

Geachte heer/mevrouw,

in de nota 'Toekomst voor de Zorg' valt als eerste op, dat de financierbaarheid als vertrekpunt en belangrijkste leidraad gezien; alle benoemde positieve ontwikkelingen lijken daarbij financieel gedreven i.p.v. andersom.

Er lijken geen lessen getrokken te worden uit het beleid als overheid van de afgelopen jaren. De enige manier om echt vooruit te gaan en te ontwikkelen, is om terug te durven kijken en te leren. Een uitgebreide, onafhankelijke evaluatie is te adviseren met als doel om kwetsbaarheden in de zorg bloot te leggen. De nadruk op onafhankelijk, omdat in diverse media bijvoorbeeld al een voorsprong lijken te nemen op het beleid, in plaats van dat de input die bijvoorbeeld uit deze consultatie, daadwerkelijk tot een koerswijziging in beleid leidt.

Een aantal mogelijke leerpunten zijn:

- de centralisatie die grote negatieve gevolgen en problemen heeft gegeven.
- de kind- en jeugdzorg inclusief de kinderpsychiatrie die is overgeheveld naar gemeentes.
- de versterking van marktwerking en het toedichten van regulering aan "zorg inkopers"

In dit stuk wordt ook veelvuldig gerefereerd naar de functie van de zorginkoper als oplossing voor betaalbaarheid, zonder dat gekeken wordt of dit een juiste aanname is, en wat het effect van het vercommercialiseren van de zorg is geweest.

Het is opvallend, hoe lang bijvoorbeeld de organisatie van de zorg in de Verenigde Staten nog gezien werd als rol-model, terwijl dit systeem uitermate duur is en waar slechts een toplaag van de bevolking toegang heeft tot goede zorg.

Het is een voorbeeld van "oud denken", een inflexibel concept waarbij niet tot daadwerkelijke vernieuwing lijkt te komen.

-terugdraaien van subsidies aan patientverenigingen; met dientengevolge het afzwammen van de onafhankelijke kritiek die erg belangrijk is om samen met zorgverenigingen te ontwikkelen. Als voorbeeld, zelfs koepelverenigingen die zich hebben opgesplitst omwille van financiering, de centrale ondersteuning wegbezuinigd zodat de maatschappelijke slagkracht van de patientvereniging werkelijk onderuit gehaald wordt.

Dit is juist voor zorgprofessionals ook een slechte ontwikkeling:

het gezamenlijk optrekken van zorgleners en patient(vereniging)en is van cruciaal belang om

de zorg verder te ontwikkelen en verbeteren. Het biedt een tevens een spiegel die een overheid niet kan bieden.

-het "dwingen tot samenwerking" door toezichthouders is een vreemd statement, gegeven het feit, dat zorginstellingen niet mogen samenwerken ivm concurrentiebeding, en het stelsel erop gericht is dat instellingen en dus ook individuele zorgverleners, concurrenten van elkaar zijn ipv samenwerkende collega's.

Een voorbeeld: waar enerzijds vanuit de overheid wordt aangedrongen op inperken van de zorg, zijn veel instellingen steeds meer aangewezen om goedkopere, meer "winst-gevende" zorg aan te bieden omdat complexe en langdurige zorg minder oplevert en instellingen in problemen komen.

En in diverse instellingen, ook buiten de GGZ worden meet-instrumenten gebruikt zodat individuele zorgverleners moeten checken of hun patient nog "winstgevend" is in het zorgtraject. Arjan Lubach maakte er een paar jaar geleden een item over. Helaas is er nog niets veranderd en breiden deze praktijken zich uit.

Specialistische tertiaire zorg is zeer belangrijk maar nauwelijks financierbaar.

Ook binnen het gelanceerde "Stepped care" principe gaat dit voorbij aan de werkelijke zorgbehoefte en wisselende complexiteit van patienten met een chronische zorg. Het "maatwerk" waarover gesproken wordt, is in de praktijk lastige hordes waarbij steeds meer stappen en administratieve machtigingen etc nodig is om te organiseren. Bij patienten met chronische ziektes is dit bij uitstek van belang: voor sommige zorg is dit goed om dichtbij de patient te organiseren (eerste lijn fysio, preventie van bv longontsteking) en tegelijkertijd is voor andere delen tweede (kinderarts, revalidatiearts, internist) of zelfs derdelijns zorg (gespecialiseerde orthoëped) nodig, vaak tegelijkertijd, en zijn er per (levensfase) van chronische patienten verschillende combinaties nodig.

-de Covid-crisis, een aparte evaluatie waard, laat zien hoe het ook kan: grote samenwerking, snelle opzetten van afdelingen, de grote (boven) regionale slagvaardigheid van centra, instellingen, ic's die met grote betrokkenheid en oog voor kwaliteit van leven, zoveel goede zorg hebben geleverd inclusief het opzetten van kwaliteitskaders. Dit zonder betrokkenheid van zorgverzekeraars of andere zorginkopers.

Dit in schril contrast tot de vaccinatie-strategie, die nu patientgroepen over lijkt te slaan: wie heeft de chronische patienten en gehandicapten in beeld, die kwetsbaar zijn en groter risico lopen tot overlijden? Ze vallen meestal niet in een hoge leeftijdscategorie, leven ook niet in instellingen. Er is geen patient-bestand voor mensen met een beperking in beeld voor bijvoorbeeld mensen met een spierziekte, een beroerte, hoge dwarslaesie. Mensen die midden in de maatschappij staan, voor hun zorg afhankelijk zijn van vaak veel zorgverleners, niet in een tehuis of instelling wonen.

Een grote rol van patient-verenigingen en ook zorgverleners, kan deze groepen helpen identificeren en zo spoedig mogelijk vaccineren.

-innovatie zonder daadwerkelijke intrinsieke motivatie, uit primair financieel oogpunt, leidt tot weinig.

Innovatie zoals beschreven is inderdaad van groot belang. Echter hoe er vaak mee om wordt gegaan, gaat het om snelle gadgets, systemen, die zonder noemenswaardige implementatie worden toegepast. Implementatie is lastiger te financieren maar de hoeksteen tot betekenisvolle innovatie die daadwerkelijk leidt tot verbetering van kwaliteit.

Om het leereffect te zien, zou de overheid er goed aan doen, om naar de innovatieprojecten van de afgelopen jaren te kijken en te bezien, wat er daadwerkelijk van gekomen is en of er gebruik van wordt gemaakt.

Dit in tegenstelling tot innovaties waarbij patienten en zorgverleners daadwerkelijk betrokken worden bij de ontwikkeling en implementatie.

Belangrijk bij innovatie is de ICT:

De ICT systemen blijven achter in het daadwerkelijk ondersteunen van hulpverleners, minder complex maken van de zorg, eerder andersom; met de implementatie van elk nieuw systeem zijn meer en hoger gekwalificeerde personeel nodig om het systeem functioneel te laten werken, terwijl in de praktijk meestal op de ondersteuning bezuinigd wordt. Daarbij komt er juist meer administratief werk bij de zorgverleners terecht. Menig zorgverlener heeft de aansluiting reeds verloren, een toenemende reden voor uitval van personeel in de zorg.

De digitale zorg blijkt, ook hier is de Covid tijdperk een goede graadmeter, zeker relevant voor verbetering van zorg maar zeker niet een vervanging. Ook kost het voeren van een digitaal consult zeker niet minder dan een live, of vermindert dit de aantral consulten die nodig zijn. Wel is het een uitkomst om patienten te betrekken bij de eigen zorg maar ook de zorgontwikkeling in organisaties.

Veel van deze evaluatiepunten leiden tot de conclusie, dat het stoppen met het marktwerking-principe, aansturen op intrinsieke solidariteit in de zorg met een centrale rol voor de patient en omgeving, tot daadwerkelijke innovatie en verbetering in de zorg zal leiden. Het zou aanzienlijk helpen, als meer inhoudelijke kennis aanwezig is bij de overheid zelf. De vraag is, of de overheid een dit aandurft en oudere dogma's kan verlaten. De huidige Covid-crisis in de zorg zou een deze impuls kunnen geven, zodat er i.p.v. een tijdelijke pauze een daadwerkelijke kentering komt.