

Reactie op Discussienota Zorg voor de Toekomst

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

Preventie: Volmondig ja. Gezonde leefomgeving en gezonde leefgewoonten horen bij een verduurzamende samenleving waarbij een goede gezondheidszorg voor allen ook betaalbaar blijft.

Organisatie & Regie: Zeker. Maar het intact laten van de huidige deelzorgstelsels, zonder robuuste landelijke randvoorwaarden is geen oplossing. De voorgestelde 'fine-tuning' d.m.v. veel genoemde opties zal tot nog hogere stelselkosten leiden. Bij de bestrijding van epidemieën zoals corona is een centrale regie vereist. Nederland deed dit vroeger veel beter dan nu.

Vernieuwing en werkplezier: Dit thema is qua uitwerking niet goed doordacht, de uitwerking is gekunsteld. Maar de aparte deelthema's zijn wel belangrijk. Innovatie is nu teveel een ideologie, een panacee. Werkplezier is essentieel, want zorg draait om de relatie tussen zorgprofessional(s) en patiënt/zorgbehoevende.

Bij alle thema's zijn ingrijpende veranderingen nodig die verder gaan dan de voorgestelde beleidsopties, die teveel voortborduren op het bestaande, onwerkbaar hybride systeem. Althans, als we de zorg in de toekomst kwalitatief goed, toegankelijk en betaalbaar voor iedereen èn houdbaar op macro-niveau (vast % BNP) willen houden, met breed draagvlak vanuit de samenleving (solidariteit).

o Herkent u de knelpunten die op (één van) de drie thema's worden genoemd, of missen er nog belangrijke knelpunten? Zie verder deze bijdrage.

o Welke beleidsopties die genoemd worden bij de drie thema's leveren volgens u een belangrijke bijdrage aan de houdbaarheid van ons zorgstelsel? Zie bijdrage.

o Heeft u concrete suggesties om bepaalde opties nader te concretiseren en praktisch vorm te geven? Zie bijdrage.

o Welke beleidsopties ontbreken er nog? Zie bijdrage.

Inhoudsopgave

Introductie	3
Hoofdstukgewijs commentaar	
Preventie & Gezondheid	6
Organisatie & Regie	8
Vernieuwing & Werkplezier	12
Specifiek commentaar op enkele beleidsopties	17
Advies op hoofdlijnen	19

Introductie

Met een zekere schroom introduceer ik mijn werk. Sinds 1997 publiceer ik over de organisatie van het openbaar bestuur.¹ In 2013 verscheen het boek ‘Kiezen tussen overheid en markt – Een wake-up-call voor onze volksvertegenwoordigers’. Sindsdien heb ik mij op basis van zelfstandig onderzoek toegelegd op de organisatie en het functioneren van de gezondheidszorg.² Ik was betrokken als bestuurskundig/financieel adviseur bij het Nationaal Zorgfonds (2016–2017).³ In die tijd werd het grote publiek door politici en media het verhaal voorgehouden dat we de beste gezondheidszorg van Europa zouden hebben.⁴

In 2018 richtte ik het **Platform Betrouwbare Zorgcijfers** op, een groep onafhankelijke deskundigen op het gebied van gezondheidszorg, accountancy, juridische zaken, toezicht en bestuur.⁵ Het Platform Betrouwbare zorgcijfers pleitte destijds voor (citaat) ‘onafhankelijk en waardevrij onderzoek naar de informatieverstrekking over de kwaliteit en kosten van de Nederlandse gezondheidszorg. Alleen op die manier kan beleid worden gebaseerd op betrouwbare gegevens en cijfers. Ook de houdbaarheid en de draagkracht van het gezondheidsstelsel wordt hiermee vergroot.’ Het werd niet opgepikt.

In Medisch Contact verscheen eind 2018 het onderzoek artikel ‘Nederlandse zorg valt van haar voetstuk’.⁶ Conclusie: ‘Ons zorgstelsel voldoet niet aan de doelstellingen van de WHO. De Nederlandse gezondheidszorg presteert in modern Europa als een middenmoter. De kosten zijn in internationaal opzicht tot 2012 zeer sterk gestegen en daarna met de hoofdlijnenakkoorden ‘bevroren’. Het heeft er de schijn van dat de kwaliteit

¹ Zie www.gijsvanloef.nl

² <https://gijsvanloef.nl/2015/11/08/de-cure-onder-het-mes-naar-een-patient-georienteerd-zorgstelsel-herziene-inleiding/>

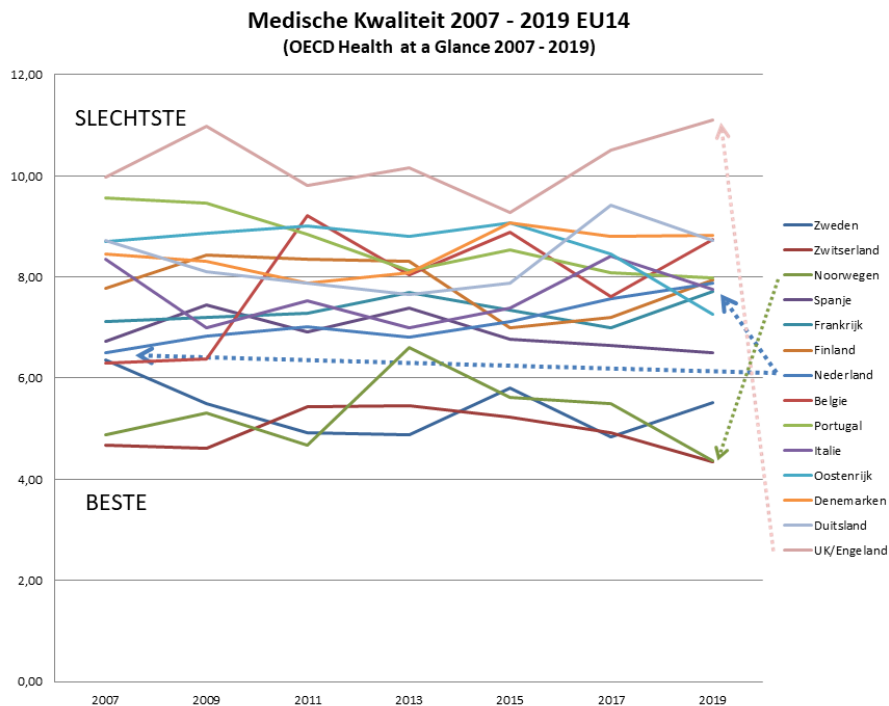
³ ESB Zorgstelsel themanummer 1/2017, ‘Zorgstelsel op basis van samenwerking stelt patiënt centraal’ (co-auteur Renske Leijten).

⁴ EHCI-index.

⁵ <https://gijsvanloef.nl/2018/03/11/goede-gezondheidszorg-begint-bij-betrouwbare-cijfers/>

⁶ <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/nederlandse-zorg-valt-van-haar-voetstuk.htm>

sindsdien achteruitgaat. De hoge administratieve lastendruk wijst op een grote ondoelmatigheid van het stelsel. De Nederlandse bevolking wil dat de overheid de regie terugneemt.’ N.a.v. deze publicatie werd een motie ingediend in de Tweede Kamer. Verworpen met 69 voor, 81 tegen. 7 Partijen stemden voor.⁷

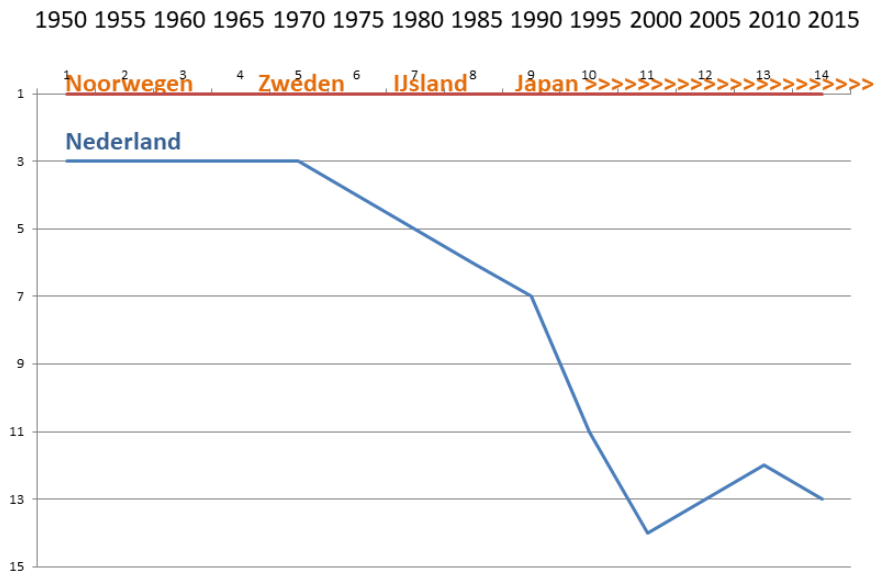


Afb.: Nederland verliest in vergelijking met de gemiddelde ontwikkeling van moderne Europese landen (EU14) geleidelijk aan iets terrein in de medische zorg. <https://gijsvanloef.nl/2019/11/09/grafiek-kosten-en-kwaliteit-eu14-update-oecd-2019/>

De internationaal toonaangevende indicator voor de kwaliteit van de gezondheidszorg (er zijn heel veel indicatoren) is de levensverwachting bij geboorte. Deze grafiek van de ontwikkeling van de levensverwachting bij geboorte (1950–2015) is gebaseerd op data in www.ourworldindata.org

⁷ <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/moties/detail?id=2018Z18878&did=2018D50347>

De hoogste *Levensverwachting bij geboorte* wereldwijd: positie **Nederland** en **nr.1 (hoogste)**



Afb.: <https://gijsvanloef.nl/2019/07/24/levensverwachting-nederlander-zakt-verder-naar-8e-plaats-eu14/>

Bij het uitbreken van de corona pandemie heeft het Platform Betrouwbare Zorgcijfers gewaarschuwd voor de gevolgen. Op een advies van overwegend medisch deskundigen eind juni 2020 aan de vaste Kamercommissie VWS is nooit een reactie gekomen.⁸

Tenslotte. In mijn analyses staat de medische zorg (Zorgverzekeringswet en de Wet op de publieke gezondheidszorg) centraal. Deze analyse kan voor een deel worden doorgetrokken naar de langdurige intramurale zorg (Wet op de langdurige zorg) en de andere gemeentelijke wettelijke taken (Wet maatschappelijke ondersteuning en de Jeugdzorg).

⁸ <https://gijsvanloef.nl/2020/06/28/aan-de-kamercommissie-vws-corona-beleidsadvies-van-een-groep-experts/>

Hoofdstukgewijs commentaar

Preventie & Gezondheid

Preventie is van het grootste belang, maar om dit werkelijk het uitgangspunt te kunnen laten zijn moeten we fundamenteel anders gaan denken over wat zorg is. In het huidige stelsel is zorg ingebed in de markteconomie en wordt heel veel geld verdiend door ziek te maken en achteraf weer gezond(er). Mensen worden ziek door een ongezonde leefomgeving (vervuiling van bodem, lucht, water) en een ongezonde leefstijl (roken, drinken, drugs, slecht voedsel, gebrek aan beweging enz.). Al die oorzaken zijn economisch van aard er wordt geld mee verdiend. Nederland heeft al jaren een reputatie als 'vieste man van Europa'.

Er is een radicaal andere manier van denken over de relatie tussen de (vervuilende en ziekmakende) economie en zorg nodig om preventie tot hoeksteen van gezondheidszorg te kunnen maken. Het gedachtengoed over Positieve gezondheid (M. Huber) kan een waardevolle bijdrage leveren. De nota is wat dit betreft duidelijk.

De corona pandemie heeft ons ondubbelzinnig op de feiten gedrukt. De nederlandse gezondheidszorg is in het afgelopen decennium volledig ingericht op zorgverlening aan individuele personen (zorgproducten en diensten, tegen vastgestelde prijzen) en niet (mede, of zelfs primair) op het waarborgen van publieke gezondheid, d.m.v. vaccinatieprogramma's gezondheidsvoorlichting enz. Met andere woorden: Preventie is als leidend beginsel losgelaten. De wet op de publieke gezondheidszorg is, qua gemeentelijke uitvoeringsmogelijkheden uitgehold door jarenlange bezuinigingen (financiering via de algemene inkomsten Gemeentefonds).

In 2009 begonnen we als eerste land met het vaccineren tegen de Mexicaanse griep en waren we als eerste klaar.⁹ Wat een schril contrast met

⁹ <https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2365560-in-2009-zagen-we-vaccineren-als-militaire-operatie-we-waren-als-eerste-klaar.html>

2021: Nederland is (op een paar Oost-Europese landen na) in Europa hekkensluiter met het vaccineren tegen het coronavirus.

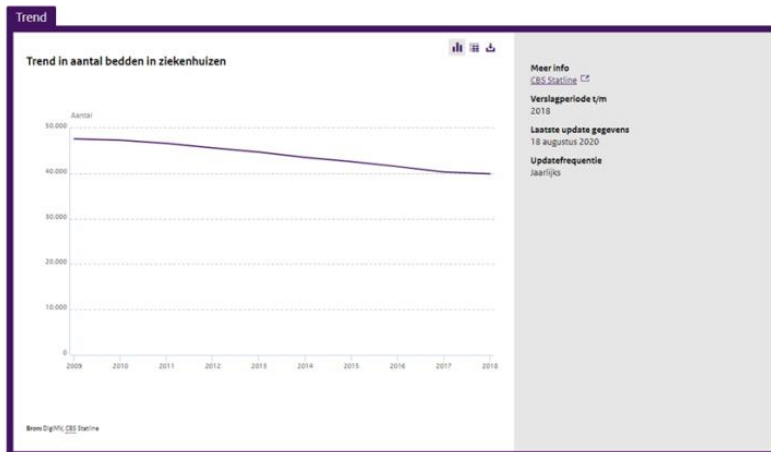
Organisatie & Regie

Als knelpunten worden genoemd: Fragmentatie in het zorgaanbod; Belangentegenstellingen; Verkeerde prikkels; Schotten tussen verschillende zorgsoorten. Bij elkaar genomen een onmogelijke cocktail.

Nederland heeft gekozen voor een marktgedreven zorgstelsel gebaseerd op efficiency en een vergaande uitsplitsing van taken, vanuit de gedachte dat elke specifieke taak een verdienmodel heeft en dat de onderlinge concurrentie uiteindelijk tot een hogere zorgkwaliteit voor individuele patiënten leidt. De coronacrisis heeft pijnlijk de keerzijde van deze gedachte blootgelegd. Het belang van publieke gezondheidszorg (preventietaken, bescherming van de bevolking tegen infectieziekten, voorlichting) was, totdat covid19 zich aandeede, bij politici geheel uit beeld verdwenen.

De eerstelijnszorg met de huisarts als in het hele land toegankelijke generalist/poortwachter is in internationaal opzicht toonaangevend, maar sinds jaren onder druk.¹⁰ In de tweedelijns excelleert onze "moderne gezondheidszorg" alleen qua kwaliteit/kosten in de planbare (electieve) specifieke zorgverlening zoals staarbehandeling, gewricht protheses en simpele psychische aandoeningen in de ggz. Sommige behandelingen mogen dan efficiënt georganiseerd zijn, op macroniveau is geen sprake van "efficiency", integendeel. De getoonde afname van het aantal ziekenhuisbedden illustreert dit spanningsveld tussen micro en macro-efficiency (kosteneffectieve ziekenhuizen versus ontoereikende macro capaciteit bij een epidemie).

¹⁰ www.zorgenstelsel.nl



Afb.: <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/ziekenhuisbedden>

De filosofie van marktwerking die productie en eigen omzet beloont, vraagt om inherent tegengesteld gedrag van de betrokkenen in de zorgverlening. Commerciële belangen en concurrentie moeten samengaan met vertrouwen en samenwerking. Deze tegenstelling – in menselijk gedrag en in het stelselontwerp – tart de logica en kan alleen worden opgelost d.m.v. eindeloos gepolder en het afvijlen van de scherpe kanten van echte marktwerking hetgeen tot torenhoge stelselkosten leidt. De ambitieuze veranderprogramma's van 'de Juiste Zorg Op de Juiste Plaats'(JZOJP) en 'Zinnige zorg' komen maar niet van de grond.^{11;12}

Het medisch zorgstelsel van gereguleerde marktwerking is niet goed doordacht. Het heeft tot een totale fragmentatie van zorgaanbod geleid.

Landelijke regie van het zorgaanbod, een planning van zorgvoorzieningen op landelijke schaal, is onmogelijk in een stelsel van concurrerende zorgverzekeraars.

Het marktdenken in de zorg leidt tot afsplitsing van zorgbedrijfjes die de patiënt niet als een mens maar als een gefragmenteerd wezen benaderen waaraan gesleuteld en verdiend kan worden. In de fragmentatie van lichaam en geest tot kleine diagnosebehandelbrokjes zitten de verdienmodellen.

¹¹ <https://www.nza.nl/zorgsectoren/medisch-specialistische-zorg/toezicht-op-de-msz/monitor-contractering-msz-2019>

¹² <https://www.rekenkamer.nl/actueel/nieuws/2020/10/13/sturen-op-zinnige-zorg-in-basispakket-bracht-geen-verandering>

Profijtelijk zijn de klinieken voor electieve ingrepen (knie-, heup- en staaroperaties), maar voor de acute zorg, de complexe zorg en de chronische zorg die gezamenlijk veruit het grootste deel van de medische zorg vormen leidt het winstdoel – o.b.v. die verkeerde prikkels, gericht op productie van zorg – van de aparte bedrijven tot afwenteling van kosten op de gewone ziekenhuizen en uiteindelijk de samenleving. Daar waar de mens zich niet o.b.v. een simpele diagnose laat opsplitsen zien we de meest schrijnende gevolgen van het marktdenken: in de specialistische GGZ (taak zorgverzekeraars) en de jeugdzorg (een gemeentelijke taak). Hoe meer fragmentatie, hoe meer afspraken en coördinatie nodig zijn om de noodzakelijke samenwerking toch tot stand te kunnen brengen.

De versplintering van het zorgaanbod leidt tot complexere regelgeving met een toename van verantwoording, toezicht en dus: bureaucratie. Temeer, omdat elk verdienmodel zijn eigen marketingkosten heeft en de 'gewone administratieve kosten' ook hoog zijn omdat er contracten met verschillende zorgverzekeraars (of gemeenten) moeten worden afgesloten. Het leidt tot torenhoge indirecte kosten, een zeer verfijnd systeem van checks en balances, ergo een complexe hybride zorgmachinerie die steeds kostbaarder wordt waardoor minder geld voor de zorg zelf overblijft. Er zijn teveel private krachten en er is te weinig publieke sturing in het zorgstelsel. Publiek is ondergeschikt gemaakt aan privaat, het moet andersom.

De gezondheidszorg staat voor een principiële keuze. Een keuze die direct samenhangt met de vraag of de overheid de regie terugneemt en binnen publieke randvoorwaarden private zorgverlening en zinvolle innovaties faciliteert, of de omgekeerde situatie, waarbij private partijen de dienst blijven uitmaken en de publieke taak beperkt wordt tot het corrigeren van de collateral damage van de private krachten. Dit geldt zowel voor de gezondheidszorg in crisistijd, zoals nu, als in 'normale tijden'.

Met enige overdrijving schreef ik eerder: In het geval dat de overheid de regie terugneemt kunnen we terugkeren naar de menselijke maat en kan de patiënt weer centraal komen te staan, in het andere geval wordt de patiënt

een dataverzameling, de zorgverlener een data-analist, krijgt Big Tech het voor het zeggen en zoekt iedereen – laagopgeleiden en complexere gevallen vooral – het in het oerwoud van regels verder zelf maar uit.¹³

¹³ De Volkskrant, 1 mei 2019, 'Waarom zorg in Nederland juist níét tot de beste hoort'
<https://www.volkskrant.nl/columns-opinie/waarom-zorg-in-nederland-juist-niet-tot-de-beste-hoort~b784a3eb/>

Vernieuwing & Werkplezier

Dit themahoofdstuk mist een heldere probleemanalyse. Door ze als één thema te brengen wordt een duidelijk verband gesuggereerd. Maar wat is de samenhang tussen vernieuwing en werkplezier? De omschrijving van de vier knelpunten lijkt niet echt logisch. 1^e. Knelpunt: Er zijn allerlei ‘informatie problemen’ die vernieuwing tegenhouden en zorgverleners ervaren een hoge werkdruk. Kunnen, of willen zorgverleners vanwege die informatieproblemen niet meewerken aan vernieuwing? 2^e Knelpunt: Onvoldoende gepast gebruik van zorg en onderbenutting van digitalisering. Wat is het verband tussen deze twee? 3^e Knelpunt: Te hoge regeldruk en gebrekkige gegevensuitwisseling. Deze problemen worden ook al bij het 1^e knelpunt genoemd. Het 4^e knelpunt is duidelijk: Hoe wordt het werken in de zorg aantrekkelijker? Hier kunnen we zorgprofessionals motiveren (om er meer te krijgen en te behouden)?

Laten we kijken naar een praktijkvoorbeeld om dit scherper in beeld te krijgen.

In de zomer van 2019 speelde de discussie omtrent wetBIG2, de formalisering van de functie van regieverpleegkundige in het BIG-register. In dit dossier gaat het zowel om vernieuwing als werkplezier. Maar het lijken vooral tegenkrachten. Mijns inziens een passende casus.¹⁴

Een ingezonden brief kreeg veel bijval van zorgprofessionals: “Het gaat om een betere beloning. 5% is zonder meer rechtvaardig. Het gaat om minder werkdruk. Gedwongen multitasken geeft ongelukken, brengt levens in gevaar. Het gaat om meer waardering in de zin van erkenning. Niet neerbuigend spreken van de ‘poppetjes’. Het gaat om een andere manier van denken van het management. Minder macho. Het gaat om een andere manier van denken door de gehele organisatie. Medisch specialisten zijn ook gewoon lid van het team, niet verheven, wel deskundig. Het gaat om

¹⁴ <https://gijsvanloef.nl/2019/08/04/zorgmaandbericht-special-verpleegkundigen-komen-in-opstand-big2/>

samenwerken, door en door. Niet slechts met de mond beleden (door het bestuur). En de patiënt moet centraal staan. De zorg is geen verdienmodel.” Dit gaat over het ‘werkplezier’.

Vernieuwing (innovatie) komt tot stand door gepassioneerde mensen. Vaak verenigd binnen netwerken en ‘doelorganisaties’ (universitaire medische vakgroepen, biomedische startups etc.) en gefinancierd door subsidie-organisaties (ZonMW, Health-in-Holland) en private investeerders. Zorginnovatie is sexy en het wordt gezien als een exportproduct (Philips). Maar innovatie in de zorg (en de ontwikkeling van nieuwe medicijnen hoort daar uiteraard bij) heeft een lange doorlooptijd vanwege strenge regels, voorschriften en toelatingsvereisten (evidence based medicine). Zorg moet veilig zijn voor de patiënt, zowel medisch als qua privacy. Innovaties moeten uiteindelijk naar ‘de zorgmarkt’ worden gebracht (de zorg bestaat uit verschillende deelmarkten¹⁵). Maar ‘time-to-market’ in de zorg duurt erg lang. Investerings worden niet snel terugverdiend. Al met al leiden veel zorginnovaties (waaronder ook nieuwe medicijnen) die ‘oude instrumenten, werkwijzen en geneesmiddelen’ moeten vervangen al gauw tot kostenverhogingen ipv. kostenverlagingen. Dit is het onderzoeksgebied van de QALY’s.¹⁶

In de wetBIG2-casus zien we dit spanningsveld terug. Veel bestuurders (management en medisch) van ziekenhuizen willen *state of the art* zorgverlening met de nieuwste technieken en dat is begrijpelijk. Maar er zit ook een wellicht minder gewenst competitie element in (denk aan het ‘AD-lijstje’ van de Ziekenhuis top100). De regieverpleegkundige, een soort verpleegkundig manager, past in dit beeld. Maar de gedachte dat een net afgestudeerde regieverpleegkundige zonder grondige praktijkervaring de nieuwe collega’s – ervaren verpleegkundigen met allerlei specialismen – gaat aansturen is toch op zijn zachtst gezegd vreemd.

¹⁵ <https://gijsvanloef.nl/2018/10/06/de-winsten-in-alle-zorgmarkten/>

¹⁶ <https://gijsvanloef.nl/2020/02/26/zorginnovatie-leidt-tot-verschraling-van-de-zorg/>

Deze vernieuwingsdrang vanuit de top van ziekenhuizen heeft tot gevolg dat de denk- en handelingsruimte van het bestaande zorgpersoneel, dat het grootste deel van het werk doet, steeds verder wordt ingeperkt. Er is sprake van externalisering van normen en waarden. Dit soort vernieuwing gaat ten koste van het werkplezier. Dit is het technocratisch-medisch perspectief.

Hier tegenover staat het perspectief waarin zorgverlening om de relatie tussen patiënt en zorgverlener(s) gaat. Dit is het perspectief van het gros van de verpleegkundigen (maar ook van veel huisartsen, psychologen enz.). Oorspronkelijke diploma's zijn een begin van een loopbaan in de zorg, aanvullende trainingen en bovenal werkervaring maken je tot een professioneel en gespecialiseerd verpleegkundige. En dit laat je je niet afpakken door een 'groentje' als een regieverpleegkundige.

Ik heb dit als volgt in een schema weergegeven.

INTERNALISERING NORMEN & WAARDEN ZORGVERLENER (BETEKENIS DELEN) RELATIE ZORGVERLENERS-PATIËNT CENTRAAL	EXTERNALISERING NORMEN & WAARDEN ZORGVERLENER ('AFVINKEN') EXTERNE VERANTWOORDING CENTRAAL
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Vertrouwen in de zorgverlener (de patiënt trekt anders wel aan de bel)</i> • <i>Zorgverlener wil samenwerken met andere zorgverleners vanuit intrinsieke overtuiging</i> • <i>Minder regels (OntRegelDeZorg!) ></i> • <i>Minder bureaucratie!</i> • <i>Minder management (verticaal en 'diagonaal')</i> • <i>Publieke randvoorwaarden, waarbinnen private ruimten</i> • <i>Macro-budgettering en populatie-bekostiging obv. adherentie (Landelijke regie)</i> • <i>Regionale zorgfondsen gelijk aan 25 Publieke Gezondheidszorgregio's (GGD)</i> • <i>Private (electieve) business-cases binnen afspraken borging publiek belangen, wo. opleiding en informatiedeling</i> • <i>Innovatiebudgetten en ruimte obv. lange termijn plannen (centrale sturing)</i> • <i>eHealth is vooral small en personal</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Zorgverleners moeten zich extern verantwoorden (ongeacht de patiënt)</i> • <i>Samenwerking met andere zorgverleners kost moeite, is 'permanent struggle' (motieven, beschikbaarheid?)</i> • <i>Value Based Health Care / JCI etc.</i> • <i>Meer regels > (OntRegelDeZorg?) ></i> • <i>Meer bureaucratie!</i> • <i>Meer management (verticaal en 'diagonaal')</i> • <i>Private regie (binnen publieke randvoorwaarden die er altijd zijn, bijv. Macro-budget obv. belasting- en premieheffing)</i> • <i>Bij wet tot concurrentie gedwongen zorgverzekeraars financieren de zorg</i> • <i>Versplintering vh Zorgaanbod (profijtelijk scheidt zich af van niet-profijtelijk)</i> • <i>Internationale High-Tech en Big Data-firms worden steeds machtiger</i>

@gijsvanloef2019

Afb.: <https://gijsvanloef.nl/2019/04/05/gezondheidszorg-staat-voor-existentieel-vraagstuk/>

In de linkerkolom zien we de gezondheidszorg die gericht is op de relatie patiënt–zorgverlener (normen en waarden zijn gedragen door de zorgverleners die ze zelf toepassen), in de rechterkolom zien we het technocratisch perspectief (normen en waarden worden opgelegd, het gaat om centraal verantwoording afleggen en afvinken).

Gaan we naar een menselijke gezondheidszorg of naar een technocratisch zorgstelsel waarbij geld en centrale controle de boventoon voeren?¹⁷

¹⁷ <https://beroepseer.nl/blogs/gijs-van-loef-bekritiseert-de-effecten-van-marktwerking-in-de-zorg-op-basis-van-onderzoek-naar-kwaliteit-van-zorg/>

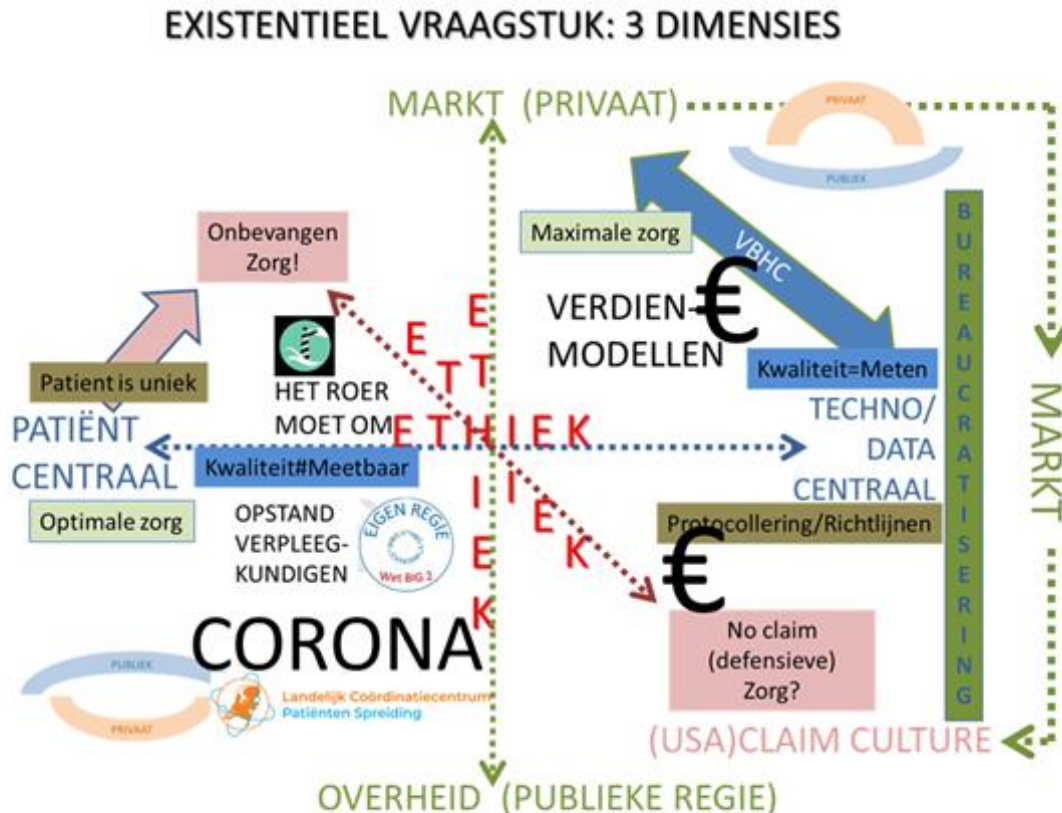
denkmodel 3 dimensies 'Existentieel vraagstuk gezondheidszorg'

1e Privaat versus Publiek (stelselniveau) – ethisch vraagstuk: de besteding van publiek geld, wie profiteert ervan? De corona pandemie.

2e Patiëntgericht versus Datagericht (patiëntfocus) – ethisch vraagstuk: de (bescherming van de) persoonlijke waardigheid van de patiënt

3e Onbevangen versus Defensief (autonomie zorgverlener) – ethisch vraagstuk: de (bescherming van de) integriteit van de (handeling verrichtende) zorgverlener

Het zorgmarktdenken bestaat (en wordt steeds sterker) bij alle drie. Soms versterken ze elkaar, zoals bij VBHC (combinatie van 1e en 2e dimensie). De 3e dimensie opent de markt van de juridisering van de zorg. In het schema moet 'MARKT Privaat' dus eigenlijk ook geplaatst worden achter 'Techno/Datacentraal' en '(USA)Claim culture'.



Specifiek commentaar op enkele beleidsopties

Reactie op de tekst van de Factsheets, niet op de integrale teksten in de nota.

Preventie & Gezondheid

Beleidsopties betere inbedding van preventie en leefstijl

- ‘Sturen op een kernindicator voor gezondheid.’ Drie bestaande indicatoren komen in aanmerking: a. de levensverwachting en b. de gezonde levensverwachting en c. de levensverwachting naar opleidingsniveau (¹⁸; ¹⁹; ²⁰)

Organisatie & Regie

Enkele begrippen zijn onduidelijk. Zoals ‘congruente inkoop’, ‘systeemfuncties’, ‘cliëntprofielen’ (bij Preventie en Gezondheid, financieel). Er mist een begrippenlijst met omschrijving/definities. Soms worden zaken ook niet bij hun naam genoemd, bijvoorbeeld daar waar voorstellen worden gedaan om de Wlz. in te perken.

Beleidsopties intensiveren van samenwerking in de regio

- ‘Faciliteren van/sturen op totstandkoming regiobeelden’ (genoemd worden diverse aspecten). Regiobeelden zijn een voorwaarde voor het kunnen organiseren van zorg over de domeinen heen, daar hoort uiteraard een integrale financiering bij. Dit is staand beleid, dat nog niet uit de verf komt. Voorspelbaar: het raakt de raison d’être van de bestaande stelselindeling en de bijbehorende regisseurs van de Zvw, Wlz en de gemeentelijke taken.
- ‘Capaciteitsregulering: Door voor specifieke segmenten van de zorg de vrije toetreding van nieuwe aanbieders in te perken, kan de overheid sturen op een doelmatige spreiding van schaarse of dure zorgcapaciteit.’ Wat onder specifieke segmenten wordt verstaan is niet

¹⁸ <https://www.volksgezondheidenzorg.info/echi-indicators/mortality#node-life-expectancy>

¹⁹ <https://www.volksgezondheidenzorg.info/echi-indicators/mortality#!node-health-expectancy-healthy-life-years-hly> NB Noorwegen en Zwitserland ontbreken in deze statistieken en hebben hogere waarden dan NL.

²⁰ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/33/verschil-levensverwachting-hoog-en-laagopgeleid-groeit>

duidelijk. Los daarvan lijkt de tekst in de Factsheet ook niet logisch. In de nota wordt gesproken over 'opvuleffecten' (?) Concentratie van zeer complexe zorg (die mogelijk ook kapitaalintensief is) op een beperkt aantal locaties is evident noodzakelijk.

Beleidsopties bevorderen van coördinatie tussen domeinen

De huidige stelselindeling (zie hiervoor) blijft uitgangspunt. Dit heeft als gevolg dat het aannemelijk is dat voorgestelde oplossingen (opties) tot meer bestuurlijke afstemming, verantwoording en bureaucratie = indirecte kosten zullen leiden.

Vernieuwing & Werkplezier

Beleidsopties ruimte voor noodzakelijke vernieuwing

- 1^e Beleidsoptie: 'Zorgprofessionals maken de zorg en zijn de sleutel tot verandering.' Zeker, maar wat wordt voorgesteld gaat over hen en niet met hen. Wat is het gevolg voor het werkplezier? Deze kanttekening geldt in zekere zin ook voor de 2^e beleidsoptie. Déjà vu: het mislukken van de wetBIG2 (medio 2019) en het desondanks doorzetten binnen grote zorginstellingen van verdere functiedifferentiatie in de verpleging door zorgmanagement.
- 3^e Beleidsoptie – De zin klopt niet.
- 4^e Beleidsoptie – Extra werkgelegenheid voor consultants, meer tijd voor bestuur en management?

Beleidsopties ruimte voor de professional en meer werkplezier

Zes van de zeven beleidsopties gaan over het creëren van randvoorwaarden rondom zorgverleners met als doel om die zorgverleners te behouden voor de zorg (meer instroom, scholing, loopbaan, vermindering regeldruk, terugdringing ziekteverzuim enz.). Het leidt tot meer management, control, toezicht, bestuur ergo: meer indirecte kosten. Meer zeggenschap voor zorgprofessionals is des pudels kern.

Advies op hoofdlijnen

Een eerste aanzet tot gedachteontwikkeling:²¹

- De overheid neemt de regie terug van de zorgverzekeraars, want zorg is een publiek gefinancierd goed. Er komt een nationale uitvoeringsorganisatie (nieuwe opzet van het Zorginstituut Nederland?). Het bestuur wordt gevormd door materiedeskundigen en patiëntvertegenwoordigers.
- Financiering o.b.v. lange termijn macro-budget (10 jaar vast minimaal)
- Kapitaalverschaffing door maatschappelijke-institutionele beleggers/pensioenfondsen
- Indien noodzakelijk worden Europese regels aangepast, Nederland is v.w.b. het zorgbeleid een soeverein land

ZORGSTELSEL: 4 NIVEAU'S, AKTOREN

POLITIEK: STELSELINRICHTING & LANDELIJKE RANDVOORWAARDEN

MACRO BUDGET MEERJAREN / FINANCIERING BEGROTING / INFORMATIEVOORZIENING / INHOUD V/H ZORPPAKKET

NATIONAAL: PUBLIEKE UITVOERING (ZOALS SPOORWEGEN) <ul style="list-style-type: none">➤ NATIONALE PLANNING, INDIEN NODIG: CRISIS REGISSEUR➤ FINANCIERING REGIO'S &➤ LANDELIJKE TOPSPECIALISTISCHE VOORZIENINGEN (ACAD. ZIEKENHUIZEN ENZ.)	NB: ZORGPRESSIES <ul style="list-style-type: none">➤ KWALITEITSTANDAARDEN (BINNEN RANDVOORWAARDEN)
REGIONAAL <ul style="list-style-type: none">➤ REGIONALE PLANNING EN VERDELING BUDGETTEN	
LOKAAL <ul style="list-style-type: none">➤ ZORGVERLENING DICHTBIJ, TENZIJ	

²¹ Zie verder: <https://gijsvanloef.nl/2016/10/02/bouwstenen-van-een-excellente-zorg/>

- Geen mededingingswet voor de zorg. Geen rol ACM, NZa.
Vereenvoudiging van toezichthoudend systeem
- Zorgverleners en zorgorganisaties hebben geen
winstuitkeringsdoelmerk, wel een gezonde bedrijfsvoering en
fatsoenlijke salarissen (bijv. coöperatieve vorm)
- Zorg draait om de relatie tussen patiënt en zorgverlener
- Samenwerking tussen zorgdisciplines is imperatief
- Zorg wordt regionaal georganiseerd, aansluiten bij de GGD-regio's
(publieke gezondheidsdiensten - wpg)
- Extra geld naar de 1e lijn (huisarts als poortwachter), fysiotherapie,
complexe ggz, jeugdzorg, ca. 5 miljard
- Doorgeschoten commercialisering wordt aangepakt, volledige
transparantie van belangenverstremming
- Publiek geselecteerde innovaties worden planmatig ingevoerd
- Bureaucratie wordt radicaal teruggedrongen - voor specifieke
(eigen)belangenbehartiging is geen plaats