

De zorg is van de patiënten en de zorgprofessionals!

**Prof. Dr. Guus van Montfort.
Hoogleraar UT Enschede. 2022**

Inhoudsopgave

INLEIDING EN SAMENVATTING.

HOOFDSTUK I : OP WEG NAAR EEN “NIEUWE” ECONOMIE:

DE PROSUMENTENECONOMIE.

HOOFDSTUK II : HET GEBEURT OP DE WERKVLOER!!

HOOFDSTUK III : KIJKEN NAAR DE WERKELIJKHEID.

HOOFDSTUK IV : REACTIE op VWS-DISCUSSIONOTA “ ZORG voor de TOEKOMST”

HOOFDSTUK V : HET NIEUWE NORMAAL

HOOFDSTUK VI : HET TIENPUNTENPLAN voor de BEKOSTIGING.

HOOFDSTUK VII: ENKELE ALGEMEEN ECONOMISCHE BESCHOUWINGEN EN IN HET BIJZONDER
OVER DE INKOMENSELASTICITEIT VOOR ZORG.

0. INLEIDING EN SAMENVATTING

In dit boek zijn een aantal publicaties verzameld, die deels eerder zijn gepubliceerd en die deels nieuw zijn. Ik merk hierbij op dat er tussen de hoofdstukken soms dubbelingen en overlappingsen zitten. Hierdoor is wel elk hoofdstuk op zichzelf te lezen. De rode draad in al deze publicaties is dat de zorg ten principale van patiënten en zorgprofessionals is en behoort te zijn. De dynamiek in de zorg - o.a. innovatie, kwaliteitsontwikkeling en efficiency - ontstaat ook in deze relatie. Daarbij in zeer grote mate ondersteund en mede gestuurd door de "technologische en wetenschappelijke ontwikkelingen", die zorgprofessionals aanbieden aan hun patiënten. En natuurlijk door grote veranderingen bij patiënten, in demografische en epidemiologische zin, maar ook in termen van opleidingsniveau, inkomenspositie, mondigheid, steeds grotere behoefte aan eigen regie, enz.. Dat is de kern van de zorg. De rol en betekenis van andere actoren, zoals van de (landelijke en lokale) overheid, zorgverzekeraars, zorgkantoren, bestuurders van zorginstellingen, zijn hieraan "dienend, faciliterend, ondersteunend, randvoorwaarden-stellend, enz.". De zorg heeft een dynamisch karakter. Immers patiënten en zorg-professionals veranderen in de loop van de tijd, ook de demografie en epidemiologie veranderen continu en ook de technologische en wetenschappelijke ontwikkelingen staan niet stil. Integendeel. Dit geldt natuurlijk ook voor maatschappelijke en economische aspecten. Opvattingen over ziekte en gezondheid veranderen permanent. Dit alles heeft grote consequenties voor de context, waarbinnen de relatie tussen patiënt en zorgprofessional zich ontwikkelt c.q. zich kan ontwikkelen.

En de zorgdynamiek heeft in grote mate een autonoom karakter t.o.v. het beleid van de overheid, zorgverzekeraars, enz.. Dat impliceert dat het beleid die dynamiek niet moet "frustreren" met een steeds grotere administratieve lastendruk, vanuit "control en beheersachtige" sturingsconcepten. Dat leidt niet tot meer sturing van die zorgdynamiek. Het leidt alleen maar tot een steeds grotere afstand tussen wat er op de werkvloer gebeurt en wat er op beleidsniveau gebeurt. We moeten oppassen dat het niet van "top-down/bottom-up" gaat naar "Top-up/ Bottom-down".

We moeten ons er veel meer bewust van zijn dat er verschillende niveaus van "werken en beleid" zijn, die we veel sterker moeten onderscheiden. En natuurlijk moeten we – nog veel meer dan nu – bewust zijn dat die verschillende beleidsniveaus ook iets met elkaar te maken hebben. Maar dat wil niet zeggen dat men de sturing op het ene niveau moet laten doen c.q. uitvoeren door een ander niveau. Wel moet men begrip en respect hebben voor elkaars bedoelingen en elkaar daar ook ondersteunen. B.v. als de overheid "algemene toegankelijkheid en solidariteit" expliciet tot een van haar doelstellingen maakt, dan impliceert dat voor "patiënten en zorgprofessionals" dat men zowel t.a.v. effectiviteit als efficiency een directe verantwoordelijkheid heeft. Omgekeerd betekent dat dat de overheid uit moet gaan van "vertrouwen" in patiënten en zorgprofessionals, dat die deze verantwoordelijkheid ook echt nemen en daar transparant over zijn en dus niet moet uitgaan van een "control en beheerinvashoek". Want dat laatste leidt niet tot meer inzicht maar wel tot een sterke vergroting van de administratieve lastendruk. Ik pleit zeker niet voor een "kritiekloze" acceptatie door de overheid en zorgverzekeraars van alle

ontwikkelingen op de werkvloer. Ik pleit wel voor meer helderheid en zuiverheid alsook het accepteren en respecteren van elkaars rollen. Dat vraagt van de werkvloer dat men de verantwoordelijkheden van overheid en zorgverzekeraars – b.v. algemene toegankelijkheid en solidariteit, betaalbaarheid en kwaliteit- niet alleen accepteert , maar ook direct betreft en mee laat wegen in de beslissingen , die men op de werkvloer neemt. Het gevraagde vertrouwen moet men waarmaken door transparant te zijn over wat men wil en waar men naar toe gaat met de zorgverlening op de werkvloer. Omgekeerd betekent dit ook dat overheid en zorgverzekeraars er op moeten vertrouwen dat dit ook gebeurd en dat men hun beleid daarop moet bouwen. B.v. door in de bekostiging ruimte geven aan de werkvloer en niet vanuit een “control- en beheersoptiek” allerlei gedetailleerde registratie- en monitoringsformulieren moet opleggen. Hoe dit in de praktijk concreet vorm gegeven kan worden, komt onderstaand uitvoerig aan de orde.

Maar we beginnen met het schetsen van algemeen maatschappelijke ontwikkelingen en trends en gaan de betekenis daarvan doorvertalen naar de zorg.

0.1 OP WEG NAAR EEN NIEUWE ECONOMIE: HET PROSUMENTEN-MODEL

In hoofdstuk I analyseren we de bovengeschetste algemene ontwikkelingen en trends. In dit hoofdstuk schetsen we de route naar een “Nieuwe Economie”. In deze economie hebben consumenten ,cliënten en patiënten een veel centralere rol. De consument neemt veel meer eigen regie en wordt (deels) zijn eigen producent. De consument gaat – in steeds grotere mate- zijn eigen vraag naar producten en diensten zelf produceren. B.v. bankieren met behulp van internet , energieproducent met eigen zonnepanelen, enz.. En zien we ook in de zorg. Komen we nog uitvoerig op terug. De “traditionele” ontwikkeling is dat - door o.m. arbeidsspecialisatie- er een steeds sterkere scheiding tussen “consument ” en “producent” is opgetreden, met sterke schaalvergroting op internationaal niveau. De klassieke , “ oude technologieën” (door Brynjolfsson ook wel “substitutie-technologieën” genoemd) was een sterke factor achter deze ontwikkelingen. Door de ontwikkeling van “nieuwe technologieën ” (door Brynjolfsson ook wel “augmenting technologie” genoemd) en de veranderende consument , die steeds hoger opgeleid is en een betere inkomenspositie heeft verworven, zijn twee drijvende factoren achter de structurele veranderingen in de relatie tussen consumenten en producenten. Dit noemen wij : de prosumenten-economie. De term “prosument” is door Alvin Toffler gebruikt in het kader van “marketing”. De consument moest op een andere manier benaderd gaan worden. Wijffels plaatst het begrip meer in het kader van de circulaire economie en een maatschappij , waarin burgers zich gaan organiseren in allerlei verbanden , b.v. energie-coöperaties.

HERDEFINIERING VERHOUDING CONSUMENT EN PRODUCENT.

De ontwikkelingen in het verleden hebben geleid tot een steeds verdergaande scheiding tussen “consumenten” en “producenten”. De nieuwe ontwikkelingen leiden juist tot een “verstrengeling en directere samenwerking” tussen consumenten en producenten. Zowel consumenten als producenten zullen hun strategieën en bedrijfsmodellen moeten aanpassen aan deze nieuwe ontwikkelingen. Ook zal dit consequenties hebben voor de institutionele organisatiestructuur. We zien de ontwikkeling van burgerinitiatieven, in allerlei soorten en maten. Zijn deze een alternatief voor de klassieke consumentenorganisaties, in welke mate verhouden die zich tot lokale overheden en wat zijn de consequenties voor organisaties van werkgevers en werknemers? Nieuwe vragen, die om nieuwe antwoorden vragen.

HERDEFINIERING BRUTO NATIONAAL PRODUCT.

Deze paradigmatische veranderingen in de organisatie van de economie hebben grote en brede consequenties. B.v. de (productie-) activiteiten die de consument zelf doet, zijn niet betaald en tellen dus niet mee in het BNP (bruto nationaal product). Toen die activiteiten werden uitgevoerd door een producent telde ze wel mee, want ze waren betaald. We moeten dus komen tot een herdefiniëring van het BNP. Er worden immers dezelfde (of misschien zelfs wel meer) hoeveelheden producten en diensten geproduceerd, alleen op een andere wijze.

HERDEFINIERING ARBEIDSMARKTVRAAGSTUKKEN.

Een actueel vraagstuk in de westerse economieën is het personeelsvraagstuk. We lezen dat er – breed in de economie – grote tekorten zijn aan arbeidskrachten en dat de arbeidsmarkt op slot zit. De vraag is of dit een “conjunctureel” karakter heeft of een “structureel”. Welke bijdrage c.q. effecten heeft de ontwikkeling van de prosumenten-economie? Er zijn vele voorbeelden uit de economie dat dit leidt tot een significante reductie van de behoefte aan arbeidskrachten. En dat is niet alleen vanwege “substitutie”-technologie, maar ook – en waarschijnlijk in grotere mate – vanwege “augmented”-technologie. In de meeste prognoses over de arbeidsmarkt worden deze ontwikkelingen niet of nauwelijks in de analyse meegenomen. En er zijn – te illustreren aan de hand van vele concrete voorbeelden, die ontwikkeld zijn op en vanuit de werkvloer – die laten zien dat er – soms zelfs aanmerkelijk – minder personele inzet nodig is.

0.2 ZORGDYNAMIEK OP DE WERKVLOER: MIN OF MEER AUTONOM.

In hoofdstuk II gaan we bovenstaande meer algemene gedachten toepassen in de zorgsector. Deze meer algemene bewegingen hebben in zekere mate een autonoom karakter t.o.v. het beleid van de overheid en andere “landelijke” c.q. middenpartijen (zoals b.v. zorgverzekeraars in de zorgsector). Deze bewegingen op de werkvloer worden gedreven door de dynamiek tussen patiënten en zorgprofessionals, sterk ondersteund door “technologische en wetenschappelijke” vernieuwingen.

Er vindt een aantoonbare innovatie-slag in de zorgsector plaats. Deze duurt al vele jaren. En zal in de toekomst gewoon doorgaan. Hierbij al of niet gestimuleerd c.q. enigszins afgeremd of gehinderd door het beleid van de overheid en/of zorgverzekeraars. Hierbij kunnen o.m. denken aan de zeer sterk toegenomen administratieve lastendruk. Deze innovatieslag berust op twee belangrijke pijlers: ten eerste de grote veranderingen bij patiënten en zorgprofessionals en ten tweede de zeer sterke “ technologische en wetenschappelijke ontwikkelingen en nieuwe verworvenheden”. En deze twee pijlers versterken elkaar.

Als men publicaties - van met name zorgprofessionals – leest , komen een tweetal tegenovergestelde beelden naar voren. Aan de ene kant het beeld van geklaag en gezeur, dat men alleen maar gehinderd wordt door het “beleid” van de overheid en zorgverzekeraars die eisen dat men als maar meer “ formulieren” moet invullen , die voor het overgrote deel ook nog volstrekt nutteloos en overbodig zijn. Aan de andere kant zien we dat zorgprofessionals – samen met hun patiënten - gewoon doorgegaan met het leveren van goede en moderne zorg, met innovatieprojecten, kwaliteitsverbetering , samenwerken en uitwisselen van informatie , enz.. Om dit te onderbouwen verwijs ik naar hoofdstuk I en II. We kunnen uit recente publicaties afleiden dat “corona” hier een belangrijke rol in heeft gehad. Ik denk dat de positieve, concrete houding t.a.v. van innovatie , samenwerking , enz. , reeds voor corona aanwezig waren , maar dat “corona” een push aan deze ontwikkelingen heeft gegeven. (“corona-push”). In hoofdstuk V werken we dit laatste verder uit. (Het Nieuwe Normaal is het “Nieuwe “ in het Oude Normaal”).Dit is zeker een positief beeld , maar dit kan en moet altijd beter. Maar het beeld dat men in de zorg niet samenwerkt en iedereen maar doet wat hem goed dunkt , is echt niet de werkelijkheid. In de zorgsector komt het wel vaker voor dat het “beeld van de werkelijkheid” sterk verschilt van de “werkelijkheid” . In hoofdstuk III wordt dit nader uitgewerkt en toegelicht.

0.3 WAAROM WERKT DE ZORG TOCH ZO GOED!!!

Zoals bovenstaand reeds is aangegeven, wordt er in de zorg veel “geklaagd en gezeurd”. En terecht. Er is in zorg veel hindermacht , er is erg veel “niet-zinvol” ervaren administratieve lastendruk voor zorgprofessionals en patiënten. Maar in de praktijk zien we ook dat de zorg in termen van kwaliteit, toegankelijkheid , betaalbaarheid gewoon goed functioneert. Ik verwijs naar o. a. publicaties van het RIVM.[Ik merk overigens op dat effectiviteit en efficiency ook in de toekomst onze aandacht blijven vragen.]

Kortom verschillende - deels misschien wel tegengestelde - beelden.

We kunnen stellen dat de intrinsieke motivatie en gedrevenheid van zorgprofessionals zo groot en sterk zijn , dat men - ondanks de administratieve lastendruk - alles in het werk stelt om voor hun patiënten het goede te doen. Ik verwijs o.a. naar Myra van den Goor, die dit in haar proefschrift onderzocht heeft. Ook zien we in de praktijk dat er door dokters en verpleegkundigen vanuit verschillende instellingen wordt samengewerkt en afgestemd ,

opdat de patiënt de best mogelijke zorg krijgt. [Een goede dokter is een dokter die zijn beperkingen kent.]

KIJKEN NAAR DE WERKELIJKHEID.

Het is aan te bevelen om deze waarnemingen in de praktijk eens goed in kaart te brengen en te analyseren. Er zijn in en rond de zorg veel vooroordelen en niet-getoetste opvattingen. Er zijn regelmatig grote verschillen te constateren tussen “het beeld van de werkelijkheid ” en de “werkelijkheid zelve”. (zie hoofdstuk III “Kijken naar de werkelijkheid”.)

Er wordt door beroepsgroepen veel aandacht besteed aan opleidingen , bijscholing en uitwisseling van expertise , inzichten en ervaringen. Het is aan te bevelen om dit systematisch uit te breiden naar activiteiten tussen beroepsgroepen. Immers steeds meer patiënten hebben “multi-morbiditeitsvragen ”, waar inbreng vanuit meerdere disciplines gewenst is. De beleidsnota “Juiste Zorg op de Juiste Plaats” van het ministerie VWS gaat geen succes worden , NEE het is reeds een succes. In de praktijk doen vele zorgprofessionals en patiënten dit .[Ik merk op dat deze beleidsnota is opgesteld conform het “Jos Werner-beleidsparadigma”. Namelijk doordat het “secretariaat van VWS onder leiding van de directeur-generaal ” heeft opgeschreven wat een groep zorgprofessionals , patiënten en bestuurders uit de praktijk heeft aangegeven waar men concreet mee aan de slag is , welke innovaties men doet , enz..]

Ook zijn er veel “vooroordelen” over de bekostiging. In vele publicaties – ook van de overheid in de discussienota “Toekomst van de Zorg” – wordt het beeld opgeroepen dat de bekostiging van instellingen en beroepsbeoefenaren sterke productieprikkel bevatten. En dat is slechts in beperkt mate het geval. B.v. ziekenhuizen, ouderenzorgorganisaties, medisch specialisten en wijkverpleegkundigen kennen omzet- en volume-plafonds. Men kent zelfs het begrip “overproductie”, die niet door zorgverzekeraars en zorgkantoren wordt vergoed. [Overigens heeft het begrip “overproductie” een negatieve connotatie, in de zin van “niet-noodzakelijke” zorg of “overbodige” zorg. Het gaat om productie en over geleverde zorg aan patiënten die daarvoor waren geïndiceerd. Het is dus legitieme zorg , die alleen niet wordt vergoed.] Of kijk naar de bekostiging van de huisartsenzorg . Naar mijn schatting is 75 a 80 % van hun totale inkomsten juist niet “productie” -bepaald. Dit neemt natuurlijk niet weg dat er – zij het in beperkt mate- en voor bepaalde specifiek gedefinieerde producten een productprikkel is.

Het is aan te bevelen om te onderzoeken hoe het nu echt zit met die “ productie-prikkel ” in de bekostiging. In welke mate is de zorg een “beschikbaarheidsvoorziening” en is het nut gelegen in de “beschikbaarheidsnuttigheid”. In welke mate is de zorg een “attributie-economie”? De bestuurlijke hoofdlijnenakkoorden op macroniveau bieden hiervoor zeker aanknopingspunten. In hoofdstuk I en IV hebben we dit verder uitgewerkt. Aan de andere kant was , is en blijft de zorg natuurlijk een individueel gebeuren en een individuele relatie tussen de zorgprofessional (s) en de patiënt. In hoofdstuk II hebben we de algemene

economische ontwikkelingen - zoals b.v. het prosumentenmodel - toegepast op de zorg. Het centrale uitgangspunt is dat de werkvloer - ook in de zorg- uiteindelijk veel sturender is voor wat er daadwerkelijk in de zorg gebeurt, dan het "beleid" van overheid/zorgverzekeraars. De dynamiek op de werkvloer heeft t.a.v. het macro-beleid van de overheid/zorgverzekeraars in zekere mate een autonoom karakter. Het beleid van overheid/zorgverzekeraars was de afgelopen jaren vooral gericht op het sturen van het microniveau vanuit het macroniveau en dan niet alleen beïnvloeden maar ook direct sturen. Men wilde het macro - en het microniveau direct aan elkaar verbinden. Hierin was de prestatie-bekostiging een belangrijk element. Echter we moeten constateren dat dit niet gelukt is en eigenlijk alleen maar heeft geleid tot een zeer sterke verhoging van de administratieve lastendruk en een zeer sterke registratie-druk. En dit heeft ook niet geleid tot meer inzicht en transparantie voor de overheid en zorgverzekeraars in hetgeen op microniveau in de vertrouwensrelatie tussen zorgprofessional en patiënt. Dat laatste was noodzakelijk voor die bedoelde sturing vanuit het macroniveau van het microniveau. Het voor het macroniveau autonome effect van de productie-prikkel moest worden geëlimineerd c.q. op z'n minst worden ingeperkt. De pogingen in het coalitieakkoord van het kabinet Rutte IV om de vrijgevestigde medisch specialisten in loondienst te krijgen, getuigen nog steeds van deze sturings-opvattingen. Of de uitspraken in het coalitieakkoord m.b.t. het niet meer "vrijblijvend" willen hanteren van "passende zorg" en daar ook een financiële bezuiniging voor inboekt, getuigt ook nog steeds van de opvatting om het microniveau te willen sturen vanuit het macroniveau. Het zal uit het bovenstaande duidelijk zijn dat wij niet veel geloof hechten aan het succes van dit voorgenomen beleid.

Het uitschakelen c.q. mitigeren van de productieprikkel is toch wel gelukt, maar op een andere manier. De prestatiebekostiging is formeel ingevoerd, middels het onderhandelen over individuele tarieven en individuele volumina per tariefdrager (DBC/DOT) per ziekenhuis en per zorgverzekeraar. In dit plan paste geen omzetplafonds en ook geen volumeplafonds op instellingsniveau. Maar in de praktijk hebben zorginstellingen, zorgverzekeraars en zorgkantoren dit in de praktijk juist wel omzet- en volumeplafonds ingevoerd. Voor zorgverzekeraars was dit relevant om de totale schadelast in de hand te houden en binnen de kaders van de hoofdlijnenakkoorden. Betekent dit dat zorgverzekeraars een sterker geloof hebben in de beheersbaarheid middels omzet- en volumeplafonds dan in de prikkels, die uit zouden gaan van de prestatie-bekostiging ???!! Voor zorginstellingen zijn de voordelen van dit systeem groter dan de nadelen in vergelijking met prestatie-bekostiging. De interne aanwending is dan een aangelegenheid van de instelling, het microniveau. Bovendien moeten we met name bij de ziekenhuizen ons realiseren dat de honoraria van de vrijgevestigde specialisten onderdeel zijn van die plafonds resp. van de tarieven. In het systeem van de omzetplafonds is het voor het ziekenhuisbestuur makkelijker c.q. minder moeilijk te onderhandelen over het totale honorariumbudget, met een interne verdeling door de specialisten binnen het MSB. Bovendien paste dit beter bij hoe dat in de jaren daarvoor was geregeld.

Het omzet- en volumeplafondsysteem sluit ook aan bij het uit elkaar houden van het macro en het microniveau. De overheid/zorgverzekeraar hoort niet in de spreekkamer van zorgprofessional en patiënt.

MAAR ZIJN WE ER DAN AL?? NEE ZEKER NIET.

Het huidige systeem voor de ziekenhuizen is een te ingewikkeld budget-achtig systeem. Er worden per individuele zorgverzekeraar omzet- en volumeplafonds afgesproken. Er worden per zorgverzekeraar ook aparte (verreken-) tarieven per DBC/DOTje uitonderhandeld. Deze tarieven zijn louter verreken-tarieven, om het afgesproken omzetplafond op de bankrekening van het ziekenhuis te krijgen. Ze hebben dus een – op zich zelve relevante-liquiditeitsfunctie. De volumeplafonds per zorgverzekeraar leiden bij de ziekenhuizen tot **plafond-management**. Probeer te bereiken dat je alle volume-plafonds per zorgverzekeraar vol hebt en niet overschrijdt.

0.4 Vereenvoudiging van de bekostiging: TIENPUNTENPLAN.

Dit systeem is veel te ingewikkeld en leidt tot een grote administratieve lastendruk. Dit kan en moet veel eenvoudiger. In dat kader is het **TIENPUNTEN-PLAN** ontwikkeld. (In hoofdstuk VI is dit verder uitgewerkt.) Enkele hoofdlijnen zijn :

1. De zorgdynamiek op de werkvloer , de vertrouwensrelatie tussen de individuele zorgprofessional(s) en de individuele patiënt , de precisiegeneeskunde, het prosumentenmodel, enz, vragen om ruimte en vertrouwen.
2. De steeds groter wordende diversiteit en specificiteit laten zich niet vangen in landelijk uniforme DBC/DOTjes.
3. Maak onderscheid tussen het macro en het microniveau. Probeer deze niet te verbinden door ingewikkelde prestatie-achtige bekostigingsmodellen. Geeft uiteindelijk geen adequaat inzicht en transparantie , maar alleen maar een grote registratie-last en administratieve lastendruk.
4. Maak EEN totaal omzet- en volumeplafond voor het gehele ziekenhuis. Hierbij kunnen ook afspraken worden gemaakt over innovaties , over kwaliteitsontwikkeling , over acute zorg, over samenwerking in de regio, enz..
5. Laat dit door een zorgverzekeraar , namens alle anderen uitonderhandelen. (het z.g.n. representatie-model)
6. Laat de NZa landelijke , uniforme (verreken-) tarieven vaststellen.
7. Baseer de omzet- en volumeplafonds per ziekenhuis op de uitgangspunten van de landelijke hoofdlijnenakkoorden. Dit betreft zowel financiële als beleidsmatige uitgangspunten en doelstellingen. Deze moeten hun vertaalslag krijgen naar het regionale en instellingsniveau. (zie punt 1)
8. Voor de financiële kaders zijn de ramingen van de CPB-modellen het uitgangspunt. (Voor een nadere uitwerking van deze modellen verwijst ik naar hoofdstuk VII)In deze CPB-ramingen zijn ontwikkelingen zoals demografie, epidemiologie , economische ontwikkelingen/ inkomens-elasticiteiten,

technologie, enz. meegenomen. Evenals de OVA-ruimte voor de arbeidsvoorwaardenontwikkeling in de zorgsector.

9. Vertrouwen vraagt om transparantie naar patiënten , maar ook naar zorgverzekeraars , de overheid, enz.. Deze transparantie kan het beste vorm worden gegeven door directe betrokkenheid, door het mee laten kijken en ontwikkelen, door het “verhaal” te laten vertellen door zorgprofessionals en door patiënten, enz.. En niet door steeds meer te monitoren en te registreren. Daarvoor is de dynamiek op de werkvloer ook veel te sterk. Betrek de zorgverzekeraars veel directer bij de beleidsvorming van ziekenhuizen, bij de ontwikkeling en implementatie van innovaties, bij innovaties, bij samenwerkingsconcepten, enz..
10. De bekostiging van de honoraria van de vrijgevestigde specialisten blijft onderdeel van het totale omzetplafond c.q. budget van het ziekenhuis. De verdeling is een interne verantwoordelijkheid van het MSB. Dit biedt ook de mogelijkheid - zoals in de afgelopen jaren reed enkele malen is gebeurd - om mee te investeren in de ontwikkeling en vernieuwing van de zorg.

Het Tienpuntenplan sluit goed aan bij de huidige werkwijze van het bekostigingssysteem in de praktijk. Het is dus wel een grote verandering t.o.v. het concept van prestatiebekostiging. Maar dat was in de praktijk reeds omgebogen in het “budgetachtige omzetplafond”-systeem. Het geeft de nodige ruimte aan de werkvloer om verder te werken aan innovatie en kwaliteitsontwikkeling. Het zal een verdere push geven aan “passende zorg”, ook in samenwerking en afstemming met andere zorgverleners en natuurlijk met de patiënten. Patiënten die steeds meer eigen regie nemen , conform het prosumentenmodel. De individuele zorg wordt steeds specifieker en op de individuele patiënt afgestemd.[Blijham noemt dit precisiegeneeskunde.]Die steeds grotere diversiteit in de directe zorgverlening laat zich ook steeds moeilijker vatten in een eenduidig classificatie- en definitiesysteem. We moeten ons dan ook realiseren dat het concept “passende zorg “ als landelijk, uniform concept niet gaat werken. Jeurissen ,c.s. geven aan dat de wijze waarop in het coalitieakkoord “passend zorg ” niet meer vrijblijvend kan blijven, niet “passend “ bij de dynamiek in de zorg en dat dit tot succes zal leiden is dan ook zeer te betwijfelen. Het is kansrijker – zoals Jan Kremer stelt - als je de informatie en de expertise , die in “passend zorg” wordt ontwikkeld ter beschikking stelt van de werkvloer en veel meer in “lerende en verbeterende” vorm aanbiedt dan in een voorschrijvende.

Een groot voordeel van dit vereenvoudigde systeem is dat de administratieve lastendruk aanmerkelijk afneemt.

Dit systeem sluit ook beter aan bij de in hoofdstuk I en II geschetste algemene en specifieke ontwikkelingen in de zorgsector.

0.5 ROL VAN OVERHEID EN ZORGVERZEKERAARS

Bovenstaand wordt mogelijk de indruk gewekt dat ik pleit voor een veel beperktere rol van de (landelijk) overheid en de zorgverzekeraars/ zorg-kantoren. Ik wil dit onderstaand toelichten.

ROL VAN DE OVERHEID.

Eerst de rol van de overheid. Die blijft grotendeels hetzelfde als nu. Dus o.a. de marktmeesters-rol t.a.v. het stelsel, de verantwoordelijkheid m.b.t. algemene toegankelijkheid , kwaliteitsborging, macro financiële kaders, pakketsamenstelling, inkomensafhankelijke premie , de zorgtoeslagen, enz.. Hiertoe heeft de overheid een drietal ZBO-achtige organen opgericht, voor advisering , controle en uitvoering. Namelijk de IGJ, de NZa en het Zorginstituut. Het afsluiten van de bestuurlijke hoofdlijnen akkoorden is hierbij voor de overheid een belangrijk instrument.

De overheid moet zich noch direct , noch indirect gaan bemoeien met de zorgverlening op de werkvloer. Evenals de zorgverzekeraar hoort de overheid niet thuis in de spreekkamer van de patient en de dokter/ verpleegkundige. Voor de kwaliteit is de IGJ de instantie die dit met gezag kan controleren en borgen.

ROL VAN DE ZORGVERZEKERAAR : INSTITUTIONELE ROL.

De zorgverzekeraars hebben zich de laatste jaren vooral gefocust op de rol van “uitvoerder van de overheid ” m.b.t. de kostenbeheersing. Natuurlijk hebben de zorgverzekeraars een grote medeverantwoordelijkheid m.b.t. de kosten van de zorg. Maar de zorgverzekeraars hebben in het kader hun contrateringsrol ook en misschien wel vooral een institutionele rol. Hiermee bedoel ik een (mede-) verantwoordelijkheid t.a.v. het voorzieningenniveau in een regio, de samenwerking tussen de verschillende typen voorzieningen, het bevorderen van de uitwisseling van expertise en ervaringen (zie ook bovenstaand mijn opmerkingen over “passende zorg”) , enz.. Deze institutionele rol van zorgverzekeraars is ook voor de kostenbeheersing relevanter dan de contractering , controle en beheersing van activiteiten op de werkvloer. Gezien de kostenstructuur in de zorgsector- die in grotere mate bepaald wordt door de “beschikbaarheden van voorzieningen “ dan door het gebruik van die “beschikbaarheden”. [Ik realiseer me dat dit niet voor alle zorgsectoren opgaat .] Feitelijk is die institutionele rol veel relevanter voor de kostenbeheersing, dan het “onderhandelen” over een röntgenfoto meer of minder. We moeten ons hierbij realiseren dat de vrijgevestigde specialisten ook sterk gebonden zijn aan de ontwikkeling van het ziekenhuisbudget en binnen dit kader het onderling te verdelen honorarium lumpsum. Ik heb die institutionele rol van zorgverzekeraars toegelicht aan de hand van de casus

“Slotervaart-ziekenhuis”. Volledigheidshalve verwijs ik hier naar. (hoofdstuk) Dat illustreert het belang van de institutionele rol van zorgverzekeraars, ook op de maatschappelijke kosten.

0.6 MARKTWERKING : GENUANCEERD DEBAT.

Er is veel debat over de mate waarin er wel of niet marktwerking is in de zorg. Ook hierbij zien we weer veel oordelen en vooroordelen , feiten en meningen door elkaar heenlopen, enz.. De definities van “marktwerking” zijn vaak niet helder. Wat ons betreft gaat het bij marktwerking vooral om de keuzevrijheid van patiënten om zelf een zorgaanbieder te kiezen en dat een verzekerde zelf zijn zorgverzekeraar kan kiezen. Dit prikkelt zorgaanbieders en ook zorgverzekeraars om bij hun (potentiële) cliënten in de gunst komen. Men zal zich moeten profileren. Er moet ook wat te kiezen zijn en blijven voor cliënten. ACM en NZa hebben dan ook een taak om bij fusies en overnames te toetsen of de keuzevrijheid van cliënten niet te veel ingeperkt wordt. Er dat er geen “monopolie-achtige “ situaties gaan ontstaan.

In hoofdstuk IV en II hebben we dit voor de verschillende “markten” nader uitgewerkt. Op de “zorgverleningsmarkt” , hiermee bedoelen we de relatie tussen de zorgprofessional(s) en de patiënt. De patiënt heeft vrije artskeuze. (op basis van artikel 13 van de zorgverzekeringswet.) Ik ben van mening dat het - zeker ook in de toekomst ,met beter opgeleide en mondigere patiënten c.q. prosumenten- dat dit recht blijft bestaan. Het zal zorgprofessionals en de instellingen waarbinnen zij werkzaam zijn , stimuleren om een goede relatie met de patiënten op te bouwen en transparant te zijn over kwaliteit en werkwijzen. Er zijn discussies geweest om de keuzevrijheid van de patiënt - middels een wijziging van artikel 13 - te gaan beperken. Dit met het oog op een versterking van de onderhandelingspositie van de zorgverzekeraars ten opzichte van zorgaanbieders. Zoals ik reeds eerder heb opgemerkt behoort de zorgverzekeraar niet in de spreekkamer. De zorgverzekeraar moet zich vanuit zijn institutionele rol zich veel meer focussen op het - op verzoek van de patiënt - ondersteunen middels b.v. wachtlijstbemiddeling en informatievoorziening over het zorgaanbod. Dit hangt ook samen met de “concurrentiepositie” op de zorg-verzekeringsmarkt. En als we daar naar kijken , moeten we constateren dat de concurrentie tussen zorgverzekeraars om de “verzekerden” zeer sterk is ingeperkt door wet- en regelgeving van de overheid. In de basisverzekering wordt het “product”, het verzekerde pakket, dat een zorgverzekeraar verkoopt, bepaald door de overheid. Er is acceptatieplicht van zorgverzekeraars , er is een verbod op premiedifferentiatie , er is een door de overheid gereguleerd vereveningssysteem. De premie is voor de helft een door de overheid vastgesteld inkomensafhankelijke premie, enz.. De schadelast wordt eveneens sterk door de overheid bepaald. Dus zijn de

mogelijkheden om zich t.o.v. de concurrenten te onderscheiden ook sterk ingeperkt. Dit is gedaan met het oog op de algemene toegankelijkheid en solidariteit. Op de zorginkoop- en verkoopmarkt zijn de concurrentiemogelijkheden - vanuit de wetgeving- minder aan regels gebonden. We zien bij zorg- verzekeraars – zeer voorzichtig- ontwikkelingen naar een groter belang hechten aan de regionale structuren in de zorg. De individuele zorgverzekeraar wil zich daarop minder gaan profileren t.o.v. zijn concurrenten. Maar dit zijn nog geen grote ,expliciete ontwikkelingen en veranderingen. Immers men houdt nog wel vast aan de oorspronkelijke uitgangspunten van de stelselwijzigingen midden in twintiger jaren. Namelijk dat de onderlinge concurrentie leidt tot meer effectieve en efficiënte zorgverlening. Het is ook lastig om als zorgverzekeraar voor jou verzekerden betere kwaliteit in te kopen bij de zorgaanbieders dan die voor de verzekerden van jou concurrenten. Het is namelijk voor een zorgprofessional erg lastig om onderscheid te maken in kwaliteit tussen patiënten die bij verschillende zorgverzekeraars zijn verzekerd. We zien dan ook dat de kwaliteit als zorginkoop-issue niet of nauwelijks van de grond is gekomen.

Er vinden jaarlijks verschuivingen plaats in verzekerden tussen zorgverzekeraars , maar de marktaandeel-verdeling is nog steeds min of meer die van voor 2006, namelijk de oorspronkelijke ziekenfonds- verdeling. Hierbij tekenen we aan dat er tussen de zorgverzekeraars grote fusies en overnames hebben plaats gevonden.

Als we het bovenstaande overzien dan kunnen we concluderen dat er geen sprake is van een zodanige marktwerking dat algemene toegankelijkheid en solidariteit in gevaar zijn. Wij hechten een zo grote waarde aan die algemene toegankelijkheid en solidariteit , dat de overheid breed gelegitimeerd is om de verzekeringsmarkt sterk te reguleren. En dat impliceert dat we de concurrentie tussen zorgverzekeraars zeker niet moeten overdrijven. We zien dat zorgverzekeraars zich ook aan het heroriënteren zijn. B.v. Menzis (zie hun website) die veel aandacht geeft aan de regionale optie en VGZ , die bij monde van haar bestuursvoorzitter in Zorgvisie (augustus 2022) pleit voor meer gelijkgerichtheid tussen zorgverzekeraars en ook dat andere verzekeraars zich moeten aansluiten bij de datgene wat de twee grootste zorgverzekeraars hebben gecontracteerd met zorgaanbieders en geen “freeriders- gedrag “ moet gaan vertonen. Dit sluit – min of meer - aan bij het representatie-model , waar ik in het TIENPUNTENPLAN voor pleit.

ANDERE MARKTEN.

We hebben naast bovengeschetste markten , nog andere markten die relevant zijn voor de zorgsector. Die hebben minder direct te maken met de keuzemogelijkheden van cliënten , maar wel met de positie van zorgaanbieders t.o.v. elkaar (b.v. de arbeidsmarkt) en ten opzichte van sectoren, zoals de farmacie of de markt voor medische apparatuur , technologie, enz.. Deze markten verschillen qua karakter en werking sterk t.o.v. elkaar. Zo heeft de arbeidsmarkt vooral een regionaal karakter, terwijl b.v. de farmacie-markt een internationaal karakter heeft.

Ik ga in het kader van dit boek niet verder in op deze markten, hetgeen niet betekent dat ze niet relevant zouden zijn voor de zorgsector en de dynamiek op de werkvloer.

0.7 PREVENTIE.

We hebben in hoofdstuk IV aandacht gegeven aan preventie. Preventie is zeker een van de strategieën, die de zorg toegankelijk en betaalbaar kan houden. De zorgsector zelf doet reeds veel aan secundaire en tertiaire preventie. Dat kan en moet verder worden uitgebouwd. Primaire preventie - dan denken we aan b.v. schuldhulpverlening, toegankelijkheid tot onderwijsvoorzieningen en de arbeidsmarkt, voorzieningen voor een gezonder leven, enz., zijn geen primaire opdrachten voor de zorgsector.

0.8 De ZORG IS VAN PATIËNTEN EN ZORGPROFESSIONALS.

Als we het bovenstaande overzien, dan kunnen we concluderen dat de zorgdynamiek plaatsvindt, plaatsvindt en blijft plaatsvinden op de werkvloer. Daarom moet de werkvloer, dus zorgprofessionals en patiënten de ruimte hebben om de moderne, kwalitatief goede en efficiënte zorg te verzorgen. Dat betekent enerzijds dat de administratieve lastendruk tot het maximaal noodzakelijke beperkt moet worden en dat vertrouwen het uitgangspunt is. Aan de andere kant dat zorgprofessionals en patiënten transparant moeten zijn over wat er op de werkvloer gebeurt. Dat is van belang om het in hun gestelde vertrouwen te bestendigen.

PROSUMENTEN-MODEL.

Door veranderingen in de zorgverlening (vooral gedreven door “nieuwe technologieën en wetenschappelijke verworvenheden”) en door veranderingen bij patiënten (niet alleen in demografische en epidemiologische zin, maar ook in termen van inkomenspositie en opleidingsniveau, enz.) zal de patiënt steeds mee eigen regie willen en gaan nemen. De patiënt wordt (in steeds grotere mate) naast zorgvrager ook zorgverlener. Dit noemen we het prosumentenmodel. Overigens merk ik op dat we deze ontwikkeling breed in de economie zien.

PRECISIEGENEESKUNDE en PASSENDE ZORG

De zorg wordt individueler, specifiek, veel meer contextgebonden, diverser, enz.. Dit heeft consequenties voor de wijze waarop we het concept “passende zorg” beleidsmatig gaan hanteren. Het is niet “passend” om het “passende zorg”-concept landelijk te gaan “voorschrijven c.q. te verplichten c.q. niet-vrijblijvend” te gaan inzetten. Hanteer het – zoals Jan Kremer dat aangeeft – veel meer in “informatieve, lerende en verbeterende” zin naar de werkvloer toe.

BEKOSTIGING: TIENPUNTENPLAN

Het “prestatiebekostigingsmodel” past bij het versterken van de onderhandelingspositie van de individuele zorgverzekeraars t.o.v. de zorgaanbieders en daarmee de concurrentie tussen

zorgverzekeraars te stimuleren voor een zo laag mogelijke premie voor de verzekerden. En vervolgens kan men door een groter volume weer de positie t.o.v. de zorgaanbieder te versterken. Zo was het bedoeld bij de stelselwijziging. Maar bovenstaand hebben we beschreven dat het zo niet gelopen is. We hebben een – overigens te ingewikkeld – budgetachtige bekostiging in de praktijk gekregen. Het “TIENPUNTENPLAN” stelt een veel eenvoudigere bekostiging voor, met het representatie-model van zorgverzekeraars en een veel meer institutionele rol van zorgverzekeraars. De administratieve lastendruk wordt aanmerkelijk verlaagd. Het gaat uit van een onderscheid tussen het macro-niveau (“allocatie”) en het microniveau (“aanwending”). Hierdoor krijgt de werkvloer de ruimte die het nodig heeft voor verdere innovatie en kwaliteitsontwikkeling. Er vindt een inpassing plaats in de macro-financiële kaders.

HOOFDSTUK I: OP WEG NAAR EEN “NIEUWE” ECONOMIE: DE PROSUMENTEN-ECONOMIE.

Naar andere verhoudingen tussen consumenten en producenten.

I.1 Inleiding.

Dit artikel gaat over de ontwikkeling naar andere verhoudingen in de economische ordening, andere verhoudingen tussen producenten en consumenten, andere impact van de “nieuwe technologieën”, andere typen consumenten, enz..

De organisatie van de economie, de volkshuishouding, gaat de komende jaren paradoxaal veranderen. Dit is een ontwikkeling die reeds gaande is, men kan, als het ware, de “toekomst” nu al zien. Als je maar goed kijkt. Maar in de komende jaren zullen deze veranderingen zich in een versneld tempo gaan doorzetten. Er is mogelijk niet zozeer sprake van een tijdperk van veranderingen, maar van een verandering van tijdperk. (Jan Rotmans, 2014) Dus het gaat om min of meer “fundamentele” veranderingen.

We gaan in dit artikel twee belangrijke trends, die achter deze veranderende verhoudingen liggen, nader beschrijven en toelichten. Dat zijn de grote veranderingen bij consumenten/burgers/vragers (centrale verandering: meer eigen regie) en de sterke veranderingen in de “technologie” en “wetenschap”. Deze twee ontwikkelingen versterken elkaar.

I.2 WELVAARTSSTIJGING IN DE AFGELOPEN “HONDERDEN” JAREN.

Zoals reeds door Adam Smith (1776; vertaald 2019) is beschreven, is arbeidsdeling en -specialisatie een van de drijvende krachten achter de welvaartsstijging. Een beetje simplistisch gesteld: de een kan goed timmeren en de ander kan goed metselen, als de een nu ook timmert voor de ander en de ander ook metselt voor de ene, dan worden beiden er beter van. En natuurlijk zit er een logistiek organisatievraagstuk achter. Maar hier speelt “the invisible hand” van Adam Smith een grote rol. Deze ontwikkeling heeft geleid tot een steeds verdere specialisatie en schaalvergroting. Zelfs op mondiaal niveau.

De rollen van consumenten en producenten werden steeds verder gescheiden. Maar ook hebben deze ontwikkelingen ons – in termen van welvaartsstijging - geen windeieren gelegd. Maar hebben ook vervreemding gebracht. De consument weet niet meer waar de producten “van vandaan komen , waar ze van gemaakt worden en hoe en door wie”. Een van de drijvende krachten achter deze beweging was de “technologie”. Dit was vooral een “technologie”, die alleen economisch was te gebruiken op een grootschalige productiewijze. Deze vroeg ook om zeer gespecialiseerde expertise. Wat de vervreemding nog wat versterkte. En wilde men goedkoop produceren voor een wereldmarkt dan kon dit alleen op een grootschalige productiewijze.

Een negatief effect van deze organisatie van de productie van goederen en diensten was ook dat de eindigheid van de beschikbaarheid van grondstoffen dichterbij kwam en dat er een grote mate van milieuvervuiling ging optreden. In dit verband wil ik verwijzen naar de vele publicaties van de Club van Rome in de zeventiger jaren.

Maar wat gebeurt er!!!

I.3 MAAR WAT GEBEURT: NIEUWE “TECHNOLOGIE” en NIEUWE CONSUMENT.

De technologische en wetenschappelijke ontwikkelingen hebben altijd een zeer grote impact gehad op maatschappelijke ontwikkelingen en dus ook op de economie. Natuurlijk veranderen ook mensen/ burgers/vragers. Ze zijn beter opgeleid , hebben een betere inkomenspositie, zijn assertiever, enz.. En deze twee ontwikkelingen beïnvloeden en kunnen elkaar versterken.

Wat we nu zien is dat de “technologise en wetenschappelijke ontwikkelingen “ paradigmatisch aan het veranderen zijn. Van sterk “producent- c.q. aanbodgestuurd ” naar meer en meer “ consument- c.q. vraaggestuurd ”. En natuurlijk kennen we de sterke posities van grote ondernemingen op wereldschaal. Maar die hebben - mogelijk paradoxaal genoeg - ook een versterkend effect op de positie van de consument t.o.v. de “klassieke” producent. Komt de consument/vrager nu van de regen in de drup of toch niet ?! Hoe kan in dit gigantische krachtenveld de positie van de consument worden ondersteund , versterkt c.q. niet verzwakt ?Om dat toe te lichten maken we onderscheid in “ Oude Technologie” en “Nieuwe Technologie”.

“OUDE”TECHNOLOGIE

“NIEUWE”

Hoge Kwaliteit	Hoge Kwaliteit
Complex	Eenvoudig
Hoge expertise	Lage expertise
Duur	Goedkoop
Grootschalig	Kleinschalig
Klant-onvriendelijk	Klant-vriendelijk
“Groepen/Standaarden”	Individueel/Specifiek
Producent-regie	Consument-regie

Onder “oude” technologie verstaan we technologie die in de afgelopen tientallen jaren is ontwikkeld om met name de productieprocessen te automatiseren en te versnellen, zodat men grote volumina met een hogere kwaliteit en tegen lagere prijzen, kon produceren. Dit was technologie, die vanwege de grote investeringen, exploitatiekosten en die zeer gespecialiseerde expertise vereisten, alleen op grootschalige werkwijze kon worden geëxploiteerd. Dit leidde tot hoogwaardige producten tegen een relatief lage prijs. Ook leidde dit tot het opknippen van de productie en een grote regionale verspreiding, zelfs op wereldschaal. De “nieuwe” technologie berust op andere wetenschappelijke inzichten, o.a. nanotechnologie, DNA-technologie, communicatie- en ICT-technologie, AI-technologie en big data-science, enz.. Overigens merk ik op dat de doorontwikkeling van de “oude” technologie gewoon doorgaat.

Het onderscheid “oude” en “nieuwe” technologie loopt min of meer parallel met het onderscheid dat Erik Brynjolfsson. (2022) Hij onderscheidt enerzijds “technologie, die vooral leidt tot substitutie van arbeid door kapitaal” en anderzijds “technologie, die burgers/consumenten versterkt in het meer zelf regisseren”.

De “nieuwe” technologie maakt het -in combinatie met een gemiddelde steeds hoger opgeleide consument c.q. burger - mogelijk dat de consument veel meer de eigen regie over zowel de consumptie als ook de productie gaat nemen. De consument wordt meer en meer mate z’n eigen producent. Enkele voorbeelden ter illustratie. De consument van bancaire/financiële diensten gaat z’n eigen vraag naar die diensten produceren met behulp van internetbankieren. De consument neemt in steeds grotere mate de eigen regie. De consument gaat met behulp van zonnepanelen (in steeds grotere mate) zijn eigen energievraag produceren. De consument wordt – met behulp van internet/mails- zijn eigen postbode. De “oude” producent wordt meer en meer “platform-beheerder” en toeleverancier, enz.. Ook wordt zijn rol als “deskundige/ adviseur” van consumenten/producenten steeds belangrijker. Het businessmodel van de “oude” producenten gaat dus fundamenteel veranderen. De consument wordt o.a. :

- Bankier
- Energieproducent

- Postbode
- Retailer
- Dokter
- Bibliothecaris
- Uitgever
- Docent
- Enz., enz., enz.....

M.b.t. de zorg wil ik wijzen op de ontwikkeling van het concept van “gepersonaliseerde zorg” (Nico van Weert en Jan Hazelzet , 2020) en op de ontwikkeling die van Montfort beschrijft in de monografie “ Van VOOR , via MET naar DOOR “ de patiënt. (van Montfort, UT 2020) In een sterk geprofessionaliseerde sector als de zorg word veel gewerkt met “protocollen, normen , standaarden en richtlijnen “ voor bepaalde onderzoeks- en behandel trajecten van patiënten. In dit kader speelt “praktijkvariatie ” een belangrijke rol. Een afwijkende praktijkvariatie heeft een negatieve connotatie. Maar door de ontwikkeling van “precisie-geneeskunde “, op basis van o.a. genetica en DNA -onderzoek , kunnen we geneesmiddelen en behandelprocedures op maat van de individuele patiënt maken. Het gaat dus niet zo zeer meer om “groepen” met statistische kansrekeningen , maar om de individuele patiënt. En deze ontwikkeling wordt versterkt doordat de patiënt steeds meer zelf gaat doen, regelen organiseren.

Ik wil de “docent” nog even wat nader toelichten. Niet alleen in het bedrijfsleven en de zorg ,maar ook in het onderwijs zien we vergelijkbare ontwikkelingen. In het hoger onderwijs zien we steeds meer “individuele, specifiekere ” opleidingsprogramma’s ontstaan. B.v. de Open-ICT opleiding aan de HU(zie de site van de HU) , waarin studenten veel meer zelf regelen en organiseren hoe men de opleiding inricht. Dit betreft uiteraard niet de “eisen” die aan het verwerven van het diploma worden gesteld. In een metafoor gesproken, heeft de HU in de toekomst niet meer “78 opleidingsprogramma’s “, maar 36.000. (het aantal studenten aan de HU)

I.4 HET PROSUMENTEN-MODEL.

Het is Alvin Toffler geweest die de term “prosument” heeft ontwikkeld. Het is een samentrekking van “consument” en “producent”. Ik verwijs naar een tweetal boeken , namelijk “De Derde Golf”(eerste uitgave was in 1980) en “Revolutionaire rijkdom” (samen met zijn echtgenote Heidi ; uitgave 2006)

Voortbouwend op het werk van de Tofflers kunnen we constateren dat de door hun geschetste ontwikkelingen een zeer sterke impuls hebben gekregen. Dit met name door de zich - in recente jaren- zeer sterk ontwikkelende “nieuwe technologie en wetenschappelijke ontwikkelingen” , de verbeterde sociaaleconomische positie van consumenten en het steeds hogere opleidingsniveau. Deze ontwikkelingen hebben ervoor gezorgd dat deze nieuwe verworvenheden ook in de praktijk steeds meer kunnen worden gebruikt. Natuurlijk zal de “consument-regie” de “producent-regie” niet helemaal c.q. deels gaan verdringen , maar de onderlinge verhoudingen zullen wel gaan verschuiven.

In deze periode wordt de prosumer vooral geplaatst in het kader van “marketing” en “informatie over producten en diensten door consumenten , die door technologische ontwikkelingen steeds beter zijn geïnformeerd ”. Voor de producent is dan de uitdaging om hier als “eerste” op in te steken om de consument zo snel mogelijk aan zich te binden. (Marco Derksen, 2005) Op de site van Kennisconsult (2013) zien we de volgende definitie: “Prosumers zijn consumenten die gemiddeld genomen sneller reageren op stimuli in de markt dan de overige consumenten. Het zijn in feite “early adopters ” en op basis van hun gedrag kan men voorspellingen doen voor het te verwachten gedrag van de andere consumenten. ”

Wijfels (2015) heeft de term “prosumert ” vooral geplaatst in het kader van de rol van gemeenten en burgers bij het vormgeven aan de nieuwe economie. “De burger is niet alleen louter consument maar ook producent. Gemeenten zijn de bemiddelaar op het nieuwe speelveld waar burgers , bedrijven en maatschappelijke organisaties elkaar ontmoeten ”. Hij wijst dan met name op de nieuwe organisatie van de energievoorziening en het ontstaan van honderden energiecoöperaties.

In Nederland hebben Katrien Luijkx en Aad de Roo (2005) , Kim Putters en Katrien Luijkx (2007) en later ook Eelko den Breejen onderzoek gedaan naar “het prosumerisme in de zorg”. Men kijkt vooral naar het arbeidsbesparende effect van nieuw “technologieën en behandelprocedures “ , waarbij de patiënt bepaalde activiteiten van de zorgprofessional overneemt. Dat zijn natuurlijk vormen van het “prosumertenmodel”. Maar ik denk dat sinds 2005 de ontwikkelingen op “technologisch gebied en de wetenschap “ zeer snel zijn veranderd in wat we bovenstaand de “Nieuwe Technologie” hebben genoemd. Hiermee samenhangend zien we ook dat de eigen regierol van cliënten sterk is toegenomen , in samenhang met veel hogere opleidingsniveau en de betere sociaaleconomische positie. Dit betekent dat het om veel meer gaat dan alleen om het arbeidsbesparende aspect of “marketing en consumenteninformatie”. Men benadert het concept vooral vanuit de “producenten-kant”. Echter de rollen en posities van “producent” en “consument” is echt paradigmatisch aan het veranderen.

I.5 ORGANISATIE van de ECONOMIE gaat op de SCHOP.

De organisatie van de economie gaat op de schop. De verhoudingen consument – producent gaat fundamenteel veranderen c.q. (deels) omkeren. B.v. de RABO-bank heeft de afgelopen jaren enkele duizenden arbeidsplaatsen gereduceerd. Niet omdat de vraag naar bancaire diensten is afgenomen (die is alleen maar zeer sterk toegenomen) of omdat men omzet heeft verloren aan concurrenten (die hadden namelijk hetzelfde probleem) maar omdat de vragen naar bancaire diensten (de consument) zijn eigen vraag is gaan produceren met behulp van internet. De RABO-bank vervult bij deze productie eigenlijk vooral de “platform-functie”. Overigens merk ik op dat deze ontwikkelingen ertoe geleid hebben dat de banken – ook de RABO-bank - hun strategie hebben verlegd en aangepast. We schetsen hier een voorbeeld. Maar deze beweging is natuurlijk “economie-breed” te signaleren en zal in de toekomst zich sterk gaan verbreden en verdiepen.

I.6 GROOTSCHALIG EN KLEINSCHALIG : GEHEEL ANDERE BETEKENIS.

Het zal duidelijk zijn dat door deze ontwikkelingen begrippen als “grootschalig” en “kleinschalig” een geheel andere betekenis zullen gaan krijgen. Voor de consument van bancaire diensten komt zowel de consumptie als de productie op de kleinst mogelijke schaal, namelijk vrijwel een op een. Daarnaast is het grootschalig omdat de productie door de consument plaatsvindt op een (mogelijk zelfs internationaal) groot platform. Een platform dat mogelijk zelfs door meerdere “oude” producenten wordt geëxploiteerd. Denk b.v. aan de “Geldautomaat”, die van meerdere banken is. Het gevolg is ook dat het businessmodel van de banken echt gaat veranderen en dat de concurrentie tussen de banken op andere producten en diensten gaat plaatsvinden. (b.v. denk aan vermogensbeheer of aan geheel andere vormen van kredietverstrekking)

I.7 . ONTWIKKELING BRUTO NATIONAAL PRODUCT: ONDERSCHAT.

De bijdrage van de Rabobank aan het BNP is dus afgenomen en de activiteiten van de consument zelf hebben geen “marktprijs” en tellen dus niet mee in het BNP. We krijgen dus een onderschatting van het BNP door deze ontwikkelingen. We moeten dus nadenken hoe we dit gaan betrekken in de berekeningen van het BNP.

Breed in de economie zien we – al enkele jaren- door met name demografische ontwikkelingen een steeds grotere schaarste ontstaan op de arbeidsmarkt. Dat zien we in zeer veel sectoren. Maar toch zien we geringe loonstijgingen. Hoe kan dat ? We hebben in het verleden natuurlijk ook – periodiek - schaarste op de arbeidsmarkt gehad. Toen zagen we wel significante loonstijgingen , zowel middels CAO-afspraken als middels individuele loondrift. Natuurlijk zien we in sommige sectoren echte, fysieke tekorten. Maar ook zien we dat de arbeidsmarkt toch veel minder op slot zit , dan wel eens uit de officiële cijfers is af te leiden. De arbeidsmigratie kan hierbij een belangrijke rol spelen. En dat geldt ook voor het “onbenutte arbeidspotentieel”. Het CBS raamt dit in het tweede kwartaal 2021 op 1,0 miljoen mensen. (CBS , bericht 20-9-2021) Dit doet de vraag opkomen “hoe op slot zit de arbeidsmarkt” eigenlijk.

Ik denk dat we bij de oplossingen van dit arbeidsmarkt vraagstuk veel meer moeten kijken naar boven geschetste ontwikkelingen. Het doortrekken van lijntjes draagt niet bij aan de oplossing. Ik refereer aan voorbeelden uit de zorgsector. Maar we kunnen die overal zien. In Zorgvisie stond eind vorig jaar een artikel van twee verpleegkundigen uit het Isala-ziekenhuis in Zwolle. Men heeft met ca. 80 covidpatiënten afgesproken dat men niet meer werd opgenomen op de covid-afdeling in het ziekenhuis , maar dat men thuis blijft met apparatuur (o.a. zuurstof en monitoring apparatuur) , met ondersteuning en directe communicatie-middelen met de zorgprofessionals van het ziekenhuis. De kwaliteit van zorg was minimaal vergelijkbaar dan bij opname. Uit hun berekeningen bleek dat men voor deze 80 patiënten in de behandelperiode ca. 14,5 fte’n minder verpleegkundigen nodig had. M.a.w. een significante bijdrage aan het oplossen van het tekort aan verpleegkundigen. Door een veranderende wijze van zorgverlenen (de “productie”) zien we het prosumentenmodel ontstaan. De zorgvrager (de “consument”) is (deels) zijn eigen “producent” geworden. Dit

zijn natuurlijk veel structurelere oplossingen van het arbeidsmarkt- vraagstuk als van ook het kostenvraagstuk. Er zijn zowel in de zorg als in vrijwel alle andere sectoren in de economie legio van dit soort voorbeelden te signaleren. DE TOEKOMST IS AL BEGONNEN.

I.8 ANDERE ORGANISATIE-VORMEN van BURGERS/CONSUMENTEN/enz..

We kennen in de huidige organisatiestructuur van de economie allerlei organisaties op mesoniveau. B.v. vakbonden, consumentenbonden, werkgeversorganisaties, brancheorganisaties voor allerlei sectoren, maar b.v. ook de SER, enz.. Deze organisaties liggen in het verlengde van de organisatie van de economie, waarin de "klassieke" verdelingen "consument"- "producent", "werkgever"- werknemer" een grote rol spelen. Maar de geschetste veranderingen in de structuur van de economie zullen ook op deze organisaties een grote invloed hebben. We zien bijvoorbeeld allerlei burgerinitiatieven ontstaan. B.v. een energie-coöperatie van burgers die gezamenlijk energie gaan produceren of op het gebied van de zorg, waar burgers zelf de zorg gaan regelen, organiseren en verlenen. Op de site van Nederland Zorgt Voor Elkaar kan men zien hoeveel burgerinitiatieven er inmiddels zijn. Van zeer diverse aard, doelstelling en opzet. Deze initiatieven zijn dus organisaties van burgers, die veel meer zelf en gezamenlijk willen organiseren, regelen en "produceren".

I.9 HYBRIDE ECONOMIE en ROL VAN DE OVERHEID.

Een centrale vraag als het gaat over de organisatie van de economie is of het een aanbodgestuurde of een vraaggestuurde economie is. Zoals reeds aangegeven zijn de verhoudingen tussen "producent" en "consument" fundamenteel aan het veranderen door de geschetste ontwikkelingen. Het zal geen totale verschuiving zijn van een "aanbodgestuurde economie" naar een "vraaggestuurde economie". Immers de "push" vanuit met name de "technologische/wetenschappelijke kant" (de aanbodkant) is een van de dominante factoren. Maar deze "push" zal de positie van de vrager /de consument zeer zeker versterken t.o.v. de "traditionele" producent. Het zal dus meer een hybride economie worden. In dit kader kan ook de discussie gevoerd worden of die "traditionele" producent de initiator (de "trekkende" c.q. de "duwende" kracht) is of dat dit veel eerder vanuit de consument gaat komen. Dit zal per type "productie-proces" kunnen verschillen. Maar het is wel zeker dat die "traditionele" producent, die als eerste hierop richting consumenten op inspeelt, een grote voorsprong heeft t.o.v. zijn "traditionele" concurrenten. Die

“traditionele” producenten zullen – in het verlengde van deze dynamiek - nieuwe strategische keuzes gaan maken. Zo zie je dat bijvoorbeeld nu al in het bankwezen. De banken hebben doordat de consumenten middels internetbankieren een deel van de “productie” van bancaire diensten van de banken c.q. de producenten overgenomen. De banken hebben - althans voor wat betreft het geldverkeer – nu vooral de platform-functie. Zoals reeds is aangegeven heeft de RABO ca. 35.000 arbeidsplaatsen gereduceerd. En men heeft in hun strategie keuzes gemaakt m.b.t. kredietverlening en financiering en voor het (particuliere) vermogensbeheer. Keuzes die men anders misschien ook gemaakt zou kunnen hebben. Ook zie je dat de banken die tot voor kort t.a.v. het geldverkeer elkaars concurrenten waren, nu op dit gebied gaan samenwerken. B.v. men heeft nu gezamenlijke geldautomaten.

We gaan dus niet van een “aanbodgestuurde” naar een “vraaggestuurde” economie, maar naar een hybride economie. De “aanbodkant” zal – gestuurd door de “nieuwe technologie/wetenschap” EN door de veranderende consument, een belangrijke rol blijven vervullen. Maar we gaan wel naar andere verhoudingen tussen producenten en consumenten.

Welke rol speelt de overheid hierin? Dat is natuurlijk mede afhankelijk van “politieke keuzes”, regeringssamenstelling, enz.. Wat is de rol van de overheid bij b.v. het creëren van meer kanselijkheid, inkomensbeleid, beleid t.a.v. (semi-) publieke voorzieningen, innovatie? Bij de beantwoording van deze vragen moeten we ons ook realiseren wat de “min of meer” beleidsonafhankelijke ontwikkelingen zijn? Wat is autonoom vanuit de werkvloer? Mariana Mazzucato (2014) schetst - aan de hand van concrete voorbeelden - een actieve rol van de overheid als het gaat om innovatie. Zij stelt dat de markt niet kan zonder de overheid. Ik ben het daar zeker mee eens. De overheid speelt met name een rol bij “basic-research”-achtige projecten, waarvan de uitkomsten sowieso onzeker zijn en ook bij zeer grote en risicovolle “development-achtige” projecten. Maar ik zou willen aanvullen dat de overheid niet kan zonder de markt. De dynamiek op de werkvloer – of die nu staat bij een chipmachinefabrikant of in de zorg – kent in zekere mate een autonoom karakter. En natuurlijk kan een overheid die dynamiek of delen daarvan faciliteren en ondersteunen, maar de oorsprong van deze dynamiek ligt buiten het overheidsbeleid. M.a.w. de overheid kan met een gericht “subsidie- en financieringsbeleid” bepaalde ontwikkelingen proberen op te roepen, te activeren en te stimuleren. En omgekeerd kan de markt hierop reageren en anticiperen.

I.10 VAN : HAVES and HAVE-NOTSNAAR : CANS and CAN-NOTS

Kim Putters (SCP, 2017 en 2018) merkt op dat “we voor ons werk steeds minder tijd- en plaatsgebonden zijn. Dat biedt allerlei kansen voor ons eigen leven en het gebruik van technologische mogelijkheden. Maar veranderingen brengen ook stress en onzekerheden mee. In de moderne samenleving ontstaan nieuwe vraagstukken van inclusiviteit en solidariteit.” Maar stelt Putters “Niet iedereen is in staat tot zelfregie.” Putters geeft aan dat

dit kan leiden tot een tweedeling tussen degenen die deze ontwikkelingen wel kunnen volgen (the cans) en degenen die daartoe niet in staat zijn.(the can-nots). Dit vraagt om aandacht. Hier kunnen de boven genoemde burgerinitiatieven een rol spelen. Maar ook de lokale en landelijke overheden kunnen via ondersteuningsprogramma's en het onderwijs een rol spelen.

I.11 SLOTOPMERKINGEN.

Dit is slechts een zeer globale en onvolledige beschrijving wat er breed in de economie aan het gebeuren is. Het "prosumentenmodel" gaat er in de toekomst niet komen, nee het is er al. Door "corona" kreeg deze ontwikkeling een zeer sterke push. Er moet nog veel worden uitgewerkt en er moeten nog veel vragen worden beantwoord. (blog Nieuwe Normaal, Guus van Montfort, 12-08-2020) Maar dat deze ontwikkeling aan de gang is en doorgaat, is wel een zekerheid. De maatschappij en de overheden zullen zich hiermee moeten verhouden. Hierbij spelen ook vraagstukken van algemene bereikbaarheid en toegankelijkheid een grote rol. Maar dat laat onverlet , dat deze ontwikkeling c.q. deze dynamiek gewoon doorgaat. M.a.w. als je goed kijkt , zie je de toekomst nu al in de praktijk.

Literatuurlijst:

1. Jan Rotmans : Verandering van Tijdperk.
2014. ISBN 978-94-6104-035-0
2. Adam Smith : De Welvaart van Landen. Boom Uitgevers, Amsterdam 2019.
Vertaalde versie van: An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations,
London, 1776
3. Isala-ziekenhuis : Op afstand en toch nabij.
In: Zorgvisie//tech , februari 2022.
4. Judith Cornelisse en Anne Merckx: Thuismonitoring bespaart Isala
honderden verpleegkundige diensten
In: Zorgvisie, 13-12 2021.
5. Alvin Toffler : De Derde Golf (Oorspronkelijk The Third Wave, 1980) Uitgeverij L.J.
Veen Utrecht/Amsterdam , 1981, 1987.
6. Alvin Toffler en Heidi Toffler: Revolutionaire Rijkdom. Oorspronkelijke titel:
Revolutionary Wealth. How it will be Created and How it will Change our Lives. 2006.
Uitgeverij Contact, 2006.
7. Nico van Weert en Jan Hazelzet : Gepersonaliseerde medische zorg , Innovatieve
zorg afgestemd op persoonlijke behoefte , voorkeuren en waarden. NFU consortium
Kwaliteit van Zorg , 2020.
8. Guus van Montfort : Zorgsector: van VOOR , via MET naar DOOR de
client. Monografie, SWP uitgeverij, UT 2020.

9. Kim Putters: "De inclusieve samenleving : van have en have-nots naar can en can-nots. Lunch lezing WUR , 31-5-2017.
10. Kim Putters: De gevolgen van een veranderend Nederland op onze samenleving. Lezing CAK, 11-10-2018.
11. Marco Derksen: De (hernieuwde) ontdekking van de prosumer. Marketingfacts, 3-9-2005.
12. Katrien Luijkx en Aad de Roo: Prosumerisme in de Zorg. Tranzo , University of Tilburg , mei 2005.
13. Katrien Luijkx en Kim Putters : Prosumerisme in de Zorg Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, vol. 85 2007.
14. Eelko den Breejen: Arbeidsbesparende Innovaties in de Zorg. Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg IBMG, Rotterdam ???
15. Kennisconsult : Definitie prosumerisme , 2013.
16. Guus van Montfort: Het Nieuwe Normaal. Blog , Zorgvisie, 12-08-2020.
17. Erik Brynjolfsson : Digital Economy . Stanford University. Jan. 2022.
18. Mariana Mazzucato : De Ondernemende Staat. Nieuw Amsterdam Uitgevers , 2014.
19. Herman Wijffels: Lezing op de VNG-Energietop , 19-01-2015.

HOOFDSTUK II: HET GEBEURT OP DE (ZORG-) WERKVLOER!!

**GEEF DE ZORGPROFESSIONAL EN DE CLIENT DE RUIMTE
ALS JE GOED KIJKT, ZIE JE DE TOEKOMST AL IN DE PRAKTIJK.**

II.1. INLEIDING.

In het nieuwe coalitieakkoord “ Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst” (kabinet Rutte IV) is een heroriëntatie te signaleren in de rollen en verantwoordelijkheden betreffende de “sturing in de zorg”.(zie Coalitieakkoord , 15 december 2021) Alhoewel men ook zegt dat men geen “stelselwijziging “ wil. Er wordt aangegeven dat men meer centrale overheidssturing wil om met name de zorgkosten in de hand te houden. Het resultaat van deze meer centralere sturing op de zorgkosten verwacht men niet in de komende kabinetsperiode , maar op veel langere termijn. In 2052 wil men de stijging van de zorgkosten met ca. 4,5 miljard hebben omgebogen. Een van de pijlers onder dit beleid is de veel sterkere sturing op het thema “ Passende Zorg “ (Zorginstituut Nederland) .Patrick Jeurissen, c.s.(2022) hebben aangegeven dat de centrale overheid de zorgkosten o.m. wil gaan beheersen door veel meer centrale sturing (op macroniveau) . Ook centrale sturing door “ingrijpen” op de directe zorgverlening (op microniveau) met behulp van de resultaten van b.v. het project “ Passende Zorg ” van het Zorginstituut Nederland. De auteurs zetten grote vraagtekens bij de effectiviteit van deze centrale sturing. Ik kom daar nog op terug.

In dit artikel gaan we onderzoeken in welke mate dit aansluit bij de dynamiek in de zorg, bij de wijze waarop de zorgverlening in de praktijk functioneert , bij de drijvende krachten die een grote impact hebben op deze zorgdynamiek. Er is in de afgelopen jaren veel gezegd en geschreven over het vertrouwen in de zorgprofessional , in de cliënten en in de werkvloer. De administratieve lastendruk moest significant worden verlaagd om dat vertrouwen ook daadwerkelijk te geven. Maar uit het coalitieakkoord kun je afleiden dat – als we niet oppassen- het bij woorden blijft en dat uiteindelijk het “vertrouwen” toch weer wordt vervangen door “control en beheersing” en dus een nog grotere administratieve lastendruk voor zorprofessional en client.

De algemene conclusie in dit artikel is dat de kabinetsvoornemens en de zorgdynamiek niet goed op elkaar lijken aan te sluiten. Dit wordt nader toegelicht , maar allereerst wordt geschetst welke dynamiek er in de zorg - en dan met name in de relatie tussen de zorgprofessional(s) en de patiënt - plaatsvond , plaatsvindt en blijft plaatsvinden. En zullen deze vervolgens vergeleken met de kabinetsvoornemens.

II.2 ONTWIKKELINGEN en TRENDS in de ZORG : CONTEXT.

Maar laten we eerst dus kijken naar enkele algemene trends en ontwikkelingen in de zorg. In de monografie “ZORGSECTOR : van VOOR , via MET naar DOOR de CLIENT” (van Montfort, 2020) zijn een drietal fases onderscheiden. In deze fases zien we een ontwikkeling van een centrale positie van dokters, naar een centrale positie van zorgverzekeraars en tenslotte een centrale positie van de client. Drijvende krachten achter deze ontwikkelingen zijn met name de grote veranderingen in de positie en de rol van de client en de impact van de “oude “ en de “nieuwe” technologie. Deze twee krachten versterken elkaar. Deze twee ontwikkelingen zullen kort worden toegelicht. In de reeds geciteerde monografie en in de “Reactie op de VWS-discussienota Zorg voor de Toekomst” van van Montfort (2021) , wordt een en ander nader toegelicht.

De cliënten zijn niet alleen veranderd in termen van demografie en epidemiologie , maar ook in gemiddeld opleidingsniveau en inkomensniveau, men kan goed c.q. steeds beter formuleren en aangeven wat men wel en niet wil ,men wil meer eigen regie, de “babyboomers “ hebben een “grote mond”, kunnen zich goed uiten, enz.. (Zie vele studies van het SCP). En natuurlijk realiseer ik me dat er mensen zijn die niet (goed) mee kunnen komen in deze ontwikkelingen. (“the haves and the havenots” EN “the cans and cannots ; (Kim Putters ; SCP) . We komen daar nog op terug. We zien dit niet alleen in de zorg ,maar breed in de gehele economie dat de cliënten steeds meer zelf gaan bepalen en zelfs (deels) uitvoeren c.q. produceren. Denk b.v. aan het voorbeeld van het bankieren. (zie van Montfort ; concept-artikel “De Nieuwe Economie”).

De andere trend is de ontwikkeling van “nieuwe technologie”. Onder “oude technologie” verstaan we de grootschalige , ingewikkelde en complexe technologie. Zoals b.v. de 25ste variant van een PET/CT-scan. Deze vragen om – kwalitatieve en bedrijfseconomische redenen - een grootschalige exploitatie en zeer veel hoogwaardige expertise in de bediening en interpretatie van de data.Deze ontwikkelingen gaan in de toekomst gewoon door. Maar daarnaast zien we steeds meer “nieuwe technologie” komen. We kunnen dan b.v. denken aan monitoring-apparatuur, die patiënten thuis zelf kunnen gebruiken of aan diabetespatiënten, die zichzelf thuis kunnen behandelen – met op afstand- ondersteuning vanuit het ziekenhuis of de thuiszorg. Of in het Isala-ziekenhuis waar covidpatiënten niet meer worden opgenomen in het ziekenhuis , maar met ondersteuning thuis blijven en het zelf regelen. Ook kunnen we denken aan dialyse-patiënten, die de zorg voor hun in het ziekenhuis zelf regelen en organiseren. Er zijn zeer vele voorbeelden van deze nieuwe vormen van zorg. Door covid heeft deze een zeer sterke push gekregen. Veel zorgprofessionals zijn over hun eigen “oude grenzen” gestapt. Ook zien we dat deze nieuwe zorgvormen vaak goedkoper zijn en veel minder verpleeg-kundigen vragen. Dus zo krijgen we ook een bijdrage aan de beheersbaarheid en aan het grote tekort aan personeel.

Het onderscheid “nieuwe” en “oude” technologie loopt min of meer parallel met het onderscheid dat Erik Brynjolfsson (2022) maakt. Hij ziet technologische ontwikkelingen die arbeid substitueren voor kapitaal. (“substitutie-technologie”) Dat is wat wij “oude “ technologie noemen. Daarnaast onderscheid hij “augmented technologie”. Dit is technologie , die als het ware wordt “ toegevoegd” aan mensen en deze versterkt in het zelf creëren van toegevoegde waarde. Dat is – min of meer- wat wij “nieuwe” technologie noemen.

Naast deze twee trends moeten we ons ook realiseren dat er een zorgkosten- en personeelsvraagstuk is. Deze vraagstukken zijn nader beschreven in het concept-artikel “ Een Nieuwe Economie”.

KOSTENVRAAGSTUK en de WERKVLOER.

We hebben in de tachtiger jaren een grote financiële crisis gehad, misschien nog wel groter dan we nu hebben. Bovenstaand is reeds gewezen op de invoering van de budgettering. Deze is op twee manieren effectief geweest. In de eerste plaats doordat de zorgkosten op macroniveau zich gematigd ontwikkeld hebben. De beheersbaarheid is door de vervanging van een “open-end bekostigingssysteem “naar een “budgetsysteem” zeer aanmerkelijk toegenomen. Dat kunnen we zien aan de hand van de zorgkostenontwikkeling in de jaren daarna. Dat was – zeker in relatie tot de voorspellingen - een gematigde kostontwikkeling. En aan de andere kant is gebleken dat de ruimte die zorgprofessionals en patiënten op de werkvloer kregen, goed is benut. De zorg – en zeker in de ziekenhuizen , waar in dit debat vaak de nadruk op ligt, is zeer sterk vernieuwd en effectiever en efficiënter geworden. Als je nu door de ziekenhuizen zou lopen en 30 a 40 jaar geleden, dan is dat een wereld van verschil. (zie van Montfort, 2011) Kortom de werkvloer is gewoon doorgedaan met innovatie, kwaliteitsverbetering en het realiseren van gezondheidswinst. Dit ondanks het – vaak terechte - geklaag over de veel te hoge administratieve lastendruk.

Met betrekking tot de macro-kosten ontwikkeling wil ik nog enkele opmerkingen maken. Zoals beschreven in bijlage II (van Montfort en van Wylick, 2019) zijn een aantal factoren relevant voor de zorgkostenontwikkeling. Dat zijn o.m. 1. demografische en epidemiologische ontwikkelingen met betrekking tot de zorgvraag, 2. technologische en wetenschappelijke ontwikkelingen (zowel kostenverhogende als kostenverlagende effecten) en de economie. Met dit laatste wordt dan vooral de inkomenselasticiteit bedoeld. Het ramingsmodel van het CPB berust op deze drie factoren. Deze ramingen zijn ook de basis voor de hoofdlijnenakkoorden, die een belangrijke rol spelen in de macrokostenbeheersing. M.b.t. de inkomenselasticiteit maken wij - in navolging van Getzen – onderscheid tussen de elasticiteit op individueel niveau en op macroniveau. De consument besteedt bij een stijgend inkomen een steeds groter deel aan zorgkosten. Met de elasticiteit op macroniveau wordt bedoeld dat b.v. de overheid/politiek besluit om meer uit te geven aan zorg als het BNP stijgt. Denk b.v. aan de 2,1 miljard van Rutte/Hugo Borst voor de kwaliteitsverbetering in de verpleeghuizen. We kunnen er gevoeglijk van uitgaan dat als het BNP niet (voldoende) zou stijgen dat de politiek niet voor deze extra miljoenen zou hebben besloten. Voor een verdere uitwerking en toelichting verwijs ik naar betreffende publicatie.

PERSONEELSVRAAGSTUK en de WERKVLOER.

We hadden en hebben een groot personeelsvraagstuk in de zorgsector en trouwens ook in vrijwel de gehele economie hebben we personeelsvraagstuk. Maar laten we kijken naar mogelijke bijdrage aan de oplossingen vanuit de geschetste ontwikkelingen. Bovenstaand zijn al enkele voorbeelden genoemd van de “bijvangst” van deze nieuwe ontwikkelingen in termen van het tekort aan personeel en het kostenvraagstuk.

Natuurlijk hebben zorgprofessionals en cliënten ook een maatschappelijke opdracht in termen van doelmatigheid. Maar benadrukt wordt dat opgepast moet worden de werkvloer directe bezuinigingsopdrachten mee te geven bij innovatieprojecten. En nogmaals is het reëel om te vragen om zich zowel op de kwaliteit/innovatie als op de efficiency te richten. Uit het bovenstaande blijkt dat men – in het verleden - z'n verantwoordelijkheid m.b.t. de betaalbaarheid en doelmatigheid neemt en gewoon “zinnige” en zuinige” zorg levert. Of tewel geef de werkvloer het vertrouwen. En dat wordt ook gewoon waargemaakt. Maar is de effectiviteitsverbetering en efficiencyverhoging aan z'n einde. Nee , geenszins. Er komen – met name op de werkvloer , ondersteund door “nieuwe” technologie- nieuwe mogelijkheden en nieuwe onderzoeks- en behandelprocedures en er komen nieuwe zorgconcepten, die doorgaan op deze ingeslagen weg relevant blijven maken.

In dit artikel wordt verder vooral meer gefocust op de betekenis van de “werkvloer”, als het gaat over innovatie, over kwaliteit van dienstverlening en producten , over de organisatie van de “productie” in de toekomst, enz.. De werkvloer is de motor van de veranderingen en de ontwikkelingen in de zorg. We laten zien dat deze dynamiek “gewoon doorging en doorgaat “ , ondanks belemmeringen vanuit het beleid of vanuit de sterk toenemende administratieve lastendruk, enz..

II.3 THEORETISCH KADER: LEVELS of DECISIONMAKING.

Van Montfort (1986; oratie University Tilburg) heeft de theorie van Rowbottom en Billis (Stratification of work and organisational design) toegepast op de gezondheidszorg in Nederland. Dit was mede naar aanleiding van de invoering van budgettering als bekostigingssysteem voor zorginstellingen in de tachtiger jaren. Dit was een breuk met de bekostiging tot dan toe. Kort samengevat: van een open-eind ,op productie gebaseerde, ex-post bekostiging , naar een “vast” , ex-ante bepaald budget per zorginstelling. Het had een grote impact op de organisatie van de zorg in de instellingen. Was er een theorie achter deze grote verandering? Was dit ook doordacht bij de invoering van de budgettering? In dit kader

moeten we hier de afscheidsrede van prof. Lou Groot (bij zijn pensionering aan de Universiteit Maastricht in 1985) bij betrekken. Groot spreekt van een kantelpunt. Er moest toen een keuze gemaakt worden tussen aan de ene kant de noodzaak tot drastische bezuinigingen op de collectieve lastendruk, en dus ook op de zorg. Aan de andere kant hadden we – zoals gezegd – toen in grote mate open-eind bekostigingssystemen. En die twee waren natuurlijk niet goed te combineren. Daartoe is de budgettering ingevoerd, waardoor de beheersbaarheid op macroniveau sterk werd verbeterd en aan de andere kant was er in zeer grote mate bestedingsvrijheid binnen de zorginstellingen. Zeer veel gedetailleerde regelgeving m.b.t. de aanwending van de middelen binnen afdelingen/ diensten van een zorginstelling van het toenmalige COZ werd in een klap afgeschaft ‘.. [Overigens, interessant om op te merken dat het dus wel degelijk mogelijk is om de administratieve lastdruk snel sterk te verlagen.]

ONDERSCHEID “ALLOCATIE” en “AANWENDING”.

Er was dus sprake van een uitruil tussen aan de ene kant “allocatie” (de “vaste” budgettering) en aan de andere kant de grote ruimte om de middelen intern aan te wenden naar eigen prioriteitenstelling, waardoor innovatie een sterke impuls kreeg. {de “aanwending”}. In termen van “besluitvorming” betekent de invoering van de budgettering op instellings-niveau dat de “medische” en de “economische” besluitvorming worden geïntegreerd. (zie schema’s). In de oude situatie werd het “macroniveau” min of meer bepaald door de wijze waarop op het microniveau de medische besluitvorming “autonoom” t.a.v. de economisch gevolgen worden genomen. En dat veranderd dus fundamenteel - denk aan het kantelpunt van Groot- door de invoering van de budgettering. In het vervolg van dit artikel besteden we uitvoerig aandacht aan de samenhang c.q. het onderscheid tussen de verschillende besluitvormingsniveau’s.

Als we nu teruggaan naar de theorie van Rowbottom & Billis, dan zien we dat er – door de invoering van de budgettering in combinatie met de afschaffing van het dikke COZ-boek, met gedetailleerde voorschriften en regelgeving over de interne aanwending binnen een instelling - een sterk onderscheid gemaakt wordt tussen het macroniveau en het microniveau. De COZ-activiteiten kunnen we – zeker in de tachtiger jaren - plaatsen op macroniveau. Dat was in het begin van het COZ wel wat anders. (Leon de Wolf, 1984) Het COZ is in de zestiger jaren ontstaan vanuit het bureau Wouters, onderdeel van het ministerie van Economische Zaken. In de naoorlogse situatie hadden we een stringent, nationaal prijsbeleid. In de zestiger jaren kwam de corporatistische gedachte steeds meer in zwang. Dat was gebaseerd op het “subsidiariteitsbeginsel” (het beginsel van soevereiniteit in eigen kring, hetgeen ook paste in de toenmalig sterk verzuilde samenleving) . Hetgeen betekende dat veldpartijen de verantwoordelijkheid namen om gezamenlijk een sector(b.v. de zorg) te regelen en te organiseren, inclusief de maatschappelijke verantwoordelijkheden, zoals b.v. de kostenontwikkeling en de betaalbaarheid. Eigenlijk dus het niveau tussen macro en micro, het mesoniveau. Het COZ werd inderdaad in sterke mate ingevuld door vertegenwoordigers uit het veld van de zorg. Een van de uitgangspunten hierbij was het gedachtengoed van Groot (1960). Groot heeft dit concept uitgewerkt in zijn proefschrift over prijsvorming van ziekenhuisdiensten. Toen echter in de zeventiger jaren de zorgkosten

een zo groot probleem werden op macroniveau , werd het COZ eigenlijk meer en meer een “uitvoeringsorganisatie” van de overheid. In termen van de “stratificatie-theorie” betekende dit dat op macroniveau de aanwending op microniveau werd bepaald. Dus niet alleen de “allocatie” , maar ook de de “aanwending ” op microniveau werden feitelijk op macroniveau bepaald. De macro-allocatie bepaalde de mico-aanwending. Volgens Rowbottom & Billis is dat vanuit effectiviteit en efficiency een onwenselijke situatie. We komen onderstaand terug op de 7 “ levels of work of werkniveau ’s ”. Elk werkniveau geeft zijn eigen ruimte nodig. We komen hier later nog op terug.

II.4 WAT BETEKENT DE INVOERING VAN DE BUDGETTERING VOOR DE WERKVLOER?

Wat er eigenlijk gebeurde was dat in de “oude” situatie vanuit het macroniveau het microniveau werd gestuurd en bestuurd. Het bestuur van een zorginstelling was eigenlijk een soort doorvertaler van de gedetailleerde, externe COZ-richtlijnen. De centrale overheid was zo bezig c.q. zo geobsedeerd door de beheersing van de zorgkosten, dat men centrale sturingsmodel steeds verder ging verfijnen. De autonome “medische besluitvorming” op individueel microniveau door de dokter werd middels “richtlijnen op macroniveau “ vertaald in de “bedrijfsvoering” – de aanwending - binnen zorginstellingen. In het schema , achteraan in dit artikel opgenomen - is dit schematisch weergegeven. Tot dus de invoering van de budgettering in de tachtiger jaren. Dit concept is ontwikkeld door een intensieve samenwerking tussen een aantal ziekenhuizen en het departement. Men ontwikkelde dit model met een viertal experimenten in de ziekenhuizen. Dat is vervolgens in 1984 e.v. jaren breed ingevoerd , met name in de intramurale zorgsector. Wel doet zich een merkwaardige paradox voor op macroniveau. In 1982 is door minister Gardeniers van VWS een zeer gedetailleerd plan uitgewerkt voor de z.g.n. beddenreductie. In dit plan is per individueel ziekenhuis precies aangegeven of het gesloten moest worden, of hoeveel bedden men moest inleveren, enz.. Toen enkele jaren later de budgettering werd ingevoerd , werd de toenmalige VWS-staatsecretaris van der Reijden - gevraagd of de beddenreductie-maatregel van Gardeniers niet overbodig was en kon worden ingetrokken. Van der Reijden gaf aan dat hij dit had besproken met de minister van Financiën , Dr. O. Ruding. Die had geantwoord om dat niet te doen , want sprak hij : “Dubbel genaaid is extra sterk”. Oftewel de overheid wil de risico’s m.b.t. de ontwikkeling van de zorgkosten zoveel mogelijk minimaliseren. [Uiteindelijk is dit beddenreductieplan toch van tafel gehaald.]

Dit alles betekende wel dat de werkvloer ruimte kreeg om de directe zorgverlening te innoveren en de kwaliteit verder te verbeteren. En die kans heeft men gegrepen. Ik heb bovenstaand reeds aangegeven wat dit heeft betekend voor de effectiviteit , de efficiency en de gezondheidswinst.

Na de invoering van de budgettering is vervolgens in de tweede helft van de negentiger jaren en het begin van de jaren tweeduizend , de honorariumsystematiek van de vrijgevestigde specialisten aangepast (en min of meer geharmoniseerd met de inmiddels functiegerichte budgettering van de zorginstellingen) door de invoering van de honorarium-

lumpsummen. Deze methodiek is daarna verder doorontwikkeld en per 1-1-2015 zijn de honoraria-lumpsummen geïntegreerd in de bekostiging van de ziekenhuizen. De specialisten onderhandelen dus niet meer met de zorgverzekeraars over hun honoraria.

Vanaf begin 2000 is er een discussie dat de budgettering leidt tot veel te lange wachtlijsten. Minister Borst heeft toen extra middelen toegekend voor het verkorten van de wachtlijsten. (het motto was: boter bij de vis; dus het waren feitelijk geormerkte gelden). Later is dit omgebouwd naar prestatiebekostiging d.w.z. dat de bekostiging veel meer op “prestaties”(lees aantallen en type patiënten) moest worden gebaseerd. Dat gaf de juiste prikkels om de wachtlijsten te bestrijden. Men heeft toen de DBC-systematiek (later DOT-jes) ingevoerd als tariefdrager en als transparantie mechanisme voor zorgverzekeraars en patiënten. Dit was eigenlijk onderdeel van de inmiddels ingevoerde stelselwijziging (de nieuwe Zorgverzekeringswet per 1-1-2006) en de vervanging van de WTG (landelijk gestuurde tarievenwet) door de WMG (veel marktgestuurde onderhandelingen over tarieven) en de WZV (planning- en bouwwet en gedetailleerde regelgeving) door de WTZi (toelatingwet). In het kader van dit artikel past het niet zo goed om ver in te gaan op deze veranderingen in de wetgeving. Ik verwijs naar de reeds genoemde monografie en vooral naar Jeurissen en Maarse (2021) , die “marktwerking van de afgelopen 15 jaar” hebben geëvalueerd. Een van de conclusie is dat men geen aanwijzingen heeft voor een relatie tussen aan de ene kant alle wets- en stelselwijzingen en aan de andere kant de goede toegankelijkheid en kwaliteit van onze zorg in Nederland. En ik zou de betaalbaarheid er nog aan toe willen voegen.

Maar waar ligt dit dan wel aan?Ik denk dat een belangrijke rol heeft gespeeld hoe de daadwerkelijke uitwerking in de praktijk is geweest van de stelselwijzigingen in 2006. En ik wil daar de volgende opmerkingen over maken:

- a. In de eerste plaats is de beoogde concurrentie tussen zorgverzekeraars op de verzekerdenmarkt sterk ingeperkt. Vanwege het organiseren van algemene toegankelijkheid en solidariteit is er veel centrale regelgeving door de overheid. (b.v. acceptatieplicht van zorgverzekeraars , verevening georganiseerd door de overheid tussen zorgverzekeraars, basispakket, groot deel van de premie en de strakke macro-budgettering en bestuurlijke hoofdlijnenakkoorden op macroniveau door de overheid geregisseerd, enz.)
- b. De vervanging van de WTG (centrale regelgeving m.b.t. tarieven) door de WMG (meer marktwerking en de invoering van een echte zorginkoop- en zorgverkoopmarkt) en de vervanging van de WZV(centrale planning) door de WTZi (de huidige WTZa) leidde tot de invoering van prestatie-bekostiging , middels onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over tarieven , volumina en kwaliteit per DBC/DOT.
MAAR dat is in de praktijk niet gebeurd. In de praktijk werden er op instellingsniveau afspraken gemaakt over omzet- en volumeplafonds tussen zorgverzekeraars en instellingen. De tarieven per DBC/DOT zijn feitelijk alleen maar verreken tarieven en hebben verder geen enkele andere economische betekenis. Als we goed kijken is er eigenlijk niet zoveel anders dan een ”soort

budgetsysteem” , met dien verstande dat het veel ingewikkelder is geworden. Men maakt niet meer een totaal-afpraak over een totaal budget per zorginstelling , maar dat doet men per zorgverzekeraar per zorginstelling en ook per zorgverzekeraar per zorginstelling krijg je andere verrekentarieven.En dat leidt alleen maar weer tot een grote uitbreiding van de administratieve lastendruk , die eigenlijk geen enkele betekenis heeft. Er is een Tienpuntenplan ontwikkeld met een veel eenvoudiger uitwerking, die ook de houdbaarheid en de betaalbaarheid van het systeem ten goede komt. (zie monografie van van Montfort).

- c. MAAR , wat zien we ook. Dat de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg zonder meer goed zijn evenals de betaalbaarheid (uiteraard los van corona). Er zijn daar meerdere redenen voor:
 - a. De werkvloer , de zorgprofessional en de patiënt zijn gewoon doorgegaan met het leveren van goede zorg , voor meer innovatie en kwaliteitsontwikkeling. Zij hadden , hebben en zullen ook in de toekomst hun verantwoordelijkheid blijven nemen.
 - b. Wij zien deze ontwikkeling ondanks dus het – terechte - geklaag over de zeer grote administratieve lastendruk. Als we de beweging onder punt a willen behouden ,versterken en willen faciliteren ,dan moeten we de administratieve lastendruk echt significant te verlagen. We hebben dat bij de invoering van de budgettering ook gedaan. Dus we kunnen het wel. In het Tienpuntplan zijn daar zeer concrete voorstellen voor gedaan.
 - c. We hebben de bekostiging in de praktijk uitgewerkt als een budgetsysteem , met daarbinnen een grote vrijheid van aanwending van de gealloceerde middelen. Dit kan echter zoals aangegeven vele malen eenvoudiger.
 - d. Dit betekent niet een geringere rol van zorgverzekeraars , maar wel een andere. De zorgverzekeraar zal veel meer een “institutionele “ rol gaan vervullen. Ter illustratie noem ik de rol van het Zilveren Kruis. Die heeft – in afstemming met de andere zorgverzekeraars neem ik aan - in de regio Amsterdam een goede rol vervult met het stoppen van de extra bekostiging van het Slotervaart-ziekenhuis. Er was in de regio Amsterdam een ziekenhuis teveel. Men heeft de extra bekostiging van het meest inefficiënte ziekenhuis , met een slechte reputatie , gestopt. Het ziekenhuis was niet in staat om het beleid zodanig aan te passen dat men dit kon overleven. Ik wil hierbij wel opmerken dat de raad van bestuur en de raad van toezicht van het Slotervaart-ziekenhuis hun verantwoordelijkheid m.b.t. het begeleiden en ondersteunen van patiënten bij de overstap naar een andere dokter en ziekenhuis niet goed hebben genomen.Dit is dus een voorbeeld van de “institutionele “ rol van zorgverzekeraars. Een ander voorbeeld van deze rol is de samenwerking en afstemming

tussen de voorzieningen, de zorgaanbieders EN de patiënten te stimuleren en waar nodig te sturen.

- e. Opgemerkt wordt dat als de (lokale of landelijke) politiek dit Amsterdamse vraagstuk had moeten oplossen , er een “oplossing” uitgekomen was , die tot een echte maatschappelijk geldverspilling zou hebben geleid. (b.v. een half Slotervaart open houden.) Hieruit blijkt dat veldpartijen , onder leiding van de zorgverzekeraar wel degelijk hun maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen. Ik wil hierbij verwijzen naar het recente advies van de Raad Volksgezondheid & Samenleving , dat is getiteld “ De kunst van het innoveren”. Daar wordt de rol van de overheid in het veel meer direct sturen van zorginnovatie sterk beklemtoond. Dit is mede gebaseerd op het werk van Mariana Mazzucato. (2014)
De ondertitel van het boek van Mazzucato “De ONDERNEMENDE OVERHEID” is “Waarom de markt niet zonder overheid kan”.
Natuurlijk kan en moet de overheid die vormen van zorginnovatie die passen in haar beleid , stimuleren . Maar de overheid moet ook bedenken dat innovatie echt ontstaat op en vanuit de werkvloer, vanuit de relatie tussen zorgprofessionals en patient , daarbij sterk ondersteund door “technologische en wetenschappelijke ontwikkelingen ”. Er zijn grenzen aan de maakbaarheid van de samenleving door de overheid. Daarom pleit ik voor de volgende aanvulling op de ondertitel van Mazzucato : “En de overheid kan niet zonder de markt”.
- f. De sturing op macroniveau middels de methodiek van de “Hoofdpijnen Akkoorden” is een effectief middel gebleken , zeker voor de beheersing van de zorgkosten. In het Tienpuntenplan worden daar ook enkele opmerkingen over gemaakt.
- g. Het kantelpunt waar Groot (1985) het over heeft , was dat de medische besluitvorming niet meer leidend en sturend was voor de “bedrijfsvoerings-besluitvorming”. Maar dat deze twee besluitvormingsprocessen in elkaar werden geschoven. Er vond een integratie plaats. Kwaliteit en doelmatigheid werden twee kanten van dezelfde medaille. In bijlage II wordt dit schematisch weergegeven. De rollen en taken van de verschillende werkniveau’s werden door de invoering van de budgettering beter op elkaar afgestemd. Ieder kreeg de ruimte om zijn verantwoordelijkheid – binnen randvoorwaarden- uit te oefenen. Die randvoorwaarden – denk aan de macrobudgetten – worden makkelijker geaccepteerd als je de ruimte krijgt om die vanuit je eigen verantwoordelijkheid vorm te geven. Dat het daarna toch weer “fout” ging , komt in het onderstaande aan de orde.

II.5 INNOVATIE op de WERKVLOER en de ROL van BESTUURDERS: 7 WERKNIVEAU'S

We hebben - bovenstaand reeds aangegeven - op basis van de stratificatie-theorie een 7-tal besluitvormingsniveau's in de zorg onderscheiden. In de bijlage zijn deze verder uitgewerkt. In dit schema is de impact van de budgettering weergegeven. In de oude situatie was de "besluitvoering over de bedrijfsvoering" volgend op de "medische besluitvorming". De toenmalige COZ-richtlijnen waren een belangrijke prikkel voor de handelwijze op concreet niveau. De budgettering gaf aan dit concrete handelingsniveau veel meer ruimte voor eigen beleid, voor eigen innovaties en kwaliteitsontwikkeling. De "medische" en "bedrijfsvoerings" besluitvorming werden als het ware geïntegreerd.

"Doelmatigheid werd een onderdeel van kwaliteit", aldus Dr. Heijen (destijds voorzitter van de LSV; voorganger van de Federatie Medisch Specialisten). Het concrete handelingsniveau in de zorg wordt "gestuurd" door de specifieke besluitvorming van de dokter met betrekking tot een bepaalde patiënt. (het specifieke niveau). De dokter laat zich sterk leiden door "protocollen en richtlijnen" vanuit zijn wetenschappelijke beroepsvereniging. (het systematische niveau). Deze zijn gebaseerd op onderzoek met behulp van "randomised clinical trials". Men onderzoekt de effecten van bepaalde behandelingen door een groep patiënten met en zonder met elkaar te vergelijken. Op basis daarvan komt men tot onderzoeks- en behandelprotocollen, die voor dokters een belangrijke leidraad zijn. Men volgt deze protocollen en als men afwijkt heeft men wel iets uit te leggen. Dat noemen we praktijkvariatie. Dus voor de directe zorgverlening (het concrete niveau) en de besluitvorming door de dokter over wat er moet gebeuren (het situationele niveau) zorg (het concrete werkniveau) zijn deze protocollen (het systematische niveau) dus erg belangrijk. Het geeft houvast voor de gehele organisatie in het ziekenhuis. (werkniveau IV) Het ziekenhuisbestuur baseert keuzes m.b.t. de inrichting van de organisatie -mede- op deze "protocollen". Ook bij portfolio-keuzes en specialisaties in bepaalde functies spelen deze protocollen en de wijze waarop de dokters die invullen een grote rol. We moeten ons realiseren dat een ziekenhuis in hoge mate een professionele organisatie is. D.w.z. op de eerste drie niveaus spelen dokters, verpleegkundigen, enz. een dominante rol. En zorgprofessionals hebben ruimte nodig in hun dagelijkse werk om hun professionaliteit in de directe (vertrouwens-) relatie met een patiënt ten volle tot werking te laten komen. En het budget wordt op niveau IV intern verdeeld over afdelingen en diensten (de aanwending). Het budget komt tot stand in de onderhandelingen tussen ziekenhuis en zorgverzekeraars op werkniveau V. Op niveau VI is het landelijke overleg gepositioneerd tussen brancheorganisaties. Ook de onderhandelingen tussen de overheid en deze branches over b.v. de Hoofdlijnen Akkoorden kunnen we op niveau VI plaatsen. In de "corporatistische" periode waren ook b.v. het COZ en de Ziekenfondsraad (voorganger van het Zorginstituut Nederland) op niveau IV gepositioneerd. Deze werden in sterke mate door de brancheorganisaties beheerd en bestuurd. Later werd de greep van de centrale overheid veel sterker, zowel direct als via een andere positionering van opvolgers van COZ, Ziekenfondsraad en College Ziekenhuisvoorzieningen. Het werden steeds meer – zeker tot op de dag van vandaag – min of meer uitvoerings- en adviesorganisaties van de overheid. En dat betekent dat ze op dit moment meer op niveau VII kunnen worden geplaatst. Zo zien we dat in de loop van de tijd posities en rollen veranderen.

We gaan de betekenis van de invoering van de budgettering bekijken vanuit het schema van de werkniveaus. Wat waren de implicaties van de "oude" naar de "nieuwe" situatie. In de "oude" situatie [dus met een open-einde bekostiging en veel landelijke kosten-richtlijnen] was aan de ene kant de besluitvorming op niveau II en III autonoom t.a.v. de kosten en werd de interne aanwending binnen een ziekenhuis eigenlijk vanuit niveau VI bepaald. Dus het "landelijke" niveau bepaalde de interne verdeling van de middelen. Terwijl de medische besluitvorming autonoom was. Het ziekenhuisbestuur was eigenlijk een soort zetbaas van het landelijke systeem. De eigen beleidsruimte was marginaal.

In de laatste jaren en zeker in de toekomst zien we de ontwikkeling van "personalised medicine", van "precisiegeneeskunde" (Geert Blijham, 2015). Dat betekent dat de ruimte op niveau I en vooral op niveau II gaat toenemen. De zorg wordt veel meer een individuele afweging en besluitvorming. Protocollen en richtlijnen (niveau III , het systematische niveau) wordt steeds minder richtinggevend voor niveau II, het situationele niveau. De zorgprofessional en de client hebben op niveau II een steeds grotere eigen verantwoordelijkheid. Deze beweging kan door het beleid op de niveaus IV t/m VII worden gefaciliteerd door de administratieve lastendruk aanmerkelijk te gaan verlagen. Dat is misschien lastig omdat men vreest voor onbeheersbare ontwikkelingen in termen van b.v. de zorgkosten. Maar de overheid en de zorgverzekeraars moeten zich hierbij realiseren dat in het Tienpuntenplan wordt uitgegaan van de financiële kaders zoals door het kabinet zijn vastgelegd in de HLA's. En bovendien moet men ook kijken naar het verleden toen het dikke COZ-handboek in een klap werd afgeschaft. Het kan dus wel degelijk , maar ga uit van vertrouwen.

De RVS heeft een advies uitgebracht " De kunst van het innoveren" met als ondertitel " Tijd voor een maatschappelijk perspectief op zorginnovatie. (RVS, juni 2022) Daarin wordt aangegeven dat de overheid een veel actievere rol zou moeten vervullen in het "innovatiebeleid". Dit om veel meer te sturen op het "maatschappelijk perspectief en de betekenis" van innovatie in de zorg en welzijn. Men pleit voor een brede aanpak en wil voorbij deelbelangen. De innovatie is nu te zeer gericht op toepassen van nieuwe technologieën. Ik ben het daar deels mee eens. Maar uit bovenstaande analyse kan worden afgeleid dat de daadwerkelijke innovatie op de werkvloer (niveau I en II) plaatsvindt - daarbij krachtig geholpen door nieuwe technologische wetenschappelijke ontwikkelingen. Men moet oppassen dat men niet teveel het beeld oproept dat men vanuit het macroniveau (niveau VI en VII) de innovatie kan sturen, die grotendeels op niveau I en II plaatsvindt. De "maatschappij" is slechts deels maakbaar. Natuurlijk kan de overheid (en/of zorgverzekeraars) bepaalde ontwikkelingen op microniveau op de werkvloer, stimuleren of remmen. Maar de "werkvloer" heeft een min of meer autonoom karakter t.o.v. de overheid c.q. zorgverzekeraars. En zelfs voor een deel autonoom t.o.v. bestuurders van zorginstellingen, waar die zorgwerkvloeren zich bevinden.

II.6 WERKVLOER CENTRAAL en het COALITIEAKKOORD.

In het begin van dit artikel is verwezen naar het coalitieakkoord van het huidige kabinet Rutte IV en is kritisch gekeken naar het voornemen van de overheid om veel meer centraal te gaan sturen, mede op basis van het "Passende Zorgproject" van het ZINL. Men gaat dus vanuit niveau VII en VI sturen op niveau III, II en I. Zoals we hebben laten zien aan de hand van de theorie EN aan de hand van de praktijk is dit niet zo'n zinnige strategie. Het leidt tot veel regelgeving en administratieve lastendruk en het draagvlak op de werkvloer is daarvoor gering. We wilden immers de administratieve lastendruk juist verlagen en meer ruimte en vertrouwen geven aan de werkvloer. Bovendien moeten men zich realiseren dat de ontwikkeling van "precisie-geneeskunde", van "gepersonaliseerde zorg" en van het "prosumentenmodel" hier min of meer haaks opstaan. Het advies aan de beleidsmakers is om zich ervan te vergewissen dat deze zorgdynamiek plaatsheeft en in de toekomst juist nog veel sterker zal gaan worden. Men moet hier vanuit het beleid juist op inspelen ("Inspeelmodel"; van Montfort, 1995; later heb ik dat het "Jos Werner-model" genoemd) en natuurlijk mag men vanuit het beleid hier (ook financiële) kaders aan stellen. Maar doe dat dan op een heldere manier maar ook op een manier die ruimte en vertrouwen geeft aan de werkvloer. De combinatie van aan de ene kant heldere financiële (macro) kaders en aan de andere kant ruimte aan de zorgdynamiek, aan de werkvloer zijn - in sommige ogen - misschien tegenstrijdig. In dit artikel hebben we laten zien deze juist wel goed combineerbaar zijn. Dat blijkt zowel in het verleden bij de invoering van de budgettering als ook in de huidige tijd waarin de "prestatiebekostiging" in de praktijk is uitgewerkt als een vorm van een "budgetsysteem". Alleen is het een veel te ingewikkeld systeem geworden dat sterk kan worden vereenvoudigd met duidelijke financiële kaders en veel minder administratieve lastendruk voor de werkvloer. De zorgprofessional en de client kunnen dan de toekomstige uitdagingen - voor kwaliteitsverbetering, innovatie en efficiency - nog beter aangaan en het in hun gestelde vertrouwen blijven waarmaken. Ik ben van mening dat niet de zorg "gecompliceerd" is, maar wel het zorgsysteem. En we moeten oppassen dat we met het coalitieakkoord het zorgsysteem niet nog ingewikkelder maken. (zie Jeurissen, e.a. 2022) Zeker als we kijken naar hoe men omgaat met "passende zorg". Het rapport "Passende Zorg" van het Zorginstituut (2022) bevat zeker een aantal elementen, die passen in bovenstaand betoog. Maar ook zien we formuleringen zoals "...dat de overheid haar wettelijke taken zal inzetten voor het realiseren van passende zorg en daarnaast krachtige regie ...".

Laten we uitgaan van vertrouwen in zorgprofessionals en patiënten. Dat dat gerechtvaardigd is, hebben de afgelopen vele jaren bewezen.

Literatuurlijst:

1. Omzien naar elkaar, voortuitkijken naar de toekomst.
Coalitieakkoord 2021-2025 van VVD, D66, CDA, en Christen Unie. 15 december 2021.

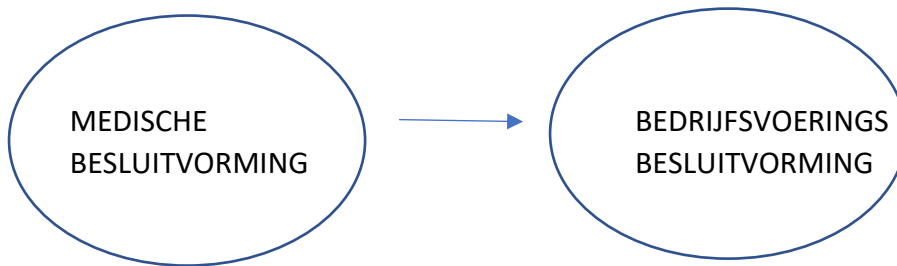
2. Guus van Montfort: ZORGSECTOR: van VOOR , via MET naar DOOR de CLIENT. Monografie , Universiteit Twente , 01-02-2020.
3. Guus van Montfort: REACTIE op VWS-DISCUSSIONOTA " ZORG voor de TOEKOMST" Universiteit Twente , 10-01-2021.
4. Guus van Montfort: Economie en Organisatie van de Gezondheidszorg. Bohn Stafleu ,oratie UT Tilburg , 1986
5. R. Rowbottom en D. Billis: The Stratification of work and organisational design. Human Relations , 1977 , nr. 30.
6. Lou Groot : Budgettering kantelpunt. Afscheidsrede Universiteit Maastricht , 1985.
7. Patrick Jeurissen, Guus van Montfort, Luc Hagenaars en Hans Maarse: Besparen door meer te sturen? Analyse zorgparagraaf Coalitieakkoord 2021. TPEdigitaal 2022 Regeerakkoord.
8. Guus van Montfort: Een Nieuwe Economie. Concept-artikel, maart 2022.
9. Guus van Montfort: Technologie voor de Zorg en Zorg voor de Technologie. Oratie , UT Enschede, 2011
10. Leon de Wolff : De Prijs voor Gezondheid , het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven 1965 – 1982. Baarn, 1984.
11. Patrick Jeurissen en Hans Maarse: 15 jaar marktwerking in de gezondheidszorg. Radboudumc Nijmegen 2021.
12. Guus van Montfort: Zorgverlening: een kwestie van instelling en ondernemen. Oratie Erasmusuniversiteit Rotterdam, 1995.
13. Erik Brynjolfsson : Digital economy Stanford University, January 2022.
14. Zorginstituut Nederland : Kader Passende Zorg 28 juni 2022
15. Raad Volksgezondheid & Samenleving: De kunst van het Innoveren. 2022
16. Guus van Montfort en Rob van Wylick: Zorg in perspectief van de patiënt: Het prosumentenmodel. Essay I Amsterdam, SWP, 2019.

Bijlage I : INTEGRATIE MEDISCHE EN BEDRIJFSVOERINGS BESLUITVORMING.

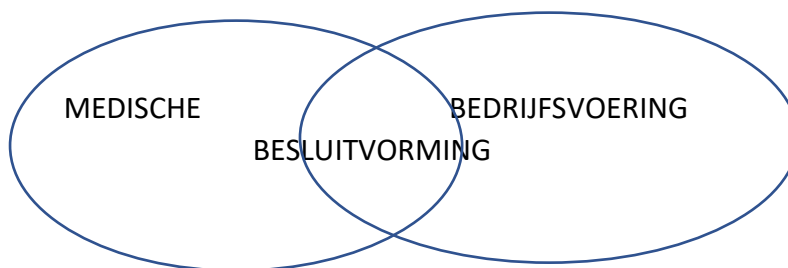
Bijlage II : 7 BESLUITVORMINGSNIVEAU'S (stratificatie-model Rowbottom & Billis)

BIJLAGE I : INTEGRATIE MEDISCHE EN BEDRIJFSVOERINGSBESLUITVORMING

SITUATIE IN OPEN-EINDE BEKOSTIGING. (MET LANDELIJKE DETAIL KOSTENRICHTLIJNEN)

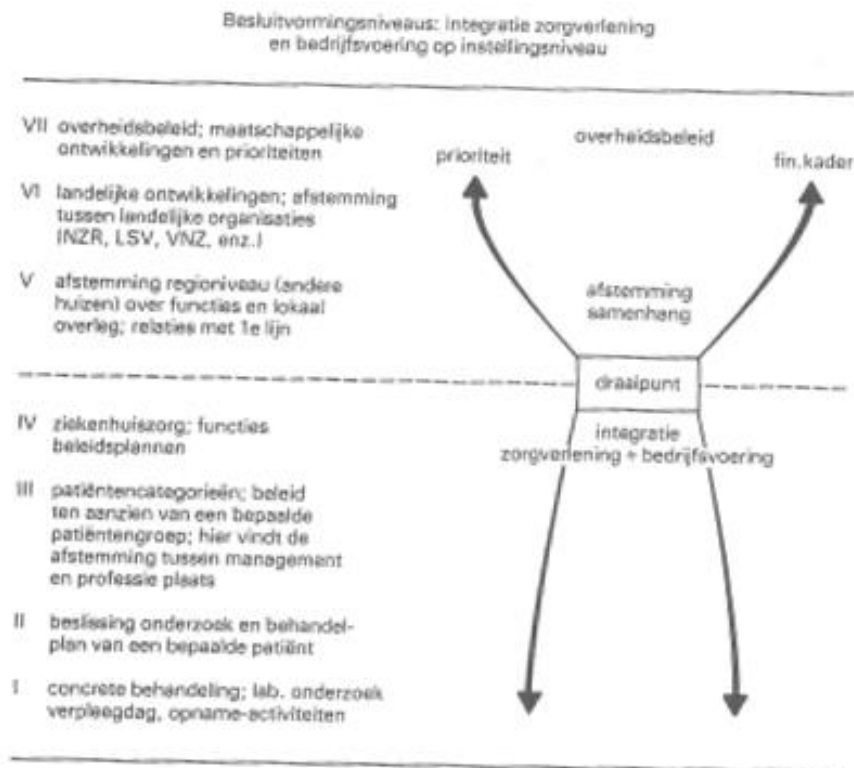


SITUATIE NA INVOERING BUGETTERING.



Bijlage II

Uit A van Montfort: Economie en Organisatie van de gezondheidszorg Oratie Universiteit Tilburg 1986



We onderscheiden een zevental werk- of besluitvormingsniveaus in ons gezondheidszorgsysteem.

Niveau 1 betreft concrete handelingen. Dit zijn handelingen waarvan op voorhand duidelijk is wat de output c.q. het produkt is. Men kan bijvoorbeeld denken aan een laboratoriumonderzoek van de urine of het maken van een röntgenfoto van de arm van patiënt 'Jansen'.

Niveau 2 betreft activiteiten die plaatsvinden in het kader van de besluitvorming ten aanzien van patiënt 'Jansen' die bij specialist 'Pietersen' in de spreekkamer komt met bijvoorbeeld vage hoofdpijnklachten, en vraagt: 'kunt u mij beter maken?' Het resultaat van de activiteit staat van tevoren niet concreet vast. Er is sprake van een actie die door de omstandigheden wordt bepaald. Er vindt een beoordeling plaats, waarbij schattingen worden gemaakt en onzekerheden moeten worden gehanteerd. Hierin zit een normatief element, zowel van de kant van de patiënt als van de specialist. De activiteiten die plaatsvinden zijn *situatiegebonden*. Op dit niveau ligt de individuele arts-patiëntrelatie.

Er komen in een ziekenhuis niet één doch meer patiënten 'Jansen'. Men kan ten aanzien van die bepaalde patiëntencategorie, 'de Jansens', een zekere systematiek in het onderzoek- en/of behandelpatroon onderkennen, waarover men in het ziekenhuis bepaalde afspraken kan maken (b.v. amandelnippen doen we in dagverpleging; bepaald pre-operatief screeningsonderzoek vindt plaats bij operatiepatiënten boven de 50 jaar). Op dit niveau III wordt het beleid voor de diverse patiëntencategorieën bepaald. De relatie met de patiëntenzorg buiten de instelling wordt hier vorm gegeven door samenwerkingsafspraken, zoals het toegankelijk maken van diagnostische voorzieningen voor huisartsen, het beschikbaar stellen van specifieke verpleegkundigen voor verzorging van terminale patiënten in hun eigen thuis-omgeving. Dit is het systematische werkniveau; het gaat om procedures, afsprakensystemen enz.

Op niveau IV moet men denken aan activiteiten als de strategische beleidsvorming, beleidsplan, e.d. op *instellingsniveau*. Dit is het niveau waar het ziekenhuismanagement de afstemming tussen externe en interne ontwikkelingen ter hand moet nemen. Het management heeft hierin een centrale verantwoordelijkheid. Op dit niveau speelt ook het totale ziekenhuisbudget voor de functies.

Op niveau V, het boveninstellingsniveau, gaat het om activiteiten waar het individuele ziekenhuis zelf nog direct in participeert. Het betreft bijvoorbeeld afspraken over taak- en functieverdeling tussen instellingen. Ook het lokale overleg tussen instelling en verzekeraars over de vaststelling van het externe budget moeten we hier plaatsen. Wil een instelling op niveau IV goed kunnen functioneren, dan zal zij zelf mee vorm moeten geven aan de externe randvoorwaarden, zoals die op niveau V tot stand komen.

Op niveau VI wordt vorm gegeven aan de structuur van de gezondheidszorg binnen de wetgeving zoals die van de overheid komt. In onze gezondheidszorg spelen de maatschappelijke belangenorganisaties een belangrijke rol. Het particulier initiatief is immers een essentieel element in ons systeem. Het protocol van SZW, VNZ en KLOZ dat deze koepelorganisaties hebben opgesteld met betrekking tot de externe budgettering is een activiteit, dus ook werk, die we op niveau VI moeten plaatsen. Het biedt een kader voor de onderhandelingen tussen instelling en verzekeraars op lokaal niveau, dat we op niveau V hebben gesitueerd. Wil dit echter goed functioneren en niet als bemoeizucht en regelgeving worden ervaren dan stelt dit hoge eisen aan de relatie tussen de koepelorganisaties en haar achterban. Dit geldt uiteraard voor alle koepelorganisaties op niveau VI; immers, de acceptatie moet door alle leden die op niveau V functioneren, worden gedragen.

Niveau VII betreft de besluitvorming op overheidsniveau. Men kan denken aan de maatschappelijke prioriteiten, zoals die in het Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening als onderdeel van de totale rijksbegroting worden aangegeven. Hieruit komt onder meer voort het macro-

financiële kader dat de totale uitgaven van de instelling begrenst. Dit wordt vertaald via niveau vi (budgetsysteem) en v (onderhandelingen tussen instelling en ziektekostenverzekeraars in het lokaal overleg) naar het ziekenhuisbudget (niveau iv).

Wil de overheid een effectief beleid kunnen voeren, dan is daarvoor van belang dat niveau vi op een goede manier functioneert. Dat betekent dat het ook van belang is voor de overheid dat de koepelorganisaties niet onder zo'n grote druk worden gezet dat de interne spanningen onbeheersbaar worden. Bij de invoering van de budgettering per 1 januari 1983 voor de ziekenhuizen hebben we gezien hoe effectief het is als de koepelorganisaties op een adequate manier door de overheid betrokken worden bij de beleidsvorming op niveau vii.

Tot zover een korte beschrijving en analyse van de verschillende werkniveaus. Aan de hand van dit schema kunnen we de bureaucratisering uitwerken, doch dit valt buiten het bestek van deze rede.

We hebben er reeds op gewezen hoe belangrijk het is voor het effectief functioneren van een bepaald niveau, dat het naast onderliggende én het naast bovenliggende niveau goed is ingevuld. In de praktijk is in het algemeen niveau iii, het systematisch element in de medische besluitvorming, inhoudelijk noch structureel goed gevuld. De oude financieringsstructuur had geen enkele 'incentive' in zich om dit wel in te vullen. Het werkte zelfs averechts als men niveau iii in de organisatie wel invulde. Door het oude richtlijnsysteem dat op niveau vi was ontwikkeld, werd de bedrijfsvoeringscomponent tot op niveau i en ii ingevuld. Daar de medische component op niveau i en ii niet genormeerd was, was het totale systeem onbestuurbaar. Door de invoering van de budgettering wordt als het ware tussen niveau iv en v een streep getrokken. De invloed van niveau vii, vi en v stopt bij niveau iv. Binnen de instelling, beneden niveau iv, moet men komen tot een integratie van de medische en de bedrijfsvoeringscomponent. De medische component botst tegen een plafond aan.

De intentieverklaring NZU/LSV, ontwikkeld op niveau vi van de koepels, speelt in op deze problematiek van niveau iii en iv. Men zal bij verdere uitwerking hiervan de individuele lokale situatie in de instelling goed tot zijn recht moeten laten komen. Men kan dit ook meer zien als een ondersteuning voor niveau iii en iv dan als een spelregel of voorschrift. Dit is van belang gezien de integratie en coördinatie van zorgverlening en bedrijfsvoering die in het ziekenhuis op alle niveaus speelt. De specialist heeft een grote en directe invloed op de bedrijfsvoering. Hij zal dan ook hiervoor verantwoordelijkheden moeten nemen. Door op niveau iii een aantal organisatorische afspraken te maken, zoals het opstellen van behandelprotocollen, de intercollegiale toetsing, of een efficiënt rooster van oortijden voor de specialisten, kan de inpassing plaatsvinden in de totale organisatie.

De specialist wordt deel van de organisatie, organisatiegenoot, in plaats van opdrachtgever voor ondersteunende activiteiten. Op deze wijze kunnen we ontkomen aan het dilemma van de '101-ste patiënt op 21 november'.

De integratie van niveau III naar IV vindt plaats door middel van beleidsontwikkeling, bijvoorbeeld door de opstelling van een medisch beleidsplan waarin aangegeven wordt wat voor patiëntenzorg het ziekenhuis in de komende jaren wil ontwikkelen. Hiervan kan het beleidskader voor het komende jaar worden afgeleid dat als uitgangspunt kan dienen voor het interne proces van budgetopstelling, -bewaking en -beheersing. Op niveau III kunnen we bijvoorbeeld denken aan organisatorische vraagstukken van mandatering binnen maatschappen en voor de gehele medische staf. Ook gaat het er daarbij om op welke wijze de medische staf betrokken is bij de (medische) beleidsontwikkeling, of op welke wijze hun verantwoordelijkheid gestalte krijgt in het kader van de interne budgettering. Voor welk aspect en in welke vorm zijn specialisten budgethouders? Op welke wijze spoort dit dan met de verantwoordelijkheden van de directie? De niveaus I en II zijn vooral van belang voor het opstellen, bewaken en beheersen van de budgetten.

Uit dit schema volgt ook dat de verzekeraars, die op niveau V functioneren, zich niet direct bezig moeten houden met beslissingen op de niveaus I, II en III. Zij moeten dus niet zo zeer beoordelen of patiënt X nu wel of niet in dagverpleging behandeld moet worden. Zij kunnen en willen waarschijnlijk niet de verantwoordelijkheid voor een individuele patiënt op zich nemen. Wel is van belang dat de financiers de positie van het ziekenhuis in de regio bezien of de efficiency en effectiviteit van het ziekenhuis in totaliteit onderzoeken. De afspraken tussen instellingen en verzekeraars hebben betrekking op de beleidsontwikkeling op instellingsniveau en in dit kader op de patiëntenstromen. Hierbij gaat het om aspecten als welke taakverdeling is er met betrekking tot de verschillende patiëntencategorieën tussen de instellingen of zijn er patiëntencategorieën waarover geen functiafspraken zijn gemaakt e.d.

We gaan nu terug naar de vraag welke richting de gezondheidseconomie op zou moeten; namelijk of 'économie régulée' of 'économie responsable'. Op basis van het bovenstaande zou ik willen kiezen voor een ontwikkeling van de economie van de gezondheidszorg naar een 'économie responsable', vanuit de optiek van de overheid, instellingen, verzekeraars, maar vooral van de patiënt. Een dergelijk model stelt eisen aan de overheid, doch ook aan de instellingen en zorgverleners. Dit vereist dat er wederzijds vertrouwen is in elkaars functioneren. Ik zou dat willen illustreren aan de hand van de verschuiving van tweedelijnszorg (b.v. ziekenhuizen, verpleeghuizen) naar eerstelijnszorg (b.v. huisartsen, gezinsverzorging, enz.).

HOOFDSTUK III: KIJKEN NAAR DE WERKELIJKHEID.

INLEIDING: wat is werkelijkheid!?!?

GEKLAAG !!

Er wordt veel geklaagd in de zorg. Door zeer velen en over zeer veel thema's. Vaak terecht. Bijvoorbeeld over de sterk toenemende bureaucratie, die soms geen enkele functie of nut heeft. Denk b.v. aan het ROM-registratie in de GGZ. Soms wordt dit dan weer "goed gepraat" door op zich interessante maar niet ter zake doende argumenten. M.b.t de ROM wordt dan het "argument" gebruikt dat het toch wel een efficiënt systeem is omdat het berust op eenmalige registratie of registratie aan de bron. Op zich is het goed om iets zo efficiënt mogelijk uit te voeren. Maar dat wil niet zeggen dat het daarmee dan ook "nuttig" is en dat de "toegevoegde waarde van het systeem" opweegt tegen de inspanningen van de registratie, hoe efficiënt ook opgezet en uitgevoerd.

En natuurlijk wil ik hierbij meteen aantekenen dat er ook vele data-registratiesystemen zijn die absoluut nuttig en zinvol zijn. Zelfs als de inefficiënt zijn opgezet. Het is toch relevant dat er in een zorginstelling een registratiesysteem is op basis waarvan er bij zorgverzekeraars kan worden gedeclareerd. Ook is het nuttig en zinvol als er patiëntendossier is waarin zorgprofessional en client vastleggen wat er gebeurd is, wanneer er nieuwe activiteiten zijn gepland, wat het effect is van bepaalde behandelingen (b.v. laboratorium-uitslagen, MRI-scans, enz.). "Leren en verbeteren" begint bij het "weten wat je doet". Er valt hier nog veel meer over te vertellen. Maar dat past niet zo goed in het kader van deze blog.

Mijn beeld is dat er wordt meer geklaagd over het "systeem" dan over de "zorg".

PRIMAIRE ZORGPROCES: Vaak meer over SYSTEEM dan over ZORG.

Wouter 't Hart maakt onderscheid tussen "leefwereld" en "systeemwereld". In termen van de zorg heeft de leefwereld meer betrekking op de directe zorgverlening, de relatie tussen de individuele client, Mevr. Janssen en haar zorgprofessional(s). De systeemwereld gaat over het management in de ziekenhuizen, de zorgverzekeraars, de overheid, de wet- en regelgeving, enz.. In de discussies over de "directe zorg" gaat het vaak over de wet- en regelgeving, de bemoeienis van zorgverzekeraars, enz.. En dat is soms terecht, maar ook wel erg jammer. Want mijn ervaring is dat als het gaat over de "vermindering van de bureaucratie" het meestal uitmond in een verbetering van de "efficiency" van de opzet en uitvoering van de registraties (b.v. eenmalige registraties voor verschillende doeleinden). Op zichzelf is efficiency-verbetering niet verkeerd. Maar efficiencyverbetering van "nutteloze" registraties is niet effectief, want er is geen toegevoegde waarde van deze "efficiënte"

inspanningen. Deze discussies leiden dan ook meestal niet tot minder , maar tot meer bureaucratie.

DISCUSSIE over ZORG gaat over ZORG!!! TOCH???!!!!

De titel van deze blog is “KIJKEN naar de WERKELIJKHEID is KIJKEN naar de ZORG”. Dit lijkt een open deur. Maar dat is het niet altijd, immers lees de media , ook Zorgvisie en Skipr. Als men schrijft over de zorg , gaat het meestal na twee zinnen over “stelsel-aspecten”. Maar er is ook een andere “werkelijkheid “. Er zijn daarvan ook vele mooie voorbeelden. Ik verwijs b.v. naar Lianne Janssen , dialyse -verpleegkundige in het Maxima Medisch Centrum in Veldhoven. Zij vertelt in een interview hoe zij - vooral op basis van de input , ideeën en voorstellen van de cliënten zelf - de dialyse-afdeling heeft gereorganiseerd. De cliënten regelen nu veel meer zelf (eigen regie) en doen ook veel meer zelf (b.v. de client sluit zichzelf aan aan de spoelapparatuur) . De client plant de verpleegkundige en niet andersom. (dus geen patiënten-planning maar medewerkersplanning) De client plant – via internet- zijn eigen voorziening en niet andersom.(zie Zorgvisie/Nierstichting) . Dit is een voorbeeld , dat we kunnen uitbreiden met zeer veel andere. Wat zegt dit nu in relatie tot het centrale thema van deze blog? Deze nieuwe vorm van zorg past in geen enkele DBC, is personalistisch en individueel-context gebonden. Dit is dus niet in te passen in de “prestatie-bekostiging. (zie ook mijn laatste blog) Lianne heeft van te voren geen “toestemming “ gevraagd aan de raad van bestuur. Zij is gewoon met de cliënten aan de slag gegaan om de zorg voor haar cliënten te verbeteren. En dat is gelukt. Nu is het zo – en gelukkig maar - dat er vele Lianne’s zijn.Het betekent dus dat er een “muurtje” staat tussen het “externe prestatie-bekostigingssysteem” (de “allocatie” van de middelen) en de inzet van middelen op clientniveau binnen het ziekenhuis (de “aanwending”).

Deze wijze van werken past binnen de wijze waarop in de praktijk het “prestatie-bekostigingssysteem “ wordt gehanteerd. Namelijk als een budgetsysteem , met grote interne substitutievrijheid. En die vrijheid c.q. ruimte is ook nodig omdat je van buiten het ziekenhuis de interne aanwending niet kunt sturen , tenzij je een nog veel bureaucratischer wil. Het is zelfs op totaal ziekenhuis-niveau niet goed mogelijk om die specifieke aanwending te sturen. Wel worden er met behulp van een interne budgetteringssystematiek (financieel) kaders afgesproken, waarbinnen die specifieke aanwending plaats vindt. Er is dus eigenlijk sprake van een “clientgebonden” aanwending van de beschikbare middelen. Immers door meer eigen regie door de client , meer eigen planning en (deels) zelfs uitvoering , wordt de aanwending mede bepaald door de client.

ONDERHANDELINGS-MODELLEN.

Op de verschillende niveaus in de gehele bedrijfstak (zie oratie 1986) worden er afspraken gemaakt c.q. onderhandeld over taakstellingen en (financiële) middelen. De type afspraken verschillen juist per niveau. Op **macroniveau** gaat het over het totale budget , de effecten

van wijzigingen in het basispakket , algemene volume-taakstellingen , bepaalde stimuleringsprogramma's, loon-en prijsstijgingen (OVA-ruimte),enz.. Het CPB maakt op basis hiervan alsmede op basis van algemene veronderstellingen over de effecten van de technologie, inkomensontwikkelingen, ramingen die bij deze onderhandelingen worden gebruikt. Deze leiden dan tot de bekende "bestuurlijke hoofdlijnen akkoorden".

Op **mesoniveau** zien we de onderhandelingen tussen de zorgverzekeraars en de ziekenhuizen. Volgens het "systeem" gaat dat op basis van "prestatiebekostiging " , de DBC/Dotjes, enz.. Maar in werkelijkheid is het een - overigens onnodig veel te ingewikkeld – budgetsysteem , met een reeks van productieplafonds per zorgverzekeraar. Het "tienpuntenplan" voor een "nieuw" bekostigingssysteem maakt de onderhandelingen op dit niveau simpeler en duidelijker. De onderhandelingen op mesoniveau moeten zich veel meer concentreren op aspecten zoals adherentie-ontwikkelingen, specifieke functies en zorgzwaarte (m.b.v. business-case modellen) en meer gericht op "license-to-operate"-aspecten en op "voorzieningen-georiënteerde " aspecten zoals taak- en functieverdeling tussen ziekenhuizen, op projecten m.b.t. innovatie en leren & verbeteren , dit binnen de beleids- en financiële kaders die op macroniveau zijn afgesproken. Op deze wijze ontstaat er ruimte voor de interne aanwending binnen het ziekenhuis. Hiertoe moeten we dus op mesoniveau ervoor waken dat we dat we al deze ontwikkelingen gaan vast spijkeren in DBC/DOTjes. Ook moeten we ervoor waken dat er niet per individuele zorgverzekeraar allerlei specifieke afspraken worden gemaakt. Dit vereist een zekere "discipline " van zorgverzekeraars, maar zeker ook van ziekenhuizen. Men moet namelijk oppassen dat men niet gaat voor "specifieke (financiële) voordelen, want dat levert op langere termijn alleen maar weer meer registraties en monitoring op mesoniveau. Met betrekking tot de zorgverzekeraars wil ik nog opmerken dat er in de beeldvorming veel gesproken wordt over de (gereguleerde) concurrentie tussen zorgverzekeraars op de verzekeringsmarkt. Maar men moet zich echter realiseren dat de mogelijkheden voor die concurrentie tussen zorgverzekeraars marginaal zijn. Dit komt natuurlijk door de sterke regulering van de overheid van de zorgverzekeringsmarkt - om reden van uitgangspunten als algemene toegankelijkheid en solidariteit. Volgens de bedoelingen van de wetgever in 2006 , was een sterke rol van de zorgverzekeraars op de "zorginkoop-markt" essentieel. Belangrijk aspect daarbij was de omvorming van het "budget-bekostigings" model (dat in ca. 1985 is ingevoerd, met allerlei aanpassingen) om te bouwen naar een "prestatiebekostigingsmodel". Zoals we hebben gezien is dat niet zo gegaan. Immers we hebben in de praktijk een budgetteringsmodel.

Op **microniveau** gaat het dus om de interne aanwending binnen het ziekenhuis. Hiervoor kennen de ziekenhuizen instrumenten als visie- en beleidskaders , interne begrotingen (incl. investeringsbegrotingen) , PDCA-cycli , enz.. Hierbij is natuurlijk sprake van prioriteitenstelling en samenhangend hiermee interne keuzes t.a.v. middelenverdeling. Dit vraagt om afwegingen en onderhandelingen tussen divisies, afdelingen , diensten, enz.. De medisch specialisten (middels medische staf resp. MSB's) zijn hierbij natuurlijk zeer actief bij betrokken. Zij kunnen ook als mede-investeerder optreden, zoals in verschillende

ziekenhuizen reeds gebeurd. De aanwending van de op deze wijze intern verdeelde middelen geschiedt op individueel clientniveau door beslissingen van cliënten, medisch specialisten en verpleegkundigen. Dit laatste zal sterk gaan toenemen door de ontwikkeling van de precisiegeneeskunde, door meer eigen regie door cliënten, het prosumentenmodel, enz. Ook zal de diversiteit en specificiteit alleen maar nog meer gaan toenemen. We zullen vanuit de dynamiek op dit niveau de substitutie naar eerste en vooral de nulde lijn sterk gaan toenemen. Ik merk hierbij op dat men in de budgetten op macroniveau deze sterk toenemende substitutie en herallocatie niet ziet omdat het vanuit de “intramurale” ziekenhuisbudgetten gebeurt. Dus in “systeem-termen” ziet men niet wat er in werkelijkheid gebeurt. Dat geldt natuurlijk ook voor het mesoniveau. Men kan deze dynamiek op client-zorgprofessional niveau niet vertalen in “systeem-termen” zoals DBC/DOTjes, daarvoor is het te personalistisch, te divers, enz.. Men moet dus budgetafspraken maken, die ruimte geven aan deze dynamiek. Een dynamiek die overigens toch gewoon plaatsvond en plaats blijft vinden. Maar die wel een sterke impuls kan krijgen door het “nieuwe” bekostigingsmodel. Ook geeft het “tienpunten-plan” meer ruimte omdat er geen specifieke, aparte afspraken per individuele zorgverzekeraar worden gemaakt. Dit geeft bovendien een zeer sterke reductie van de administratieve lastendruk. Immers het is toch niet uit leggen dat men een VGZ-verzekerde anders behandelt dan een CZ-verzekerde. De diversiteit (die overigens in de toekomst sterk zal gaan toenemen) zit bij de interactie client-zorgprofessional en niet bij welke zorgverzekeraar zijn – overigens voor 98% dezelfde - basisverzekering heeft ondergebracht.

SLOTOPMERKINGEN: HET IS NIET WAT HET LIJKT!!

Centraal is het uitgangspunt om te kijken naar het “stelsel/systeem” niet vanuit een “knelpuntenanalyse” van het systeem. Maar kijk naar de dynamiek in de zorg (de relatie client en zorgprofessional) en ga kijken hoe je het “systeem/stelsel” daarop moet aanpassen.

DE PRAKTIJK IS ZO GEK NOG NIET!!

We hebben gezien dat in de praktijk de dynamiek client/zorgprofessional dominant is en dat het “systeem /stelsel” zich daarop aanpast, zij het met grote moeite en krakend en piepend. Het tienpuntenplan biedt daarvoor de handvaten. Dat is dus echt geen grote verandering t.o.v. hoe het in de praktijk gaat. Alleen het wordt voor de praktijk makkelijker en veel minder administratieve lastendruk. Maar voor de “stelsel/systeem” partijen is de verandering echter wel groter. (Des-) incentives zijn er nog steeds, maar ze zijn wel anders dan in het zogenaamde “prestatiebekostigingssysteem”. Ze sluiten beter aan bij datgene wat we in de praktijk zien. En dat ook positief is, zoals blijkt uit de Zorgbalans-studies van het RIVM.

HOOFDSTUK IV : REACTIE op VWS-DISCUSSIONOTA “ZORG voor de TOEKOMST”

IV.1 Inleiding.

Het ministerie VWS heeft een interessante discussienota uitgebracht met als titel “Zorg voor de Toekomst”. Het is – aldus VWS- de bedoeling om na een brede maatschappelijke discussie c.q. consultatie deze discussienota als consultatienota aan te bieden aan de Tweede Kamer en de gehele politiek.

IV.2 Inhoud discussienota: enkele hoofdlijnen.

De opzet is vrij breed en omvat eigenlijk wel alle relevante thema's. Maar er is wel sprake van een focus op de toekomstige “betaalbaarheid en toegankelijkheid” van de zorg. Dat is eigenlijk – volgens de discussienota - het grote punt “waarom” er veranderd moet worden. T.a.v. het “wat/hoe” heeft men een drietal thema's/aspecten gekozen, namelijk “preventie & gezondheid”, “organisatie & regie” en “vernieuwing & werkplezier”. Het zijn wat “ongelijksoortige” thema's. Maar laten we naar een aantal concrete aspecten/knelpunten kijken, die aan de orde komen :

ontwikkelingen aan de **vraagkant**, zoals b.v. :

- demografische/ epidemiologische ontwikkelingen,
- extra zorg vraag door nieuwe medische mogelijkheden,
- de toenemende wensen/eisen die gesteld worden aan de kwaliteit van zorg (zowel in de cure als de care)
- enz. .

ontwikkelingen aan de **aanbodkant**, zoals b.v.:

- loondrift vanwege krapte op de arbeidsmarkt
- inefficiency door schotten-problematiek
- productieprikkelers door de bekostigingssystematiek.
- De reeds genoemde nieuwe technologieën ,enz.

In de nota wordt de preventie en de “schottenproblematiek” zwaar aangezet. Met dit laatste wordt bedoeld dat door de te strikte scheiding tussen de verschillende onderdelen van de zorg, de gescheiden bekostigingssystemen ,enz., er kwaliteit wordt ingeleverd en ook onnodige zware zorg wordt verleend en dus zijn de kosten onnodig hoog. Ik kom daar nog op terug. Eerst ga ik nader in op de “preventie”.

IV.3 PRIMAIRE , SECUNDAIRE EN TERTIARE PREVENTIE: ESSENTIEEL VERSCHIL.

Een ander thema dat sterk wordt aangezet is “preventie”. En natuurlijk geheel eens dat “voorkomen beter is dan moeten genezen”, maar wat “niet kan worden voorkomen, moet wel worden genezen.” Ik vind wel dat men preventie in veel te algemene termen bespreekt. Men moet er veel gedifferentieerder naar kijken. B.v. het onderscheid primaire (b.v. leer mensen gezond eten en bewegen zodat ze niet te dik worden), secundaire (probeer mensen met dreigende, opkomende obesitas zo vroeg mogelijk op te sporen) en tertiaire preventie (mensen die vanwege obesitas een maagoperatie moeten ondergaan, eerst “min of meer” gedwongen laten afvallen en dan pas opereren, waardoor de kans op een blijvend “effect” toeneemt.) Welke vorm is het meest effectief in welke situatie? We moeten eens goed gaan onderzoeken waarom bepaalde preventie-activiteiten wel of geen resultaat hebben. We maken vele, hele mooie wandelpaden om meer te bewegen. Maar degenen die er veel gebruik van maken, zijn degenen die al veel bewegen. Of hebben we inzicht waarom – na zoveel jaren [de iets minder jongeren onder ons herinneren nog wel de anti-rook acties van Dr. Meinsma] – de rook-preventie enig resultaat begint op te leveren? En geheel eens dat men – mogelijk samenhangend met preventie - de grote ongelijkheid in levensverwachting en zeker ook kwaliteit van leven van de lage SES-groepen als zeer belangrijk thema adresseert. Het plaatsen van dit vraagstuk in een bredere, sociale context van b.v. schuldensanering, werkloosheidsbestrijding, goede opleidingen, eenzaamheidsbestrijding, is natuurlijk helemaal juist. Dat betekent dat voor deze groep de oplossing van het “zorgvraagstuk” voor een deel in het sociale domein ligt. Men moet het zorgstelsel voor het oplossen van dit specifieke, maatschappelijk zeer relevante vraagstuk dan ook niet aanpassen. Men loopt dan een grote kans een goede oplossing voor een ander probleem in gevaar te brengen. (Het lijkt op de metafoor van die man die z'n portemonnee, die hij in een donker gedeelte van de straat was verloren, gaat zoeken onder het licht van een verderop staande lantaarnpaal.) Mijn advies is dan ook om dit te onderkennen. En wat betreft de primaire preventie zou ik willen stellen om dat vooral niet proberen aan te haken bij het zorgstelsel. Maar juist vanuit het “sociale domein” een oplossing voor dat deel van het vraagstuk uit te werken. Mogelijk kunnen de als paddenstoelen uit de grond rijzende burgerinitiatieven hier een goede rol vervullen. (zie site van Nederland Zorgt Voor Elkaar) Door de RABO is een interessante nota over preventie verschenen. Daar wordt – terecht- opgemerkt dat preventie vooral buiten het “zorgdomein” moet worden opgepakt. Wat mij betreft niet zozeer omdat zorgaanbieders dat niet zouden willen. Ik heb bovenstaand onderscheid gemaakt in verschillende vormen van preventie (zie ook een aparte nota van VWS over preventie) en aangegeven waar de zorgaanbieders wel degelijk een rol spelen en verantwoordelijkheid hebben. En die ook nemen en dat kan zeker nog een wel tandje extra.

Natuurlijk is “preventie, in al zijn varianten”, primair relevant vanuit kwaliteits-overwegingen. Maar wat niet “voorkomen wordt c.q. kan worden voorkomen”, moet wel “genezen” worden. T.a.v. het kostenargument kan - mogelijk enigszins cynisch klinkend- men vraagtekens zetten. Zeker als je kijkt naar de pure macro-kosten beheersing. Want dan is het maar de vraag of je met preventie, in boekhoudkundige zin de kosten meer kan beheersen c.q. verlagen. Immers als preventie succesvol is, leven mensen langer en met grotere kansen op ziektebeelden als kanker, dementie, enz.. Dit noemt men ook wel de “preventieparadox”. Maar het gaat niet alleen om de boekhoudkundige kosten. Het gaat om de effectiviteit van die bestedingen (ik gebruik nu bewust niet het woord kosten). Immers het gaat om de gezondheidswinst, die we bereiken met die bestedingen. B.v. het effect op de levensverwachting, het effect op het aantal gezonde jaren, het effect op het weer beter kunnen bewegen na een heupimplantatie, enz.. Het gaat dan dus om de “toegevoegde waarde”, ook wel “value based health care” genoemd.

In dit kader moeten we nadrukkelijker kijken naar het onderscheid primaire , secundaire en tertiaire preventie. Zoals boven aangegeven kan de primaire preventie onderdeel worden van het “sociale domein”-beleid. De secundaire en tertiaire preventie kan – in mijn ogen - beter onderdeel worden van het “ZvW - resp. WLZ-domein”. Dat heeft vooral te maken met de situatie dat betreffende activiteiten zich vooral in de zorg plaatsvinden c.q. in nog veel grotere mate zouden moeten plaatsvinden.

IV.4 Bekostiging, Financiering en Financiële Prikkel : ZORGINHOUD.

Nadenken over bekostiging en financiering kan alleen maar effectief zijn als je vertrekt vanuit de - wenselijke en noodzakelijke - ontwikkelingen en trends in de zorg. Een deel van deze ontwikkelingen hebben een min of meer autonoom karakter t.o.v. het beleid van de overheid /zorgverzekeraars. Ik zou willen stellen , dat de betekenis c.q. beoogde impact van een bekostigingssysteem primair juist vanuit de inhoud moet worden bekeken. Het bekostigings-/financieringsvraagstuk komt dan ook bij alle drie genoemde thema's afzonderlijk terug. Met bekostiging bedoelen we de wijze waarop de zorgaanbieders wordt betaald door zorgverzekeraars en de overheid en deels direct door de patiënt/consument zelf. (Zie “markt” nr.3 in onderstaand schema.)Met financiering bedoelen we de wijze waarop de zorgverzekeraars en de overheid hun middelen verwerven middels premies en belastingen. (zie “markt” nr. 2 in onderstaand schema)

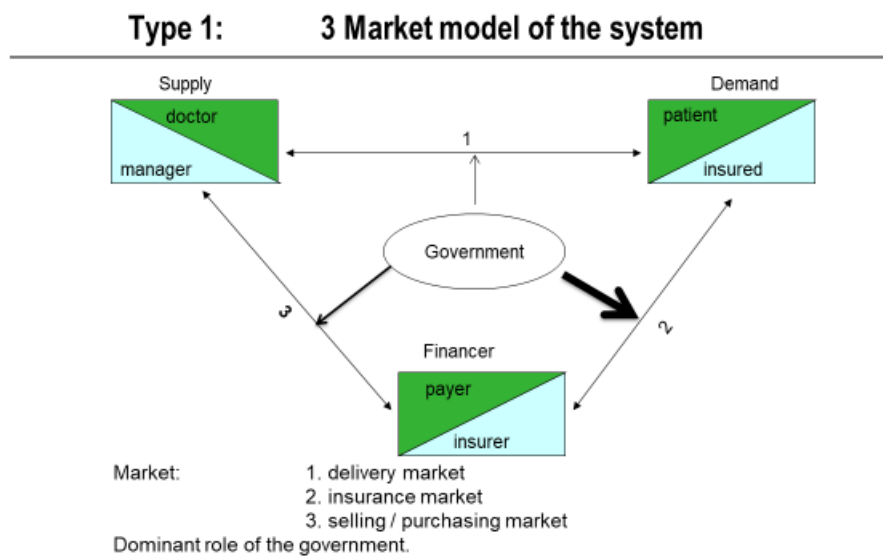
In onderstaand schema (NZi, 1987) heb ik – geactualiseerd uiteraard - het z.g.n. driemarkten-model weergegeven. We bespreken kort de drie-markten en plaatsen die in het kader van de discussie -nota.

I. **Zorgverlening:** de relatie tussen patiënt en zorgprofessional. (nr. 1 in schema)

In de nota wordt op vele plaatsen de relatie tussen de professional en de patiënt als de kern van de zorg benoemd. Daar draait het om. Dit is een relatie die in zeer hoge mate is gebaseerd op “vertrouwen”, vertrouwen in de deskundigheid van de professional en dat die primair handelt in het belang van de zorg voor en de gezondheid van de patiënt. De pijl in het schema van de overheid naar de zorgverlening , de individuele relatie patiënt- zorgprofessional , is dan ook dunne pijl. De overheid en de zorgverzekeraars horen niet in “ spreekkamer van de dokter en de patiënt”.

Ik wil aanvullend op de discussienota een tweetal aspecten nader benoemen. Dat is in de eerste plaats de ontwikkeling van de precisie-geneeskunde (“personalised medicine”) . De zorg wordt steeds specifieker , gepersonaliseerder , individueler, enz.. We weten door allerlei wetenschappelijke inzichten steeds meer waarom iets werkt en niet alleen dat het met een bepaalde kans werkt. (van “casino-geneeskunde ” naar “precisie-geneeskunde “; de laatste term is van Blijham). Dit heeft consequenties voor de reeds vele jaren lopende discussie over

praktijkvariatie. Misschien we niet meer aan een dokter vragen waarom hij van het “protocol afwijkt , maar vragen waarom hij niet afwijkt. (zie van Weert en Hazelzet, NFU-publicatie 2020) In de tweede plaats speelt de grote verandering van de patiënt /client. Hij wil meer eigen regie , meer zelfmanagement, is in vergelijking met de vorige generatie beter opgeleid , heeft een hoger inkomen (zeker de ouderen vanwege de goede pensioenen) EN wordt hierbij ondersteund door de “nieuwe technologie”. (zie bijgevoegde monografie). Hierdoor kan hij ook steeds meer zelf. Ik kan daar zeer vele voorbeelden uit de gewone dagelijkse praktijk van geven. Ik heb dit het “prosumentenmodel” genoemd. De consument c.q. de zorgvrager wordt in steeds groter mate zijn eigen producent c.q. zorgaanbieder. (Dit is overigens geen specifieke ontwikkeling in de zorgsector. Dit zien we in vele sectoren in de economie b.v. de banken [de RABO reduceert het aantal arbeidsplaatsen met 25.000 vanwege hoofdzakelijk internetbankieren], de retail, de energie-productiesector, enz.). Dit gaat een zeer grote impact hebben op de organisatie van de economie. Ook op de arbeidsmarkt heeft dit zeer grote consequenties . Ik kom daar nog op terug.



De consequentie van deze twee – elkaar versterkende - ontwikkelingen is dat in het kader van de prestatie-bekostiging het aantal DBC/Dotjes (de tariefdragers) zeer sterk zou moeten worden uitgebreid. De diversiteit , de specificiteit, het personalistische karakter van de zorg neemt zeer sterk toe. Bijna elke patiënt zou z'n eigen DBC/DOT c.q. tariefdrager moeten krijgen. Dat is natuurlijk onmogelijk en onwerkbaar. Met een zeer sterke toename van de administratieve lastendruk EN die wil iedereen juist verlagen, toch!!! Het Tienpuntenplan (zie onder) biedt hiervoor een betere oplossing.

II . **Zorgverzekering** : de relatie tussen verzekerde en zorgverzekeraar. (nr. 2 in schema)

M.b.t. de zorgverzekering is er – vanwege de zeer breed gedragen prioriteit voor algemene toegankelijkheid en solidariteit- zeer veel geregeld door de overheid in wetten en regelgeving. Dat wordt gesymboliseerd door de dikke pijl van de overheid naar de zorgverzekeringsmarkt. Dat komt uiteraard omdat de overheid de enige is die dit kan regelen. In de nota weegt dit uitgangspunt – en naar mijn mening terecht- zeer zwaar. Men kan in principe aan twee beleids-knoppen draaien als het gaat om de algemene toegankelijkheid en solidariteit , namelijk de omvang van het basispakket en de mate waarin het “collectief” (de inkomensafhankelijke en nominale premies in de WLZ en de ZvW) dan wel “privaat” (middels eigen bijdragen /eigen risico’s of aanvullend particulier verzekeren) wordt gefinancierd . In Nederland hebben we een vrij breed basispakket in de ZvW/WLZ alsmede relatief lage eigen betalingen (in allerlei vormen). De zeer strakke regulering (zie monografie) door de overheid leidt ertoe dat de premieverschillen tussen zorgverzekeraars gering zijn. B.v. het maximale verschil premieverschil voor een natura-polis tussen de 8 grootste zorgverzekeraars (samen 98% van de markt) is zowel in 2020 als in 2021 ca. € 4,50 per maand. En slechts een beperkt deel van dit verschil komt door het verschil in resultaat op de zorginkoop (incl. de verevening). De zorginkoop betreft dus de derde “markt” in het schema. In de discussies in de media en publicaties wordt vaak gewezen op de sterke concurrentie tussen zorgverzekeraars op de verzekerden-markt. We moeten deze concurrentie echter sterk relativeren. In de eerste plaats omdat deze markt sterk overheidsgerereguleerd is en ten tweede omdat de effecten van de wijze waarop de zorgverzekeraars acteren op de zorginkoop-markt sterk worden beperkt door de wijze waarop deze markt werkt alsmede door de verevening. M.a.w. de premieverschillen kunnen ook niet groot zijn. Interessant is om nog op te merken dat als men nu naar de reclames op de TV kijkt voor zorgverzekeringen (immers het is nu het wissel-seizoen) er nauwelijks reclames zijn van zorgverzekeraars zelf, maar vooral van “vergelijkingsites “, zoals Independer, Zorgwijzer, Pricewise , Zorgkiezer, Polswijzer , Overstappen.nl. enz.. Als je naar sites kijkt waar verzekerden aangeven waarom men wisselt is het naast het premieverschil , vaak de (veranderingen) in de inhoud van het aanvullend verzekeringspakket. Overigens is het aantal verzekerden dat een aanvullende verzekering heeft met 10%-punt afgenomen in de afgelopen jaren.

In de discussienota komt de zorgverzekeringsmarkt – in hoofdzaak - aan de orde als het gaat over de omvang en samenstelling van het basispakket en de aanpassing van eigen risico’s en eigen bijdragen. T.a.v. het laatste wordt opgemerkt dat in Nederland t.o.v. het buitenland laag zijn. Houdt dit een suggestie in aan de politiek om – met het oog op de toegankelijkheid en betaalbaarheid- te pleiten voor een verhoging van het eigen risico c.q. van de eigen bijdragen (niet alleen in de ZvW maar ook in de WLZ)?

III. **Zorginkoop en Zorgverkoop:** de relatie zorgverzekeraar en zorgaanbieder. (nr. 3 in schema)

Het gaat hierbij om de zorginkoop door zorgverzekeraars bij zorgaanbieders. Of omgekeerd zorgverkoop door zorgaanbieders aan zorgverzekeraars. De zorgverzekeraar heeft jegens haar verzekerden zorgplicht. Door de overheid en de NZa zijn op deze markt allerlei beleidsmaatregelen en financiële kaders van kracht. Per zorgsoort zijn die soms erg verschillend. Bij de invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006 (ZvW, WMG en WTZi) is met name om middels de versterking van de inkooppositie van de zorgverzekeraar voor een aantal zorgsoorten “prestatiebekostiging” ingevoerd. Er werd dus niet meer zozeer betaald voor de “beschikbaarheid”, maar voor de “prestatie”. Door deze versterkte positie van de zorgverzekeraar had deze grotere mogelijkheden om scherper te onderhandelen over tarieven, volume en kwaliteit.

Op deze wijze kan een bijdrage worden geleverd aan de kostenbeheersing en er mede zorg voor te dragen dat de financiële macro-kaders niet worden overschreden. Ik focus op de ziekenhuizen en de medisch specialistische hulp. Dit is de grootste sector en ook leading in het debat. Onder verwijzing naar enkele blogs in Zorgvisie, ben ik van mening dat de bekostiging van ziekenhuizen geen “prestatiebekostiging” is, maar een – overigens veel te ingewikkeld – budgetstelsel. De DBC/DOT-tarieven zijn alleen maar verrekenarieven. De honoraria van de vrijgevestigde medisch specialisten zijn hiervan een onderdeel. Er zijn ook geen aparte tarieven meer voor deze honoraria en de medisch specialisten onderhandelen ook niet meer met de zorgverzekeraars over hun honorarium. De specialisten, verenigd in een z.g.n. Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) onderhandelen met het ziekenhuisbestuur over het totale honorarium-bedrag en verdelen dat onderling binnen het MSB. Daarbij speelt de productiviteit een zeer beperkte rol; andere factoren zijn veel belangrijker. (Zie Monografie) In de discussienota wordt gezegd dat er nog in ruime mate sprake is van productieprikkels. Het is niet meer zo dat het inkomen van b.v. een orthopeed met 10% toeneemt als hij 10% meer heupen implanteert. Er zijn productieprikkels, in die zin dat de ziekenhuizen proberen de volumeplafonds per zorgverzekeraar niet te overschrijden (overschrijding leidt niet tot een hoger budget) en niet te veel te onderschrijden. Ik noem dat “plafond-management”. In de discussienota wordt ervoor gepleit om de bekostiging meer te enten op de “beschikbaarheid” en minder op de “productie”. Dat is min of meer een vorm van populatie-bekostiging. Ik heb aangegeven dat dit in de praktijk van de ziekenhuizen, maar b.v. ook voor de huisartsenzorg, al in grote mate het geval is. Ik pleit in het TIENPUNTEN-plan (zie Bijlage) voor sterke vereenvoudiging. Door b.v. een zorgverzekeraar, namens alle anderen, met een ziekenhuis te laten onderhandelen over het totale budget. Dit heet het z.g.n. representatie-model, waar in de discussienota ook voor wordt gepleit. Dit is dus de ALLOCATIE, de wijze waarop wordt bepaald middels onderhandelingen met zorgverzekeraars, hoe hoog de vergoede omzet van het ziekenhuis is c.q. naar zich toe gealloceerd krijgt. De allocatie speelt zich dus af op de zorginkoop- en zorgverkoopmarkt. (nummer 2 in het schema. Op deze wijze ontstaat er een veel eenvoudiger onderhandelingsmodel. Met grote efficiencywinsten in de transactiekosten, zowel bij het ziekenhuis als bij de zorgverzekeraars. Men zou kunnen stellen dat hierdoor een prikkel om zo laag mogelijke tarieven te bereiken wordt uitgesloten. De bedoeling van het zorgstelsel was dan de betreffende zorgverzekeraar deze lagere tarieven dan (deels) doorgeeft aan de verzekerden met een lagere premie, waardoor er meer verzekerden naar deze zorgverzekeraar zullen komen. Hierdoor kan deze zorgverzekeraar een hoger volume contracteren bij de ziekenhuizen en dat kan weer leiden tot lagere tarieven. Dat laatste doordat het ziekenhuis het “kostenvoordeel” van een hoger volume (denk aan de relatief hoge vaste kosten van een ziekenhuis) met de betreffende zorgverzekeraar kan delen. Maar zo werkt het – om verschillende redenen – niet. Denk b.v. aan de volumeplafonds, die door zorgverzekeraars worden gehanteerd OF aan de zeer beperkte mogelijkheid om “patiëntenstromen” te sturen door zorgverzekeraars OF aan het geringe effect van het verschil in resultaten van de zorginkoop, incl. de verevening op het premieverschil. Bij dit laatste gaat het niet om de impact van de totale zorgkosten op de zorgpremie, want die is zonder meer erg hoog, immers ca. 96% van de totale kosten van een zorgverzekeraar zijn de zorgkosten. Dit effect wordt elkaar jaar door het ministerie van VWS in de voor de zorgverzekeraars uniforme rekenpremie meegenomen. Maar het gaat om het verschil in het resultaat op de zorgkosten, incl. de door/namens de overheid geregisseerde verevening tussen zorgverzekeraars. En uit de toelichtingen die zorgverzekeraars (voor de premies over 2021) geven bij de presentatie van hun nieuwe nominale premie, kan worden afgeleid dat die verschillen een (soms zelfs) gering deel van de premieverschillen tussen zorgverzekeraars verklaren. Het is zeer aan te bevelen om deze ontwikkelingen over een groter aantal jaren te analyseren. Ik merk aanvullend nog op dat – in de huidige situatie – die deelbudgetten per zorgverzekeraar door het ziekenhuis worden opgeteld en voor de interne AANWENDING als een totaal-budget worden beschouwd. Een

beetje metaforisch gesteld , we hebben in een bepaald ziekenhuis geen Menzis-verpleegkundigen of een apart CT-scanapparaat voor CZ-verzekerden. De aanwending speelt zich af op de zorgverleningsmarkt (nummer 1 in het schema.). Ik stel nog een tweede, sterke vereenvoudiging voor. Nu is het zo dat voor het kunnen declareren van een bepaald deelbudget er aparte DBC/DOT-tarieven worden uit onderhandeld per ziekenhuis en per individuele zorgverzekeraar. Deze tarieven zijn echter alleen maar verrekenarieven en hebben verder geen enkele bedrijfseconomische of zorginhoudelijke betekenis. Dus ik stel voor dat de NZa landelijke , uniforme verrekenarieven vaststelt. Dat impliceert een verdere reductie van de transactiekosten bij zowel ziekenhuis als zorgverzekeraars en natuurlijk een zeer grote reductie van de administratieve lastendruk voor de zorgprofessionals en bij de administratie van zowel ziekenhuis als zorgverzekeraar. En bovendien zijn die uniforme tarieven voor de patiënten , b.v. in het kader van de verrekening van het eigen risico te begrijpen. We zijn dan ook af van wat we genoemd hebben de spooktarieven. Er is geen enkele patiënt, die in het kader van het verrekenen van het eigen risico , gaat veranderen van zorgverzekeraar omdat het tarief voor een b.v. een liesbreuk of een nieuwe heup, bij een andere zorgverzekeraar lager is. Deze prikkel heeft nooit bestaan. Overigens – los hiervan – boekt het CPB een bepaald bezuinigingseffect in voor het “eigen risico” in haar zorgkostenramingen. Deze CPB-ramingen zijn een belangrijk uitgangspunt voor het kabinetsbeleid en voor de onderhandelingen over de hoofdlijnenakkoorden.

T.a.v. de ontwikkeling van de ziekenhuiskosten zijn de “dure geneesmiddelen “ een zeer groot aandachtspunt. Alhoewel dit zonder meer juist is , moeten we hierbij opmerken dat we nu juist op dit onderdeel in belangrijke mate landelijk beleid kennen. Die dus niet leiden tot verschillen in inkoopresultaat tussen zorgverzekeraars. M.b.t. een analyse van de “prikkel in het systeem” zie ik in het artikel van Klink, Jeurissen c.s. “Lessen uit de CPB-beoordelingen “ duidelijke ondersteuning voor bovenstaande conclusies.

Het TIENPUNTEN-plan heeft ook belangrijke karakteristieken van een vorm van populatie-bekostiging. Ten eerste omdat er in zekere mate sprake is van “beschikbaarheids-bekostiging” en anderzijds dat je -naast andere beleidsmatige factoren- bijvoorbeeld om de drie jaar een herijking toepast van het budget met betrekking tot verschuivingen in de adherentie van het ziekenhuis.

Onderaan deze reactie zijn – samenvattend - de tien hoofdpunten van het plan weergegeven.

Bovenstaand zijn we vooral ingegaan op de ziekenhuizen en de medisch specialistische hulp. Ik wil nog t.a.v. twee verstrekkingen opmerkingen maken. Dat is in de eerste plaats de “huisartsenzorg”. De huisartsenzorg kent in grote mate een vorm van populatie-bekostiging (middels het inschrijfgeld-systeem per verzekerde) en daarnaast zijn er allerlei landelijke geregelde instrumenten(b.v. de O&I) met landelijke tarieven. Dus op dit dossier is de mogelijkheid van zorgverzekeraars om middels de zorginkoop onderling het verschil te maken gering. Dat geldt eigenlijk ook voor de tweede verstrekking, namelijk de geneesmiddelen (excl. de “dure” geneesmiddelen in de ziekenhuizen) . Er zijn de afgelopen jaren met name door het landelijk inkoopbeleid van de gezamenlijke zorgverzekeraars goede resultaten bereikt. Maar ook hier geldt dan weer dat de mogelijkheden voor individuele zorgverzekeraars om middels het zorginkoopbeleid het verschil te maken gering zijn.

T.a.v. de organisatie van de zorgverzekering wil ik nog een specifieke opmerking maken. Er zijn zowel t.a.v. de administratie en organisatie van de verzekerden, de premie-inning, enz. als t.a.v. de zorginkoop en ook de declaratie-processen (zeker als we meer en meer gaan naar het representatie-model) steeds meer min of meer uniforme regelingen en afspraken, dat het de moeite waard is om te onderzoeken of een gemeenschappelijke backoffice van alle zorgverzekeraars niet effectief en kostenbesparend kan zijn. Niet alleen voor zorgverzekeraars, maar misschien nog wel meer bij de vele duizenden zorgaanbieders. Het zal de administratieve lastendruk in de gehele zorgsector zeer aanmerkelijk terugdringen. Uiteraard behoudt elke zorgverzekeraar als zelfstandige, private organisatie haar eigen verantwoordelijkheid.

IV.5 VERANDERKRACHT in de ZORG is GROOT.

De zorgsector was, is en blijft een dynamische sector. Loop door een ziekenhuis nu en vergelijk dat 30/40 jaar geleden, loop door de nieuwe (veel kleinschalige) gebouwen van verpleeghuizen, verzorgingshuizen en woon-zorg complexen, vergelijk de kwaliteit van zorg en vooral van leven van nu met die van 30 /40 jaar geleden en ervaar de grote vooruitgang. Er gaat een wereld voor je open. Lees de 4-jaarlijkse Zorgbalans van het RIVM en lees hoe we er qua gezondheidszorg op vooruit zijn gegaan, de levensverwachting blijft maar stijgen en ook het aantal gezonde jaren neemt toe. Ik denk dat door de geschetste ontwikkelingen (de burger die sterk verandert, de “nieuwe” technologie, enz. .) de verandering in komen 10 jaar nog veel groter zal zijn die in de afgelopen 30/40 jaar. De grote veranderingen, die we zien in de economie, zullen we ook gaan zien in de zorgsector. De arbeidsmarkt zal fundamenteel en structureel gaan veranderen. Banen van 10/20 jaar geleden bestaan nu al niet meer en veel banen van nu bestonden 10/20 jaar geleden nog niet. En die verandering gaat ook in de komende tien jaar zich in nog snellere en impactvollere wijze voltrekken. Burgers gaan op allerlei manieren – met ondersteuning van de “nieuwe technologie” nog veel meer zelf doen, regelen en organiseren. (het prosumentenmodel). Kijk nu maar naar de banken. De grote banken in Nederland hebben tienduizenden banen geschrappt, niet omdat de “vraag naar bancaire diensten is afgenomen, die is alleen maar toegenomen. De “consument” is (deels) z’n eigen producent geworden. Dat gaat niet gebeuren in de zorg, dat is nu al aan het gebeuren in de zorg. En “corona” zal op zich niet zozeer leiden tot geheel nieuwe dingen. Maar er zal wel sprake zijn van een sterke “corona-push”. Maar het “Nieuwe Normaal” is het “Nieuwe” in het “Oude Normaal”. (zie Blog) In de zorg is een grote toekomst aan de “Nulde Lijn”, de burger thuis in z’n eigen omgeving. Daarbij zal hij ondersteun worden door de vele burgerinitiatieven. De eerste en de tweede lijn zullen naast hun behandel-rol veel meer een ondersteunings- en adviesrol naar de nulde lijn gaan vervullen. Mijn opvatting is dat als de overheid/zorgverzekeraars deze ontwikkelingen willen ondersteunen, faciliteren, prioriteren en sturen dat dan een bekostigingssysteem dat veel meer is gebaseerd op “populatie c.q. budgetachtige” uitgangspunten hierbij veel beter aansluit dan een steeds gedetailleerder wordend “prestatie-bekostigingsmodel”. Hierbij is een belangrijk uitgangspunt “VERTROUWEN” in de zorgprofessionals en de patiënt. Dat is ook een van de uitgangspunten in de discussie-nota. “Vertrouwen” moet je verwerven en dat geldt ook voor de zorg. Dat betekent deuren en ramen (ook “thuis”) open en laat de overheid en zorgverzekeraars komen luisteren kijken naar de verhalen van de patiënten en de zorgprofessionals bij “Mevr. Jansen in Emmen”. (de narratieve methode)

Dit gaat zich de komende 10 jaar voltrekken. Maar daar is een groot probleem bij, namelijk dat een groep burgers, die nu al een grote achterstand heeft qua levensverwachting, hierbij echt ondersteund zal moeten worden. De ongelijkheid (b.v. met betrekking tot de levensverwachting) die er nu is, moet niet groter worden maar kleiner. Ik denk dat we deze “nieuwe” ontwikkelingen hiervoor niet moeten remmen, maar juist daarvoor moeten inzetten en gebruiken. De

overheid/zorgverzekeraars , maar vooral het “sociale domein “ (zie mijn bovenstaande opmerking) en ook de reeds vaker genoemde burgerinitiatieven.

IV.6 ARBEIDSMARKT.

In de discussienota wordt veel aandacht gegeven aan de personeelsproblematiek en de arbeidsmarkt en opleiding en bijscholing.

Ik wil hierbij – aanvullend op de behartigenswaardige wijze waarover in de discussienota wordt geschreven – twee aandachtspunten onder de aandacht brengen. Zoals reeds opgemerkt zal het “ prosumentenmodel ” ook in de zorg grote consequenties hebben voor de personele inzet. Aan de ene kant minder , maar aan de andere kant ook een geheel andere inzet. Een tweede opmerking betreft de “pensioen-leeftijd”. Ik bedoel dan niet de wettelijke AOW-leeftijd maar de daadwerkelijke leeftijd dat men stopt met werken en echt met pensioen gaat. In 2002 ging 11,0 % van de werknemers ouder dan 55 met pensioen en in 2018 is dat 5,7%. En dat bij een toename met een factor 2,5 van het aantal werknemers van 55 jaar en ouder. Of nog een ander CBS-cijfer, namelijk dat van 2017 op 2018 de pensioenleeftijd met 5 maanden is toegenomen. Dit heeft natuurlijk grote effecten op het arbeidsaanbod. En natuurlijk zal dit op een of andere manier in de voorspellingen van vraag en aanbod op de arbeidsmarkt worden meegenomen. Maar het gaat wel om structurele effecten.

Literatuur:

Guus van Montfort :Van Doktersdriven , via Zorgverzekeraarsdriven naar Clientdriven.

Monografie ; Amsterdam SWP, 2020.

Nico van Weert en Jan Hazelzet. Gepersonaliseerde medische zorg, innovatieve zorg afgestemd op persoonlijke behoeften , voorkeuren en waarden.

NFU-consortium Kwaliteit van Zorg, 2020)

Nationaal Ziekenhuis Instituut : Op de markt is uw gulden een daalder waard.

Lezing congres over rapport cie. Dekker. 1987.

Michel van Schaik en Marleen Jansen(RABO) : Het wordt tijd om vol in te zetten op

Preventie . Zorgvisie, 29-12-2021.

Ab Klink, Patrick Jeurissen, c.s. : Lessen uit de CPB-beoordelingen van de Zorg.

ESB , 12-1-2017.

Diverse artikelen/blogjes apart toegevoegd.

HOOFDSTUK V : HET NIEUWE NORMAAL

Het 'nieuwe normaal' is het nieuwe in het 'oude normaal'

Er zijn veel voorbeelden van veranderingen in de zorg die in het kader van corona worden geplaatst. Maar deze ontwikkelingen zijn al geruime tijd gaande. Ze zijn simpelweg versneld door de coronacrisis.

Minister Wiebes introduceerde in het kader van het (post-)corona tijdperk de term anderhalve meter-economie. Minister president Rutte sprak over de anderhalve meter-maatschappij en over 'het nieuwe normaal'. Wat wordt hiermee bedoeld?

Is de situatie vergelijkbaar met wat destijds minister president Den Uyl opmerkte met betrekking tot de gevolgen van de oliecrisis: 'Zo bezien, keert de wereld van voor de oliecrisis niet terug.' In de publiciteit is de uitspraak onthouden als: 'Het wordt nooit meer zoals vroeger.' Of gaat het meer de kant op van Maarten van Rossem, die zegt: 'Nee, er begint geen nieuw tijdperk. Ik hoop op kleine verbeteringen maar geen nieuw tijdperk, nee.' Het kan ook zijn dat 'het nieuwe normaal', het nieuwe tijdperk, al begonnen was vóór de coronacrisis en dat die versneld doorzet. Kortom: het 'nieuwe normaal' is het nieuwe in het 'oude normaal'.

Voorbeelden van veranderingen

Als men vakbladen als Zorgvisie en Skipt van de laatste maanden doorbladert, ziet men vele voorbeelden van veranderingen die in het kader van corona geplaatst worden. Bijvoorbeeld e-health, zelfmonitoring door COPD en patiënten met hartfalen, beeldbellen en beeldconsulten, meer eigen regie door cliënten (diabetes- en dialyse-patiënten), enzovoorts. Een COPD-patiënt is gewoon in z'n eigen vertrouwde thuissituatie en heeft allerlei monitoringapparatuur, die rechtstreeks communiceert met z'n eigen longarts. Hoe kleinschalig kan het zijn. Het dataverkeer loopt via een internationaal platform. Hoe grootschalig kan het zijn.

Generieke achtergrond

De ontwikkelingen in de zorg hebben een generieke achtergrond. Het betreft aan de ene kant de veranderingen bij de burger, consument, cliënt, patiënt: men wil meer eigen regie, is steeds beter opgeleid, heeft een betere inkomenspositie, enzovoorts. Hij verenigt zich ook steeds meer in eigen collectieven zoals burgerinitiatieven en zorgcoöperaties.

Aan de andere kant betreft het de nieuwe technologie: deze is onder andere gebruikersvriendelijker, te gebruiken door iedereen op individueel niveau, goedkoop. Kleinschalig tot op het individuele niveau van de burger.

Burger als eigen producent

Deze twee ontwikkelingen versterken elkaar. Ze leiden ertoe dat de burger in steeds grotere mate z'n eigen producent gaat worden. Ik ben voor een groot deel mijn eigen bankier geworden door het internetbankieren. De Rabobank moet (c.q. heeft reeds) duizenden medewerkers ontslaan, niet omdat de vraag naar bancaire diensten is afgenomen, die is de laatste jaren juist zeer sterk toegenomen, maar omdat de consument dat in steeds grotere mate zelf is gaan doen. Ook ben ik m'n eigen postbode geworden via de mail, ik ben mijn eigen energieproducent middels de zonnepanelen, ik ben m'n eigen bibliothecaris, ga zo maar door.

Casino-geneeskunde

We zien ook dat de geneeskunde zich steeds meer personaliseert, door klinische genetica, DNA-onderzoek en dergelijke. Er komen bijvoorbeeld steeds meer geneesmiddelen waarvan de werking niet zozeer door trial-achtig onderzoek voor patiëntengroepen wordt aangetoond (met een statistische kansberekening; casino-geneeskunde). Maar door DNA-achtige inzichten krijgen we geneesmiddelen op de maat van het individu (precisiegeneeskunde).

Corona-push

De geschetste ontwikkelingen in de zorg hebben dus een generieke achtergrond. Ze zijn niet ontstaan door corona. De basis voor de veranderingen lag er al, maar heeft door corona een sterke stimulans gekregen, een soort corona-push.

Bezwaren en moeite met veranderingen zijn in de coronaperiode veel betrekkelijker geworden. Dat is in mijn ogen veel meer de structurele dynamiek en effect van corona, dan dat er echte nog niet-bestaande nieuwe dingen ontwikkeld worden door de pandemie.

Werkveld is de motor achter innovaties en ontwikkelingen

In een vorig blog schreef Guus van Montfort over de ontwikkelingen in de zorg die al geruime tijd gaande zijn en die een sterke impuls kregen door de coronacrisis. Door wie of welke partijen komen die veranderingen tot stand?

De geschetste ontwikkelingen in de zorg hebben een generieke achtergrond, schetste ik in mijn vorige blog (linkje). Ze zijn niet ontstaan door corona. De basis voor de veranderingen lag er al, maar heeft door corona een sterke stimulans gekregen, een soort corona-push.

Bezwaren en moeite met veranderingen zijn in de coronaperiode veel betrekkelijker geworden. Dat is in mijn ogen veel meer de structurele dynamiek en effect van corona, dan dat er echte nog niet-bestaande nieuwe dingen ontwikkeld worden door de pandemie.

Samenwerking

In de publiciteit werd de intensieve samenwerking en verdeling tussen ziekenhuizen, eerste- en nuldelijn als iets zeer opvallends gepresenteerd. Dat heeft natuurlijk te maken met het beeld dat men heeft van ziekenhuizen en dokters. Namelijk dat men vooral bezig is met het eigen ziekenhuis en uit eigen belang vooral geen taak- en functieverdeling wil. Dat is het beeld van de werkelijkheid. Maar is dat ook zo? Zowel met betrekking tot de samenwerking en afstemming als tot de vernieuwings- en innovatieprojecten was de werkelijkheid anders dan het beeld van de werkelijkheid.

De zorgverzekeraars speelden nauwelijks een rol bij dit verdelingsvraagstuk. En dat hoefde ook niet. Over hoe sommige zorgverzekeraars omgingen met de budgettaire aspecten van de coronacrisis is een discussie zeker wenselijk.

Verdelingsvraagstuk

De begrippen klein- en grootschaligheid krijgen steeds meer een andere inhoud en betekenis. We gaan van patiëntenplanning door de medewerkers van het ziekenhuis, naar medewerkersplanning door de patiënt. Of een intensieve samenwerking tussen ziekenhuizen om elkaar te helpen en tot een goede opvang van corona-patiënten te komen. Dat gebeurde op regionaal en op landelijk niveau. De overheid had hierbij een meer oproepende rol en geen regierol. Dat was ook niet nodig, want de zorgprofessionals en ziekenhuizen regelden dat gewoon zelf. Nou ja, 'gewoon', het was natuurlijk wel een zeer impactvolle en intensieve opdracht voor medisch specialisten, verpleegkundigen en bestuurders.

Wel wil ik nog opmerken dat de overheid – los van die autonome ontwikkelingen – een zeer belangrijke taak heeft met betrekking tot het organiseren en regelen van algemene toegankelijkheid en solidariteit. Dat was, is en blijft een echte, authentieke overheidstaak en -verantwoordelijkheid.

Werkveld als motor

Was het niet zo dat dit alles heeft kunnen plaatsvinden, niet zozeer omdat het 'moest' van het kabinet, maar omdat het intrinsiek zit in de mensen die in de zorg werkzaam zijn. Het werkveld is de motor achter deze ontwikkelingen. Dat was en is zo en dat blijft ook zo.

Vernieuwing en innovatie is aan de orde van de dag, ook reeds vóór corona. Samenwerking en afstemming tussen ziekenhuizen, tussen ziekenhuizen en verpleeghuizen, tussen ziekenhuizen en de eerste/nulde lijn, gebeurde gewoon in de praktijk – ondanks de vaak tegenovergestelde beeldvorming. Op microniveau vindt veelvuldig substitutie plaats tussen de tweede-, eerste- en nuldelijn. Het zou goed zijn om dat eens systematisch te onderzoeken en te inventariseren.

HOOFDSTUK VI: HET TIENPUNTENPLAN voor de BEKOSTIGING.

Tien puntenplan voor een 'nieuw' bekostigingsmodel voor ziekenhuizen.

Wij willen af van de onbegrijpelijke, 'rare' DBC-tarieven, die verschillen per ziekenhuis en per zorgverzekeraar. Wij stellen voor het huidige 'praktijkmodel' zeer sterk te versimpelen en de administratieve lastendruk aanmerkelijk te verlagen. We nemen in het model, dat bovendien 'corona-proof' is, niet het systeem, maar het primaire proces als uitgangspunt.

Als we kijken naar veranderingen in het zorgstelsel, in dit geval de bekostigingsmethodiek van zorginstellingen, inventariseren we meestal knelpunten. Vervolgens gaan we aan de slag met het ontwikkelen van wijzigingen in het stelsel om aan de gesignaleerde knelpunten tegemoet te komen.

In deze bijdrage doen we dat niet. We gaan uit van de ontwikkelingen en veranderingen in het primaire zorgproces en de dynamiek tussen cliënt en zorgprofessional. Vervolgens bekijken we hoe het zorgstelsel c.q. de bekostigingsmethodiek aangepast kan worden om deze ontwikkelingen te bevorderen, te ondersteunen en te faciliteren.

Dat deze ontwikkelingen en veranderingen passen in het 'overheidsbeleid' blijkt uit de nota 'Juiste Zorg op de Juiste Plaats'. Deze nota is zo ongeveer een 'feitelijke' beschrijving van die ontwikkelingen en veranderingen in de zorg, zoals die zich in de praktijk reeds voltrekken c.q. gaan plaatsvinden.

Trends en ontwikkelingen

In de monografie 'ZORGSECTOR: van VOOR, via MET naar DOOR de CLIËNT' heb ik een aantal trends en ontwikkelingen in de zorg geschetst. Deze hebben zowel te maken met grote, structurele veranderingen bij cliënten als met impact van technologie. Deze ontwikkelingen versterken elkaar bovendien. De zorg wordt specifiek, veel meer context-gebonden en vanuit de positie en rol van cliënt en patiënt.

Prestatiebekostiging of budgettering?

Sinds 2005 is de prestatiebekostiging voor ziekenhuizen gefaseerd ingevoerd als vervanging van de budgettering. Later ook voor ggz-instellingen. De basis voor de prestatie-bekostiging is het DBC-systeem. Er wordt tussen elk individueel ziekenhuis en elke individuele zorgverzekeraar onderhandeld over het aantal patiënten (Q) per DBC (volume) en de prijs van de DBC (P), het ziekenhuistarief. Sinds 2015 is het honorarium van de vrijgevestigde specialisten integraal onderdeel van het ziekenhuistarief. De specialisten, meestal verenigd in een MSB, verdelen onderling het totale honorarium dat via de declaraties van de DBC-en, door het ziekenhuis van de zorgverzekeraars wordt ontvangen.

Allocatie

Maar in de praktijk werkt het toch echt iets anders. Elk ziekenhuis onderhandelt in het najaar met elke zorgverzekeraar (de vier grote zorgverzekeraars afzonderlijk en een aantal kleinere die soms gezamenlijk onderhandelen) over welk 'bedrag' de betreffende zorgverzekeraar voor zijn verzekerden/patiënten wil bij betreffend ziekenhuis wil besteden: de 'allocatie'.

Lastendruk

Het ziekenhuis telt al die deelbedragen op en dat is de basis voor de interne begroting voor het komende jaar. Het is dus feitelijk een totaalbudget. Nadat de individuele budgetten per verzekeraar zijn overeengekomen (vaak aangevuld met volume-plafonds en specifieke projectmatige afspraken) beginnen de onderhandelingen tussen de administratieve afdelingen van het ziekenhuis en de declaratieafdelingen van de individuele zorgverzekeraars over de tarieven per DBC/DOT. Die deelbudgetten zullen immers op één of andere manier op de bankrekening van het ziekenhuis moeten komen. Daarvoor gebruiken we de DBC/DOTjes als tariefdragers en het overeengekomen tarief als verrekeningstarief. Dat zijn verrekeningstarieven die per ziekenhuis en per zorgverzekeraar kunnen verschillen, terwijl ze dus alleen maar als verrekeningstarief fungeren. Dit alles leidt tot een zeer grote administratieve lastendruk die geen enkele inhoudelijke en economisch betekenis heeft, behalve een liquiditeitsbetekenis.

Verantwoordelijkheid

Je kunt dus constateren dat de interne aanwending een geheel eigen dynamiek heeft, waar innovatie en kwaliteitsontwikkeling veel meer eigen ruimte hebben en vooral ook gewoon nemen dan we wel eens denken. Kortom: ondanks al het (terechte) geklaag over 'administratieve lastengedoe' nemen zorgprofessionals en cliënten gewoon hun verantwoordelijkheid als het gaat over innovatie en kwaliteitsontwikkeling in de zorg.

Plafondmanagement

Naast de absoluut niet noodzakelijke, veel te hoge administratieve lastendruk is ook een effect van het huidige systeem van afspraken tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars dat er binnen de ziekenhuizen zogenaamd 'plafondmanagement' ontstaat. Men gaat in de loop van het jaar steeds meer kijken of 'plafonds' per individuele zorgverzekeraar vol gaan lopen en bij andere nog ruimte is. Dit om te voorkomen dat men gedeelten van plafonds ongebruikt laat of dat men niet-betaalde 'overproductie' maakt boven een plafonds. Wat dit te maken heeft met zinnige en zuinige zorg ontgaat mij totaal.

'Nieuw' bekostigingsmodel

Het bekostigingsmodel voor de ziekenhuizen is gebaseerd op de volgende tien uitgangspunten:

1. Meer ruimte voor kwaliteitsverbetering en innovatie in het primaire zorgproces.
2. Meer beleidsruimte voor cliënten en zorgverleners voor de aanwending van de (financiële) middelen – interne substitutievrijheid binnen de ziekenhuizen.
3. Innovaties, precisiegeneeskunde en het prosumentenmodel vragen om ruimte in de aanwending. Dat is niet te vangen in landelijke, uniforme DBC-en/DOTjes.
4. Onderscheid tussen enerzijds 'macro/allocatie' en anderzijds 'micro/aanwending'. Ga niet de verbinding proberen te maken middels de DBC-systematiek c.q. prestatie-bekostiging.
5. Macro-allocatie/budgettering gebaseerd op CPB-ramingen, ova-ruimte en budgettair beleid van de overheid (bijvoorbeeld BKZ-kader, veranderingen basispakket, enzovoorts). Bestuurlijke hoofdlijnen akkoorden zijn hierin een belangrijk instrument voor overheid, zorgverzekeraars en ziekenhuizen.
6. Maak een budgetafpraak voor de gehele instelling met alle zorgverzekeraars via het representatie-model. Hierbij kunnen ook procesmatige afspraken worden gemaakt en institutionele kwaliteitsaspecten en voorzieningen (license-to-operate).
7. Transparantie, primair naar de cliënten en secundair naar de zorgverzekeraars in hun adviesrol naar hun cliënten/verzekerden.
8. Transparantie, niet in de vorm van lange lijsten met indicatoren.

9. Laat de NZa landelijke, uniforme verrekenarieven vaststellen voor alle DBC-en/DOTjes. Dit betekent een zeer aanmerkelijke reductie van administratieve lasten en is veel duidelijker voor de cliënten in het kader van eigen risico.
10. Dit model sluit goed aan bij hoe het 'prestatie-bekostigingsmodel' in de praktijk wordt gehanteerd door ziekenhuizen, medisch specialisten en zorgverzekeraars, namelijk als een (veel te ingewikkeld) budgetteringsmodel.

In mijn monografie heb ik een en ander veel verder uitgewerkt toegelicht.

Duidelijkheid

Voor patiënten wordt het door dit plan ook duidelijker. In de eerste plaats is het gedaan met de onbegrijpelijke, 'rare' DBC-tarieven, die verschillen per ziekenhuis en per zorgverzekeraar. In het kader van de verrekening van het eigen risico kan men de landelijke verreken-tarieven gebruiken, zoals die door de NZa worden vastgesteld. Dat kan bovendien nog op veel specifiekere niveau. In de tweede plaats faciliteert dit tien puntenplan de ruimte die cliënten nodig hebben om – samen met de zorgprofessionals – hun eigen regierol te kunnen vervullen.

'Het is niet wat het lijkt'

Het tien puntenplan is in beleidstermen een nieuw model, maar zoals het 'beleid' (namelijk prestatiebekostiging) in de praktijk werkt, het dus geen echt 'nieuw' model. Wel stel ik voor het huidige 'praktijk-model' zeer sterk te versimpelen en de administratieve lastendruk aanmerkelijk te verlagen. We kunnen concluderen dat het niet is wat het lijkt. Het is immers geen prestatiebekostiging, maar een budgetsysteem.

Maar 'dat het niet is wat het lijkt' geldt voor meerdere zaken in de zorg. Een voorbeeld: in de publiciteit kom je regelmatig het beeld tegen dat het inkomen van de vrijgevestigde medische specialisten nog steeds proportioneel afhankelijk is van het aantal patiënten, het aantal polibezoeken, het aantal operatieve ingrepen, enzovoorts. Dat is allang niet meer zo. Het MSB onderhandelt met het ziekenhuisbestuur (en niet meer met zorgverzekeraars) over het totale honorarium (de lumpsum). Dat wordt vervolgens intern binnen het MSB verdeeld. De totale lumpsum is veel meer geïkt aan het totale ziekenhuisbudget en niet aan de individuele activiteiten. Dat geldt ook voor de interne verdeling binnen het MSB. Dusseldorp en Corbey (2018) hebben laten zien dat 'benchmark-model' in de praktijk op een zeer genuanceerde wijze wordt toegepast, waarbij het productievolume een ondergeschikte rol speelt.

Nog een voorbeeld van 'Het is niet wat het lijkt' is het beeld dat de ziekenhuizen en trouwens de gehele zorgsector 'behoudend' is. Geen of nauwelijks innovatie en vernieuwing. In mijn monografie en essays zijn vele voorbeelden genoemd, waaruit het tegenovergestelde blijkt. Zowel de 'kwaliteitswinst' (zie Zorgbalans van RIVM) als de 'doelmatigheidswinsten' zijn evident (zie Essays).

De zorgprofessionals en de cliënten hebben hun verantwoordelijkheid genomen door – ondanks alle bureaucratische gedoe, gewoon door te gaan met de 'goede dingen' te doen als met 'de dingen goed te doen' – zinnig en nuttig.

Kan het beter en moet het beter? Jazeker, want de grote verandering die in afgelopen twintig, dertig jaar is gemaakt, gaat nog een keer gemaakt worden. Maar dan twee keer zo groot en drie keer zo snel. De drijfveren daarvoor heb ik hierboven geschetst.

Uitdaging

Kortom, er ligt een hele mooie uitdaging. Daarvoor is ruimte nodig op zorgverleningsniveau. Het tien puntenplan creëert deze ruimte. Ruimte binnen de financiële kaders, die door de overheid worden aangegeven en nader worden geoperationaliseerd in 'bestuurlijke hoofdlijnenakkoorden'.

Corona

In deze 'coronatijd' gaat in de eerste plaats alle aandacht naar de overledenen en de nabestaanden, de ernstig zieken en de zeer grote inzet van alle medewerkers in de zorg. We zien ook een grote flexibiliteit, aanpassings- en improvisatievermogen. Dat zit in het 'DNA' van de zorg en al die zorgmedewerkers. Er is als het ware sprake van een soort 'corona-push', die de reeds lopende veranderingen en vernieuwingen, die ik bovenstaand heb geschetst, heeft versterkt. Het 'nieuwe normaal' was voor een deel al normaal. Dat heeft enerzijds te maken met het 'zorg-DNA' en anderzijds is dit sterk gefaciliteerd door de 'praktijk-bekostiging'. Dus naast de vele extra kosten van de coronacrisis is de wijze waarop in de ziekenhuizen de bekostiging wordt ingevuld (het tienpuntenplan) 'corona-proof'

Literatuur

1. Guus van Montfort : Monografie Zorgsector: van VOOR, via MET naar DOOR de CLIËNT. Amsterdam, SWP 2020.
2. Guus van Montfort en Rob van Wylick : Drie Essays. Amsterdam, SWP 2019.
3. RVS: Blijk van Vertrouwen. Den Haag, 2019.
4. M. van Dusseldorp en M. Corbey : Eerlijk zullen we alles delen. Maandblad voor Accountancy en Bedrijfseconomie, november 2018.

HOOFDSTUK VII:

ENKELE ALGEMEEN ECONOMISCHE BESCHOUWINGEN EN IN HET BIJZONDER OVER DE INKOMENSELASTICITEIT VOOR ZORG

In een sterk veranderend zorglandschap en het zorgkostenvraagstuk.

7.1 Inleiding

Het kostenvraagstuk beheerst het zorgbeleid van de overheid, van zorgverzekeraars, van zorginstellingen en van zorgprofessionals al vele, vele jaren. Soms lijkt het de discussie over toegankelijkheid, kwaliteit en innovatie eerder te verkrampen, dan tot een nadere oplossing te brengen. Het leidt tot wantrouwen en bureaucratie en tot behoudend beleid. Ik herinner aan de discussie over de extreme administratieve lastendruk. Door het kabinet werden zogenoemde 'schrapsessies' belegd om boven tafel te krijgen welke administratieve lasten kunnen worden geschrapt. Een van de interessante conclusies is dat een aantal administratieve handelingen door de zorginstellingen en zorgprofessionals zelf is bedacht. Niet omdat ze dit adequaat of nuttig vinden, maar puur omdat ze denken dat dit wel zal moeten, of vanwege 'indeggedrag' of omdat ze zo bezig zijn met 'dit zal wel moeten van de zorgverzekeraars of van de politiek'. De politiek voedt dit sterk door het fenomeen dat wanneer een incident plaatsvindt de Tweede Kamer er dagen over spreekt en dat leidt dan weer tot extra monitoring, tot extra maatregelen en tot extra registraties. Deze leiden dan vaak tot nieuwe beleidsinitiatieven van de overheid. Die hebben meestal een dubbel beeld. Ik kan dit illustreren aan de hand van de volgende metafoer:

“ De gemiddelde overheidsnota of -brief bestaat uit ongeveer vijftigpagina's, waar je als zorgverlener tweemaal de tranen van in de ogen schieten. Eenmaal van vreugde en eenmaal van verdriet. De eerst 45 pagina's gaan over de inhoud van het beleid en roepen vreugdetranen op. De laatste vijf pagina's gaan over de concrete maatregelen, die tranen van verdriet oproepen. Die staan namelijk meestal haaks op de beleidsintenties. Daarbij worden argumenten gehanteerd zoals 'er moet worden gefaseerd, want de sector is er nog niet gereed voor. “

Ten aanzien van de zorgverzekeraars wil ik verwijzen naar een brief van Zorgverzekeraars Nederland over een wetsontwerp (Zorgvisie, 12-6-2018). Dat betreft een wijziging van de Wmg waarin onder meer wordt voorgesteld om – gedeeltelijk en gefaseerd – te komen tot afschaffing van centraal vastgestelde prestatiedefinities. ZN is bang dat er chaos ontstaat en dat de kostenbeheersing sterk in gevaar zal komen. Ook is er sprake van veel wederzijdse oordelen en vooral ook vooroordelen. Zo wordt gesteld dat de overheid alleen maar kijkt naar het 'kloppend maken van het huishoudboekje' en niet naar de inhoud van de zorg. De echt moeilijke keuzes worden 'over de schutting naar de spreekkamer van de arts en de patiënt gegooid'.

Of dat de zorgverzekeraars bij de zorginkoop alleen maar 'spreadsheetbeleid' voeren. Of dat zorgverzekeraars en de overheid stellen dat zorgverleners er alleen maar op uit zijn meer en complexere zorg te verlenen en niet bereid zijn om na te denken over zinnige en zuinige zorg. Allemaal voorbeelden van oordelen en vooroordelen over elkaar.

Ik wil ook nog wijzen op het rapport van de commissie-De Beer over het terugdringen van de administratieve lastendruk in de zorgsector uit 2002. Hierin werd aangegeven dat de administratieve lastendruk met zo'n 25 à 30 procent kan worden verminderd, wat op termijn een besparing zou

kunnen opleveren van 300 miljoen. Hoewel zeker een aantal van de voorstellen van commissie-De Beer zijn ingevoerd, lijkt het er niet op dat de administratieve lastendruk is afgenomen. Integendeel, deze is juist sterk toegenomen. Vele achtereenvolgende kabinetten hebben dit thema steeds stevig op de agenda gezet.

Het lijkt wel op de metafoor van de tuinman die de wormen in zijn tuin wil vernietigen door ze allemaal in twee stukken te hakken en er dan achter komt dat het er twee keer zoveel zijn geworden.

Kortom, er is een diepe wantrouwcultuur ontstaan. De overaccentuering op het kostenbeleid leidt tot de genoemde verkramping en niet tot innovatie en vernieuwing van de zorg, waarin de cliënt echt zijn preferenties naar voren kan brengen en op grond daarvan de keuzes in de zorg kan maken. Dit is het beeld dat je uit de publicaties leest. Maar de werkelijkheid is – voor een groot gedeelte – echt anders. En gelukkig maar, in de eerste plaats vooral voor de patiënt.

Het bovenstaande zou erop kunnen duiden dat het kostenbeheersings-vraagstuk centraal staat en vooral dat er niet of nauwelijks sprake is van een vernieuwende maatschappelijke dynamiek. Niets is minder waar.

Een dynamiek die gestuurd wordt op individueel niveau en/of op een collectief niveau. Deze dynamiek kan haar basis vinden in technologische en wetenschappelijke ontwikkelingen of in veranderingen van de preferenties van de consumenten/patiënten, samenhangend met hun veranderende inkomenspositie of opleidingsniveau. Deze – voor het beleid vrij autonome – ontwikkelingen kunnen elkaar soms ook nog versterken.

Vanuit bovenstaand kader maken we in deze bijdrage een nadere verkenning van de inkomenselasticiteit voor de vraag naar zorg en factoren die daarop van invloed zijn. De ontwikkeling van het bnp (bruto nationaal product) is immers een van die – voor het zorgbeleid – min of meer factoren. We definiëren inkomenselasticiteit van de zorgvraag als ‘de mate waarin de vraag naar zorg verandert als het inkomen van de zorgvrager verandert’. We drukken dit meestal uit als de procentuele verandering in de zorgkosten gerelateerd aan de procentuele verandering van het BNP. In deze bijdrage gebruiken we definities en begrippen van twee publicaties van het CPB (De Jong, 2012; Mot et al., 2016). Jeurissen, c.s. (2018) en ook de OECD (2015) geven aan dat de stijging van de zorgkosten voor 42 procent wordt verklaard door stijging van de welvaart, voor 12 procent door demografische factoren en voor 46 procent door technologische ontwikkelingen. De veranderingen in de welvaart zijn dus een zeer relevante factor voor de ontwikkeling van de zorgkosten. En dus is het in dit kader relevant om meer inzicht te krijgen in de factoren achter de inkomenselasticiteit en te kijken of we ook naar de toekomst iets kunnen zeggen over de hoogte van die inkomenselasticiteit.

De inkomenselasticiteit heeft geen absolute, universele betekenis. Thomas Getzen (2000) relateert de inkomenselasticiteit aan het analyseniveau. Hij maakt onderscheid in het individuele patiëntniveau en de relatie met de dokter en het nationale macroniveau van de overheid (inclusief nationale adviesorganen en zelfstandige bestuursorganen; zbo's) en nationale actoren zoals de diverse brancheorganisaties.

Elke bedrijfstak is opgebouwd vanuit meerdere beslissings- en werkniveaus. We hebben het echte uitvoerende werkniveau, ‘daarboven’ het niveau dat deze werkprocessen stuurt met protocollen, regels en richtlijnen, vervolgens het institutionele niveau, het regionale niveau en het macroniveau.

Ik verwijs naar van Montfort (oratie in Tilburg, 1986), waarin de theorie van Rowbottum

en Billis (1977) is uitgewerkt naar de zorgsector in Nederland. De bedrijfstakken verschillen in de mate waarin de verschillende niveaus zijn ingevuld. In de zorg zien we dat het uitvoerend niveau en het niveau van de sturing van het werkniveau sterk zijn ingevuld. In de koekjesindustrie is dat tweede niveau niet sterk ingevuld. In de zorg is daarnaast het macroniveau sterk ingevuld. Dat heeft natuurlijk te maken met zowel het organiseren van solidariteit en algemene toegankelijkheid als het beheersen van het landelijke beslag op de middelen. De sterke invulling van het uitvoerende en sturende niveau aan de ene kant en sterke macroniveau aan de andere kant geeft spanningen in de mate waarin de effecten tegengesteld zijn. Zo zien we dat als de overheid te sterk bezuinigt, op microniveau wachtlijsten ontstaan. Een ander voorbeeld is de verpleeghuiszorg ten tijde van het kabinet-Rutte II. Er werd sterk bezuinigd op dit onderdeel van de zorg, waardoor er knelpunten ontstaan in de kwaliteit van zorg in de verpleeghuizen. Er ontstaat maatschappelijke druk vanuit het werkniveau, met name verwoord door Hugo Borst en Carin Gaemers. En dat leidt vervolgens weer tot het toekennen van extra middelen van circa 2 miljard euro. In het licht van onze discussie over de inkomenselasticiteit kunnen we ons afvragen of de voorspoedige economische ontwikkeling niet ook hier een grote rol heeft gespeeld. Het is geen kwestie van kip of ei. De lijsttrekker van de VVD heeft die 2 miljard toegezegd omdat hij wist dat er voldoende financiële ruimte was voor deze extra middelen. Kortom, dus toch een hoge inkomenselasticiteit op macroniveau. Of andersom geformuleerd, als die financiële ruimte er niet was geweest, was het toegekende bedrag ongetwijfeld veel lager geweest. De zware bezuinigingen bij de start van kabinet-Rutte II (2012) waren ingegeven door het ontbreken van de financiële ruimte op macroniveau.

Datzelfde kunnen we stellen over de 'boter bij de vis'-gelden van minister Borst. Deze toekenning ontstond aan de ene kant vanuit de maatschappelijke druk omdat er wachtlijsten ontstonden, en aan de andere kant doordat de middelen 'tegen de plinten omhoog klotsten' (uitspraak van minister Zalm, tweede paarse kabinet). Kortom, deze voorbeelden illustreren dat wanneer er financiële ruimte is op macroniveau de zorg extra middelen krijgt toegekend en omgekeerd als er krapte is op macroniveau dat er dan wordt bezuinigd op de zorgsector.

Getzen stelt dat de mate waarin de zorg onder 'verzekeringssystemen' valt ofwel het nationale beleidsniveau sterk is ingevuld, de individuele inkomenselasticiteit sterker naar nul zal gaan en de elasticiteit van de bestedingen aan zorg op nationaal niveau gewoonlijk groter dan 1 zal zijn (Getzen). Interessant is om te zien dat de lage inkomensgroepen (lage sociaaleconomische status (SES) is overigens breder dan alleen het inkomen) de hoogste zorgconsumptie hebben. Dat kan dus impliceren dat er op basis van een crosssection analyse van inkomensgroepen, zelfs negatieve inkomenselasticiteiten kunnen ontstaan. Hier zien we het 'verzekeringseffect' dat algemene toegankelijkheid en solidariteit (inclusief inkomenssolidariteit) biedt. Dit is bij beleidspolitiek een wenselijk effect.

We kunnen de hoogte van de inkomenselasticiteit niet los zien van de context in de zin van wet- en regelgeving, maar ook van de context in de zin van 'autonome trends en ontwikkelingen'. Onder dat laatste kunnen we 'technologische en wetenschappelijke ontwikkelingen' verstaan, maar ook veranderingen bij consumenten/patiënten. We komen daar nog op terug.

7.2 Het zorgsysteem: multilevel beslissingssysteem

Ik heb, samen met Rob van Wylick, in een essay met de titel 'Is de zorg een echte markt?' het zorgsysteem uitvoerig beschreven. Ik zal enkele – voor het onderwerp van deze bijdrage – relevante aspecten nader toelichten. De inkomenselasticiteit wordt immers beïnvloed door de wijze waarop het zorgsysteem is ingericht. Ik merk nu al op dat het zorgsysteem geen statisch gegeven is. Dit geldt

zowel voor de verzekeringskant (dus de omvang van het verzekerde pakket en de mate van inkomenssolidariteit waarmee dit gefinancierd wordt) als voor de wijze waarop de bekostiging van de zorgaanbieders plaatsvindt. Om het onderscheid dat Getzen met betrekking tot de inkomenselasticiteit maakt goed te kunnen duiden, is een korte analyse van het zorgsysteem relevant.

7.3 De bekostigingskant: scheiding 'allocatie' en 'aanwending'

We maken onderscheid tussen de 'allocatie van de hoeveelheid middelen' en de 'aanwending van de hoeveelheid middelen'. Met allocatie bedoelen we 'de hoeveelheid middelen die we aan zorg in totaal willen besteden, verdeeld naar hoofdcategorieën, zoals de cure- of de caresector'. Met aanwending bedoelen we 'hoe (welke concrete handelingen en activiteiten), aan wie en waaraan (personeel, geneesmiddelen, verpleegdagen) het geld op patiëntniveau wordt besteed. De allocatie heeft een sterk macrokarakter, terwijl de aanwending een sterk microkarakter heeft.

Kortom, zoals ik al eerder heb aangegeven, is ons zorgsysteem een multilevel beslissingssysteem. De scheiding van allocatie en aanwending geeft de nodige afstemmings- en coördinatieproblemen. De aanwending van de middelen vindt plaats op microniveau – de individuele relatie tussen de patiënt en de dokter – maar ook op macroniveau.

Op microniveau vindt in de interactie tussen de patiënt en de dokter de besluitvorming plaats omtrent onderzoek, diagnosestelling en behandeling. In deze relatie speelt de dokter en zijn expertise een zeer belangrijke rol. Deze relatie valt binnen het kader van een huisartsenpraktijk, een ziekenhuis of een verpleeghuis. Dit institutionele kader is vaak ook een financieel kader. We stellen dat de directe invloed op de middelenaanwending en de prioriteitenstelling in grote mate van de aanbieder komt en niet van de patiënt. Dat institutionele kader wordt in belangrijke mate bepaald door regelgeving op meso- en macroniveau.

Ten aanzien van het mesoniveau kunnen we denken aan de wetenschappelijke verenigingen die richtlijnen en protocollen opstellen voor onderzoek, diagnosestelling en behandelplannen. Ook organiseren ze opleidingen voor en bijscholing van medisch specialisten. Deze activiteiten zijn belangrijke richtsnoeren voor het individuele handelen van dokters en dus ook voor de allocatie van de middelen.

Dus de individuele patiënt heeft daar maar een betrekkelijke invloed op. En dus speelt hier de inkomenselasticiteit op individueel patiëntniveau een geringe rol.

Op macroniveau worden zeer belangrijke besluiten genomen die van grote invloed zijn op de allocatie van de middelen. Denk aan de samenstelling en omvang van het basispakket, de tariefstelling door de NZa of minister, de macrobudgettering, Ook de hoofdlijnenakkoorden spelen hier een rol. Of deze daadwerkelijk leiden tot echte kostenbeheersing is niet geheel duidelijk. Wel kunnen we stellen dat het de bewustwording over vraagstukken van efficiency en effectiviteit zeker vergroot. Ik wijs op de vele zorginstellingen die heel bewust bezig zijn met value based health care-achtige projecten. De zorgverzekeraars vervullen de zorginkooprol. Zij sluiten contracten met zorgaanbieders over volumina, kwaliteit én vooral geld. Dit zijn inkoopcontracten die veel meer een meso/macrokarakter hebben dan een micro/patiëntkarakter. Dit versterkt de scheiding tussen allocatie en aanwending.

7.3.1 De verzekeringskant: sterk overheidsgeruleerd

We kennen in Nederland een zorgverzekering met een breed door de overheid vastgesteld pakket en een in hoge mate op inkomenssolidariteit gebaseerde premievaststelling. Circa de helft van de middelen in het kader van de Zvw (Zorgverzekeringswet) komt uit een door de overheid vastgestelde, inkomensafhankelijke heffing. Daarnaast kennen we een door de individuele zorgverzekeraars vastgestelde nominale premie. Voor de lage inkomens hebben we een door de overheid vastgestelde zorgtoeslag. We kennen een verzekeringsplicht voor de burgers met een acceptatieplicht voor zorgverzekeraars (waaraan een door de overheid beheerd vereveningssysteem is gekoppeld).

Dit betekent dat we kunnen spreken van een sterk collectief bepaald zorgverzekeringssysteem. De overheid bepaalt het beleid en het wordt uitgevoerd door – weliswaar private – zorgverzekeraars, maar die hebben weinig eigen beleidsmogelijkheden op dit gebied en zijn dus feitelijk uitvoeringsorganisaties. We kennen ook nog een verplicht eigen risico van 385 euro (2019) dat vrijwillig verhoogd kan worden tot 885 euro. De Wlz (wet Langdurende Zorg) komt 100 procent uit een inkomensafhankelijke heffing. Hier is sprake van inkomensafhankelijke eigen bijdragen. Tot slot kennen we de Wmo (Wet Maatschappelijke Ondersteuning), die wordt uitgevoerd door gemeenten en wordt gefinancierd uit de algemene belastingmiddelen.

Wat betekent dit voor de inkomenselasticiteit van de vraag naar zorg? Kortom, het zorgsysteem is zodanig ingericht dat de allocatie van de middelen vooral plaatsvindt op macro- en mesoniveau (zowel aan de premiekant als aan bekostigingskant), met een centrale rol voor de overheid en een vooral uitvoerende rol voor zorgverzekeraars. Terwijl de aanwending daarentegen plaatsvindt op het individuele niveau van de dokter en de patiënt. Met de aantekening dat beide niveaus sterk zijn ingevuld, wat tot knelpunten kan leiden. Waarbij de vraag opkomt welk niveau uiteindelijk de meeste impact heeft. We komen daar verderop in deze bijdrage nog op terug.

Lou Groot (hoogleraar gezondheidseconomie Maastricht; zie oratie Van Montfort, 2011 UT) typeert de zorgeconomie van de jaren zeventig en tachtig als een 'attributie-economie', een 'toebedelingseconomie'. Hoeveel willen we aan de zorg besteden? Dat gaat dus over de allocatie en niet over de aanwending. De bekostigingssystematiek van de zorginstellingen was dan ook vooral gebaseerd op de beschikbaarheid van zorgvoorzieningen, via de budgettering van zorginstellingen. Ook al kennen we sinds 2005 de prestatiebekostiging. Ziekenhuizen worden betaald op grond van

het aantal en typen diagnose-behandelcombinatie (dbc). Een dbc staat voor een bepaald type patiënt. In principe onderhandelen de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars over het aantal patiënten per dbc, de kwaliteit van de geleverde zorg en het tarief per dbc. Dus dat zou betekenen dat de onderhandelingen op basis van de individuele zorgprestaties worden gemaakt. Maar is dat in de praktijk ook zo? Voor een zeer groot gedeelte bestaat het budgetteringsgedrag nog steeds op institutioneel macroniveau (denk aan de hoofdlijnenakkoorden) en op mesoniveau (denk aan de volumeplafonds en de vaste schadelastbedragen die per ziekenhuis en per zorgverzekeraar worden uitonderhandeld en vervolgens worden vertaald in verrekentarieven per dbc). De beschikbaarheidsnuttigheid was een centraal principe, dat wil zeggen dat het maatschappelijke nut zich bevond in de

beschikbaarheid ofwel de aanwezigheid van (kwalitatief en kwantitatief) voldoende zorgvoorzieningen. Voor een deel is dit nog steeds zo. Denk ook aan het inschrijfgeld voor de bekostiging van de huisartsenzorg.

De besluitvorming over meer of minder middelen voor de zorg is dan ook vooral een macrobeslissing door de overheid, de inkomenselasticiteit heeft dan ook vooral een collectief karakter. We komen nog terug op de wijze waarop de overheid deze beslissingen neemt en wat de mogelijk achterliggende factoren zijn.

We kennen in feite een strak, door de overheid gereguleerd, zorgsysteem. Natuurlijk spelen op individueel niveau ook wel bepaalde effecten, bijvoorbeeld het moral hazard-effect van de zorgverzekering, de druk op artsen door patiënten om bepaalde behandelingen 'af te dwingen', enzovoort. Maar per saldo zijn dat, naar mijn mening, geringe effecten. Dit is waarschijnlijk ook de reden dat het CPB uitgaat van een inkomenselasticiteit lager dan 1. De ramingen van de zorguitgaven voor de periode 2018-2021 gaan uit van een inkomenselasticiteit van 0,6 (Mot, 2016). Het gaat hierbij om ramingen bij ongewijzigd beleid. Langeretermijnstudies gaan uit van een inkomenselasticiteit van circa 1. In de CPB-publicatie wordt in een bijlage een analyse van de inkomenselasticiteit gemaakt. Die laat zien dat er argumenten zijn die duiden op een hogere inkomenselasticiteit. In Amerikaanse studies komen we verschillen in hoogte van inkomenselasticiteiten voor de vraag naar zorg tegen. Zoals gezegd stelt Getzen dat de 'individuele' inkomenselasticiteit naar nul nadert en de 'collectieve' op macro hoger dan 1 ligt.

Feldstein (1986) meldt dat er vele studies zijn die stellen dat de inkomenselasticiteit rond 1 ligt. Gerdtham en collega's (1992) komen op een inkomenselasticiteit ruim boven 1 (namelijk 1,27). Fogel (2008) heeft berekend dat de inkomenselasticiteit uitkomt op 1,6. Ik kan mij wel indenken dat de inkomenselasticiteit op microniveau in de VS veel hoger is omdat de private elementen in het Amerikaans zorgsysteem veel groter zijn dan bij ons.

Samenvattend kunnen we constateren dat het zorgsysteem (aan de bekostigingskant, maar vooral aan de verzekeringskant) en de allocatie van de middelen sterk gereguleerd worden door de overheid. Dus is de aanname van het CPB bij hun ramingen bij ongewijzigd beleid uit te gaan van een inkomenselasticiteit lager dan 1 aannemelijk. Want in lijn met Getzen kunnen we stellen dat de inkomenselasticiteit op microniveau dicht bij nul ligt en die op macroniveau rond de 1. Tegelijkertijd merkt het CPB (Mot, 2016) echter ook op dat er redenen zijn om uit te gaan van inkomenselasticiteit van rond de 1. We komen daar nog op terug.

7.4 Inkomenselasticiteiten in de toekomst: cliënt meer beslisser

Om naar de toekomstige ontwikkelingen van de inkomenselasticiteit te kijken, moeten we eerst een analyse maken van de context. Dit niet alleen met betrekking tot het zorgsysteem maar ook met betrekking tot trends en ontwikkelingen, die al dan niet autonoom zijn ten opzichte van het overheidsbeleid. De algemene conclusie zal zijn dat de regie en besluitvorming in de zorg veel meer en directer door de patiënt/cliënt/burger zullen worden genomen. En dat dit – in combinatie met de verbeterde inkomenspositie en het

opleidingsniveau van de ouderen – de inkomenselasticiteit (op microniveau) aanmerkelijk hoger dan 1 zal komen te liggen.

De inkomenselasticiteit op collectief niveau zal dalen. De rol van de overheid zal zich meer en meer gaan richten op de inkomenssolidariteit.

7.4.1 Technologie en zorg

We maken eerst een korte verkenning van de ontwikkelingen op het gebied van de technologie en van wat daarvan de consequenties zijn voor de positie van cliënten. (Ik verwijs naar een essay van Van Wylick en mij over trends en ontwikkelingen in de zorg.) Met technologie bedoelen we de ontwikkelingen en innovaties op het gebied van de complexe medische apparatuur, ontwikkelingen op het gebied van (dure) geneesmiddelen en anesthesiemiddelen, ICT- en communicatietechnologieën, nieuwe behandel- en onderzoeksprocedures, allerlei apparaten die cliënten zelf kunnen gebruiken in de thuissituatie om allerlei lichaamsfuncties te meten en te monitoren, lab-on-chiptechnologieën, DNA en klinische genetica, enzovoort. We hanteren dus een breed begrip 'technologie'. We kunnen het volgende onderscheid maken in 'oude' en 'nieuwe' technologie (zie schema 4.1). De oude technologieontwikkelingen gaan gewoon door, maar daarnaast zullen de nieuwe technologische ontwikkelingen een grote vaart gaan nemen. De geschetste ontwikkelingen betekenen dat cliënten/patiënten steeds meer zelf gaan doen en ook veel meer de regie en de coördinatie van hun eigen zorg, als onderdeel van hun totale prioriteitenstelling gaan nemen. Dit is dus niet zozeer een verschuiving van de tweede naar de eerste lijn, maar naar de 'nulde' lijn. De cliënt/patiënt wordt naast consument steeds meer zijn eigen producent (prosumentenmodel). Dit zien we overigens ook in vele andere sectoren. Denk aan de bankensector, waar de consument van bancaire diensten door internetbankieren steeds meer zijn eigen bankier wordt. We worden als consument van elektriciteit ook steeds meer onze eigen producent, we worden allemaal onze eigen postbode, en onze caissière in de supermarkt door de boodschappen zelf te scannen en te betalen. De afgelopen honderden jaren is – onder meer uit overwegingen van efficiency – het onderscheid tussen consument en producent steeds strikter geworden. Ik kan beter timmeren dan jij en jij kunt beter metselen dan ik. Als jij nu voor mij gaat metselen, dan zal ik voor jou timmeren. We worden daar allebei beter van. Dat is een belangrijke basis geweest voor de welvaartsgroei. Dat strikte onderscheid gaat door de technologieontwikkelingen steeds meer vervagen. Ook in de zorg.

Er is nog een andere belangrijke ontwikkeling. Met name door DNA-ontwikkelingen krijgen we steeds meer inzicht in hoe iets werkt, tot op het niveau van de individuele patiënt. Tot nu toe hadden we -via clinical trials- inzicht in hoeveel kans er bestaat dat een bepaald middel werkt (casinogeneeskunde). Nu krijgen we inzicht in waarom iets bij welke patiënt werkzaam is. Dat impliceert dat bijvoorbeeld de problematiek van de dure geneesmiddelen sterk zal toenemen. Dit gaat grote consequenties hebben voor de productie en distributie van de dure geneesmiddelen. Ik verwijs naar Schellekens (2018) die in academische ziekenhuizen zelf geneesmiddelen gaat produceren (de zogenoemde 'magistrale' bereiding).

Al deze technologieontwikkelingen zullen het individuele patiëntniveau verder versterken. Daarnaast zal er, mede ten gevolge van technologieontwikkelingen op het terrein van de zeer complexe zorg en de dure geneesmiddelen een grote uitdaging liggen om de extra kosten beheersbaar te houden. De vraag die hierbij gesteld kan worden, is of een gedeelte hiervan zou kunnen worden gefinancierd uit de efficiency-effecten van andere technologieontwikkelingen.

7.4.2 Ontwikkelingen cliënten/patiënten

De bevolking is aan het vergrijzen en aan het verkleuren. De zorg is – zowel in de care als in de cure – in steeds grotere mate ouderenzorg en zorg voor ouderen. Met andere woorden: de groep die de meeste zorgbehoeften heeft, gaat in omvang sterk toenemen (zie ook SCP: ‘Verschil in Nederland’, 2014). Dus is het relevant om te bezien hoe die groep in de toekomst gaat veranderen in termen van opleidingsniveau (met name om de nieuwe technologieontwikkelingen te adapteren) en hun inkomenspositie.

Zoals uit SCP-rapporten blijkt is het gemiddelde opleidingsniveau de afgelopen jaren gestegen en dat zal in de toekomst verder stijgen. Dit is een belangrijke factor om mee te kunnen in de verdere implementatie en adaptatie van nieuwe technologie. We zien dat bijvoorbeeld het internetgebruik bij ouderen zeer snel toeneemt.

De ouder wordende bevolking heeft in vergelijking met de vorige generatie een betere inkomenspositie. We hebben een goed pensioenstelsel (AOW en het eigen pensioen uit de bedrijfstakpensioenfondsen respectievelijk eigen besparingen en opgebouwde beleggingen). Natuurlijk moeten we het huidige stelsel verder toekomstbestendig maken. Ik verwijs naar het rapport van de commissie-Don (2013), dat laat zien dat de inkomens- en vermogenspositie van ouderen sterk is verbeterd en in de toekomst verder zal verbeteren. In een recent rapport stelt de OECD dat de nettovervangingswaarde voor lage inkomensgroepen (replacement rates for low-income earners) hoger dan 100 procent is. Dit betekent dat een gepensioneerde netto meer overhoudt als hij met pensioen gaat ten opzichte van wat hij in loondienst verdiende. Natuurlijk is er – ook in de toekomst – een groep, die er door allerlei omstandigheden financieel niet goed voorstaat en daarvoor zal de overheid – vanuit de solidariteitsgedachte – een specifiek inkomensbeleid of aanvullend voorzieningenbeleid moeten voeren.

Deze steeds ouder wordende bevolking heeft (gemiddeld genomen) een hoger opleidingsniveau en een betere inkomenspositie, maar is ook veel zelfbewuster en mondiger dan de vorige generatie.

Als we de cliëntontwikkelingen in samenhang bezien met de technologieontwikkelingen, dan kunnen we constateren dat deze elkaar versterken.

In de volgende paragraaf gaan we bezien wat de consequenties zijn voor de rol en positie van de cliënt en het systeem.

7.4.3 Centrale rol en positie cliënten in de zorg en in het systeem

We gaan dit analyseren aan de hand van het consumentenmodel van Dan Nimer (zie afscheidsrede Van Montfort, 2016).

In schema 5.1 hebben we de verandering in de rollen geschetst in relatie tot het

bovenstaande. Behalve de rol van gebruiker/user zijn in de zorg alle rollen juist niet meer in handen van de cliënt. Deze worden vervuld door zorgverzekeraars (de betalersrol/payer en de inkooprol/buyer), door de zorgverlener (de zorgvraagverheldersrol/specifier), door de wetenschappelijke verenigingen (beïnvloedersrol/influencer) en door de huisarts (de verwijzersrol/referrer). De geschetste ontwikkelingen zullen ertoe leiden dat stap voor stap de rollen geheel of gedeeltelijk in handen komen van de cliënt/patiënt. De zorgverzekeraar (zorgkantoor/gemeente) heeft tot nu toe de inkoop- en de betaalrol. Dit hangt natuurlijk samen met het stelsel waarin we dat zo geregeld hebben. Maar we zien al onderdelen waar dat niet meer zo is of althans gedeeltelijk niet meer zo is. Ik noem de restitutiepolis in de Zvw, waarbij de zorgverzekeraar alleen de betaalrol heeft.

Ook een belangrijk punt is de keuzevrijheid van de cliënt om een zorgverlener te kiezen, wat soms leidt tot een lagere vergoeding, maar die mag niet zo hoog zijn dat dat een drempel oplevert om te kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder (hinderpaalcriterium). We kunnen ook de cliëntvolgende bekostiging noemen die in delen van de care aan het opkomen is, via experimenten. Maar nog veel interessanter is dat in veel instellingen de cliënt een veel directere invloed heeft op de besteding van het budget. Ook het 'scheiden wonen en zorg' leidt tot een veel directere invloed en beslissing door de cliënt dan in het geïntegreerde tariefmodel. De zelfstandige behandelcentra (zbc's/privéklinieken) zien we in aantal en omzet toenemen (anno 2019 circa 700 miljoen), waarbij de keuzes veel meer door de cliënt zelf gemaakt worden. Samenhangend met de geschetste ontwikkelingen, inclusief de prosumenten-ontwikkeling zal de inkooprol steeds vaker worden vervuld door de cliënt (of zijn vertegenwoordiger). De zorgverzekeraar speelt dan veel meer een soort license to operate-rol en de betaalrol (maar dan meer als kassiersfunctie). Ik verwijs hierbij naar een rapport van RVS (2017) omtrent de zorginkoop. Zij pleiten ervoor dat de cliënt en zijn relatie met de zorgverlener veel centraler komt te staan in de zorginkoop. Ze pleiten voor het sterk vergroten van de restitutiepolis. Recent heeft de NZa ervoor gepleit 'om de persoonsvolgende zorg tot standaard te verheffen en hiervoor het bekostigingssysteem aan te passen' (NZa, 2018). Een belangrijke rol is er in dit kader ook weggelegd voor de burgerinitiatieven, ledenorganisaties als de seniorenverenigingen, de gepensioneerdenverenigingen, ledenorganisaties van thuiszorgorganisaties. Het gaat om miljoenen leden. Die vervullen inmiddels in een aantal situaties een rol bij de belangenbehartiging van de eigen leden, inclusief de zorg. Dit betreft ook de inkooprol en de informatierol. Het is hierbij belangrijk op te merken dat die niet 'geïsoleerd' kijken naar zorg, maar vanuit een veel breder kader, namelijk wonen, (cure en care) zorg, sociale contacten en gezamenlijke activiteiten. Zij ondersteunen de leden ook bij het gebruikmaken van allerlei nieuwe ontwikkelingen. Nieuwe ontwikkelingen die niet alleen komen vanuit de zorg zelf, maar misschien juist veel meer van buiten de zorg.

We zien steeds meer bedrijven die zich profileren op de 'markt van ouderen', ook als het gaat om ondersteuning, (cure en care) zorg en wonen. Die nieuwe ledenontwikkelingen zijn

voor de klassieke patiëntenorganisaties en de consumentenbond een fikse uitdaging. Ik verwijs in dit kader naar een de site van Nederland Zorgt Voor Elkaar (NLZVE), de vereniging van een groot aantal burgerinitiatieven en zorgcoöperaties. Daar vindt je een overzicht hoe snel dit type initiatieven groeit, wat ze doen en op welke wijze.

7.4.4 Conclusies

Uit het bovenstaande trekken wij de conclusie dat 'zorg' veel meer onderdeel wordt van een bredere stroming die we in de maatschappij zien. De dynamiek in de zorg zal hierdoor een flinke impuls krijgen, juist vanuit het 'werkniveau', het microniveau. Die impulsen komen van binnen de zorgsector, maar ook steeds meer van buiten. Was dit al het geval voor bepaalde medische apparatuur en geneesmiddelen, nu gaat dat een veel bredere beweging worden. Deze ontwikkelingen hebben een voor de overheid en zorgverzekeraars sterk autonoom karakter. Maar ze zullen wel een grote impact hebben op het zorgsysteem. Het zorgsysteem is aan de ene kant 'bepalend' voor wat in de zorg gebeurt en aan de andere kant is het systeem ook vaak volgend en anticiperend op ontwikkelingen in de praktijk. Beide type veranderingen komen voor. De eerste soort veranderingen heeft vaak betrekking op vraagstukken van toegankelijkheid en solidariteit. Dat was, is en blijft een onvervreembare verantwoordelijkheid van de overheid. Het tweede type veranderingen is meer gericht op aanpassingen van het zorgsysteem aan ontwikkelingen in het werkveld, zoals we die in paragraaf 3 hebben beschreven.

We kunnen de ontwikkelingen met betrekking tot de inkomenselasticiteit niet los zien van maatschappelijke, sociale en economische ontwikkelingen en natuurlijk ook niet van veranderingen in het zorgsysteem. De verwachting – op grond van het bovenstaande – is dat de cliënt/burger/patiënt een veel grotere en directere invloed krijgt op zowel de aanwending als de allocatie van de middelen. De cliënten – zeker de ouderen die de grootste zorgvraag hebben – zijn gemiddeld genomen hoger opgeleid, hebben een betere inkomenspositie en zijn veel mondiger dan de vorige generatie. Het zorgsysteem wordt zodanig aangepast dat het deze ontwikkelingen gaat faciliteren, door bijvoorbeeld meer persoonsvolgende bekostiging, meer restitutie, meer eigen bijdragen en eigen betalingen. Dat zal ertoe leiden dat de inkomenselasticiteit naar de vraag van zorg hoger dan 1 wordt. Waarbij de macro-elasticiteit zal afnemen en de individuele elasticiteit sterk toeneemt.

Als we uitgaan van een groei van het bnp, dan betekent dit dat de zorgkosten hierdoor – los van andere factoren – zowel absoluut als in termen van het bnp toenemen. Die andere factoren kunnen impliceren dat de kosten zullen stijgen, want door de verhoogde welvaart kunnen er nieuwe specifieke vraagontwikkelingen zijn; bijvoorbeeld dertig tot veertig jaar geleden bestond er nog geen behandeling voor patiënten met de ziekte van Dupuytren (koetsiershanden; een bepaalde aandoening aan de handen), die nu bijna altijd wordt behandeld en geneest, met de nodige gezondheidswinst: de handen zijn beter en langer goed te gebruiken. Zo zullen er ongetwijfeld ook in de toekomst voorbeelden zijn. We kunnen ook denken aan totaal nieuwe behandelmethoden en geneesmiddelen, die beter en gerichtter werken dan de huidige. Ook kunnen we ons voorstellen dat door verschuiving maar de 'nulde lijn' mensen steeds meer zelf gaan doen in plaats van dat ze dat laten doen door de huisarts of personeel in het ziekenhuis. Het kan dus ook efficiencywinst opleveren.

Hoe dit beeld ten aanzien van de kostenontwikkeling per saldo zal zijn, is moeilijk in te schatten. Met betrekking tot de kostenbeheersing zal op macroniveau de overheid een stevige vinger aan de pols houden. Er zal ook een verdere verschuiving plaatsvinden naar private betalingen, wat voor de overheid leidt tot extra aandacht voor het inkomensvraagstuk voor de lagere inkomens.

Schema Technologie 'oud' en 'nieuw'

OLD NIEUW

Hoogwaardig	hoogwaardig
Ingewikkeld	simpel
cliëntonvriendelijk	cliëntvriendelijk
vervreemdend	bindend
duur	goedkoop
grootschalig	kleinschalig
curatief	preventief
producent	consument
	prosument

Schema Rollen van de cliënt

1. user/gebruiker degene die de dienst of het goed daadwerkelijk consumeert of gebruikt
2. payer/betaler degene die de rekening betaalt
3. buyer/inkoper degene die de dienst of het goed daadwerkelijk (in)koopt
4. specifier/vraagverhelderaar degene die de vraag van de gebruiker specificieert en concreet vertaalt
5. influencer/beïnvloeder degene die de vraagverhelderaar beïnvloedt of op wie deze zich baseert
6. referrer/verwijzer degene die een belangrijke rol speelt in de keuze van de aanbieder

Literatuur

Commissie De Beer (2002). Minder regels, meer zorg. Rapport

Commissie Don (2013). Interdepartementaal BeleidsOnderzoek 65+. Ministerie SZW

Feldstein (1986). Health Economics

Fogel, R.W. (2008). Voorspelling van de kosten van de Amerikaanse Health Care in 2040. NBER Working Paper No. 14361

Gerdtham, P., et al. (1992). In: Peter Zweifel et al., Health Economics Worldwide

Getzen, T.E. (2000). Forecasting health expenditures: short, medium and long term. Journal of Health Care Finance 2000, nr. 26

Getzen, T.E. (2000). Health Care is an individual necessity and a national luxury: applying multilevel decision models to the analysis of health care expenditures. Journal of Health Economics 2000, nr. 19

Jeurissen, P., Maarse, H. & Tanke, M. ((2018). Betaalbare Zorg. Celsus Academie. Den Haag: Sdu

Jong, J. de (2012). Decompositie van de zorguitgaven, 1972-2010. CPB

Montfort, A.P.W.P. van (1986) Economie en Organisatie van de Gezondheidszorg.

Oratie Tilburg University. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema

Montfort, A.P.W.P. van (2016). De ouderen pakken de lead in de zorg. Afscheidsrede Universiteit Twente

Montfort, A.P.W.P. van (2011). Technologie voor de Zorg en Zorg voor de Technologie. Oratie Universiteit Twente

Montfort, A.P.W.P. van & Wylick, R.H.W.M. van (2019). Is de zorg een echte markt?!

Essay II van Zorg in perspectief van de cliënt. Amsterdam: SWP

Montfort, A.P.W.P. van & Wylick, R.H.W.M. van (2019). Trends en ontwikkelingen in de zorg. Essay I van Zorg in perspectief van de cliënt. Amsterdam: SWP

Mot, E., et al. (2016). Een raming van de zorguitgaven 2018-2021. CPB

NLZVE (2018). Uitkomsten Verkennerstocht (inclusief actieprogramma). Rapport

NZa (2018). Breid initiatieven uit om persoonsvolgende Wlz-zorg te leveren

OECD (2015). Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives.

OECD (2017). Pensions at a Glance 2017. OECD and G20 Indicators

Putters, K. (2018). Als de overheid beleid maakt, springen burgers, consumenten, bedrijven en vakbonden niet meteen in het gelid. Radiofragment

Raad Volksgezondheid en Samenleving (2017). Zorgrelatie centraal. Partnerschap leidend voor zorginkoop

Rowbottum, R. & Billis, D. (1977). The Stratification of work and organisational design. Human Relations 1977, nr. 30

Schellekens, H. (2018). Medicijnkosten als toegangsbeperking in de zorg. Congres Arts en Organisatie
Sociaal Cultureel Planbureau: Verschil in Nederland, 2014

Zorgvisie (2018). ZN vreest chaos na wijziging Wmg