uitgebreid beschreven waar het gebouw lekt en waar het andere gebreken vertoont. De conclusie of het gebouw moet worden afgebroken, dan wel dat de gebreken worden verholpen, ontbreekt in de nota. We lopen daarmee het risico dat er zo veel verbouwd wordt aan het gebouw, dat het alsnog instort of dat het na de verbouwing zijn oorspronkelijke karakter heeft verloren en niet meer bruikbaar is.

Dit is een groot risico bij de realisatie van de afzonderlijke beleidsopties. In de discussienota wordt daaraan geen aandacht gegeven. In hoofdstuk 1.2. van de discussienota wordt de mogelijkheid geopperd dat principes zouden kunnen wijzigen m.b.t. wat er tot de zorg behoort en welk deel collectief gefinancierd moet worden. Dat is nogal principieel, maar 'valt niet expliciet onder de reikwijdte van deze Contourennota'. Ik vind dat een omissie en een groot risico want als we maatschappelijk andere keuzen over de definitie van gezondheidszorg en/of over de collectieve financiering daarvan maken, dan vervalt de basis voor deze nota en de daarin genoemde beleidsopties kan aangetast worden, zonder dat we daar echt zicht op hebben.

Met name de beleidsopties, die in het thema 'Organisatie en Regie' worden genoemd, veranderen naar mijn oordeel de principes, waarop de gezondheidszorg in Nederland is gestoeld. De overheid claimt een grotere rol voor zichzelf; door verschuivingen van de grenzen tussen Zvw, Wlz en Wmo worden de principes van die wetten verandert; de voorgestelde rol van de zorgverzekeraars en hun samenwerking is strijdig met wat nu in de Zvw staat; het principe van de echelonnering van de zorg wordt doorbroken en er wordt een aparte regie en

financiering van ‘publieke’ systeemfuncties geïntroduceerd, waarin de Zvw nu niet voorziet.

Dat kan allemaal nodig zijn, maar dan is het des te meer van belang dat de principes beschreven worden en aangegeven wordt waarom en hoe die principes heroverweging behoeven. Nu moet dat uit tussenzinnen worden opgemaakt.

Anderzijds worden er sluipenderwijs nieuwe principes geïntroduceerd. Dat betreft:

- Het principe dat de kosten van de zorg in percenten (van die kosten) niet meer mogen stijgen dan de stijging van het Bruto Nationaal Product in percenten. Waarop is dit principe gebaseerd? Betekent dat ook dat de kosten van de zorg onmiddellijk moeten dalen als het BNP krimpt?
- Het principe van ‘houdbaarheid’ van de zorg wordt volgens de discussienota bedreigd door toenemende vraag en complexiteit van de zorgvraag, arbeidsmarktkrapte, dalend aantal mantelzorgers en betaalbaarheid. Die analyse klopt wel, maar vraagt vervolgens om een principiële uitspraak van de definitie van houdbare zorg. Wanneer is de gezondheidszorg wel ‘houdbaar’?

Uit de hele discussienota wordt niet duidelijk of en zo ja hoe met deze circa 70 afzonderlijke beleidsopties de houdbaarheid van de gezondheidszorg echt wordt vergroot. Zeker de krapte op de arbeidsmarkt en het dalend aantal mantelzorgers wordt in die beleidsopties niet opgelost.

Wordt de gezondheidszorg dus houdbaarder door deze beleidsopties? Ik betwijfel dat.

## **2. Thema's**

De drie thema's zijn 'Preventie en Gezondheid', 'Organisatie en Regie' en 'Vernieuwing en Werkplezier'. De eerste twee thema's zijn logisch, al zouden ze misschien anders genoemd kunnen worden ('Verbetering van gezondheid en Volksgezondheid' respectievelijk 'Verbetering van organisatie en regie in de Individuele Gezondheidszorg'). Het derde thema vind ik onlogisch. Vernieuwing moet geen apart thema zijn, maar onderdeel van ieder thema. Door het apart te

zetten lijkt vernieuwing een doel op zich. Datzelfde geldt voor werkplezier. Waarom is dit onderwerp zo belangrijk dat het een apart thema is bij VWS? Geldt dat ook niet voor onderwijs, politie en brandweer, woningbouw, cultuur etc.? Werkplezier zou mijns inziens zo vanzelfsprekend moeten zijn dat het niet als thema benoemd hoeft te worden.

Bestudering van de inhoud van dit thema leidt tot de conclusie dat de beleidsopties hier genoemd in belangrijke mate voorwaardenscheppend zijn voor de veranderingen in beide andere thema's. Het thema 'Vernieuwing en Werkplezier' is dus niet gelijkwaardig aan de beide andere thema's, maar meer overstijgend.

### **3. Staat van de Nederlandse gezondheidszorg**

Het is goed om te lezen dat Nederland nu een uitstekende gezondheidszorg heeft, ook in vergelijking met andere landen. Dat wordt door de politiek weleens over het hoofd gezien en door publiek en media ontkent.

De voorstellen in de nota dienen dus niet om van iets slechts iets middelmatigs te maken, maar om onder veranderende omstandigheden het goede te behouden en zwakke plekken te verbeteren.

### **4. Thema Preventie en gezondheid**

Dit is een belangrijk thema voor de gezondheid van de burgers nu en in de toekomst. In de analyse en beschrijving worden regelmatig relaties gelegd naar andere beleidsterreinen zoals onderwijs, wonen, leefomgeving/milieu, voeding, schuldsanering etc.. Dat betekent dat voor het realiseren van maatschappelijke doelen voor de verbetering van de gezondheid (en het welbevinden) van burgers, de volksgezondheid en het beslag op de gezondheidszorg een groot aantal andere Ministeries nodig is: Biza (gemeenten, wonen), OCW, LNI, EZK, J&V.

In de beleidsopties worden echter alleen mogelijkheden binnen het ministerie van VWS beschreven. Het is jammer dat de beleidsopties niet in dit bredere kader worden geplaatst en van daaruit op hun effectiviteit worden beoordeeld.

Met bijna geen enkele beleids optie kun je het principieel oneens zijn. Het principe dat er meer aan verbetering gezondheid gedaan kan worden en dat voorkomen letterlijk beter is dan genezen, is van groot belang. Als door preventie mensen geen gebruik hoeven te maken van de gezondheidszorg is dat voor henzelf geweldig en voor de maatschappij en de gezondheidszorg beter en voordeliger.

Binnen de beleids opties wordt uitgegaan van een aantal politieke aannames, waarvan de ervaring leert dat deze niet geschikt zijn om beleid op te maken:

- De burger is niet zelfredzaam en kan vaak niet de regie over zijn eigen gezondheid voeren. Dat geldt niet alleen voor de kwetsbaren in de samenleving, zoals de nota suggereert, maar voor veel burgers en voor alle burgers aan het begin en eind van hun leven.
- Het aantal mensen dat mantelzorg kan leveren of als vrijwilliger kan optreden, neemt gestaag af zoals ook de discussienota constateert. Faciliteren van mantelzorg biedt dan geen oplossing. Wat er niet is, kun je niet faciliteren.
- Om diezelfde reden is het voor veel burgers niet goed mogelijk om een sociaal netwerk op te bouwen, hetgeen een voorwaarde is voor eigen regie.
- Gemeenten zijn nu al niet in staat hun taken goed uit te voeren als gevolg van gebrek aan kwaliteit, kwantiteit en geld, mede door bezuinigingen van Rijksweg. Het heeft dan weinig zin om hun taak in de Publieke Gezondheidszorg te verduidelijken. Een grotere uitkering uit het Gemeentefonds is een noodzakelijke, maar niet voldoende voorwaarde om dit probleem op te lossen.

De beleids opties rond financiering (innovatieve contracten, bekostiging clientprofielen en shared savings) lijken beter in het volgende thema te passen.

## **5. Thema Organisatie & Regie**

De beschrijving van de knelpunten bij dit thema begint al met een onjuiste formulering. De verantwoordelijkheden voor het inkopen en aanbieden van individuele gezondheidszorg zijn niet 'decentraal' binnen de overheid geregeld,

maar privaat in plaats van publiek. Alleen de uitvoering van Wmo en Jw zijn binnen het publieke systeem decentraal georganiseerd.

Dit misverstand komt iedere keer terug in de beleidsopties, waar voorstellen gedaan worden voor centrale regie onder directe verantwoordelijkheid en bevoegdheid van de (Rijks)overheid. Natuurlijk kun je gezondheidszorg als overheidstaak organiseren en van de individuele gezondheidszorg een soort NHS maken, maar dat staat haaks op de wijze, waarop de zorg in Nederland al eeuwen georganiseerd is en op de principes, waarop de Nederlandse gezondheidszorg gestoeld is. Die lijn is ook strijdig met de constatering in het hoofdstuk 1 van de discussienota, dat de gezondheidszorg in Nederland een goede uitgangspositie heeft, en met de constatering in hoofdstuk 3.1., dat de huidige indeling in domeinen op zich goed werkt. Hier wreekt zich in extreme mate dat de principes niet in deze discussienota beschreven zijn.

In de 'Denkbare beleidsopties voor intensivering van samenwerking in de regie' wordt voorbijgegaan aan de echelon-indeling waarop de zorg sinds 1975 gestoeld is. Maatschappelijke ondersteuning, eerstelijnszorg en een deel van de tweedelijnszorg kan regionaal geregisseerd worden. Categoriele tweedelijnszorg, derdelijns- en vierdelijns-zorg zijn landelijke functies, die niet per regio verdeeld kunnen worden. Hieraan wordt in de discussienota geen enkele aandacht besteed. Tenminste is de vraag aan de orde of het principe van de echelonnering aanpassing behoeft.

In deze beleidsopties wordt het domein van de publieke gezondheidszorg vergroot ten koste van de individuele gezondheidszorg. De voorstellen voor congruente zorginkoop van en samenwerking tussen zorgverzekeraars zijn naar mijn mening strijdig met de huidige Zvw. Dat geldt ook voor aparte financiering van 'systeemfuncties', zoals acute zorg. In de beleidsoptie 'Capaciteitsregulering' wordt feitelijk een pleidooi gehouden voor herinvoering van artikel 18 van de vroegere Wet Ziekenhuisvoorzieningen (Wzv) waarin de overheid beslist over dure zorginfrastructuur. Dat is misschien een logische conclusie, maar vraagt een herziening van het hele stelsel. Willen we dat en is dat de inspanning waard?

Door de verschillende beleidsopties worden de grenzen tussen Zvw, Wlz en Wmo zo verschoven dat naar mijn idee de oorspronkelijke doelen van die wetten in het geding komen. Ook het principe dat de Zvw een verzekerd recht op zorg is en dat Wlz en Wmo maatschappelijke voorzieningen zijn, waarvoor aan de burger wel of geen toegang kan worden verleend, lijkt in de beleidsopties te worden losgelaten. Op pagina 29 wordt dat in één zin ook gezegd.

Dat kan allemaal, maar dan is er geen sprake van ‘beleidsopties’ binnen het bestaande zorgstelsel maar van een complete herziening van dat stelsel. De discussienota toont de noodzaak van een stelselwijziging niet aan.

## **6. Thema Vernieuwing en werkplezier**

Zoals onder ‘Thema’s’ al vermeld, is ‘Vernieuwing en Werkplezier’ mijns inziens veel meer een overkoepeld kader en een randvoorwaarde voor de beleidsopties dan een apart thema. De genoemde beleidsopties zijn bijna allemaal zinvol. In tegenstelling tot de beleidsopties in de vorige thema’s kunnen ze grotendeels binnen de bestaande inrichting van de gezondheidszorg gerealiseerd worden. De vraag is wel iedere keer waarom de voor de hand liggende verbeteringen met name rond digitalisering en data-uitwisseling nog altijd niet gerealiseerd zijn en wat er nu anders is dan in de voorgaande jaren, zodat deze beleidsopties nu wel gerealiseerd kunnen worden.

Er staan nogal wat plannen in, die de werkplezier van zorgprofessionals eerder kleiner dan groter zullen maken. Om er een paar te noemen, alleen onder dit thema:

- Alleen zorg leveren van bewezen waarde en ‘verouderde’ zorg afschaffen.
- Zorg verder protocolleren, standaardiseren en uniformeren.
- Taakherschikking.
- Grotere rol voor de zorginkopers over welke zorg geleverd wordt.

Een aantal andere plannen zal door sommige professionals gezien worden als verbetering voor het werkplezier en door anderen wellicht gezien worden als een aantasting van hun vak, zoals:

- Afschaffen financiële prikkels voor zorgverleners.
- Samen beslissen met de patiënt/cliënt.

- Vergelijken van de uitkomsten van de prestaties van zorgaanbieders.
- Vergroting efficiency.

## **7. Antwoord op de vragen van VWS**

VWS vraagt expliciet om antwoord te geven op een aantal vragen, die in het formulier voor internetconsultatie is gesteld.

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

Naar mijn oordeel zijn de drie thema's niet gelijkwaardig, maar is het thema 'Vernieuwing en werkplezier' overkoepelend en voorwaardenscheppend voor de beide andere thema's.

Dat Volksgezondheid en Preventie (Thema 'Preventie & Gezondheid') verbeterd moeten worden is evident. Dat geldt ook voor de aanpassing van de publieke en individuele gezondheidszorg (Thema 'Organisatie & Regie'). De drie thema's zijn dus zeker herkenbaar en ze beslaan ook een groot deel van het veld van Volksgezondheid en Gezondheidszorg.

De som van de beleidsopties in de eerste twee thema's leiden tot zo veel veranderingen dat er feitelijk sprake is van het ontwerpen van een geheel nieuw stelsel voor gezondheidszorg, terwijl aan het begin wordt gezegd dat de Nederlandse gezondheidszorg goed is, maar beter kan. Dan is een stelselwijziging ongewenst. Er moet voor gewaakt worden dat er niet zodanig op onderdelen gesleuteld wordt, dat het stelsel verandert, zonder dat we het in de gaten hebben. Met name de beleidsopties in thema 2 hebben dat risico in zich.

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

De beschrijvingen van de knelpunten in de drie thema's zijn helder en redelijk compleet.

In thema 3 mis ik zowel in de knelpunten als in de beleidsopties de onveiligheid die zorgprofessionals door o.a. vervolging door het OM bij euthanasie, de toename van het aantal tuchtzaken en 'naming and shaming' via de media. Dit



element ontbreekt geheel, terwijl het een belangrijke belemmering van het werkplezier voor veel professionals is.

***Welke beleidsopties leveren volgens u een belangrijke bijdrage aan de houdbaarheid van ons zorgstelsel?***

Zie de beschouwing onder vraag 1.

Naar mijn oordeel zijn 70 beleidsopties, die ook nog deels met elkaar strijdig zijn veel te veel. Voor iedere verandering is een dergelijk aantal onsamenhangende opties onwerkbaar. Het zou beter zijn om verdergaande keuzen te maken, zodat er maar een paar te bereiken opties overblijven. De relatie naar de vier elementen van de onhoudbaarheid van de zorg ontbreekt. Volgens de discussienota zijn dat:

- toenemende vraag en complexiteit van de zorgvraag,
- arbeidsmarktkrapte,
- daling mantelzorgers,
- betaalbaarheid.

De 70 beleidsopties lijken zich vooral te richten op het terugdringen van de vraag naar zorg en de kosten van het leveren van zorg. Sommige opties gaan er vanuit dat geen zorg geleverd hoeft te worden als het sociale netwerk sterker is. Dat leidt ongetwijfeld tot een groter beroep op mantelzorgers. Op dat punt wordt de zorg dan minder houdbaar. Of de arbeidsmarktkrapte met deze beleidsopties wordt opgelost is niet duidelijk. Dat zou alleen het geval zijn als de vraag naar zorg substantieel en structureel verminderd wordt. Het valt te betwijfelen of met realisatie van beleidsopties die reductie van de vraag bereikt wordt, maar vooral of dat maatschappelijk acceptabel is.

***Heeft u suggesties om bepaalde beleidsopties nader te concretiseren en praktisch vorm te geven?***

Neen, niet zolang de beleidsopties nog geen samenhangend geheel zijn en getoetst aan de principes van de gezondheidszorg en een overkoepelde visie op de toekomst daarvan.

***Welke beleidsopties ontbreken nog?***

Beleidsopties om de werkveiligheid voor professionals te vergroten. Zie hiervoor.

Dr. ir. Hans Hoek

[h.hoek@c3am.nl](mailto:h.hoek@c3am.nl)

06-54223147

C3 adviseurs en managers

Utrecht, 30 januari 2021