

DISCUSSIONOTA VWS: 'ZORG VOOR DE TOEKOMST'  
Reactie Vereniging VvAA met aanbevelingen  
Januari 2021

## 1. Inleiding

De inhoud van de discussienota 'Zorg voor de Toekomst' geeft Vereniging VvAA, als beroeps-groepoverstijgende ledenorganisatie van meer dan 125.000 zorgverleners, aanleiding om in te gaan op de uitnodiging van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om op de discussienota te reageren.

### **Zorgverleners hebben steeds meer zorgen over ontwikkelingen in het zorglandschap**

VvAA is de afgelopen jaren meerdere malen kritisch geweest op een aantal ontwikkelingen in het 'zorglandschap'. Onze zorgen hebben vooral betrekking op onderstaande onderwerpen:

- De onder druk staande bezieling van zorgverleners;
- De steeds verder uitdijende regeldruk voor zorgverleners, -instellingen en patiënten. Daarbij de toenemende druk op zorgverleners als gevolg van klachten en claims;
- De verdergaande beperking van de vrijheid van zelfstandige zorgverleners om te kiezen voor die organisatievorm die bij hen en hun patiënten past;

Al deze ontwikkelingen hebben op uiteenlopende wijzen een grote impact op de leden van VvAA, de relatie met hun patiënten, en daarmee op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Daarin is ook voor VvAA de reden gelegen zich namens de leden uit te laten over die ontwikkelingen. Soms zet VvAA zich in om een ongewenste ontwikkeling te voorkomen, zoals bij de voorgestelde wijziging van artikel 13, maar soms ook om een bijdrage te leveren aan een probleem, zoals de door zorgverleners ervaren regeldruk. Bovenal zou de bezieling die zorgverleners hebben voor hun vak leidend of in elke geval sterk medebepalend moeten zijn in de keuze voor verandering.

## 2. Algemene beschouwing op de discussienota

### *Het zorgstelsel*

De discussienota benoemt een aantal veronderstelde problemen binnen het stelsel (knooppunten), en draagt daarvoor een aantal 'oplossingen' (beleidsopties) aan. Er wordt echter geen ruimte gegeven aan de vraag of het stelsel zelf niet (ook) forse problemen veroorzaakt. Sinds de invoering van het huidige zorgstelsel proberen partijen – waaronder zorgverzekeraars – een aantal van de afgesproken spelregels te veranderen. De beloften hierachter zijn telkens dezelfde: de voorgestelde wijzigingen brengen grote voordelen ten aanzien van de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van het stelsel. En de argumentatie is vaak: de wijzigingen zijn noodzakelijk, want anders dreigt de zorg op termijn onbetaalbaar te worden, en de solidariteit waarop het stelsel zou zijn gebaseerd, zou onder druk komen te staan. Het

zijn vaak aannames zonder duidelijk bewijs, en eenmaal doorgevoerd leiden de regels weer tot allerlei nadelen die niet zijn voorzien.

Uit onderzoek ([bron](#)) blijkt dat ruim 30% van de medewerkers in de ziekenhuizen niet bezig is met patiëntgebonden werkzaamheden. Een deel van die handelingen is uiteraard noodzakelijk en zinvol, maar het is ondenkbaar dat al die werkzaamheden echt noodzakelijk zijn voor goede en toegankelijke zorg. Zeker als we met elkaar vinden dat in de zorg keuzes noodzakelijk zijn. Nader onderzoek is nodig, maar wanneer de ziekenhuissector representatief zou zijn voor de hele zorgsector, waarin volgens cijfers van het CBS zo'n 1,4 miljoen mensen werkzaam zijn, zouden minimaal 420.000 mensen in de zorg zich niet bezighouden met patiëntenzorg. Ook werd gesteld dat wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet maar liefst een miljard euro per jaar zou besparen ([bron](#)). Beperking van het beroepsgeheim zou de fraudebestrijding enorm helpen en miljarden opleveren. Niet onderbouwd werd gesteld dat er per jaar voor 4 miljard zou worden gefraudeerd in de zorg. Tegelijkertijd beperkten zorgverzekeraars hun eigen kosten, waarvoor zij zelfs complimenten kregen van De Nederlandse Bank. Maar (mede als gevolg daarvan) tevens stegen echter de administratieve lasten van zorgverleners en -instellingen, en is gebleken dat een zorgverlener ruim 30% van de tijd besteedt aan administratieve handelingen. Een verschuiving dus, van de administratieve lasten van de zorgverzekeraars naar de zorgverleners. En zo werden en worden kosten van de zorgverzekeraars omgezet in kosten van de zorg. Een boekhoudkundige verschuiving, waar niet of nauwelijks zicht op is.

In de discussienota is wél ruim aandacht voor kritische keuzes die moeten worden gemaakt over welke zorg wel en niet zou moeten worden aangeboden. Maar er is bijzonder weinig aandacht voor de vraag hoeveel tijd aan bureaucratie en aan niet-patiëntgebonden werk zou mogen worden besteed. VvAA vindt het van groot belang dat dit punt veel meer aandacht krijgt. Het is immers veel minder impactvol voor patiënten en de relatie tussen patiënt en zorgverlener om kritisch te snijden in die tijd – hetgeen miljarden euro's per jaar kan opleveren – dan in het aanbod van zorg. Tijd die vervolgens ook ten goede kan komen aan de kwaliteit van zorg, het verminderen van de wachtlijsten en voor beheersbaarheid van de kosten zorgt. Bovendien zorgt het voor meer bezieling waardoor zorgverleners behouden kunnen worden voor de zorg.

Verschillende organisaties – zoals zorgverzekeraars maar ook toezichthouders – hebben zich al meermalen expliciet uitgesproken tegen een stelselwijziging. Men kan zich echter afvragen of het 14 jaar geleden ingevoerde stelsel inmiddels nog wel het stelsel is dat ooit is beoogd. Zo is de 'zorgverzekeringsmarkt' geworden tot een oligopolie van 4 grote verzekeraars, hetgeen nooit de bedoeling is geweest bij de invoering van dit stelsel.

De angst voor een discussie over het stelsel lijkt echter wel leidend te zijn voor de discussienota. Zoals gezegd: de visie op het stelsel zelf ontbreekt, en er worden slechts symptomen benoemd en suggesties gedaan om die symptomen te bestrijden. Naar de mening van VvAA is dat een gemiste kans. Binnen diverse sectoren in de zorg moeten de zaken fundamenteel anders worden aangepakt. En dat vergt dus een bredere blik dan alleen 'het draaien aan enkele knoppen'. VvAA maakt zich grote zorgen over de toenemende negatieve effecten en suboptimalisatie door "corrigerende" maatregelen. De negatieve trend van afgelopen jaren rondom de regeldruk en de uitstroom van zorgmedewerkers en jonge dokters onderschrijft dit.

### *'De zorg' bestaat niet*

In de discussienota wordt gesteld dat 'zorg betaalbaar is, maar de kosten toenemen'. Daarbij wordt ook aangegeven dat Nederland relatief veel besteedt aan langdurige zorg in vergelijking tot andere landen, en dat de uitgaven van de curatieve zorg gemiddeld of lager zijn dan in de meeste andere Westerse landen. Het lijkt dan ook logisch dat we in Nederland de verschillende sectoren binnen de zorg - anders dan in de nota wordt gesteld - juist veel minder 'als geheel' gaan bekijken. Immers, de 'integrale visie' die wordt voorgesteld en die al jaren als leidende gedachte wordt geponeerd in de nota ('de opgaven en oplossingen per zorgdomein verschillen per zorgdomein en per regio, maar de uitdaging is om de zorg in zijn geheel te zien.') leidt (telkens) tot een aanpak die vanaf te grote afstand tot de relatie zorgverlener - patiënt wordt bedacht en geïmplementeerd, en vaak zonder het beoogde effect. Verandering vanuit het zorgveld zelf - in nauwe samenwerking met patiënten - werkt in de ogen van VvAA veel beter om gestelde doelen te bereiken.

De opstellers van de discussienota hebben een sterke focus op het kostenperspectief van de zorg. De zorg levert de maatschappij echter in vele opzichten ook heel veel op. Juist die focus bewerkstelligt vaak een verkeerde dynamiek, waarvan telkens blijkt dat doorgevoerde maatregelen (bedoeld om kosten te besparen) geen of zelfs het tegenovergestelde effect hebben. Wat VvAA betreft gaat het adagium 'focus op kosten verlaagt de kwaliteit, en focus op kwaliteit verlaagt de kosten' op.

Waar er veel aandacht is voor het kostenperspectief, mist VvAA de aandacht voor het perspectief van de individuele zorgverlener. De zorgverlener die bewust heeft gekozen voor dit vak en zich wil focussen op het leveren van de best mogelijke zorg aan de patiënt. Iedereen wil als het er op aan komt een bezielde zorgverlener aan zijn of haar bed. Die bezieling vormt de basis voor goede zorg en maakt daarmee onlosmakelijk deel uit van de discussie over het zorgstelsel. De realiteit is echter dat die bezieling, door een combinatie van factoren, ernstig onder druk staat.

(Er valt veel te zeggen en te becommentariëren op de discussienota.) VvAA vindt dat de nota terug naar de tekentafel zou moeten, en zou moeten worden opgesteld in samenwerking met patiënten en zorgverleners. Met inachtneming van de input van die partijen die de moeite hebben genomen op de discussienota te reageren. De focus zou hierbij moeten liggen op de expertise van de zorgverlener en de verantwoordelijkheid die daarbij hoort; er is focus op de relatie tussen zorgverlener en patiënt en er wordt ruimte en gelegenheid gecreëerd om innovatieve (digitale) oplossingen te ontwikkelen. Vanzelfsprekend met in achtneming van het kostenperspectief.

Er is inmiddels al een groot aantal reacties op de discussienota bij het ministerie binnen. Ook van zorgverleners en patiënten. VvAA beperkt zich met haar aanbevelingen tot een aantal kernthema's. Deze worden in de volgende paragraaf nader uitgewerkt.

### 3. Aanbevelingen

#### *Behoud bezieling zorgverleners*

Bezielde zorgverleners staan aan de basis van kwalitatief hoogwaardige, toegankelijke en betaalbare zorg voor patiënten. Daarom dient de bezieling van zorgverleners een belangrijke plaats in te nemen binnen het 'denken over de zorg'. VvAA meet met regelmaat hoe het staat met de mate waarin zorgverleners bezield hun werk te doen. VvAA acht het van groot belang – ook om de in de discussienota beschreven arbeidsmarktproblematiek het hoofd te bieden – dat alle stakeholders in de zorg de bezieling van zorgverleners (veel) meer op het netvlies hebben als zij pleiten voor verandering van regels en van de opzet van de organisatie van de zorg. De hierna vermelde thema's zijn daarbij belangrijke aandachtspunten. Het in de discussienota benoemde arbeidsmarktvragestuk volgt feitelijk op het vragestuk van hoe zorgverleners bezield hun werk kunnen doen. Hoe bezielder zorgverleners zijn, hoe lager het verzuim en de uitstroom. En hoe gemakkelijker het wordt om mensen te vinden die het beroep van zorgverlener zullen willen uitoefenen.

#### *(Meer) focus op beperking regeldruk*

VvAA was – samen met actiecomité Het Roer Moet Om – initiatiefnemer van het inmiddels door VWS overgenomen programma '(Ont)RegelDeZorg (ORDZ). Mede aanleiding voor dit initiatief vormde onderzoek waaruit bleek dat zorgverleners gemiddeld 40% van hun tijd kwijt waren aan administratie. Tijd die zij niet kunnen besteden aan patiënten. Als onderdeel van ORDZ werd de politiek, verzekeraars en beleidsmakers onder meer een instrument aangeboden waarmee keuzes kunnen worden gemaakt aangaande de regeldruk (de zogenaamde [Trechter van Verdunning](#)). Helaas blijken met name de principes van de 'zorgverzekeringsmarkt' reden om specifieke regeldruk die door zorgverzekeraars wordt veroorzaakt, niet of nauwelijks aan te pakken en het instrument niet te gebruiken. Dat leidt niet alleen tot grote frustratie bij zorgverleners, en de afname van hun bezieling, maar het zorgt ook voor onnodige kosten. De Coronapandemie heeft duidelijk laten zien dat zorgverleners en -instellingen uitstekend in staat zijn om goede zorg te verlenen zonder dat sprake is van uitgebreide wet- en regelgeving en protocollering. En daar waar nuttig en nodig blijken zij – zonder bemoeienis van boven- en buitenaf – bijvoorbeeld zinvolle e-healthtoepassingen te omarmen. Zorgverleners en -instellingen hebben dus ruimte nodig in plaats van aansturing en beperking, dan is veel mogelijk. Veel wetten en regels zitten hen in de weg. Daarom dient het programma '(Ont)Regel De Zorg' te worden uitgebreid. Om te beginnen binnen het ministerie van VWS zelf: iedere voorgenomen wet(saanpassing) en regel dient – in overleg met zorgverleners en patiënten – te worden getoetst middels het instrument van de Trechter van Verdunning. En dat geldt ook voor de politieke partijen. Zij zouden het instrument moeten hanteren bij iedere wens tot aanpassing van een wet of voorstel voor een nieuwe. Ook (alle) door zorgverzekeraars opgelegde regels dienen te worden getoetst volgens het systeem van de trechter. Bij de opzet van het programma '(Ont)Regel De Zorg had VvAA niet de focus op kosten. En nog steeds is VvAA van mening dat voorzichtigheid is geboden bij het te 'hard te willen rekenen'.

Echter, vanuit de wetenschap dat minder regels leiden tot meer tijd voor de patiënt, pleit VvAA wel voor een discussie over het formuleren van duidelijke doelstellingen die een positief effect hebben op de kosten:

- substantieel minder tijd te besteden door zorgverleners aan niet-patiëntgebonden werkzaamheden;
- een substantiële beperking van het aantal mensen dat in Nederland werkt in de gezondheidszorg en geen patiëntengebonden werkzaamheden uitvoert;
- minder regels in de contractvoorwaarden van zorgverzekeraars.

*Meer ruimte voor pluriformiteit bij de 'inrichting en organisatie van de zorg'*  
*Meer nuance in het debat over niet-gecontracteerde zorg*

Dé ideale organisatievorm bestaat niet. Iedere vorm heeft voor- en nadelen. De neiging bij politici, beleidsmakers, zorgverzekeraars en toezichthouders te sturen op eenduidige modellen blijft echter onverminderd groot. De aanname lijkt daarbij te zijn dat efficiëntie gelijk staat aan grootschaligheid en bureaucratische controle. Daar komt bij dat zorgverzekeraars in hun inkoopbeleid steeds meer sturen op voorspelbaarheid van hun 'schadelast', de zorgkosten. Zij maken mede om die reden het liefst afspraken met grote organisaties die het risico kunnen lopen te werken met budgetten. Er is een duidelijke ontwikkeling naar steeds grotere organisatieverbanden in de zorg. Steeds duidelijker komt naar voren dat bureaucratische controle en schaalvergroting niet per definitie leiden tot betere, efficiëntere of goedkopere zorg.

De door zorgverzekeraars gemaakte afspraken bewerkstelligen (ook) dat verschillende groepen patiënten niet meer goed geholpen kunnen worden. Immers, de grote organisatie met een budget blijft de noodzaak voelen scherp te letten op de kosten én op de opbrengsten. Zelfs met alle zorgverleners 'in loondienst' blijft een zorgorganisatie de noodzaak houden op omzet te sturen. De vaste kosten zullen immers gewoon moeten betaald. De praktijk wijst uit dat daarbij niet zelden wordt gestuurd vanuit het perspectief van de 'gemiddelde patiënt', hetgeen immers vaak de basis vormt voor het inkoopbeleid van zorgverzekeraars. Met als gevolg dat patiënten met een complexe vraag steeds vaker buiten de boot vallen. Binnen de GGZ zijn daarvan schrijnende voorbeelden bekend. Die patiënten zoeken vervolgens gespecialiseerde zorgverleners op, die vaak kleinschalig georganiseerd zijn. En om verschillende redenen geen overeenkomst kunnen of willen sluiten met een zorgverzekeraar. In veel gevallen betalen deze patiënten en hun zorgverleners vervolgens letterlijk en figuurlijk de prijs, zo blijkt uit de vele casussen die onze leden voorleggen aan onze juristen.

Het huidige beleid lijkt erop gericht – of heeft in elk geval tot effect – dat zorgverleners in toenemende mate moeten opgaan in grotere organisaties. Deze schaalvergroting heeft een flink aantal nadelen. Zorgverleners zijn geen 'homogene groep', maar mensen met verschillende wensen, behoeften en vaardigheden. Om een zo goed mogelijk perspectief te bieden aan (toekomstige) zorgverleners is het van belang dat zorgverleners ruimte hebben om te kiezen op welke manier en in welk type verband zij hun werk willen uitvoeren. De een voelt zich goed in een grote organisatie, en de ander is gelukkiger in een kleinschalige praktijk. Ook economisch gezien heeft de focus op schaalvergroting forse nadelen, alleen krijgen die nauwelijks aandacht. VvAA heeft – samen met enkele organisaties - het initiatief genomen

het belang van pluriformiteit (ruimte voor zowel kleinschalig als meer grootschalig georganiseerde zorgverleners en -instellingen) voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid nader te onderzoeken. In dat verband pleit VvAA er voor het aspect van de pluriformiteit sterk mee te wegen bij beleid binnen de zorg. Zorgverzekeraars dienen te worden gestimuleerd bij hun (inkoop)beleid geen schaalvergroting als doel te hebben maar ook meer ruimte te laten aan kleinschalig georganiseerde zorgverleners.

In verband hiermee bepleit VvAA ook een andere visie op contractering. In de eerste plaats omdat het principe dat een patiënt te allen tijde zelf de keuze kan maken door wie hij of zij behandeld wenst te worden, moet worden geborgd. Een goede behandelrelatie met vertrouwen tussen patiënt en zorgverlener (en vrije keuze maakt een goede match mogelijk) zorgt ervoor dat de compliance van patiënten groter wordt waardoor beleidsopties als samen beslissen, gepast gebruik van zorg en de juiste zorg op de juiste plek wèl succesvol zullen worden.

Ook zorgverleners moeten keuzevrijheid behouden en ervoor kunnen blijven kiezen niet te contracteren. Dat betekent niet automatisch dat kostenbeheersing niet mogelijk is. Zorgverleners hebben vaak goede argumenten om niet te kiezen voor een contract, als zij die keuze al hebben. De met contractering gepaard gaande bureaucratie kan verhoudingsgewijs enorm zijn, zeker voor kleinschalig georganiseerde zorgverleners. Ook om die reden is het van belang dat zorgverzekeraars worden gestimuleerd kleinschalig georganiseerde zorgverleners meer ruimte te bieden.

#### **4. Beantwoording vragen**

##### *Vraag 1 van 5*

‘Herkent u zich in de drie thema’s als de thema’s waar de komende jaren meer verandering op nodig is?’

De knelpunten zijn zodanig geformuleerd dat het antwoord op deze vraag al snel bevestigend is. Echter, thema’s als pluriformiteit en regeldruk (te scharen onder het thema ‘Organisatie & Regie’) zijn naar de mening van VvAA van dusdanig belang dat deze in de discussienota veel meer aandacht verdienen. De bezieling die zorgverleners hebben voor hun vak zou moeten worden ondersteund waar mogelijk en leidend moeten zijn in de keuze voor verandering.

##### *Vraag 2 van 5*

‘Herkent u de knelpunten die op (één van) de drie thema’s worden genoemd, of missen er nog belangrijke knelpunten?’

Het thema pluriformiteit is beslist een knelpunt dat in de discussienota niet wordt genoemd. Sterker, in de discussienota wordt eerder ‘de andere kant op geredeneerd’. De aanname lijkt

te zijn dat contractering ‘de heilige graal’ is. Er is geen aandacht voor het feit dat zorgverleners verschillende voorkeuren kunnen hebben voor werkvormen, en dat ook patiënten daaromtrent verschillende behoeften kunnen hebben.

Een tweede belangrijk knelpunt dat mist is het toenemend verlies van regie op de uitvoering van het vak en het ontwikkelen van slimme oplossingen door de zorgprofessionals. Vertrouwen, vakmanschap en bezieling zijn essentiële succesfactoren voor het vormgeven van de juiste veranderingen in de zorg.

Verandering vanuit het zorgveld zelf – in nauwe samenwerking met patiënten – werkt in de ogen van VvAA veel beter om de gestelde doelen te bereiken.

### *Vraag 3 van 5*

‘Welke beleidsopties die genoemd worden bij de drie thema’s leveren volgens u een belangrijke bijdrage aan de houdbaarheid van ons zorgstelsel?’

De houdbaarheid van het zorgstelsel zou geen doel op zich moeten zijn. Waar het om moet gaan is de vraag op welke wijze zorg duurzaam beschikbaar is voor iedere burger in Nederland. Het stelsel is daarvoor een middel, niet een doel op zich. Juist het feit dat deze vraag hier is opgenomen, geeft aan dat de opstellers van de discussienota te weinig ruimte geven voor een kritische houding op het stelsel zelf.

### *Vraag 4 van 5*

‘Heeft u concrete suggesties om bepaalde opties nader te concretiseren en praktisch vorm te geven?’

Zie hiervoor onze aanbevelingen onder paragraaf 4.

### *Vraag 5 van 5*

‘Welke beleidsopties ontbreken nog?’

In deze notitie heeft VvAA een aantal thema’s benoemd die in de discussienota niet als beleidsopties zijn genoemd, maar juist relevant zijn voor de gewenste situatie: toegankelijke en kwalitatief goede zorg binnen een stelsel waarbij de burgers van Nederland solidair met elkaar willen en kunnen zijn.