



Betreft	Reacties en suggesties hoofdstuk 'Organisatie en Regie' van de VWS Discussienota 'Zorg voor de Toekomst'
Van	UMCG Regioteam
Datum	29 januari 2021

Organisatie en regie

Met interesse heeft het UMCG Regioteam kennisgenomen van het onderdeel Organisatie en Regie binnen de notitie Zorg voor de Toekomst. Het is verheugend, lovenswaardig en positief dat in dit gedeelte op zoek wordt gegaan naar beleidsopties om gesignaleerde knelpunten in de zorg op te lossen. Daar waar mogelijk wordt ook regelmatig een landelijke insteek gezocht en ook dat is positief.

We veronderstellen dat de genoemde beleidsopties nog een voorlopig en verkennend karakter hebben en dat uiteindelijk ook de onderlinge samenhang verdere aandacht krijgt. Voor nu bieden ze een mooie gelegenheid om de komende periode nader met elkaar in gesprek te gaan. Dat zal de verdere uitwerking zeker ten goede komen.

Voorafgaand aan onze reactie op Organisatie en Regie eerst nog het volgende: de notitie signaleert in dit gedeelte diverse knelpunten die geen knelpunten zijn als zodanig, maar een rechtstreeks gevolg van knelpunten. De echte knelpunten zijn volgens ons:

- bestaande organisatieschotten (tussen wettelijke domeinen maar ook tussen instellingen binnen domeinen),
- bekostigingsproblemen,
- wettelijke knelpunten (vrij vertaald: 'regelgeving') en
- verkeerde prikkels (ook met betrekking tot zorgproductie).

Deze vier knelpunten, als rechtstreeks uitvloeisel van marktwerking en concurrentie in de zorg, leiden tot de in de notitie gesignaleerde fragmentatie en ook belangentegenstellingen. Beide, zowel fragmentatie als belangentegenstellingen, zijn een direct *gevolg* van de eerdergenoemde vier knelpunten. Anders gezegd: de vier knelpunten belonen in feite fragmentatie en belangentegenstellingen en werken dit in de hand. Dat doen zij overigens iedere dag, alle dagen van het jaar, tot op de dag van vandaag.

We hechten eraan om op het voorgaande te wijzen, omdat dit mede een ander licht werpt op wat in onze ogen zinnige en kansrijke beleidsopties zijn en welke niet. Als zorgaanbieder is onze reactie vooral geënt op de rol en positie van de medisch specialistische zorg in een ziekenhuis en binnen diverse regionale netwerkverbanden in de zorg, zoals rond hartzorg en oncologie.

We noemen hieronder drie hoofdpunten die wij met betrekking tot Organisatie en Regie het belangrijkste en het meest opvallend vinden. We gaan hier vooralsnog minder in detail in op alle genoemde beleidsopties in dit gedeelte van de notitie.

1. Vertrekpunt: burger, patiënt en professional centraal

Wat ons betreft neemt de notitie het verkeerde vertrekpunt en redeneert de notitie te veel vanuit bestaande domeinen. De notitie kan beter beginnen bij het waarom: de essentie van wat we beogen en waar we het allemaal voor doen. Wat dan opvallend ontbreekt is dat de burger en/of patiënt centraal wordt gesteld. Die burger en patiënt zal het gevoel en de ervaring moeten hebben van

continuïteit in integrale ondersteuning, begeleiding en zorg, ongeacht wie vanuit welk domein en vanuit welke rol en expertise deze ondersteuning, begeleiding of zorg levert. Onze gemeenschappelijke opdracht is vanuit dat perspectief dan heel simpel: regel dat met elkaar.

Bij die opdracht missen we in de notitie dan ook de direct betrokkenen in het primaire proces, de (zorg)professionals. Geef hen in samenwerking met de cliënt en patiënt de opdracht de kwaliteit van zorg en ondersteuning te optimaliseren binnen de kaders van de financiële mogelijkheden, ongeacht welke financiële kaders dat dan zijn. Op die manier wordt zinnig, praktisch en met kennis van zaken invulling gegeven aan *waardegedreven zorg*. Daarbij ligt de nadruk op de *kwaliteit van zorg*, waarbij de behandelingsuitkomsten en de ervaring van patiënten wordt verbeterd, onder leiding van zorgprofessionals rond specifieke patiëntgroepen.

Want bijna alle problemen liggen op aandoeningsniveau en daarbij moeten de betreffende zorgprofessionals en patiënten direct worden betrokken. Een dergelijk vertrekpunt heeft verdergaande consequenties voor de notitie, bijvoorbeeld ten aanzien van de voorgestelde ontwikkeling van regiobeelden.

2. Landelijke richtlijnen, landelijke kaders en regiobeelden

Bij de ontwikkeling van regiobeelden wordt verondersteld dat elk probleem binnen de eigen regio kan worden opgelost. Dat klopt niet. Langs die weg kunnen regiobeelden de geschetste problemen niet oplossen. Meer omvattend, veel sterker en beter werkbaar is het om een landelijke zorgprofessionele insteek te kiezen per aandoening (of een verzameling van gelijksoortige aandoeningen), waarbij vanuit landelijke richtlijnen een regionale invulling en implementatie kan plaatsvinden. Zie bijvoorbeeld de SONCOS-normen voor de oncologie, hetgeen als insteek ook mogelijk is voor bijvoorbeeld de hartzorg en Parkinson. De financiering hiervan is in principe volgend en niet leidend. Hoe je uiteindelijk zorg en ondersteuning concreet in de regio's organiseert is dan mede afhankelijk van tevens landelijk vast te stellen financiële kaders.

Dit betekent wat ons betreft dat voor de ontwikkeling van regiobeelden zowel de (landelijke) zorginhoudelijke richtlijnen als de (landelijke) financiële kaders en oplossingen moeten worden gevolgd. Daardoor wordt tevens een veel betere sturing en uniformiteit mogelijk.

De omvang van een regiobeeld is daarbij onder andere afhankelijk van de aandoening en de daarbij direct betrokken zorgaanbieders. Een regiobeeld per aandoening kan zich in principe bevinden op landelijk of lokaal niveau en alles wat daar tussenin zit. Voor de grootste gemene deler en omvang van een regiobeeld is dan een omvang van ca. 2 tot 2,5 miljoen inwoners nodig. In een dergelijke regio kan 90% van de problematiek worden opgelost door eigen instellingsoverstijgende zorg- en behandelteams en voor alle hulpvragen en aandoeningen (berekening opvraagbaar bij ons). Dit komt qua inwoneraantal redelijk overeen met een regio-indeling zoals bijvoorbeeld gehanteerd bij de acute zorg /ROAZ, bij de huidige Onderwijs- en Opleidingsregio's (OOR-regio's) en bij de (ZonMw-Citrien) Oncologie regio's. Die overeenkomst in regiogrootte is niet toevallig.

3. Financiële prikkels en ontschotting

In onze beleving zou de notitie eigenlijk moeten beginnen bij de huidige financiële prikkels, omdat die belemmerend zijn bij alle andere voorgestelde oplossingen. Graag vragen we daarom aandacht voor de huidige productieprikkels in het bestaande stelsel, onder andere in de medisch specialistische zorg. Deze productieprikkels zijn vanuit ons perspectief misschien wel het meest belemmerend. Passende zorg zou geobjectiveerd moeten kunnen worden (en dat kan!) en niet moeten worden gestuurd vanuit te behalen omzetcdoelen, een sluitende jaarrekening of om een volumegat van een instelling op te vullen. Er is dringend een verschuiving nodig naar kwaliteits- en

doelmatigheidsprikkels, zoals die ook gelden met betrekking tot waardegedreven zorg. Het is mede daarom dat we in onze reactie de nadruk op waardegedreven zorg leggen.

We onderschrijven het belang van een adequate bekostiging van een regionale ondersteuningsstructuur. Hiervoor is inderdaad een oplossing nodig, bijvoorbeeld naar analogie van de ROAZ. De huidige praktijk is nog te veel dat elk aandoeningsspecifiek netwerk een eigen ondersteuningsstructuur bedenkt waarvan de kosten worden gedekt vanuit tijdelijke projectfinanciering en vervolgens meestal met een contributiebijdrage van deelnemende instellingen. Dit leidt tot versnippering en een inefficiënte werkwijze op regionale schaal. Bij voldoende schaalgrootte, zoals eerder door ons aangegeven wat betreft de omvang van een regio, zijn aanzienlijke schaalvoordelen te behalen. De kosten kunnen zeer aanzienlijk worden beperkt door de clustering van netwerken, gerelateerd aan inwoneraantal, op 'ROAZ-niveau' of nog groter.

Vanuit het perspectief van patiënten en burgers zijn in principe alle schotten, zowel tussen instellingen als tussen domeinen, hinderlijk en onwenselijk. Ontschotting is daarom wat ons betreft van belang bij zowel domeinoverstijgende als ook bij instellingsoverstijgende samenwerking. Voor dat laatste ontwikkelen zich vanuit de Medisch Specialistische Zorg experimenten voor bundelbekostiging, shared savings, en dergelijk, binnen het kader van de innovatieregels van NZa en in onderhandeling met zorgverzekeraars. Dit levert een schat aan zeer interessante en bruikbare informatie op en zou bij overeenstemming moeten leiden tot diverse landelijke, structurele oplossingen in het stelsel. Alle te kleinschalige experimenten naast de bestaande contractering zijn zeer arbeidsintensief, kostbaar voor alle betrokkenen, leveren geen uitzicht op landelijk dekkende (ic. in alle regio's) implementatie en borging, en zijn daarmee volgens ons op de lange termijn vrijwel nutteloos en onhoudbaar.

De notitie noemt als beleidsopatie het creëren van ruimte voor experimenten rond domein overstijgende samenwerking. Dit is een goed idee. Wat ons betreft geldt die experimenteerruimte uiteraard ook voor instellingsoverstijgende initiatieven. Succesvolle experimenten zouden dan input moeten geven voor landelijke oplossingen in financiering en regelgeving. Regie in deze ligt daarbij niet bij de zorgverzekeraar, deze zou vooral moeten faciliteren. Zorgprofessionals en patiënten nemen ook bij dit onderwerp 'the lead'.

Tot slot

Er leiden met betrekking tot Organisatie en Regie meerdere wegen naar Rome, waaronder een goed begaanbare weg waarbij niet louter financiële doelstellingen worden gehaald.

Voor alle voorgestelde oplossingen hebben we echter transparantie nodig. Niet onderbuikgevoelens en eigen parochies moeten de boventoon voeren, maar maat en getal. Daarvoor is ICT-matige ondersteuning onontbeerlijk. Het betekent in de praktijk dat we in hoofdzaak *datagedreven* zouden moeten verbeteren, zowel in kwaliteit als in doelmatigheid. Het betekent ook dat in die praktijk de objectieve verzameling en analyse van data voorop moet staan. Deze dimensie van het transitieproces ontbreekt nog in de huidige notitie.

Van overheidswege is de laatste jaren meerdere keren steun toegezegd rond het verder stimuleren en realiseren van een landelijke infrastructuur voor digitale uitwisseling. De vraag is thans urgent wat daarin praktisch gaat gebeuren: hoe worden de regio's daarin gesteund of moeten zij zelf een wiel uitvinden? Waardegedreven zorg levert data op die we met elkaar moeten kunnen delen en waar we onze verbetercyclus op kunnen inrichten binnen regionale netwerken. En zoals gezegd: binnen die waardegedreven zorg is de stem van burgers, cliënten, patiënten en professionals ingebed en gegarandeerd.

NOG EEN AANTAL ANDERE OPMERKINGEN

Beleidsopties bevorderen van coördinatie

Tussen de regels door lezen we in dit gedeelte van de notitie de behoefte aan casemanagement rond kwetsbare burgers en (vooral) patiënten, maar het staat nergens zo benoemd. Wij raden aan de rol van casemanagement expliciet te benoemen.

We onderschrijven het belang van casemanagement en denken dat de kwaliteit van de zorg hiermee wordt bevorderd en meer individueel passend kan worden gemaakt rond elke patiënt. Absolute voorwaarde is dat een casemanager in elke situatie voldoende zeggenschap heeft over hoe (een) instelling(en) de zorgketen voor elke patiënt inricht en laat functioneren. De casemanager moet op basis van een goede positionering en met regelmacht voor passende zorg en ondersteuning kunnen zorgen vanuit de behoefte en de situatie van de patiënt. Dit zou mede ondersteund kunnen worden kunnen door bijvoorbeeld de WMO-gelden weer te centraliseren naar zorgkantoren. Dit vergroot tevens de mogelijkheid om doelmatigheid te monitoren en daarop te sturen. Ook is dit belangrijk voor de reductie van ongewenste praktijkvariatie door de regie weer meer in één hand te leggen: in de wijk, maar ook in het bredere zorglandschap van de patiënt.

In de notitie is op zich het idee interessant van meer regionale flexibele organisatievormen. Maar wie gaat dat dan betalen? Wordt het onderdeel van een regiobudget? Of gaat het afwentelbeginsel gelden? Of komt dit uit de aanzienlijke stille reserves van zorgverzekeraars? En een meer praktische vraag: hoe te sturen op 100% bezetting van deze mensen?

Ten aanzien van het poolen van middelen, zoals geopperd in de notitie: dit lijkt in eerste instantie goed idee. Maar ook in dit gedeelte van de notitie missen we de inbreng van de ter zake deskundigen in het primaire proces; patiëntvertegenwoordiging en zorgverleners zouden ook hier nauw betrokken moeten zijn om aan te geven wat er nodig is. De genoemde instanties zijn dan veelal kaderstellend en faciliterend.

Ten aanzien van een congruente inkoop zullen wat ons betreft ook primair zorgprofessionals en patiëntvertegenwoordigers het gewenste beleid moeten bepalen, rekeninghoudend met en vanuit de gestelde kaders voor kwaliteit en doelmatigheid. Pas daarna volgt de rol die zorgverzekeraars kunnen nemen bij congruente en grootschalige inkoop. Daarbij zou een volgebeleid zeer wenselijk zijn om de bureaucratie te beperken. Overige partijen en rollen in de zorg hebben tot taak dit transitieproces zo goed mogelijk te begeleiden en te faciliteren.