

## Reactie op 'Discussienota Zorg voor de Toekomst'

Van: Werkgroep Ouderenbeleid PvdA Drenthe

Datum: 31 januari 2021



Wij maken als Werkgroep Ouderenbeleid PvdA Drenthe graag gebruik van de gelegenheid die u biedt om te reageren op de 'Discussienota Zorg voor de Toekomst'.

Onze reactie richt zich voornamelijk op enkele hoofdlijnen in de discussienota en op de kaders waar de discussienota impliciet of expliciet van uit gaat.

1. Wij starten met de opmerking dat de discussienota uitgaat van het zoveel mogelijk bestendigen van het huidige zorgstelsel. Dit is naar ons oordeel minder geschikt om de toekomstige problemen het hoofd te bieden. De aanpak van de huidige pandemie is daar een treffend voorbeeld van. In de loop van onze reactie zal dit worden toegelicht.
2. In de inleiding ('Ten Geleide') wordt de discussienota al sterk ingekaderd. Citaat: "Over zowel de urgentie (het 'waarom') en wat er op hoofdlijnen moet gebeuren (het 'wat') bestaat onder partijen in de zorg veel consensus. Het zwaartepunt in de discussienota ligt daarom bij de wijze waarop verandering wordt vormgegeven (het 'hoe')."

Het blijkt dus vooral een discussienota te zijn voor partijen in de zorg. De zorg is echter veel te belangrijk voor de samenleving om enkel aan de partijen in de zorg over te laten. De burgers, waarvan een deel tevens cliënt of patiënt is, mogen wat ons betreft een belangrijke rol opeisen en via hun volksvertegenwoordigers zelfs een sturende rol.

3. Wij zijn het er mee eens, dat de beschreven vooruitzichten voor de komende decennia het noodzakelijk maken om na te denken over hoe de ontwikkelingen bijgestuurd kunnen worden om kwaliteit, toegankelijkheid, solidariteit en betaalbaarheid van de zorg te kunnen waarborgen. Maar er is meer.
4. Vrijwel iedere zorg- en dienstverlenende organisatie in de zorg stelt dat de mens, de cliënt of de patiënt voor die organisatie centraal staat. In de discussienota wordt dit ook een paar keer vermeld. Deze claim kan echter vaak niet worden waargemaakt. Weliswaar doen zorgverleners individueel hun best om aan de wensen van cliënt of patiënt tegemoet te komen, maar de cliënt of patiënt blijft ondergeschikt aan 'het systeem': hij of zij staat op de tweede plaats. De zorg- of dienstverlenende organisatie neemt - indien er een keuze gemaakt moet worden - voorrang voor zijn eigen belang. Neem nu de volgende voorbeelden:
  - Wie de pech heeft om door ziekte of een aandoening in het medisch circuit terecht te komen, bijvoorbeeld door opname in het ziekenhuis, zal zich moeten schikken in de gang van zaken in dat ziekenhuis - menig medicus die zelf een verblijf in het ziekenhuis als patiënt heeft meegemaakt, beaamt hoe nietig je je dan voelt binnen het systeem.
  - Een deel van de medewerkers in de zorg kregen - tegen het advies van de Gezondheidsraad in en na een stevige lobby van enkele specialisten - bij de vaccinatie voorrang boven de ouderen. En even later eisten en kregen huisartsen ook voorrang bij de inenting. Los van de vraag of dit terecht is, stellen wij vast dat die zorgverleners de eerste plaats voor zich opeisten.

- Steeds meer huisartsen willen in deeltijd werken. Ondanks een tekort aan huisartsen zijn zij niet bereid om meer uren te werken. Begrijpelijk, maar beweer dan niet dat de patiënt centraal staat. Gebieden in ons land die kwetsbaar zijn door de samenstelling van de bevolking (sociaaleconomische gezondheidsverschillen) betalen in het bijzonder het gelag.
- Een aanzienlijk deel van de jonge zorgverleners keert de zorgverlening na een kort dienstverband teleurgesteld de rug toe, ondanks een tekort aan zorgverleners. Zij doen dit veelal niet omdat het werk dat moet worden gedaan tegenvalt, maar omdat de organisatie waarin zij werken in een organisatiemodel is gegoten die in het werken in de zorg onaantrekkelijk maakt. Wij maken ons hierover grote zorgen omdat de ouder wordende samenleving meer zorg vraagt terwijl het aantal mantelzorgers daalt.
- De farmaceutische industrie. Dit behoeft nauwelijks toelichting, we zien het momenteel voor onze ogen gebeuren.

Wij vinden dat er meer aandacht in de discussienota moet worden gegeven aan het zodanig vorm geven van de organisatie van de zorg, dat burgers, cliënten en patiënten via hun gekozen vertegenwoordigers veel meer invloed hebben op het zorgstelsel en op de toepassing ervan.

5. Het bieden van zorg en marktwerking in de zorg verdragen elkaar naar het gevoel van veel mensen niet. Dat is ook ons gevoel. Bij marktwerking staat het eigen belang van de zorgverlener en de zorg- en dienstverlenende organisaties, opnieuw voorop. Dat moeten we juist niet hebben. Gelukkig zien veel zorgverleners dit ook in, zij neigen en verlangen veel meer naar samenwerking. Het bijzondere is dat - nu in deze tijd noodgedwongen de gezamenlijke schouders de pandemie moeten bestrijden - wèl op samenwerkingsverbanden wordt teruggevallen, waarbij de inzet van (geld)middelen niet leidend is. Het blijkt dus wel te kunnen.

Het huidige stelsel gaat echter uit van een grote mate van marktwerking bijvoorbeeld bij het werven van klanten en bij het contracteren van zorg- en dienstverleners in de zorg.

Wij vinden dat marktwerking verbannen moet worden uit de zorg; die past niet bij de zorg. Dit standpunt brengt concreet met zich mee dat het jaarlijkse werven van verzekerden door zorgverzekeraars uit den boze is. Het contracteren van zorgverleners door de zorgverzekeraars, rijk en gemeenten via de weg van marktwerking - m.a.w. het tegen elkaar uitspelen van zorgverleners op basis van prijs en in mindere mate van kwaliteit - leidt tot tal van ongewenste gevolgen voor patiënten en personeel. De beweerde voordelen die marktwerking met zich mee zou brengen, kunnen ook langs andere weg bereikt worden. Er zijn landen in Europa die daar zonder marktwerking goed toe in staat zijn.

Dat de regie van grote delen van de zorg wordt toevertrouwd aan private instellingen zoals de zorgverzekeraars, is een verkeerde politieke beslissing geweest. De burgers hebben bar weinig invloed op wat de zorgverzekeraars doen en er is ook geen sprake van dat de volksvertegenwoordiging daar een doorslaggevende invloed op heeft.

Wij zijn er sterk voorstander van dat zorgverzekeraars getransformeerd worden tot betaalkantoren zonder onderlinge verschillen en zonder regierol. Het ligt dan voor de hand dat de zorgverzekeraars opgaan in één organisatie voor het gehele land.

Verder zijn wij er sterk voorstander van dat de premie, die nu voor de zorgverzekering wordt betaald, inkomensafhankelijk wordt, met afschaffing van het eigen risico. Tevens dienen eigen bijdragen inkomensafhankelijk te zijn. Het instrument van de zorgtoeslag is dan overbodig.

Wij vinden dat de discussienota veel meer aandacht moet besteden aan dit alternatief voor de marktwerking en de premieheffing.

6. Het zorgstelsel is momenteel als een enorm schip met vele stuurmannen, die elk voor een deel van het schip bepalen hoe er gehandeld moet worden. Private zorg- en dienstverleners en hun koepels, woningcorporaties en hun koepel, private zorgverzekeraars en hun koepel, het rijk en een reeks zelfstandige toezichthouders, de gemeenten en hun koepel. Een kapitein op het schip ontbreekt echter. De burgers, cliënten en patiënten (de passagiers van het schip) hebben weinig in te brengen.

Elk deel van het schip met een stuurman aan het hoofd heeft zijn eigen deelbelang. Om het schip te laten varen is het vereist dat de vele stuurmannen een compromis sluiten tussen al hun deelbelangen. En helaas komt het compromis van deelbelangen zelden overeen met het algemeen belang, dat een kapitein zou behoren te behartigen.

Het is een inefficiënte organisatie van de zorg. De zwakte van dit 'polderen' hebben we ten volle kunnen ervaren tijdens de coronacrisis.

Ter wille van een efficiënte, betaalbare en toegankelijke zorgverlening is het zaak het aantal partijen in de zorg drastisch te verminderen. Eén voorbeeld hebben we al genoemd: alle zorgverzekeraars kunnen opgaan in één betaalkantoor. Maar het geldt ook voor het aantal organisaties voor zorgverlening. De meeste mensen hebben liever gegarandeerde kwaliteit (zowel van zorgverlening als van organisatie) van een zeer beperkt aantal organisaties dan een keuze uit een grote verscheidenheid aan zelfstandig opererende (organisaties van) zorg- en dienstverleners.

De optie om het aantal partijen in de zorg drastisch te verminderen verdient in de discussienota een voorname plaats.

7. Het aansturen van de zorg behoort in onze visie een publieke taak te zijn, gecontroleerd door democratisch gekozen organen.

Naar onze mening zou de volgende opzet nagestreefd moeten worden:

- Voor zorg- en dienstverlening, waarvan het werkgebied zich tot maximaal gemeentelijke schaal kan beperken, kan de gemeente de aansturing op hoofdlijnen in handen nemen. Bijvoorbeeld: de thuiszorg, de verpleeghuizen, de jeugdzorg.
- Voor zorg met een regionaal werkgebied kan de provincie de aansturing op zich nemen. Bijvoorbeeld: de ziekenhuiszorg, ggz-instellingen, GGD's, ambulancezorg
- Voor zorg met een bovenregionaal werkgebied neemt het rijk de aansturing op zich, zoals in feite al deels het geval is. Bovendien is het rijk systeemverantwoordelijke. Bijv.: academische ziekenhuizen en andere instellingen waarvan er maar enkele in Nederland zijn, zoals instellingen voor blinden of doven, het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis.

Afstemming tussen lokaal, provinciaal en landelijke aangestuurde zorg vindt dan plaats tussen gemeenten, provincies en rijk.

Ook dit is niet uniek in Europa.

Dit model zou als optie opgenomen kunnen worden in de discussienota.

8. Eén van de kaders, die in de discussienota wordt gehanteerd, is dat er een tekort aan zorgverleners zal ontstaan en dat het huidige peil van de zorg daardoor in gevaar zal komen. Daarbij is alleen gekeken naar de verwachte ontwikkeling van de in Nederland wonende bevolking.

Onder de opties die beschreven staan, ontbreekt een belangrijke optie, namelijk het aantrekken van migranten. Eén dezer dagen heeft de Europese Commissie uitgesproken, dat Europa er niet aan ontkomt om mensen van buiten haar grenzen aan te trekken vanwege de vergrijzende

bevolking.

Deze optie zou naar onze mening ook uitdrukkelijk in de discussienota opgenomen moeten worden. Daarnaast pleiten wij er voor om de werving en opleiding van zorgverleners onder de huidige inwoners met een migratieachtergrond te intensiveren.

9. Wij vinden als Werkgroep Ouderenbeleid PvdA Drenthe dat de wensen en belangen van de burgers, cliënten en patiënten in de discussienota veel meer een rol dienen te spelen bij de inrichting en uitvoering van de zorg, zonder daarbij te treden in de professionaliteit van de medewerkers die de zorg verlenen.

De burger betaalt wel zijn ziektekostenpremie maar heeft vervolgens via de gekozen volksvertegenwoordiging weinig te zeggen over de besteding daarvan. Dat ligt nu in handen van de private zorgverzekeraars.

De reactie van het kabinet op het rapport 'Ongekend onrecht' laat echter duidelijk zien, dat er een flinke verschuiving in denken optreedt waar het gaat om het gewicht dat toegekend moet worden aan wensen en belangen van burgers, cliënten en patiënten.

In de discussienota ontbreekt ten onrechte voldoende aandacht voor:

- een betere waarneming van de opvattingen en ervaringen van de burgers, cliënten en patiënten
- de wijze waarop de waarnemingen kunnen worden verwerkt in beleid en uitvoering.

Met vriendelijke groet,  
namens de Werkgroep Ouderenbeleid PvdA Drenthe,  
Albert Huizing, voorzitter

contactadres: [wob.pvda@gmail.com](mailto:wob.pvda@gmail.com)