

# DISCUSSIONOTA VWS: 'Zorg voor de Toekomst'

## Reactie met aanbevelingen

Prof.dr. G.J. Caris (em. hoogleraar Organisatieontwikkeling in de zorg)

Prof.dr. Th.B.C. Poiesz (em. hoogleraar Management in de zorg)

Januari 2021

### Inhoud

1. Vooraf	p. 1
2. Algemene beschouwing op de nota	p. 2
3. 'Dure zorg'	p. 5
4. Preventie en Gezondheid	p. 8
5. Organisatie & Regie	p. 10
6. Vernieuwing & Werkplezier	p. 13
7. Tenslotte	p. 15

## 1. Vooraf

Er is een land waar het Ministerie van Verkeer eind 2020 een discussienota uitbrengt met de titel: 'Zorg voor de Toekomst'. Aanleiding: het steeds maar stijgende aantal reparaties, de hogere kosten en de personeelstekorten.

Eén van de vragen in de nota is of meer aandacht geschonken moet worden aan de preventie van verkeersongelukken en autoschades. Het systeem is namelijk vooral ingericht op het doen van reparaties. Het land kent geen rijlessen, verkeersregels (en -boetes), veiligheidscondities en APK-keuringen. Daardoor valt er veel te repareren. Het reparatiesysteem is een van de beste van de wereld, maar het is duur en het wordt steeds duurder. Bovendien is de regeldruk enorm en neemt, door de veroudering van het wagenpark, de werkdruk in de werkplaatsen steeds verder toe.

De discussienota roept op tot suggesties voor verbetering en geeft daarbij uitgangspunten mee. Er wordt gepleit voor betere samenwerking tussen reparatiebedrijven en tussen alle andere partijen die direct of indirect met mobiliteit te maken hebben. Uitgangspunt is dat de auto centraal blijft staan, dat de reparatiebedrijven bereikbaar blijven, dat ze kwaliteit blijven leveren en dat ze niet nòg duurder worden. Voorzichtig wordt geopperd dat preventie misschien ook een idee is: het voorkómen van schade door zwaarder in te zetten op verkeersveiligheid. Hierbij zou de verantwoordelijkheid deels bij automobilisten zelf gelegd moeten worden. De nota vraagt bijvoorbeeld om aandacht voor de rijstijl. In het onderwijs zou hier misschien iets over verteld kunnen worden. Het lijkt een exotisch idee, preventie, maar misschien toch de moeite van het overdenken waard.

Omdat dit zo hoort, roept de discussienota op tot innovatie. Waarom is niet duidelijk. De nota noemt in dit verband het stimuleren van e-safety als één van de beleidsopties omdat het kan bijdragen aan betere communicatie tussen de reparatiebedrijven en aan de uitwisseling van data over reparatietechnieken.

De nota vraagt om een integraal regionaal en lokaal beleid ten behoeve van de juiste mobiliteit op de juiste plek.

Tenslotte, om het werkplezier van de monteurs te bevorderen, wordt gedacht aan het terugdringen van de administratieve regeldruk die soms wel 40% van de tijd vergt.

Maar dan is de minister het zat en roept dat het tijd wordt om het systeem zelf eens grondig onder handen te nemen: "Tot nu toe poetsen we het alleen maar op! Het gaat om innovatie *van* het systeem, niet om innovatie *binnen* het bestaande systeem. We moeten fundamenteel switchen van een reparatie- naar een preventiesysteem, dus niet alleen maar in de vorm van een paar maatregelen die de schijn moeten ophouden. We gaan ook anticiperen in plaats van alleen reageren. Er komen veiligheidsmaatregelen, verkeersregels, rijlessen, rijstijl-instructies en sancties bij overtreding. En we voeren APK in om elke auto over tijd te monitoren. Neem een voorbeeld aan verkeerssystemen in andere landen – zoals bijvoorbeeld Nederland. Daar zetten ze, als het om verkeer gaat, echt in op preventie. Maar vreemd is wel dat juist Nederland, als het om de zorg gaat, blijft hangen in een reparatiesysteem".

## **2. Algemene beschouwing op de nota**

In de zorg is de ervaring dat symptoombestrijding ineffectief en inefficiënt is. In dat verband is het opmerkelijk dat de discussienota zich toch precies daarop richt: de symptomen van het zorgsysteem. Er wordt geen visie gegeven op het systeem zelf, er wordt geen systeemdiagnose gesteld en zo blijft ook onduidelijk wat voor en in de zorg echt nodig is. De nota richt zich op het bijstellen en oppoetsen van het vigerende stelsel.

De observatie dat de kwaliteit van de Nederlandse zorg internationaal als uitstekend bekend staat, lijkt geruststellend maar houdt geen rekening met de wet van de remmende voorsprong. Het risico van de fraaie positie op de internationale ranglijsten is dat fundamentele vragen niet worden gesteld of worden doorgeschoven naar de toekomst. Zo kan een voorsprong snel omslaan in een achterstand.

### **AANBEVELING 2.1**

Loop met de discussienota niet met een grote boog om de hete brij heen. Neem (ook) de gelegenheid om afstand te nemen van de agenda en de problemen van het hier en nu. Het optimaliseren van het huidige systeem is beleidsmatig aantrekkelijk omdat het snel tot resultaten leidt en omdat het zich goed laat verantwoorden, maar het kan de verandering naar een ander, beter systeem in de weg staan.

### **AANBEVELING 2.2**

Ga, bijvoorbeeld via scenario-ontwikkeling, na hoe de medische, informatie- en communicatietechnologie de zorg fundamenteel kan beïnvloeden en hoogstwaarschijnlijk gaat veranderen op systeem-, organisatie- en werkvloerniveau. Dit is een essentiële eerste stap, mede gelet op de snelheid en impact van technologische ontwikkelingen. Ga vervolgens na of de resultaten de inhoud van de nota ondersteunen, aanvullen of tegenspreken.

### AANBEVELING 2.3

De nota schenkt geen aandacht aan buitenlandse initiatieven op het vlak van zorginnovatie. Dit is een gemiste kans. Voorkom dat het wiel opnieuw wordt uitgevonden of dat een mislukt experiment elders hier nog eens wordt opgezet. Geef een onderzoeksinstituut de opdracht tot het opzetten en begeleiden van een monitor die internationale ontwikkelingen systematisch en continu inventariseert, analyseert, vergelijkt en vertaalt in beleidsaanbevelingen.

De nota hanteert drie uitgangspunten (p. 8):

1. 'Preventie en Gezondheid: Er is een beweging nodig van de huidige focus op ziekte en zorg naar het bevorderen van gezondheid en welbevinden. Het moet minder gaan om 'de patiënt' en meer om 'de mens' en hoe hij of zij invulling wil geven aan zijn of haar leven. Dat vraagt om een betere inbedding in onze gezondheidszorg van preventie, leefstijl en eigen regie en een krachtiger investering in de sociale basis en inzet op een vroegtijdige aanpak van sociale problematiek'.
2. 'Organisatie en regie: Om ervoor te zorgen dat het zorgaanbod beter aansluit bij wat mensen echt nodig hebben en de doelmatigheid van de zorg te vergroten, zijn verdergaande afspraken nodig over het voorkomen, verplaatsen en vervangen van zorg.
3. 'Vernieuwing & werkplezier: Vernieuwing is essentieel om de uitdagingen die op ons afkomen het hoofd te bieden. Innovatie via e-health kan bijvoorbeeld helpen om zorg meer persoonlijk en dicht bij huis of thuis te kunnen blijven verlenen. Vernieuwing in de manier van werken is ook nodig om professionals meer ruimte te geven en hun werkplezier te bevorderen, zodat werken in de zorg aantrekkelijker wordt.'

De richting die hiermee wordt aangegeven 'is steeds meer gedragen' (nota, p. 7). Maar welke richting hier precies wordt bedoeld, is onduidelijk. Dit geldt ook voor de inhoud en onderlinge verhouding van de drie uitgangspunten. Daardoor bestaat het risico dat ze elkaar frustreren.

Overwegingen hierbij:

1. Preventie en gezondheid zijn zo algemeen en abstract geformuleerd dat bijna elke maatregel die niet *tegen* mensen is gericht, er wel onder valt. Dit uitgangspunt biedt veel vrijheidsgraden en legitimeert in feite elke beleidsmaatregel. Ook het huidige beleid zou er niet voor hoeven te veranderen. Er is immers nu ook aandacht voor preventie in verschillende gradaties. Verder vraagt dit uitgangspunt om 'een betere inbedding in onze gezondheidszorg'. Maar moet het niet andersom zijn, dat onze gezondheidszorg (die in feite ongezondheidszorg is) ingebed moet worden in preventie- (lees: gezondheids)beleid? Dat er alleen een werkplaats hoeft te zijn voor het geval dat het, ondanks preventieve maatregelen, toch misgaat?
2. Verbetering van organisatie, regie en coördinatie is, op het eerste gezicht, een logisch uitgangspunt. Maar de kans is groot dat dit, inhoudelijk en in tijd, uitgangspunt 1 snel domineert. De zorg richt zich immers graag op organisatiemaatregelen: het herinrichten van structuren en processen en het optimaliseren van de administratie. De prioriteit die deze maatregelen krijgen, staan fundamentele veranderingen in de weg. Ze doen een onevenredige claim op de middelen, ze zijn sneller door te voeren

en poetsen het huidige systeem nog eens op. Daarmee wordt, ongemerkt, een fundamentele koerswijziging naar een preventief systeem geblokkeerd.

3. De thema's 'vernieuwing' en 'werkplezier' zijn samen in één uitgangspunt ondergebracht. Dit is een doordenker, wat het is niet direct duidelijk wat ze met elkaar te maken hebben. Vernieuwing wordt in de nota gezien als het middel waarmee het werkplezier kan worden vergroot.

'Vernieuwing' en 'innovatie' zijn termen waar beleidsmakers dankbaar gebruik van maken omdat ze dynamiek suggereren, zelfs waar sprake is van slechts een marginale verandering. Om diezelfde reden wordt het woord 'innovatie' vaak verkozen boven het meer gewone 'vernieuwing.' De aandacht voor vernieuwing kan zelfs innovatie in de weg staan. Zie bijvoorbeeld de gespannen verhouding tussen de uitgangspunten 1 (innovatie) en 2 (vernieuwing). Als niet expliciet wordt aangegeven wat voor innovatie/vernieuwing noodzakelijk is, zijn beide woorden beleidsmatig betekenisloos. Om dezelfde reden hoeft 'vernieuwing in de manier van werken' niet zonder meer bij te dragen aan de aantrekkelijkheid van werk. Andersom kan arbeidssatisfactie geen *stand alone* criterium zijn. Vergelijk de metafoor van een groep stratenmakers die veel plezier hebben in hun werk, die met splinternieuw materiaal mogen werken en die uitstekend worden gecoördineerd. Helaas komen ze er drie jaar en vijf kilometer later achter dat hun straat in de verkeerde richting loopt.

#### **AANBEVELING 2.4**

Zie vernieuwing niet als het middel om het werkplezier in de zorg te vergroten. In de eerste plaats omdat het een de-kwalificatie is van vernieuwing als beleidsinstrument; in de tweede plaats omdat vernieuwing op zich geen enkele garantie biedt op verhoging van de arbeidssatisfactie. Zo is de term 'weerstand tegen verandering' in de zorg niet onbekend. Vernieuwing is innovatie-light: het oppoetsen van bestaande structuren, processen en werkwijzen. In andere sectoren dan de zorg richt men zich primair op strategische innovatie: het dóórschakelen naar fundamenteel andere opvattingen, structuren, processen en werkwijzen om een antwoord te kunnen blijven bieden op ingrijpende maatschappelijke ontwikkelingen. De discussienota maakt nauwelijks onderscheid tussen vernieuwing en innovatie en loopt zo letterlijk achter de feiten aan.

Geef daarom innovatie een meer prominente plaats in een beleidsnota over één van de belangrijkste maatschappelijke sectoren.

#### **AANBEVELING 2.5**

Het huidige stelsel is gebaseerd op de reparatie-gedachte: maak zieke mensen beter. De zorg is de maatschappelijke reparatie-afdeling, de steeds duurder wordende werkplaats. Preventie is bijzaak. Draai het om door primair te focussen op het voorkómen van problemen in plaats van op het oplossen ervan. Zet gezondheidszorg op de eerste plaats; ongezonderheidszorg op de tweede.

Geef daarom prioriteit aan preventie, focus *daarbinnen* op innovatie en vernieuwing en maak hieraan 'organisatie', 'regie' en 'coördinatie' weer ondergeschikt. Zo wordt voorkómen dat de uitgangspunten elkaar frustreren. Zie werkplezier als een afgeleide. Het is een belangrijk aandachtspunt, maar kan niet leidend zijn voor de richting van beleid.

### **AANBEVELING 2.6**

Werk het hoofdthema preventie verder uit zodat duidelijk wordt wat er precies mee wordt bedoeld (bepaal, bijvoorbeeld, de scope, de doelen, de verschillende soorten en de positionering op een tijdas – hoe vroeg moet worden ingezet op preventie?). Geef aan welke verhouding tussen preventieve en curatieve zorg wordt nagestreefd en hoe dit zich moet ontwikkelen over tijd: binnen hoeveel jaar moet het beleid tot stand komen?

### **AANBEVELING 2.7**

Een fundamentele kanteling van ongezondheids- naar gezondheidszorg vraagt een lange-termijnbenadering. Stem het korte-termijnbeleid hierop af. Niet andersom.

### **AANBEVELING 2.8**

Geef niet alleen aan dat het om vernieuwing en innovatie gaat, maar vermeld ook de *mate* van vernieuwing of innovatie, bijvoorbeeld ten opzichte van het bestaande of ten opzichte van ontwikkelingen in andere landen. Dit voorkomt ‘Haagse bluf’ in een sector die dat niet kan gebruiken.

### **AANBEVELING 2.9**

Waak voor beleidsplannen die vooral aantrekkelijk worden gevonden omdat ze beleidsmakers en bestuurders veel vrijheidsgraden bieden.

## **3. ‘Dure zorg’**

Veel discussies over de zorg monden uit in een discussie over de betaalbaarheid van zorg en daarmee de houdbaarheid van het stelsel. De collectieve bekostiging van de zorg (belastingen, premies en bijdragen) ligt politiek-maatschappelijk gevoelig. De zorg wordt ‘duur’ gevonden. Het leidt er onder meer toe dat inkopers van zorg (verzekeraars, zorgkantoren en gemeenten) hard sturen op lagere tarieven per uur of per verrichting. Wanneer kwaliteit, afstemming en vernieuwing niet worden meegewogen, leidt het tot verschraling van de zorg. En wanneer het aantal verrichtingen/uren/bedden niet wordt meegenomen, leidt het waarschijnlijk tot hogere kosten. In de P x Q benadering wordt de P verlaagd, met een grote kans op verhoging van de Q omdat de organisatie kostendekkend moet werken.

Enkele overwegingen:

- ‘De zorg’ omvat een steeds groter deel van het maatschappelijk leven en hierin worden steeds hogere eisen gesteld. Hogere uitgaven zijn dan onvermijdelijk.
- De zorg wordt gezien als een **kostenpost**, maar kan vaak gezien worden als economische **investering**. De zorg levert op minstens twee manieren een bijdrage aan de economie.

In de eerste plaats bestaat de zorg uit tal van economische activiteiten. Naast arbeid gaat het om de levering van diensten als behandeling en verzorging en van producten als geneesmiddelen, voeding en huisvesting. Burgers betalen ervoor via premies, belastingen en eigen bijdragen.

Op de tweede plaats richt zorg zich op het genezen en revalideren of gezond houden van mensen zodat zij (weer) economisch actief kunnen zijn in de vorm van productie (arbeid) en betaalde consumptie. Ook gepensioneerden zijn in dat opzicht economisch actief. Gezonde mensen houden de economie draaiend. Gezondheid en economie zijn dus niet strijdig maar gaan hand in hand. Dit relativeert het begrip 'dure zorg'.

- In de zorg kan de **afweging volume-kwaliteit-kosten** (zoals die in andere markten door consumenten wordt gemaakt) niet gemaakt worden. Dit maakt de zorg ondoorzichtig en daarmee onbeheersbaar. Wat mag bijvoorbeeld een door inspectie en professionals geopteerde foutenreductie van 0,2 naar 0,1 % kosten?
- In tegenstelling tot wat veelal, ook door politici, gedacht wordt, is er zorg-breed geen sprake van echte **marktwerking**. Er zijn inkoopmachten (verzekeraars, zorgkantoren en gemeenten) die contracteren naar volume en tarieven, en er is een inspectie die kwaliteit controleert. De aanbieder en de afnemer van zorg hebben baat bij veel zorg tegen hoge kwaliteit. Er zijn andere partijen, o.a. de verzekeraars, die de zorgkosten beoordelen en beheersen. Er is geen partij die zich over de onderlinge **verhoudingen** tussen volume, kwaliteit en kosten buigt. Dit zorgt voor vaak dure balans-verstoringen.

Marktwerking in Nederland geldt hoogstens bij de keuze van de zorgverzekeraar. In België is er door de patiëntbijdrage aan de behandelaar meer sprake van marktwerking en publiekssturing.

- In het huidige zorgsysteem lijkt niemand baat te hebben bij een beperking van het aanbod van zorg. De patiënt/cliënt wordt direct geholpen en hoeft zelf niet veel te doen. De aanbieder en de professional verdienen aan een afhankelijke opstelling van de patiënt/cliënt. Voor de verzekeraar is het omzet. Verzekeraars en zorgkantoren zijn alleen geïnteresseerd in zorgvermindering als het hun eigen verzekerden betreft.
- Dat de financiering in de zorg grotendeels via een collectief systeem verloopt, wordt ten onrechte gezien als een uiting van **solidariteit**. Hiervan is echter alleen sprake bij vanzelfsprekende, onderlinge hulp tussen mensen die allen het belang erkennen. Mensen ervaren het systeem van de zorgverzekeringen en de ZVW niet (meer) als een solidair systeem. Ze zien de bijdrage niet als verzekeringspremie maar als betaling voor zorgproducten en -diensten, een uitgave die ze maximaal willen benutten. Ze houden zich niet bezig met de vraag wat hun zorg kost, dus zit er geen rem op de zorgvraag. En omdat het aanbod zich aanpast aan de vraag, en vice versa, wordt zorg 'onbetaalbaar'.

Het is een 'commons dilemma': doordat enkelen het systeem op een onbedoelde manier gebruiken/misbruiken, dooft de prikkel voor anderen om solidair te zijn. De stimulans ontbreekt dan om zuinig te zijn, de eigen gezondheid te bewaken of voor elkaar te zorgen. In plaats daarvan wordt het in toenemende mate vanzelfsprekend gevonden om de lasten af te wentelen op de collectieve verzekering. Quasi-solidariteit tast echte solidariteit aan. Velen zien het zelfs als een 'sport' om geld 'slim' weg te sluisen zodat de eigen bijdrage (in de WLZ) kan worden ontweken. Dit maakt zorg duurder.

- Zorg wordt als duur ervaren omdat steeds hogere eisen gesteld worden aan gezondheid en dus ook aan de gezondheidszorg. Alle herstel van fysieke en mentale oneffenheden, revalidatie, hulpmiddelen moeten snel en hoogwaardig beschikbaar zijn. Gezondheid wordt te vaak als maakbaar gezien.

- Welvaartsziekten vormen een belangrijke oorzaak voor de stijgende zorgkosten. Voedings- en genotmiddelen zijn in grote hoeveelheden voor veel mensen beschikbaar tegen relatief lage kosten. En wie fysieke inspanning wil vermijden, kan dat: er zijn allerlei voorzieningen voor. Welvaart stimuleert de vraag naar zorg en verhoogt zorgkosten. Hierin zien wij een belangrijke reden het accent op preventie te verzwaren.

### **AANBEVELING 3.1**

In de zorg wordt een budgetplafond gehanteerd. In de afgelopen decennia is het karakter van de zorg wezenlijk veranderd en deze ontwikkeling zal zich in de komende decennia doorzetten. Laat het principe van het budgetplafond los omdat het uitsluitend naar uitgaven verwijst. Een budgetdefinitie heeft alleen zin als 1. er een koppeling is met een duidelijke beleidsdoelstelling en 2. als uitgaven gerelateerd worden aan opbrengsten. Stel, in overeenstemming met nieuwe zorgdoelen (zoals preventie), nieuwe criteria op voor bepaling van het bestedingsmaximum. Koppel aanbeveling 3.1 altijd aan aanbeveling 3.2.

### **AANBEVELING 3.2**

Differentieer soorten zorguitgaven. Maak bijvoorbeeld duidelijk of het om operationele kosten, onderhoudskosten, een uitgave voor kwaliteitsverhoging of investeringen in innovatie gaat. Zorg ervoor dat het onderscheid terugkomt in financiële overzichten. Beleid dat alleen verwijst naar de generieke term 'uitgaven', is gefundeerd op drijfzand.

### **AANBEVELING 3.3**

Ga minder krampachtig om met zorgkosten. Voor een deel zijn ze te zien als gevolg van toenemende welvaart en hogere kwaliteit zorg. Ze leveren een grotere bijdrage aan welzijn en mogen dan ook een hoger bedrag aanspreken.

De zorg is in de loop van de afgelopen decennia sterk uitgedijd van noodzakelijke naar wenselijke naar 'luxe' zorg. De norm verschuift steeds meer in de richting van noodzakelijke zorg (d.w.z.: steeds meer zorg wordt als 'noodzakelijk' gezien).

Maak daarom een onderscheid in gradaties van noodzaak van curatieve zorg. Koppel deze aan de mate waarin moet worden bijbetaald of bijverzekerd door de ontvanger.

Laat kosten voor strikt noodzakelijke zorg onder de collectieve uitgaven vallen. Daarna volgt de verzekering voor wenselijke zorg. Wie eventuele bijzondere zorgwensen vervuld wil hebben, kan zich aanvullend verzekeren. De overige zorg kan gewoon privé worden betaald, zoals we ook voor de kapper betalen.

### **AANBEVELING 3.4**

Relativeer de reflex om marktwerking in de zorg te veroordelen. Omarm marktwerking als een systeem dat de vergelijking van volume, kwaliteit(en) en kosten mogelijk maakt en daarmee de onderlinge balans garandeert – binnen de begrenzing die de overheid daaraan geeft. Introduceer een transparant systeem voor de beoordeling van kwaliteit. Nu is kwaliteit in de vergelijking de grote onbekende. Het voldoen aan protocollen en regels is niet hetzelfde als de garantie op kwaliteit.

### **AANBEVELING 3.5**

Doorbreek de eigenaardige driedeling tussen aanbieders, verzekeraars en afnemers. De ondoorzichtigheid, inefficiënties en gescheiden, zo niet tegengestelde belangen in dit stelsel

werken kostenverhogend. Denk bijvoorbeeld aan de installatie van een partij die de onderlinge afstemming bewaakt en stuurt.

### **AANBEVELING 3.6**

Veel mensen hebben een (goed) pensioen plus AOW, eventueel aangevuld met een vermogen. Ze brengen de lasten voor hun persoonlijke zorg (thuiszorg; WMO en ouderenzorg; WLZ) zoveel mogelijk ten laste van het collectief om de erfenis zo min mogelijk te belasten. Doordat privé-uitgaven worden overgeheveld naar het collectief, betaalt het collectief in feite mee aan de erfenis. Buig de trend om zodat het collectief niet gezien wordt als verantwoordelijk voor uitgaven die in de kern privé zijn. Een verplichte bijdrage aan zorg of een tussenconstructie kan daarbij helpen. Een rollator, bijvoorbeeld, betaal je dus zelf, ook omdat de uitgave in de meeste gevallen niet onvoorspelbaar is.

### **AANBEVELING 3.7**

Benadruk dat een verzekering alleen bedoeld is voor onverwachte, onvoorspelbare uitgaven die vanwege de omvang niet passen in het reguliere budget van een huishouden. Een verzekering is in zoverre solidair dat mensen bepaalde vermijdbare zorgkosten niet afwentelen op het collectief. De vraag om in de zorg bij te verzekeren of bij te betalen hoeft dus niet strijdig te zijn met solidariteit (het *niet* stellen van die vraag wel). Bijbetaling/bijverzekering houdt de verzekeringsgedachte overeind:

Besteed in discussies over solidariteit tevens aandacht aan verantwoordelijkheid. Solidariteit van de ene partij met een andere partij werkt alleen als die andere partij loyaal is en verantwoordelijkheid accepteert. Benoem naast de rechten die burgers op het vlak van gezondheidszorg hebben ook hun plichten zodat het kostenbesef in de zorg toeneemt. Het eisen van extra aandacht, behandelingen of kwaliteit zonder bijbetaling en het claimen van rechten zonder acceptatie van plichten leidt tot een wildgroei aan kosten die op het collectief worden afgewenteld. Medicijnen worden òf gebruikt òf afgewezen, niet alleen maar achteloos door het toilet gespoeld.

### **AANBEVELING 3.8**

Verlaag zorgkosten niet door overdreven druk op tarieven. Kostenverlaging, met behoud van kwaliteit, kan alleen door:

- Het pakket te verkleinen: bij het einde op de as die loopt van noodzakelijke-, nuttige-, gewenste- naar luxe zorg;
- De collectieve financiering te verminderen c.q. de eigen bijdrage te vergroten bijv. bij minder noodzakelijke zorg;
- Fouten en missers, overbehandeling, onverklaarde variatie te verminderen door een professionele analyse en aanpak, niet door richtlijnen;
- In de asymptotische verbetering van kwaliteit een reële marge van 'medische missers' te accepteren (de laatste tienden van procenten zijn onevenredig duur).

## **4. Preventie en Gezondheid**

De medische benadering is sterk gericht op **overname van het probleem** en op **curatie**, en veel minder op de stimulering van **zelfzorg** en **sociale steun**. Patiënten, professionals en het verrichtingen-/dbc-/dot-systeem houden elkaar daarin gevangen.

De huidige opvatting van preventie is **zorggerelateerd**, het voorkómen van complicaties en het verbeteren van de kwaliteit van leven. Onze aanbevelingen betreffen daarnaast de universele, de selectieve en de geïndiceerde preventie.

Universele preventie, zoals algemene voorlichting is minder effectief als ze niet gekoppeld is aan selectieve preventie, dat wil zeggen aan specifieke risicogroepen (bv. jongeren die alcohol, tabak, drugs gebruiken). Ook geïndiceerde preventie (gerichte preventie bij beginnende klachten) is van belang.

#### **AANBEVELING 4.1**

Ontwikkel een gesegmenteerd en gedifferentieerd preventiebeleid. Zet informatietechnologie in om zo snel mogelijk te komen tot een op het individu-gericht beleid.

#### **AANBEVELING 4.2**

Zie preventie niet als een exclusief medische aangelegenheid. Preventie kan alleen succesvol zijn in een integrale benadering van somatische, geestelijke, sociale en economische condities.

#### **AANBEVELING 4.3**

Zet zwaarder in op vroegsignalering door uitbreiding van het instrumentarium en bredere toepassing.

#### **AANBEVELING 4.4**

Vraag de zorgverzekeraars het initiatief te nemen tot de oprichting van een gezamenlijk 'Innovatiefonds Preventie' dat zorgaanbieders helpt het accent te verleggen van curatie naar preventie.

#### **AANBEVELING 4.5**

Ontwikkel een vergoedingensysteem (een 'business model') voor preventieve zorg. Neem hier de financiële ondersteuning van zelfzorg, mantelzorg en sociale steun in op. Denk bijvoorbeeld aan een beter uitgewerkt systeem van respijtzorg. Betrek het relevante sociale systeem bij een behandeling, tenzij duidelijk is dat het niet van betekenis is voor de zorg.

#### **AANBEVELING 4.6**

Ontwikkel een onderzoeksopzet waarmee de kosten-opbrengsten ratio van preventieve zorg over tijd vergeleken kan worden met die van curatieve zorg.

#### **AANBEVELING 4.7**

Pas preventie vooral ook toe in de geestelijke gezondheidszorg. Het voorkomt onnodig menselijk leed en het vermindert de kans dat geestelijke problemen zich manifesteren in somatische klachten en sociale problemen. Een bijzonder maatschappelijk probleem is suïcide, een probleem waarbij alleen een *last minute* aanpak niet effectief is. Zonder een adequaat preventiebeleid is suïcide een maatschappelijke schande, met name als het jongeren betreft.

#### **AANBEVELING 4.8**

Zet de kennis van artsen en specialisten ook in op preventie. Doe dit op macro- (landelijk), meso- (groeps-) en micro-niveau (individuele burgers). Maak een vergelijking met de autowereld. Hier worden ingenieurs met name ingezet op het voorkómen van problemen. We vinden ze niet in werkplaatsen. Als ze daar worden ingezet, zijn ze *overqualified*, te duur en te laat in het proces.

#### **AANBEVELING 4.9**

Zoek naar een mogelijkheid om zelfpreventie en -zorg te belonen, zoals dat, bijvoorbeeld, ook gebeurt bij energiebeleid.

#### **AANBEVELING 4.10**

Help de preventie van welvaartsziekten door het stimuleren van zelfregulering van voedingsfabrikanten, door selectieve subsidiëring en belasting van bepaalde producten en diensten, door het opnemen van een preventiepakket in het onderwijs en door gerichte publiekscampagnes.

### **5. Organisatie & Regie**

De zorg is in hoge mate gedifferentieerd: naar functie (cure, care, preventie, sociale steun), sector (GGZ, somatiek, welzijn), naar echelon (eerste, tweede en derde lijn), naar organisaties (soorten ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorg, etc), naar professie (arts, therapeut, verpleger, verzorger, etc.), naar specialisatie en naar methodiek (type behandeling).

De toenemende differentiatie/specialisatie hangt samen met hoogwaardiger expertise waardoor er steeds meer kennis is over een steeds kleiner aspect van een aandoening. Voor enkelvoudige aandoeningen (bijv. heup, knie, staar) is dat effectief, maar voor de meer complexe aandoeningen (zoals bijv. diabetes, hart- en vaatziekten, geriatrie, psychiatrie) is een **integrale benadering** noodzakelijk.

De discussienota roept op tot integraal beleid, maar biedt daar zelf geen aanzet toe. Hoewel kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg *op* zich valide uitgangspunten zijn, zijn ze alleen relevant in relatie tot elkaar. Ze zijn namelijk deels strijdig. Het verhogen van het een leidt tot het verlagen van het ander. Beleidsmatig moeten ze dus integraal worden bekeken. Dit gebeurt nu niet. Het veroordeelt integraliteit tot een thema op operationeel (afdelings-?)niveau waar het eerder leidt tot efficiency-verbeteringen dan tot effectiviteitswinst.

Geef op verschillende beleidsniveaus aan hoe integraliteit vorm moet krijgen. Hierbij is op te merken dat de hoofdstukken in de nota de verschillende zorgthema's separaat behandelt, ondanks het feit dat ze in de praktijk met elkaar samenhangen en daar vragen om een integrale benadering.

De meeste zorgorganisaties zijn opgebouwd vanuit het aanbod: gelijke professionals worden bij elkaar geplaatst. Dat heeft vooral aanbodvoordelen zoals planning. Een indeling naar aandoening heeft vooral bij de complexe aandoeningen (Diabetes, COPD, hart- en vaatziekten, etc.) voordelen voor de zorgvragers.

### **AANBEVELING 5.1**

Ga uit van een meer holistische kijk op mensen, op ziekte, gezondheid en gezondheidszorg. De huidige benadering bestaat uit een optelsom van gespecialiseerde invalshoeken. Complexe patiënten/cliënten krijgen op die manier een *overkill* aan diagnostiek en behandelingen die vaak verwarring oproept, niet effectief (of zelfs countereffectief) is, en in ieder geval inefficiënt is en kostenverhogend werkt.

### **AANBEVELING 5.2**

Til integraliteit naar het beleidsniveau. Een op curatie gericht zorgsysteem vereist een andere opvatting van integraliteit dan een op preventie gericht systeem. Geef, nadat doelstellingen zijn gespecificeerd, integraliteit en coördinatie vorm en richting. Het gaat om afstemming tussen dezelfde professionals van een afdeling, verschillende professionals van één afdeling (bijv. artsen en verpleegkundigen), tussen verschillende professionals van één organisatie (oncologie, MDL, chirurgie) en tussen verschillende organisaties (eerste en tweede lijn, GGZ en somatiek, etc.). Begin hiermee op het hoogste niveau (organisaties) en trek integraliteit vervolgens door naar, uiteindelijk, de werkvloer. De sturing op monodisciplinaire verrichtingen via dbc's en dot's, met druk op tarieven en administratie blokkeert die afstemming. Meer ruimte voor zorgvuldigheid en onderling overleg leidt tot betere behandeling en vooral minder onder- en overbehandeling. Dit geldt voor de electieve en planbare zorg. Bij de acute zorg gaat het daarnaast om snelheid van handelen.

### **AANBEVELING 5.3**

De discussienota gaat uit van 'de juiste zorg op de juiste plek'. Voeg daar 'voor de juiste aandoening of beperking' aan toe. Een voorbeeld. De dementie-problematiek wordt grotendeels binnen de *zorg* geplaatst; is gemedicaliseerd. Na de diagnose is dementie echter vooral een sociaal of welzijnsprobleem en geen zorgprobleem. Het probleem is uiteraard niet opgelost door het buiten de zorg te plaatsen, maar de begeleiding wordt wel veel goedkoper en is dichterbij de mensen. In de ouderenzorg en de jeugdzorg zijn veel vraagstukken hiermee vergelijkbaar. Hun oplossingen ook.

### **AANBEVELING 5.4**

Kom los van de gedachte dat verbeteren van zorg start met het verbeteren van de *huidige organisatie* van zorg. De organisatie is slechts een beleidsinstrument.

### **AANBEVELING 5.5**

Zorg, waar relevant, voor een betere integratie van somatische en geestelijke gezondheidszorg. De huidige scheiding is kunstmatig en niet functioneel. Vraag koepelorganisaties hier een actieve rol in te spelen.

### **AANBEVELING 5.6**

Ga na hoe informatietechnologie en *data mining* ingezet kunnen worden bij de preventie van somatische, geestelijke, economische en sociale problemen en de manier waarop ze elkaar onderling vergroten.

### **AANBEVELING 5.7**

Meer overleg moet leiden tot minder onnodige behandeling en tot een meer effectieve zorg. Breng daarom noodzakelijke samenwerking onder in regelgeving en financiering. Stimuleer coördinatie op alle niveaus van zorg. Maak van onderlinge afstemming tussen professionals en leidinggevenden één van de hoofdtaken.

Ontwikkel een methode waarmee een indicatie kan worden verkregen van de mate van onder- en overbehandeling. Ga na of financiering naar resultaat mogelijk is in plaats van per verrichting/dbc/dot overbehandeling kan remmen.

Iemand ten onrechte niet of te weinig behandelen wordt als ernstiger gezien en is meer belastend voor de professional en vaak ook voor de patiënt dan iemand ten onrechte wel behandelen. Door het eenzijdige aansprakelijkheidssysteem ligt de keuze in de zorg overwegend op overbehandeling. Terecht niet-behandelen kost professionals moeite en levert 'gedoe' op en geen vergoeding. Onterecht wel behandelen (overbehandeling) vraagt minder uitleg, levert minder kritiek op en wel een vergoeding. Het resultaat is: toenemende overbehandeling. Een complicatie hierbij is dat voor de meeste patiënten/ cliënten de noodzaak of de zin van een behandeling niet duidelijk is.

Taxeer de kosten die met over-/onderbehandeling gemoeid zijn, zowel aan de kant van de zorgaanbieder als aan de kant van de zorgafnemer, en vertaal de resultaten in beleid.

### **AANBEVELING 5.8**

Stimuleer de organisatie van afdelingen naar aandoening (bijvoorbeeld diabetes) in plaats van naar disciplines (bijvoorbeeld internisten).

### **AANBEVELING 5.9**

Zorg ervoor dat medisch specialisten in een lichte vorm van loondienst (met een uitgekilde CAO voor verzekeren en pensioenopbouw) komen. Via marktwerking (volume en professionele kwaliteit in relatie tot honorering) kan *vervolgens* loondifferentiatie worden toegepast. Specialist worden dan betaald naar de bijdrage die ze werkelijk leveren. Breng verpleegkundigen hier ook in onder zodat er meer gelijkwaardige posities ontstaan tussen artsen en verpleegkundigen.

### **AANBEVELING 5.10**

Het is algemeen bekend dat de bureaucratie in de zorg een zware tol eist. In de eerste plaats in financiële zin: zorgpersoneel dat schrijft, kan niet zorgen. In de tweede plaats tast de verplichting tot uitvoerige administratie de arbeidssatisfactie aan. Dit zorgt, via ziekteverzuim en vertrekkende werknemers, voor capaciteitsproblemen en hogere kosten. Vervang de uit de hand gelopen bureaucratie, die in feite gebaseerd is op wantrouwen, door een cultuur van vertrouwen. Pas het controlesysteem hierop aan. Een voorbeeld is het low-risk-high-penalty systeem, vergelijkbaar met de controle van bedrijven die APK-keuringen uitvoeren. Geef de professional de verantwoordelijkheid, de waardigheid en het vertrouwen terug die bij de functie horen.

### **AANBEVELING 5.11**

Leg in de zorgsector minder accent op bureaucratische kwaliteit en controle. Ontwikkel de zorgsector in de richting van een ondernemend bedrijf met geormerkte batige saldi.

Maak, wellicht op langere termijn, een einde aan de splitsing van organisatie en professie zoals dat met name in de streekziekenhuizen en topklinische ziekenhuizen geldt.

#### **AANBEVELING 5.12**

Ontwikkel een opleiding voor generalisten (generalistische specialisten) die kunnen fungeren als integrerende brug tussen de specialisten. Tot de opleiding er is, kan de functie worden bekleed door ervaren specialisten met brede ervaring. In feite gaat het om een casemanager op medisch-specialistisch niveau.

#### **AANBEVELING 5.13**

Zorg dat de verpleegkundige casemanager een meer gelijkwaardige positie krijgt ten opzichte van artsen (zoals bijv. in het Verenigd Koninkrijk).

#### **AANBEVELING 5.14**

Laat niet iedere medische misser tot nieuwe regels leiden. Accepteer een zekere foutenmarge, anders werken die regels verstikkend. Het maken van fouten dient in de spreek- of behandelkamer gecorrigeerd te worden, niet in de bestuurskamer en zeker niet in de Tweede Kamer. Transparantie is een kernvoorwaarde.

## **6. Vernieuwing & Werkplezier**

#### **AANBEVELING 6.1**

Voorkom de suggestie dat vernieuwing en innovatie ongeveer hetzelfde zijn en dat vernieuwing vooral een functie heeft bij het vergroten van werkplezier. Omdat de titel van het derde uitgangspunt thema's van ongelijke status bevat, maken we een splitsing tussen vernieuwing/innovatie en werkplezier.

#### **Vernieuwing/innovatie**

In elke sector is innovatie van levensbelang. In de zorg staan vooringenomenheden innovatie in de weg. Enkele voorbeelden: 'de zorg mag geen winst maken'; 'marktwerking past niet in de zorg'; 'management is verwerpelijk'; 'de zorg is te duur'; 'minder managers en meer handen aan het bed', etc. Onder zorgprofessionals, in de politiek, de pers en het algemene publiek zijn het breed gedragen, maar ongefundeerde uitgangspunten. De ontwikkeling naar een ondernemende, dynamische sector die **moet** innoveren om bij de tijd te blijven, is haast ondenkbaar in de huidige constellatie waarin vooringenomenheden in beton zijn gegoten, waarin de tegenstelling van belangen is geïnstitutionaliseerd, waarin de aandacht voor strategische vraagstukken marginaal is en waarin kwaliteiten en kosten structureel gescheiden zijn.

#### **AANBEVELING 6.2**

Maak een zorgvuldige analyse van de validiteit van vooringenomenheden die het aanzien van de zorgsector blijven bepalen en die innovatie frustreren. Publiceer de resultaten in de sector en bij een breed publiek.

### **AANBEVELING 6.3**

Maak een inventarisatie van alternatieve strategische perspectieven voor de zorg. Maak hierbij gebruik van een scenario-analyse.

Ook in andere sectoren wordt hiervan gebruik gemaakt. Ze nodigen uit tot het ontwikkelen van vernieuwende denkbepelden op wat komen gaat. De zorg lijkt bij uitstek een sector waar een scenario-analyse op systeemniveau een bijdrage kan leveren. Zonder een op de toekomst gericht perspectief blijft de *historie* bepalend voor toekomstige ontwikkelingen. We blijven dan ziekenhuizen bouwen hoewel het bestaande ziekenhuis-concept misschien over een paar jaar achterhaald is. We blijven dan nagaan hoe informatietechnologie de bestaande communicatielijnen kan optimaliseren, zonder ons af te vragen of deze technologie tot fundamenteel andere zorg kan leiden. Het is prachtig om met de Nederlandse zorg hoog te scoren op de internationale ranglijsten, maar het is goed ons te realiseren dat een hoge score vaak gepaard gaat met een zelfgenoegzaamheid. De bijbehorende risico's zijn bekend.

Het is opmerkelijk dat de nota niet ingaat op vraag of en hoe nieuwe en aanstaande informatie- en communicatietechnieken in de zorg disruptief, faciliterend en stimulerend kunnen werken. Het grootste deel van de zorg is keurig ondergebracht in de bekende ziekenhuizen, klinieken, zorgcentra en artspraktijken. Maar ondertussen zijn partijen als bijvoorbeeld Google, Amazon en Bol samen met honderden andere internetpartijen diep doorgedrongen tot in de Nederlandse huishoudens. De corona-crisis heeft muren sterk gerelativeerd. Laten we niet de illusie hebben dat de tech-bedrijven zullen stilhouden aan de grenzen van de zorg.

### **AANBEVELING 6.4**

Zie e-Health als de opmaat naar een fundamentele stelselverandering, niet louter als het instrument tot verbetering van huidige werkwijzen.

### **AANBEVELING 6.5**

De discussienota lijkt uit te gaan van het bestaansrecht van de zorgsector. De blik is intern gericht. Er wordt opgeroepen tot samenwerking binnen de sector. Ondertussen ontwikkelt zich een concurrentiekracht vlak buiten haar poorten. Zorg voor snelle antwoorden op existentiële vragen. Het is niet de vraag of de sector moet innoveren; de vraag is hoe de sector moet innoveren opdat ze haar eigen koers, functie en maatschappelijke positie kan blijven bepalen.

Maak een pas op de plaats en denk na over de essentiële rol van zorg in een technologische sterk geavanceerde en van kennis verzadigde maatschappij.

De SAZ (Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen) biedt een inspirerend voorbeeld van de manier waarop vooruit kan worden gedacht, zonder de vernieuwing alleen af te laten hangen van de problemen en vraagstukken in het huidige stelsel. De SAZ zet in op preventie, op de individuele burger, op informatie- en communicatietechnologie en op ontwikkeling op de middellange termijn. De gezamenlijke organisaties hebben zich verbonden aan een innovatief strategisch perspectief.

### **AANBEVELING 6.6**

Start de nota met waar de discussienota mee eindigt: innovatie.

## **Werkplezier**

Werkplezier is voor een belangrijk deel afhankelijk van het antwoord op de vraag of de bestede arbeidstijd en -energie als betekenisvol wordt ervaren. In principe is dat in de zorg het geval: het gaat om het helpen van anderen die geholpen moeten worden. Veel van de thema's die in deze reactie zijn aangesneden, hebben direct of indirect effect op arbeidssatisfactie. Ze worden hier niet opnieuw aangehaald.

Wel is het belangrijk om nog eens te wijzen op de verstikkende bureaucratie die voor een deel nutteloos, nodeloos en zelfs contraproductief is.

Ook is het belangrijk nog eens te onderstrepen dat het werk in de zorg met een grote verantwoordelijkheid gepaard gaat. Fouten hebben vaak een grote impact.

### **AANBEVELING 6.7**

Dat het van essentieel belang is medische missers te voorkómen, hoeft geen enkele professional duidelijk te worden gemaakt. Maar hanteer wel een realistische kijk op fouten. Iedere misser, hoe gering ook, leidt tot een nieuwe regel en aanpassing in de zorg. Fouten bij het klaarzetten van medicijnen leidden tot de regel dat er twee professionals bij betrokken moeten zijn. De anesthesie bij operaties moet door de drie professionals bevestigd worden om missers te voorkomen. Echter, het is een misvatting te denken dat missers afnemen als er meer mensen bij betrokken zijn. Overdadige regelingen en de eis tot minutieuze registratie hebben niet zelden een omgekeerd effect. Naarmate meer personen rondom een handeling verantwoordelijk zijn, neemt de gemiddelde betrokkenheid vaak juist af. Het zicht op de hoofdelementen van correcte uitvoering en registratie gaat verloren in de detaillering. Hier ligt een duidelijke relatie met arbeidssatisfactie. Train op zorgvuldigheid en voer correctieve maatregelen in voor personen met bovengemiddeld veel missers.

## **7. Tenslotte**

Samenvattend zijn er drie hoofdpunten van kritiek. Deze zijn, net als de voorafgaande aanbevelingen, constructief bedoeld.

Het belangrijkste punt betreft het ontbreken van een strategische visie op sectorniveau. De nota drijft op de illusie dat de sector onaantastbaar is, maar dat is hij niet. Het is niet ondenkbaar dat grote (tech-?)bedrijven op relatief korte termijn meer weten van mensen/patiënten dan zorginstellingen. Kennis is macht, vooral als die kennis betrekking heeft op individuen. Het samenbrengen van medische, sociale en economische data op individueel niveau is voor ambitieuze, strategisch georiënteerde, technisch geavanceerde en kapitaalkrachtige bedrijven wellicht een minder grote opgave dan voor zorginstellingen die, onder condities van schaarste van geld en personeel, maximaal aandacht moeten besteden aan hun patiënten. Dit is een punt van zorg, omdat het ertoe zou kunnen leiden dat de zorg (instellingen, artsen, verpleegkundigen) op enig moment wordt ingehuurd door die bedrijven, en dan onder hun voorwaarden. Ze leveren er wellicht ook de verzekering bij. En ze geven vorm aan preventie. Doe dit niet af als een fata morgana. Veel ontwikkelingen die we tien jaar geleden voor onmogelijk hielden, zijn zich nu aan het materialiseren. Het tweede hoofdpunt is dat er behoefte is aan stelliger prioriteiten. In plaats van keuzes biedt de discussienota vooral mogelijkheden. Gelet op de vele belangen die in de zorg

spelen, is het niet waarschijnlijk dat de mogelijkheden als vanzelf tot uiting komen in eenduidige koers. Het is noodzakelijk dat de nota hierin het voortouw neemt. Preventie is een veelbelovende richting, maar ontbeert nog scherpheid en toelichting. In de nota is het een afgeleide van zorg; bij echte preventie is zorg de afgeleide.

Punt drie betreft de concretisering. De zorg staat bekend om de brede, algemene en vrijblijvende beleidsrapporten; inhoudelijk boterzacht. Visie-documenten van zorginstellingen kunnen bijna een-op-een gekopieerd worden naar andere instellingen. Ze bevatten formuleringen die vrijheid van handelen bieden en vooral geen restricties opleggen. Een voorbeeld: zorginstellingen zetten tegenwoordig 'de patiënt/cliënt centraal', maar maken daarmee niet duidelijk wat, op enkele operationele aspecten na, het verschil is met het verleden. Vaak blijft het bij woorden en staat, in feite, toch de organisatie, het proces of de behandelaar centraal. Met andere woorden: nieuwe termen kunnen op nieuwe richtingen duiden, maar alleen als ze aangeven hoe erop moet worden doorgepakt. De nota kan op dit punt nog een verbeterslag maken.

Jo Caris en Theo Poiesz  
Januari 2021