

# Discussienota zorg voor de toekomst

## Inleiding

Ten eerste wil de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (VPH) graag haar dank uitspreken voor het harde werk dat is verricht door de opstellers van dit lijvige stuk. Wij zijn blij dat nu ook door beleidsbepalers de noodzaak wordt gezien om de huidige inrichting van het zorgsysteem goed tegen het licht te houden. Wij hopen en vertrouwen er ook op, dat zal blijken dat er met open blik wordt gekeken, en dat er geen heilige huisjes of taboes zijn. Het zou immers zonde zijn als we de zorg toekomstbestendig proberen te maken zonder alle opties op tafel te hebben liggen. Een medisch adagium is:: start geen behandeling als je de diagnose nog niet weet. Wij vertrouwen erop dat de opstellers de diagnostiek nog niet als afgerond beschouwen, en we samen gaan zoeken naar het onderliggende probleem. De titel van het stuk is bemoedigend, maar bij het lezen blijkt er wel een hele sterke nadruk op het financiële aspect te liggen, waardoor de titel haast door “Kosten van de zorg voor de toekomst” zou kunnen worden vervangen. Wij sturen hierbij onze overwegingen bij het stuk.

## Overwegingen Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen

Het huidige zorgstelsel met concurrerende zorgverzekeraars en concurrerende zorginstellingen is gebaseerd op de aanname dat concurrentie en samenwerking kunnen samengaan. Zorginstellingen en zorgverleners worden gedwongen elkaar te beconcurreren, maar moeten tegelijkertijd samenwerken in het belang van de patiënt. Zorgverzekeraars hebben de macht gekregen omdat dit goede en goedkopere zorg zou afdwingen; dit kan – zo is de redenering – niet aan zorgaanbieder en patiënt worden overgelaten, omdat zij enkel zouden beslissen tot meer zorg en daardoor duurdere zorg. Om de kosten in de hand te houden wordt dan ook gereguleerd, met macrobudgetten en hoofdlijnenakkoorden.

Maar de tegenstrijdige combinaties van wantrouwen en vertrouwen, competitie en onder curatele stellen, eigenbelang en gemeenschappelijk belang werken niet. Het leidt juist tot een enorm complex en kostbaar stelsel. Een heldere regie is niet meer mogelijk, omdat de zorg is overgelaten aan elkaar bestrijdende deelbelangen van steeds meer partijen op allerlei niveaus. Met een mix van commerciële financieel gedreven zorginstellingen en zorginhoudelijk gedreven partijen, neemt de behoefte te controleren en bij te sturen hand over hand toe. De reguleringskosten lopen uit de hand en maken de zorg onnodig duur. Het is duidelijk dat het stelsel van gereguleerde marktwerking onhoudbaar is.

De afgedwongen concurrentie heeft niet gebracht wat men beloofde. Ze heeft niet geleid tot kostenverlaging, maar tot kostenverhoging. Het **wantrouwen** heeft geleid tot een verstikkende bureaucratie; zorgverleners zijn gedemotiveerd geraakt en stellen zich steeds defensiever op. Patiënten kunnen niet tijdig de zorg krijgen die ze nodig hebben en moeten er steeds meer zelf voor betalen. De onderlinge solidariteit tussen verzekerden is afgenomen door allerlei kortingen in polissen. Er gaat veel zorggeld in randzaken zitten als verantwoording, marketing, innovatieve projecten en acquisitie – zowel bij zorgverzekeraars als zorgaanbieders. Ook is de kwaliteit niet spectaculair verbeterd; in Europa onderscheidt de Nederlandse zorg zich niet meer zoals voorheen wel het geval was. Bij de bestrijding van het coronavirus in de tweede golf verkeert Nederland eerder in de achterhoede.

De houdbaarheid van de zorg staat dus onder druk. De publieke doelen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid kunnen steeds minder worden gegarandeerd. Stijgende vraag en kosten, hoge werkdruk, toenemend tekort aan zorgverleners en betaalbaarheid worden genoemd als hoofdproblemen. Als we niets doen, “zijn aanpassingen in de aanspraken en verhoging van de verplichte eigen betalingen van mensen onvermijdelijk”. Blijkbaar kent de behoefte de zorgstructuur te veranderen vooral financiële drijfveren. Kwaliteit en toegankelijkheid die normaal gesproken goed zijn spelen klaarblijkelijk in de veranderingsbehoefte geen rol. Dit betekent dus dat we deze discussienota vooral moeten zien als een poging om de betaalbaarheid te waarborgen.

Overigens zijn daar wel wat kanttekeningen bij te plaatsen. “De zorg groeit harder dan de economie en wordt op termijn onbetaalbaar” ligt genuanceerder. Onder collectieve zorgkosten valt in Nederland ook een groot stuk welzijn, maatschappelijke dienstverlening, huisvesting, kinderopvang etc. Als je daarvoor corrigeert en de internationale definitie gebruikt (CBS-statline) dan zijn de zorgkosten van 2010 tot 2019 gestegen van 66 miljard naar 80 miljard. Als % van het BBP was er van 2013 tot 2019 een daling te zien van 10% van het BBP. Ongecorrigeerd stegen de algehele overheidsuitgaven van 2018-2019 met 5 miljard, 5,2% waarin bijvoorbeeld de kinderopvang 11% steeg. In hoeverre de curatieve zorg geboden in de ZVW en de kosten van de WLZ nou zo veel duurder worden is onduidelijk. Daarbij, in de zorg werken inmiddels 1,35 miljoen mensen. De zorg is veruit de grootste werkgever, groter dan onderwijs, politie, de financiële sector en de grootste 10 bedrijven uit de AEX samen. Dan is 10% van het BBP eigenlijk nog heel netjes.

“Dit vraagt om aanpassingen van alle betrokken partijen: overheid, aanbieders, inkopers en burgers”. In deze stellingname wordt dus de organisatie van de zorg zoals die op dit moment is, niet principieel ter discussie gesteld. De zorginkoper heeft blijkbaar al een vaste plek in het systeem. Wij zien dat anders.

Er zijn meer dan genoeg redenen om veranderingen aan te brengen in het huidige zorgstelsel. Uitgaan van vertrouwen in vakmanschap van zorgverleners levert gemotiveerder zorgverleners op, die meer tijd hebben voor de zorg zelf. En een duur controlesysteem kan wegbezuinigd worden. De kwaliteit van de relatie tussen zorgverlener en patiënt is het hart van de zorg. **Samenwerking – niet concurrentie – is dé weg naar meer kwaliteit en minder kosten. “Focus op kwaliteit en de kosten zullen dalen. Focus op kosten en de kwaliteit zal dalen”.**

Daarover het volgende. Zorginkopers c.q. zorgverzekeraars zijn in de curatieve zorg de grootste storende factor in ons zorgsysteem. Zij moeten iets inkopen waar ze geen verstand van hebben, namens iemand (de burger) die ze niet gevraagd hebben wat deze eigenlijk wil op grond van (uitkomst)indicatoren die meestal niet bestaan of slecht werken. De Covid19 crisis toont dit haarfijn aan. Er is nergens een zorginkoper geweest die coronazorg heeft ingekocht, toch is en wordt in deze crisissituatie op hoog en intensief niveau zorg geleverd aan burgers door professionele zorgverleners met maximale uitkomsten zonder enige inkoopfactuur. Zorginkopers zijn overbodig. In de crisis werd de zorg voor zieke burgers teruggebracht tot de kern. Wat heeft deze patiënt nu nodig, hoe kunnen we dat snel, goed en samen organiseren, in vol vertrouwen. Een adagium wat Buurtzorg groot heeft gemaakt en wat vastgehouden zou moeten worden. Dat er met name op organisatorisch gebied het nodige mis is gegaan, is vooral te wijten aan onvoldoende en onkundige centrale regie. Denk hierbij ook aan het fiasco rondom de vaccinaties waar we momenteel middenin zitten. Huisartsen laten al jaren zien dat ze dit bij uitstek goed kunnen. Echter is er voor gekozen om de huisarts geen vertrouwen te geven, en die met het Pfizervaccin aan de gang te laten gaan, maar het compleet anders in te richten. Omdat de huisarts niet met Pfizer overweg zou kunnen.. Vertrouwen had hier ook kunnen helpen, dan waren alle beschikbare vaccins allang gezet en het bureaucratisch gehalte en onduidelijkheid tot een minimum beperkt.

Zorg dient optimaal verleend te worden door zorgverleners in de relatie met de burger(patiënt), binnen medisch professionele en wettelijke normen met een (zo mogelijk tevoren) afgesproken financiering. Daar moet een zorginkoper geen rol in spelen. Opleiding, eigen professionele standaarden, BIG registratie en controle door IGJ zijn afdoende. Een controlerende zorginkoper is volledig overbodig. Zorg is geen product en kan je eigenlijk niet inkopen. Zorg wordt verleend en later (of bij voorschot) betaald. Zorgverleners horen betaald te worden voor hun werk. Over hoe, wat en waar later meer, dat kan verschillen in diverse echelons. Zorginkopers of zorgverzekeraars zijn in dit zorgstelsel met gereguleerde marktwerking ingevoerd om voor zo scherp mogelijk prijs de beste waar voor hun klanten in te kopen. In de zorg heeft dat geleid tot wantrouwen, afschuiven van zorg, enorme managementlagen, onoverzichtelijke DBC/DOT declaratiesystemen en door regedruk afhakende professionals met fors kapitaalverlies.

Het huidige betalingsmodel van de eerste lijn dat gebaseerd is op een abonnementstarief (Huisartsenmodel) werkt beter. Een jaarlijks bedrag per inwoner/patiënt, aangevuld met een klein consulttarief werkt adequaat. De achterliggende gedachte, dat een vergoeding primair gebaseerd behoort te zijn op de beschikbaarheid (beschikbare capaciteit) van deskundige expertise die zorg kan verlenen indien nodig, aangevuld met een kleine vergoeding voor daadwerkelijke geleverde zorg/ verrichtingen, is een gezonde en werkbare gedachte. Ook voor een ziekenhuis, al zullen de bedragen daar anders zijn. Het gaat met andere woorden om een uitwerking van een vorm van Populatiebesteding. Toepassing daarvan in de tweede lijn zal een aanzienlijke vereenvoudiging betekenen.

*“We willen dat het welbevinden van mensen écht centraal staat en gezondheidszorg integraal rondom mensen en zo dichtbij mogelijk is georganiseerd, te beginnen in de buurt/wijk en pas verder weg als dat beter is vanwege bijvoorbeeld kwaliteit en/of doelmatigheid. We streven naar persoonsgerichte zorg die aansluit bij wat mensen nodig hebben om met een ziekte of aandoening zo goed mogelijk hun leven in te kunnen richten. Dat gebeurt nu ook al op grote schaal door inzet van vele professionals, maar **vaak ondanks en niet dankzij de manier waarop we de zorg hebben georganiseerd.**” (Blz8)*

Bovenstaande is denk ik de kern van deze nota. De zorg dient anders georganiseerd te worden.

## Positie zorgverzekeraar ter discussie

Wanneer we de zorg anders willen organiseren, betekent dat dat we er niet aan ontkomen om op essentiële punten ons zorgstelsel aan te passen. De coronacrisis maakt steeds meer duidelijk dat centrale coördinatie en regie van de overheid veel te lang verwaarloosd is. In hoeverre de overheid ook in staat is en bereid is meer regie te nemen zijn vooral ideologische en dus politieke keuzes. Het gedachtegoed dat elke Nederlander in staat moet zijn de eigen broek op te houden is achterhaald. Als de gezonde levensverwachting van iemand uit een achterstandswijk gemiddeld 13 jaar verschilt, onafhankelijk van leeftijd, geslacht, etniciteit en inkomen met iemand uit een normale wijk (Nivel), dan is dat de overheid rechtstreeks aan te rekenen. Dan is de organisatie niet op orde en is verandering zeer dringend nodig.

De positie van zorgverzekeraar als inkoper van zorg, hoeder van kwaliteit en verdeler van geld dient daarom ter discussie te staan. Uiteraard is er een doorgeefluik nodig van premie en belastinggeld. Niets minder, en zeker niets meer. Geen zorg “inkopen” voor een scherpe prijs, maar vergoeden van wat er van tevoren is afgesproken (waarover later meer). Geen budgetplafonds als onverhoopt de kosten stijgen maar overleg hoe dat op te lossen, met zowel zorgverlener als zorgvragende burger. Uiteindelijk is de burger degene die alles betaald. Burgers beseffen heus wel dat niet alles kan als je ze dat goed uitlegt. En dat is een gezamenlijke taak van de zorgverlener, de premiedoorgever en de politiek. Als we deze essentiële inrichtingsdiscussie niet voeren zijn alle verder besproken items van beperkt belang. Ze zullen zo hier en daar wel iets kunnen verbeteren, maar het blijft verbouwen van een huis met slechte fundamenten.

In de discussienota worden 3 hoofdthema's benoemd waarop maatregelen nodig zouden zijn om veranderingen vorm te geven, die wij hieronder verder uitwerken:

- 1 Preventie en gezondheid
- 2 Organisatie en regie
- 3 Vernieuwing en werkplezier

## 1 Preventie en gezondheid

Daar is inderdaad veel meer winst te behalen. De focus op ziekte, behandeling daarvan en het bijbehorend verdienmodel zorgen ervoor dat preventie een ondergeschoven kindje is.

In 2015 werd in totaal 1,8% van het BBP uitgegeven aan preventie, terwijl dat in 2003 nog 2,5 % was. (<https://kosteneffectiviteitvanpreventie.nl/nederlandse-preventieuitgaven-onderloep-2020>) Het onderscheid tussen ziektepreventie, gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming dient wel gemaakt te worden. De laatste twee vallen buiten de kosten die aan de zorg worden toegerekend.

In de curatieve zorg gaat het dus vooral om ziektepreventie. Het onlangs afgesloten preventieakkoord gaat vooral over vermindering van roken, problematisch alcohol gebruiken, overgewicht. Daar is in de eerstelijns curatieve zorg winst te behalen. Maar investeringen daarin leveren op korte termijn niets op en is voor zorgverzekeraars in hun huidige rol van zorginkopen voor een scherpe prijs niet interessant. Zij hebben immers amper binding met hun klanten die, na een stoppen met roken cursus, volgend jaar weer weg kan zijn. (Reden temeer om de positie van zorgverzekeraars te veranderen).

Ziektepreventie kent een aantal aspecten.

- Bij een langdurige band werkt preventie beter. Preventie is lange termijn werk. De huisarts is bij uitstek degene die hier nuttig werk kan doen omdat hij/zij levensloopgeneeskunde bedrijft en in kan schatten wat wel of niet kansrijk is voor die burger/patiënt. Nou is veranderen van leefwijze vaak een moeizaam traject, omdat de patiënt in eerste instantie ook weinig effect ondervindt. Dit lange termijn werk kan vooral bij kinderen uitstekend aangevuld worden door de signaleringsfunctie van jeugdartsen en of school. Dan zou er wel een soort overlegsituatie moeten zijn, waarin bovenstaande en andere disciplines elkaar snel kunnen vinden. Ten aanzien van preventie en gezondheidsbevordering op school zou de ooit opgeheven leerkracht lichamelijke opvoeding op de basisschool onmiddellijk hersteld moeten worden. Voor preventie op lange termijn is dat een verloren gegane kans.
- Het moet ontdaan zijn van productieprikkels, zoals bij de huisarts, die een gemengde bekostiging kent, een soort populatiebekostiging.
- Het moet door de overheid veel sterker gestimuleerd worden. Daarin is de overheid nalatig. Ontmoedigen van roken en zorgen voor een jonge rookvrije generatie gaat niet werken als er niet een veel strakker en strenger beleid wordt gevoerd. Het Australische rookbeleid kan daarin al voorbeeld dienen. Accijnsheffingen, voorlichtingscampagnes en bijvoorbeeld verbieden van E- sigaretten zal de 20.000 doden per jaar in Nederland die nu door het roken veroorzaakt wordt verminderen. Ook een veel stringenter beleid t.a.v. suikervrije dranken en een suikertax is overheidswerk.

De ideologische gronden dat iedereen dat zelf mag weten doet onvoldoende recht aan het feit dat rokers verslaafd worden gemaakt door de toevoegingen in tabak. Lang niet iedereen kan zijn eigen broek ophouden. In het algemeen zou de overheid veel meer regie en maatregelen moeten nemen om ongezond gedrag te ontmoedigen.

*“Een krachtige sociale basis en integrale aanpak van sociale problematiek als preventieve maatregel om direct beroep op zorg en ondersteuning te voorkomen”.* Een prachtig streven, maar als ik lees dat voorzieningen als leefbare woningen, passende transportmogelijkheden en benodigde zorg en ondersteuning op toegankelijke wijze aanwezig moeten zijn, is de vraag wie daar verantwoordelijk voor is en nalatig is geweest. De overheid, verantwoordelijk voor huisvesting en infrastructuur schiet hier ernstig tekort. Dat werk en maatschappelijke participatie belangrijk zijn is een open deur. Maar als sociale werkplaatsen doordat ze geprivatiseerd zijn amper meer bestaan zou de centrale overheid zichzelf dat aan moeten trekken. Of dat in een veranderd zorgstelsel geregeld zou moeten worden is de vraag.

Waar wij wel iets in zien, zijn overheidsmaatregelen gericht op gezonde leefstijl. Een suikertax, forse verhoging van accijns op tabak, verbieden van coffeeshops binnen een straal van zoveel kilometer van een school dient centrale overheidsbeleid te zijn. Opnieuw invoeren van de ooit wegbezuinigde leerkracht lichamelijke opvoeding in het basisonderwijs is een overheidstaak.

Ook de overgang van jeugdzorg, naar de gemeenten is (met een 25% bezuinigingsopdracht) is volledig mislukt. Dat is de centrale overheid direct aan te rekenen en zou hersteld moeten worden. De wettelijke taken van de gemeenten in de huidige WPG dient dan ook heroverwogen te worden. De aansturing van de GGD, een gezondheidsdienst met veel taken, is niet helder. De gemeente als opdrachtgever en tevens eigenaar zorgt voor een stroperige en bureaucratisch vormgegeven organisatie. Tijdens de laatste coronacrisis is duidelijk geworden dat infectieziektenbestrijding, een van hun kerntaken, gecentraliseerd moet worden.

Bij een regionale aanpak van uitvoering en financiering van preventieve taken, een samenwerking tussen gemeentelijk domein en zorgdomein spelen zorgverzekeraars zoals wordt voorgesteld geen rol. Ze zijn allereerst niet regionaal georganiseerd maar landelijk, bovendien schuiven ze hun regionale verantwoordelijkheid af. Als in krimpgebieden de huisartsen niet worden opgevolgd vinden ze dat, ondanks hun zorgplicht, niet hun verantwoordelijkheid maar die van de beroepsgroep. Preventie iets wat veel beter vanuit de zorgverleners zelf lokaal/regionaal of GGD (deels landelijk, deels regionaal) kan worden georganiseerd. Ook hier, de zorgverlener verleent zorg en doet aan preventie, de zorgverzekeraar heeft alleen een rol in de declaratie. En dit zou zo kleinschalig mogelijk geregeld moeten worden. Vroeger had elk dorp zijn eigen consultatiebureau, bemand door huisarts en de lokale wijkverpleegster en werd iedereen t.a.v. bijvoorbeeld vaccinaties bereikt. Ook de griepvaccinatie zoals nog steeds uitgevoerd door huisartsen loopt prima. Ook daar spelen zorgverzekeraars geen rol.

Dat zelfs een wettelijke taak voor de zorgverzekeraars wordt voorgesteld om mee te werken aan een regionale samenwerkingsstructuur zal onnodige bureaucratie veroorzaken en niets opleveren behalve een extra overlegorgaan.

## **Financiering**

*“Op basis van te verwachten bezuinigingen uit de zorg zelf en extra middelen voor gemeenten en verzekeraars. Verzekeraars met hun voor de laagste prijs de beste zorg dienen geen rol te spelen in de publieke “gezondheidszorg, dit is een overheidstaak en dient via fiscale regelingen betaald te worden. Lokale belastingen voor lokale zorg, overheidsbelasting voor nationale zorg, zoals infectieziektebestrijding, bevolkingsonderzoeken etc.*

## **Innovatieve contractvormen**

Daar valt een wereld te winnen. Er zijn inmiddels firma's die “licht” verkopen. De lichtleverancier geeft de garantie van een X aantal lumen op de werkvloer. Rolls-Royce laat zich al meer dan 10 jaar betalen voor elk uur dat een vliegtuigmotor draait, in ruil voor onderhoud en vervanging indien nodig. Nou is vervanging van patiënten wat lastig (hoewel diverse gewrichten en organen al vervangbaar zijn) maar dit principe toepassen in de gezondheidszorg zou een wezenlijke systeemverandering betekenen en veel toegevoegde waarde opleveren. Het zou bijvoorbeeld huisartsen aansporen veel meer aan preventie te doen, nu ondergeschoven kindje bij de “cure”.

(Populatie)bekostiging zoals nu bij de huisarts, dmv inschrijftarief en kleine beloning voor verrichtingen lijkt ons nog steeds een goede oplossing. Een achterstandswijk of daklozenpraktijk heeft een andere populatie dan een villawijk, dus enige differentiatie, zoals nu al gebeurt lijkt dan wel raadzaam. Zo'n systeem zou ook buiten de huisartsenzorg kunnen worden toegepast. Ziekenhuizen hebben een bepaald adherentiegebied waarin de populatie uitstekend determineerbaar is en is verre te verkiezen boven het administratief rampzalige DBC/DOT systeem. De genoemde onder behandeling of afwenteling van taken is een mantra geboren uit wantrouwen en onkunde van zorginkopers. Dat zorginkopers zouden beschikken over goede inzichten in de gezondheid van hun populatie en de kwaliteit van zorg die geleverd wordt is een fabel. Ze kopen zorg al of niet in op financiële gronden. Een ziekenhuis kan bij de ene zorgverzekeraar uitstekende borstkankerzorg leveren, terwijl een andere verzekeraar niet eens voor dezelfde zorg een contract wil met hetzelfde ziekenhuis. Bij populatiebeposting zijn zorginkopers overigens totaal overbodig.

## 2 Organisatie en regie

### Algemeen

Verantwoordelijkheden voor zorg zijn decentraal belegd dus niemand heeft de teugels echt meer in handen. Na 2006 is de sturing bij o.a. NzA, ZiN, gemeenten, zorgkantoren en private zorgverzekeraars terecht gekomen. De centrale overheid is behalve voor het macrobudget niet meer verantwoordelijk. Die verantwoordelijkheden zijn wettelijk vastgelegd in ZvW, WPG, WLZ etc. zodat veel verantwoordelijkheden worden gedeeld. De gemeenten die de WPG moeten uitvoeren en bijvoorbeeld de GGD moeten aansturen, de ZvW wordt uitgevoerd door de zorgverzekeraars, die soms hun zorgplicht weer door delegeren aan zorgverleners. De doorleverplicht bij overschrijden budgetplafond is daar een voorbeeld van. Ook maakt de veelheid aan wetten, ons werk niet zelden veel moeilijker dan noodzakelijk. Denk hierbij aan AVG, vernieuwde wet BIG, Verplichte oprichting cliëntenraad, afsnijden verkrijgen hulpmiddelen via de openbare apotheken, geforceerd aanbesteden regionale diagnostiek, verklaring Mondneusmaskers, verplichte jaarverantwoording etc etc.

Dit stuk gaat vooral over de curatieve zorg. De zorgverzekeraar, die in 2006 de regisseursrol kreeg is en daardoor eigenlijk de machtigste speler is geworden. Ze gaan over het uitdelen van het geld, bepalen of een ziekenhuis open kan blijven, leggen contracten voor waar geen discussie over mogelijk is, dicteren ondanks rechterlijke uitspraken de prijs voor ongecontracteerde zorg en kopen met niet ter zake kundige inkopers zorg in. Ze houden zich ook niet aan aanwijzingen zoals de hoofdlijnenakkoorden. De beste zorg voor de laagste prijs. De ware koopmansgeest. Ware het niet dat zorg zich eigenlijk niet leent om ingekocht of verkocht te worden.

“Zorg geven” is eigenlijk “hulpverleners” en daar staat in principe geen prijs op. De zorgverlener wordt achteraf beloond voor zijn werk via een declaratie, er wordt immers tijd en arbeid en soms een product geleverd. Dat de zorgvraag van de burger toeneemt, de behandel mogelijkheden toenemen en het zorgbudget beperkt is geeft natuurlijk problemen. Uitbreiden van het zorgbudget berust op politieke keuzes die buiten dit bestek vallen. Om de toename in zorgkosten af te remmen en de zorg toegankelijk te houden en toekomstbestendig te maken zijn dus dringend veranderingen gewenst. Voorkomen, verplaatsen en vervangen van zorg gebeurt nu al en is dus onvoldoende om de problemen het hoofd te bieden. Er zullen veel rigoureuzere maatregelen nodig zijn. Concurrentie op prijs moet worden vervangen door concurrentie op kwaliteit. Dat zorgt er ook voor dat “achterlopers” worden meegenomen door voorlopers en niet worden weggedrukt. Het zijn immers collega’s en geen concurrenten, hooguit op kwaliteit, waarbij aangetekend hoe moeilijk dat is te meten. Value based healthcare (VBHC) wordt door een aantal beleidsmakers al als een panacee gezien, maar nog niemand is goed in staat om uit te leggen wat dan precies de value is, en hoe deze te meten. Wij denken ook dat concurrentie in de huisartsenzorg al helemaal contraproductief is. Immers, er is maar 1 huisarts in een dorp, en er is een grens aan het aantal patiënten dat een praktijk kan behandelen. Bovendien zijn huisartsen bij uitstek gewoon om met elkaar samen te werken, al was het maar om de spoedzorg te organiseren (zie ook nu met corona).



De patiënt moet samen met de zorgverlener de regie hebben, niet de zorgverzekeraar. Patiënt en zorgverlener moeten dan wel weten wat de financiële grenzen zijn van hun samen afgesproken zorg. Tarieven en prijzen van verrichtingen moeten dus bekend zijn en worden uniform en landelijk bepaald en dienen als ondersteuning voor het invullen van het afgesproken budget, conform de huidige praktijk in de eerste lijn. Zorgaanbieders en zorgverleners krijgen de zekerheid van contractering als zij voldoen aan de eisen tot toetreding tot zorgverlening. Hierbij zijn inhoudelijke eisen van belang, evenals de eis geen voorrangszorg te creëren, geen ongefundeerd oplopende wachttijden en uiteraard goede omgang met patiënt en personeel. Onafhankelijk van tijd en plaats of door wie uitgevoerd. Die centrale regie in budgettering en prijsbepaling is een centrale overheidstaak. Zie ook het efficiënte voorbeeld van Denemarken waar met een veel kleiner ministerie landelijke regie wordt genomen.

Productieprikkels dienen dus beperkt te worden of volledig te verdwijnen. Populatiebesteding met cliëntprofielen voor een ziekenhuis i.p.v. stuks besteding en specialisten op dezelfde manier belonen als huisartsen, een gemengde besteding (inschrijftarief en lage consulttarieven, leidend tot norminkomen).

Ook alle acute zorg baseren op landelijke tarieven. Een opname i.v.m. een beenbreuk of een herseninfarct is in Amsterdam even duur als in Winschoten. Ook hier aandacht voor kleinschaligheid. Liever 3 kleine ziekenhuizen dan een grote. Dat is ook de wens van de burger, die het liefst alle zorg om de hoek zou hebben. Specialistische 3<sup>e</sup> lijns geneeskunde concentreren in landelijk centra, door centrale overheid te bepalen, niet door zorgverzekeraar.

Beperk de rol van zorgverzekeraar tot doorgeven van premiegeld en andere inkomsten van de overheid naar zorgverleners/zorgaanbieders. Contractering kan dan ook veel eenvoudiger en juridische afdelingen kunnen worden opgeheven. In plaats van een contract van 84 kantjes met meerdere verzekeraars is 2 kantjes voldoende. Ik werk volgens professionele beroepsgroep normen en richtlijnen aan de ene kant en ik betaal na controle de maandelijkse declaraties aan de andere kant, tot wederopzegging van een van beide partijen. Vertrouwen i.p.v. wantrouwen.

Dat betekent ook slechts één landelijke basispolis met dezelfde premie. Verzekeraars kunnen zich alleen nog onderscheidend bij aanvullende verzekering. Wat VPHuisartsen betreft zijn 4 zorgverzekeraars voldoende met ieder 1 basispolis. Dat maakt al die onoverzichtelijke polissen waar ze elkaar mee concurreren overbodig. Dit is voor de consument ook geheel niet inzichtelijk. Concurrentie tussen zorgverzekeraars en gelden die daarmee gemoeid zijn (advertentiecampagnes) kunnen worden bespaard. De nominale premie zal dan ook overal gelijk zijn. Of de mededingingswet nog van toepassing moet zijn is dan de vraag. Zorg is immers veel meer gebaat bij samenwerking. Concurrentie ontstaat doordat er door productieprikkels meer of minder zorg wordt verleend c.q. zorg wordt betaald. Bernhoven kon alleen de zorg verminderen en doelmatiger maken door wegnemen van die productieprikkels. De zorgverzekeraar stond immers garant voor het inkomen. Een vast salaris, landelijke verrichtingenprijzen en een min of meer vaste populatie met een min of meer bekend aantal patiënten leveren geen productieprikkels meer op.

De wet marktordening gezondheidszorg is dan voldoende en kan zo nodig aangepast worden. In de Europese regelgeving is die mogelijkheid aanwezig (<https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/lhv-bewegingsruimte-voor-de-huisartsenzorg>)

Samenwerking vanuit verschillende domeinen is vaak problematisch door de **schotten in de zorg**. Die schotten zijn ooit ontstaan door de inrichting van de zorg zo efficiënt mogelijk te maken. De nulde lijn werkt thuis, de eerste lijn in de wijk en de tweede lijn in het ziekenhuis in de regio. Er zijn wel transmurale samenwerkingsprojecten in de zorg, maar belangentegenstellingen door verplaatsen van zorg levert ook vaak (meestal financiële) problemen op. Uiteindelijk blijkt, dat de zorg niet patiëntgericht georganiseerd is, maar zorgverlener/zorgaanbieder gericht. Zorgverzekeraars spelen ook hier een complicerende rol en zijn evenmin patiëntgericht. Voorbeelden van een patiënt die voor zijn ene aandoening in ziekenhuis A wordt behandeld en voor zijn andere aandoening naar ziekenhuis B moet omdat de contractering voor de benodigde zorg nu eenmaal per ziekenhuis verschilt zijn in ruime en schrijnende mate voorhanden.

Patiëntgerichte zorg dient in principe zo **kleinschalig** mogelijk te zijn.

Een patiënt is gebaat bij zorg in de buurt. Veel poliklinische zorg kan georganiseerd worden in de wijk, bijvoorbeeld in de huisartsenpraktijk of voor een orthopeed in de Fysiotherapiepraktijk met gezamenlijke spreekuren. De zorgverlener declareert daarna het bijbehorende consulttarief.

### **Zorg regionaal organiseren**

Elke regio omvat een samenhangend en volledig aanbod van eerste en tweedelijnszorg: gezondheidscentra/huisartsenpraktijken en huisartsenposten/wijkverpleging/paramedische zorg, GGZ-aanbieders, apotheken en algemene/regionale ziekenhuizen. Een regio kan de omvang hebben van een zeer grote stad, zoals Amsterdam, maar ook van een provincie, zoals Drenthe of een geografische eenheid als Twente (rekening houdend met o.a. fysieke, sociaaleconomische en demografische kenmerken). In de regio wordt op basis van de behoefteanalyse een analyse gemaakt van het bestaande aanbod van zorg en de aansluiting op de voorspelde behoefte door middel van een Regionaal Zorgplan. Investerings en desinvesteringen, de planning van vastgoed etc. maken daar onderdeel van uit. Waar overschot is zal worden afgebouwd, waar tekort aan is wordt opgebouwd. Alle Regionale Zorgplannen tezamen vormen het Landelijk Zorgplan. De centrale overheid, ZIN, Nza en IGJ nemen hierin het voortouw, samen met koepelorganisaties van zorgverleners/aanbieders, patiëntenorganisaties en RIVM.

Op dezelfde manier als de hoofdlijnenakkoorden vorm hebben gekregen kunnen dan ook regionale akkoorden of regiobeelden vorm krijgen. Faciliteren daarvan dient door ook de centrale overheid en lokale overheid (provincie of gemeente) te gebeuren met dezelfde koepelorganisaties, patiëntenorganisaties en GGD en moet gemonitord worden.

Systeemfuncties moeten door de regionale organisaties gewaarborgd worden, waarbij de capaciteitsregulering weer bij de centrale overheid thuishoort. Vormgeving van een en ander zal uiteraard wettelijk vastgelegd moeten worden.

Bij de vorming van de regio's is patiëntadherentie met zorgaanbieders een belangrijk gegeven. We wilden immers patiënt georiënteerde zorg. Uitgaan van zorgkantoren of GGD-regio's kan daar mee interfereren. Inkoop van congruente zorg zoals voorgesteld is niet meer nodig, als we het oude model van concurrentie in de zorg los willen laten. Of bemiddelaars nodig zijn om de regie van de overheid in de regio's te waarborgen is onduidelijk. Wel is duidelijk dat zorgvraag en zorgaanbod in al zijn aspecten bij elkaar moet komen. Dat zal mogelijk wel een onafhankelijk bemiddelaar vergen. Zorgverzekeraars spelen daarin geen rol, zij zijn slechts de financiële faciliteerders van het geheel. Bij de regio indeling hoort uiteraard ook het sociale domein. Deze hele nota gaat vooral over het medische domein, maar gezondheidsbevordering door maatschappelijke participatie en inclusie van burgers, ook als de eigen regie door geestelijke of lichamelijke beperkingen verminderd is, verdient meer aandacht.

Of en waar er meer manoeuvreerruimte nodig is, is veel te vroeg om iets over te zeggen. Zorg inkopen is niet meer aan de orde. Wel aan de orde is het toelatingsbeleid en monitoring van zorgaanbieders/zorginstellingen in de regio. Hoewel het percentage fraudegevallen in de zorg nog steeds te verwaarlozen is (promillages), biedt de zorg voor kwaadwillenden geld te verdienen. Zorginstellingen werken – net als nu – met een toelating om dat te mogen doen. Die toelating wordt geregeld via een aangepaste Wet toelating zorginstellingen (Wtzi). Het bieden van kwalitatieve zorg, het voorkomen van te lange wachttijden, een verbod op winstuitkering of doorverkopen van zorg aan onderaannemers en de verplichting alle patiënten te helpen en geen voorrangszorg te creëren, zijn aanpassingen in de Wtzi. De toelating komt te vervallen als de voorwaarden worden geschonden.

Het is dan ook onnodig om artikel 13 opnieuw te willen schrappen. De burger/patiënt dient te allen tijde vrije zorgverlenerskeuze te hebben. Artikel 13 gaat over het hinderpaalcriterium, belangrijk bij ongecontracteerde zorg. In principe zal er geen ongecontracteerde zorg meer zijn. Zorgverleners/aanbieders die aan de beroepseisen voldoen en toegelaten zijn worden gecontracteerd. Voor zorgverzekeraars komt er dus i.p.v. een zorgplicht een contracteerplicht!

Werken volgens de laatste stand van de medische wetenschap, altijd met oog voor de wensen en mogelijkheden van de patiënt, in goede samenwerking met collega's van dezelfde en andere disciplines wordt verstevigd. De grotere verantwoordelijkheid die zorgverleners krijgen, schept evenredig verplichtingen. Om kwaliteit te waarborgen is de registratie in het BIG-register noodzakelijk (het BIG-register beschermt het beroep, niemand kan zich zomaar huisarts of wijkverpleegkundige noemen, en is ook het instrument om zorgverleners aan kwaliteitsnormen te houden).

Daarnaast wordt van beroepsbeoefenaren verwacht dat zij zich bijscholen, de stand van de medische wetenschap volgen en meewerken aan intervisie/collegiale toetsing, conform de eisen van herregistratie voor hun vakgebied. Welke bij- en nascholing nodig is om de registratie te behouden, bepalen de beroepsverenigingen via herregistratiecommissies zelf. Het ZIN denkt mee met de inhoudelijke eisen.

Het vertrouwen in de beroepsnormen van professionals is groot, maar de registratie van een zorgverlener kan bij gebrek aan kwaliteit en het onvermogen te verbeteren komen te vervallen. High trust, high penalty. Zonder een registratie kan niemand als zorgverlener werken in de gezondheidszorg.

Bestaande instellingen als het Zorginstituut, de Gezondheidsraad en de IGJ zien vanuit het algemeen belang toe op de kwaliteit van de zorg. Beroepsgroepen maken nu al zelf medisch-technische richtlijnen en, samen met patiëntenverenigingen, goede richtlijnen voor service en bejegening van patiënten. Richtlijnen worden bij het ZIN beoordeeld en geregistreerd. De richtlijnen zijn basis voor toezicht door de IGJ én de beroepsverenigingen zelf. Van artsen, behandelaars en verpleegkundigen wordt verwacht dat ze aan collegiale toetsing doen en niet weggijken bij achterblijvende kwaliteit. Spiegelinformatie wordt voor alle zorgverleners een belangrijk middel om de eigen kwaliteit te verbeteren. Zowel de IGJ als het Tuchtcollege hebben de middelen om straffend op te treden als het nodig is. Zo nodig wordt de IGJ uitgebreid.

We stellen hier dus met nadruk dat we stoppen met de veelheid aan metingen van kwaliteit, certificeringstrajecten en tevredenheidsonderzoeken die nu al jaren zonder duidelijk succes worden gedaan. Kwaliteit wordt op bovenstaande pijlers verankerd. Vanuit vertrouwen in de beroepsgroep en haar eigen normen en richtlijnen.

### **Vertrouwen en verantwoordelijkheid**

De wisselwerking tussen arts en patiënt, patiënt en verzorgenden is de kern van (de totstandkoming van) zorgkwaliteit. Met het vervallen van de regisseursfunctie van zorgverzekeraars wordt het mogelijk om een omslag in denken te maken naar vertrouwen in de professional en de patiënt. Buurtzorg heeft op wijkniveau laten zien dat vertrouwen een sleutelwoord is in hun organisatie.

Vertrouwen is het uitgangspunt, maar kan niet zonder de verantwoordelijkheid om overbodige of onzinnige zorg te vermijden. Dit is een gedeelde verantwoordelijkheid. Een patiënt kan een arts niet dwingen dat een bepaalde scan of onderzoek wordt gedaan “omdat de buurman die ook kreeg”. Evenmin doet een professional ‘uit voorzorg’ nodeloos onderzoek of een overbodige behandeling. De beroepsverenigingen en de IGJ houden hier toezicht op. De patiënt mag er volledig vanuit gaan dat de arts en zorgverlener in diens belang handelen, zonder druk van een zorgverzekeraar of een bestuurder.

Maar zorg kan niet worden afgedwongen als deze niet nodig is. Bij twijfel over de diagnose, is een second opinion mogelijk.

### **Registraties**

De opzet van controle en het toezicht ligt in het directe verlengde van de wisselwerking tussen arts en patiënt, patiënt en zorgverlener. Dit wordt opgenomen in het medisch dossier van de patiënt.

Via visitatie als nascholing wordt door collega's bekeken of een zorgverlener zich houdt aan de laatste stand van de medische standaard én de wens van en de overeenstemming met de patiënt. Ten behoeve van controle over de productie wordt bijgehouden welke medische behandelingen hebben plaatsgevonden. Alle informatie is openbaar en geanonimiseerd.

De centrale overheid houdt toezicht op de te besteden middelen. Hierbij kijkt ze ook naar zaken als wachtlijsten en zinvolle innovatieve werkwijzen in de praktijk. De beroepsverenigingen en het Zorginstituut zijn er voor de inhoudelijke waarborgen en de IGJ ziet toe op de kwaliteit.

Als zorgverzekeraars worden omgebouwd tot "doorgeefluik" van premie en belasting gelden is de vraag in hoeverre maatregelen voor financiële zekerheid zoals Solvency II nog nodig en van toepassing zijn. De Nederlandse Zorgautoriteit zal een rol blijven spelen in het vaststellen van alle landelijk geldende tarieven (zoals vroeger het COTG). De ACM heeft in de zorg geen rol meer.

Samenwerking tussen zorginstellingen en zorgverleners is immers de norm. Dat daarbij zoals voorgesteld coördinatie en systeemfuncties kunnen worden gedeclareerd is daarvan een logisch gevolg. Dit geldt uiteraard ook voor coördinatie van domein overstijgende samenwerkingsverbanden zoals de huidige transmurale zorg. Financieringsproblemen tussen de domeinen die vallen onder de ZVW, de WLZ en de gemeenten vervallen, er is immers sprake van een publieke financiering, uitgevoerd door de huidige verzekeraars. Ouderenzorg hoeft dan ook niet meer te worden geherpositioneerd binnen de ZVW.

### **3 Vernieuwing en werkplezier**

Vernieuwing en innovatie zijn cruciaal. De zorg ontwikkelt zich continu en de invoering van betere en/of vernieuwende behandelmethoden, werkwijzen, geneesmiddelen e.d. moeten worden gefaciliteerd. De kwaliteit van persoonsgerichte zorg zal en moet altijd kunnen verbeteren. Buurtzorg is een mooi voorbeeld van hoe een andere organisatie toch hoge kwaliteit kan leveren. Het vergt meer regie van zorgprofessionals, meer ruimte en zeggenschap en minder regeldruk, samen met de patiënt.

Randvoorwaarden zijn samenwerking, geen financiële belangen en meer professionele vrijheid.

Onvoldoende gepast gebruik van zorg heeft niets met innovatie te maken maar gewoon met goed zorgverlenerschap. Elke zorgverlener zou de verleende zorg regelmatig moeten spiegelen met collega's tijdens nascholing. Dat hoort een normaal onderdeel te zijn van de continue bijscholing en is in sommige beroepsgroepen al gemeengoed.

Dat digitalisering onderbenut zou zijn heeft zijn redenen. Digitalisering die werkt, dringt vaak onmiddellijk door op de werkvloer. Te vaak komen eHealth projecten niet van de grond, vaak met goede reden. Het invoeren van nieuwe technologie in de zorg is een interventie die niet principieel verschilt van het voorschrijven van een nieuw medicijn.

Toch is het laatste aan strenge regels gebonden, en het eerste niet. Dat is niet juist: alle interventies hebben bijwerkingen. (<https://www.ntvg.nl/artikelen/betere-zorg-door-anamnesestandaard?s=03>)

Bovendien is het vaak niet weggelegd voor de grote groep ouderen en de groep ongeletterden, de groepen die de grootste aanspraak doen op zorg. E-health toepassen om tijd en dus geld te winnen is onjuist. "Zoom"-consulten in de GGZ bijvoorbeeld kosten meer tijd, meer energie, en leveren zeker niet meer op. Zelf bij de huisarts een afspraak maken via het patiëntenportaal kan handig zijn, maar even kort overleggen met de assistente of een consult eigenlijk wel nodig is, is effectiever en gericht op de relatie patiënt/zorgverlener.

De hoge regeldruk in de zorg is inherent aan hoe de zorg op dit moment georganiseerd is. Daarom moet het ook veranderen, zoals eerder onder het kopje regie en organisatie beschreven. Dat een zorgaanbieder zich moet kunnen verantwoorden over de vergoeding die van de zorginkoper wordt ontvangen is onnodig als de organisatie veranderd wordt. Over de kwaliteit van zorg is de zorgverlener primair verantwoording schuldig aan de patiënt en de beroepsgenoten, niet aan de geldgever. **Zorg is geen product, zorg is een attitude!** Veertig procent van de tijd besteden aan administratieve handelingen kost miljarden en dat moet fors verminderen. Het daarmee gepaard gaande verlies van werkplezier heeft ernstige gevolgen. De gebrekkige gegevensuitwisseling is niet het gevolg van privacywetgeving maar van ontbrekende sturing van de centrale overheid die marktwerking in de automatiseringswereld ongemoeid laat en geen landelijke programma eisen stelt waaraan moet worden voldaan. Gebrekkige koppelingen tussen diverse echelons is het gevolg. Denemarken en Zweden kunnen daar als gidsland dienen.

Dat de zorg onvoldoende aantrekkelijk zou zijn is vooral het probleem van hoe de zorg georganiseerd is. Niet patiëntgericht maar zorgaanbieder/zorgverlener gericht, waarbij wantrouwen, gebrek aan professionele autonomie en te lage betaling van met name verpleegkundigen de grootste rol spelen.

Verbeteren van kwaliteitsnormen in curatieve en langdurige zorg is normaal gesproken een ongoing proces door opleiding en bijscholing. Groter gebruik van data is alleen gewenst voor wetenschappelijk onderzoek en onderbouwing, niet voor de dagelijkse praktijk. Het ROM-fiasco ligt nog vers in het geheugen.

Uitkomstindicatoren als basis voor kwaliteitsnormen is een idee-fixe en totaal in tegenstelling met patiëntgerichte zorg. Geen patiënt is immers gelijk.

Het versterken van verander en organisatiekracht is typisch managementdenken, inclusief het bijbehorende ronkende taalgebruik. *“Daarom is het van belang de regio te voorzien van een leeromgeving op drie niveaus. Leren op basis van concrete proposities en innovatiecasussen die hoogfrequent worden opgeschaald naar bestuurlijke leertafels zorgt al voor verandering. Het is van belang om dergelijke ‘communities of practice’ in een gezamenlijke vorm met het veld te ontwikkelen en te komen tot een collectieve regioaanpak.”* Dit gaat volgens ons niet werken; snel vergeten!

Terugkeer van vertrouwen in de professional zou het allerbelangrijkste ingrediënt ook zijn om het werkplezier te behouden of terug te krijgen. Vanuit wantrouwen zijn vele onzinnige handelingen ontstaan. Veel formulieren of andere administratie. Iemand die zelf verantwoordelijkheid krijgt om zijn of haar taken uit te voeren, is een veel gelukkiger mens dan iemand die alleen vanuit protocollen handelt.

### **Gepast gebruik en uitkomstgerichte zorg**

Gepast gebruik van zorg dient niet door de zorgverzekeraar maar, wederom, door zorgverlener en burger/patiënt te worden vastgesteld. Beroepsverenigingen, samen, met ter zake kundige patiëntenverenigingen nemen daar het voortouw, met beiden in hun achterhoofd het totaal beschikbare budget wat dus bekend moet zijn. De reeds nu bestaande lijst van verrichtingen zonder meerwaarde kan worden aangevuld en methodes of verrichtingen op die lijst worden domweg niet meer uitgevoerd. Burgers en zorgverleners (zonder productieprikkel bewaken in feite beiden het budget en onnodige zorg verrichten gaat ten koste van dat budget. Verplichte spiegelinformatie bij nascholing zal snel leiden tot verdwijnen van overbodige zorg. Vertrouwen is ook daar het sleutelwoord. Vertrouwen erop dat zowel collega's als beroepsgroep als IGJ een zink voorschrijvende huisarts als therapie bij Covid19 tot de orde zal roepen.

Een polis waarin nog steeds niet bewezen alternatieve geneeswijzen worden gefinancierd worden kunnen direct beschouwd worden als ongepaste zorg. Een goed onderbouwd basispakket is de taak van het ZIN, die uit diverse bronnen en onderzoek het pakket bepaald. Daar hoeft niets aan te veranderen.

Een generieke kwaliteitsindicator voor passende zorg zou een inkoopvoorwaarde moeten worden waar de NzA nog op toe moet gaan zien. Een prachtig voorbeeld van hoe het niet moet.

Een generieke kwaliteitsvoorwaarde voor passende zorg bestaat namelijk niet. Een voorbeeld: Stel dat we afspreken om geen tonsillectomie meer te doen. In 85 of 95% van de gevallen is dat overbodig. Maar wat doen we met die 5 waar het wél nodig is en tot betere zorg voor de patiënt leidt? Moet de NzA dat allemaal controleren en dan ingrijpen? Zou het niet beter zijn dat aan de autonomie van de zorgprofessional en de patiënt over te laten?

De KNO-arts wordt heus wel op zijn vingers getikt of past zijn beleid aan als bij de spiegelinformatie blijkt dat hij jaarlijks veel meer dan gemiddeld 5 tonsillectomieën doet. Of er moeten goede redenen voor zijn, bijvoorbeeld omdat hij als enige uitvoerder daarvan meer patiënten toegeschoven krijgt.

Meer zeggenschap en autonomie van zorgprofessionals, minder werk en regeldruk hebben alle te maken met vertrouwen. Regels ontstaan uit wantrouwen, wat ingebakken zit in dit op concurrentie gebaseerd zorgstelsel. Zolang dat niet verandert zullen ontregellabs of ontregelbussen niet gaan werken. Het resultaat van de “ontregel de zorg” beweging is dan ook teleurstellend. Nog verder intensiveren is zinloos.

Zorginkopers inzetten om via contractering goed werkgeverschap of minder ziekteverzuim af te dwingen is een zinloze exercitie. Zorginkopers zijn in een zoals eerder beschreven goed georganiseerd systeem overbodig.

### **Uitwisseling van gegevens**

Om standaardisatie van gegevensuitwisseling te verkrijgen is in een nieuwe kaderwet de verplichting om onderling digitaal te communiceren onvoldoende. Standaardisatie en de manier waarop dat zou moeten gebeuren hebben meer centrale regie nodig van een kundige overheid. Zie hoe het in Denemarken en Zweden geregeld is.

Bij het digitaal beschikbaar stellen van medische gegevens aan patiënten zelf is het medisch beroepsgeheim (in feite patiëntgeheim) nog wel een dingetje. Dat moet dan veel beter worden beveiligd dan nu de bedoeling is. Er is grote maatschappelijke weerstand tegen de op dit moment in de Eerste Kamer voorliggende WGS (wetsontwerp gegevensverwerking door samenwerkingsverbanden), die kortgeleden in deze crisistijd door de Tweede Kamer geloodst is. De rechtsbescherming van patiënten komt hiermee in het geding. Blijkbaar is er nog weinig geleerd van de toeslagenaffaire. (<https://www.zorgictzorgen.nl/senaat-moet-burger-behoeden-voor-ongrondwettelijke-digitale-data-deling/?s=03>) Het delen van data voor big data-analyse of AI-toepassingen zou zeer terughoudend en alleen voor wetenschappelijk onderzoek gebruikt mogen worden, en dan alleen met toestemming van de patiënt. ROM avonturen om beleid en financiering bij te sturen is uit den boze.

Bij het gebruiken/uitwisselen van medische data en apps via standaarden als Medmij, al dan niet via regelingen zoals OPEN en VIPP, moet wel bedacht worden dat dit slechts door een beperkte groep patiënten zal worden gebruikt en dient een goede kosten-batenanalyse gemaakt te worden. Het merendeel van patiënten zal het nooit (kunnen) gebruiken.

### **Financiële prikkels**

Als randvoorwaarden voor gepast gebruik krijgen zorginkopers de belangrijkste verantwoordelijkheid, waarbij waarborgen, actief toezien en uitbreiding van bevoegdheid noodzakelijk zou zijn.



Om daarbij te komen tot aanvullende eisen voor verzekerde zorg en die eisen zelfs wettelijk te verankeren. Dus een wettelijk vastgelegd generiek kader die bepaalt wat gepast gebruik is, uitgevoerd door zorginkopers.

Een onzalig plan! De burger/patiënt en de zorgverlener zijn de kern van de zorgverlening. Zij moeten, binnen wettelijke, beroepsmatige en financiële normen bepalen wat passende zorg is, met controle van IGJ en NZa. Daar is een zorginkoper volledig overbodig en een complicerende factor in het geheel.

Als huisartsen samen met patiënten beslissen de coronazorg in een gezamenlijk vormgegeven tent of sporthal te doen dan is dat per definitie passende zorg. Een zorginkoper dient dat te faciliteren, meer niet. En als een orthopedisch chirurg meehelpt op de IC dan is dat passende zorg, wat voor kwaliteitskader er ook boven hangt.

Dat een electieve knie-operatie dan moet worden uitgesteld dan is dat vervelend, maar op dat moment passend. Dat een niet toegediende chemotherapie niet passend zou kunnen zijn, is een zaak van IGJ en NZa, die daarop maatregelen kunnen treffen. De rol van zorginkoper is, ook in deze crisis, voor de bepaling van wat passende zorg is volledig irrelevant. Pas bij de financiële afhandeling achteraf kunnen ze hun werk doen.

Wat wel werkt is meerjarige innovatieve contractvormen zoals Bernhoven, die door meerjarige omzetgarantie kunnen experimenteren met doelmatige zorg. Vraag alleen is wel hoe verder te gaan na zo'n meerjarige periode.

Digitale leveringsvormen kunnen een volwaardig alternatief zijn, maar dat is ook mooi uit te proberen onder "bernhoven"condities. Maar ook hier geldt, focus op kwaliteit, niet op geld. Het moet meerwaarde opleveren voor de zorgverlener/patiënt relatie, dan kan de kwaliteit omhoog en de kosten omlaag. Wordt er gefocust op geld bijvoorbeeld door eigen risico kwijt te schelden of een lagere digitale consultprijs. Dan gaat de kwaliteit naar beneden.

Meer gelijkgerichtheid is een prima streven. De helft van de medisch specialisten is al in loondienst, dat zou voor iedereen moeten gelden. Een ander bekostigingsmodel is dan nodig, zie eerdere suggesties in dit stuk. Bekostiging in de curatieve zorg zou een populatiebekostiging zoals huisartsen die kennen gemeengoed moeten worden. DBC-bekostiging zou moeten verdwijnen, het is een wangedrocht. In dat andere bekostigingssysteem zijn geen eigen bijdragen meer (zie eerder). Het risicovereveningssysteem voor de zorgverzekeraars kan ook verdwijnen als er één basispolis is en er niet meer geconcurrereerd wordt. Het risicovereveningssysteem zou overigens wel uitstekend gebruikt kunnen worden voor de regionale organisatie en doorgifte van geld. Het is nuttig om van de bekende populatie in een regio te kunnen inschatten hoeveel geld er ongeveer nodig zal zijn en daar de tarieven en bekostiging op af te stellen. In feite maak je dan de risicoverevening patiënt-volgend. Is er een migratie van bejaarden uit landelijke gebieden naar stedelijke gebieden, dan volgt het budget gewoon de burger.

## **Kleinschaligheid**

Wij willen pleiten voor kleinschalige praktijkvormen zoals al eerder in onze reactie was te lezen. Het is overduidelijk dat er een tendens is naar steeds groter en efficiënter. Wij zien echter dat dit in de praktijk niet tot efficiëntie heeft geleid, maar tot meer managementlagen, en meer afstand. Afstand tot eigen leiding/werkgever, leidend tot minder betrokkenheid, eigen initiatief en daardoor minder arbeidsvreugde. Afstand tot de juiste zorgverlener voor de patiënt, die vaak ook geen eigen behandelaar meer herkent, maar steeds een nieuwe superspecialist zonder generalistische kennis. Ook voelt de patiënt zich veel prettiger in een klein streekziekenhuis dan in een grote zorgfabriek. Maar ook afstand tussen zorgverleners zelf. In een klein samenwerkingsverband spreekt met elkaar sneller aan, en kan men elkaar ook sneller aanspreken op het handelen van een ander. Dit leidt tot meer arbeidsvreugde, en grotere kwaliteit.

Wij willen daarom met kracht waarschuwen voor de weg die nu is ingeslagen. Overal ziet men dat de kleinschalig werkende zorgverleners zeer hoog worden gewaardeerd, en dat deze ook meer betrokkenheid voelen jegens collega's en patiënten. Er wordt al jaren gepleit voor meer tijd voor de patiënt, en die gevallen waar dit mondjesmaat wordt uitgevoerd (want pas op voor de kosten...), zie je dat dit een groot succes is. Maak dit dan ook de standaard! Zorg nu eindelijk voor praktijkverkleining, zorg dat we meer tijd kunnen steken in onze patiënten. Kwaliteit gaat stijgen, patiënten zijn meer tevreden, de zorgverlener blijft zijn werk leuk vinden en behouden voor het vak, en de kosten zullen afnemen!

**VPHuisartsen, januari 2021**