

**Aan**

Mevrouw T. van Ark

De heer H. de Jonge

De heer P. Blokhuis

**Van**

Coöperatie VGZ

**Datum**

31.1.2021

**Onderwerp**

Reactie op de discussienota Zorg voor de Toekomst

**Contact**

5.1.2e

5.1.2e @vgz.nl)

Geachte Mevrouw Van Ark, heren De Jonge en Blokhuis,

We hebben met belangstelling kennis genomen van de discussienota 'Zorg voor de Toekomst'. We waarderen uw continue drive om de stelsels van zorg, ondersteuning en preventie verder te ontwikkelen en te verbeteren. Met u zijn we het er over eens dat een stelselwijziging buitenproportioneel veel tijd en energie zal vragen en hoogstwaarschijnlijk geen verbetering zal opleveren, in tegendeel. Die energie hebben we nodig voor andere opgaven in de zorg en ondersteuning. Dat neemt niet weg dat, binnen de uitgangspunten, de huidige stelsels verbeterd kunnen worden. Wij denken daarover graag met u mee en delen dat als eerste stap in deze reactie op de discussienota.

De discussienota noemt een lange lijst potentiële maatregelen; onze suggestie is een duidelijke relatie aan te brengen tussen het geconstateerde probleem en de potentiële oplossing.. Wij zelf zien een aantal punten waarop het stelsel onvoldoende werkt, waarbij we onze inzichten graag met u delen:

1. De aandacht voor gezondheid en het voorkomen van (zwaardere) zorg.
2. De belangen van patiënten en verzekerden staan in de stelsels niet altijd voorop en de complexiteit in wet- en regelgeving versterkt dat.
3. Het netwerk rondom de patiënt is alles bepalend: laten we het echte gesprek over samenwerking niet uit het oog verliezen door te focussen op regio's als vaste stramien en vertraging veroorzaken naar meer plaats- en tijdonafhankelijke digitale zorg. Bij de discussie over de inrichting van de zorg in de komende paar jaar, past ook een visie op het (digitale) zorglandschap over 5 tot 10 jaar.

We lichten de punten hierna toe.

## 1. Gezondheid en het voorkomen van (zwaardere) zorg

### *Helpende voorstellen vanuit de discussienota*

Sturen op een kernindicator voor gezondheid: *met concrete afspraken en minder vrijblijvend voor alle domeinen.*

Verduidelijken van de wettelijke taak van gemeenten om (de samenhang binnen) de publieke gezondheid te bevorderen.

### *Niet helpende voorstellen vanuit de discussienota*

Preventiefonds

De afgelopen decennia is een verschuiving gaande van 'langer in leven blijven als je ziek wordt' naar 'langer leven met zoveel mogelijk gezonde levensjaren'. Dit is een wezenlijke verandering in allerlei opzichten. Immers, 'langer overleven' wordt vooral beïnvloed in een context met artsen en verpleegkundigen, terwijl 'veel gezonde levensjaren' gedurende een langere tijd, door veel meer domeinen wordt beïnvloed: op school, op het werk, in de fysieke leefomgeving, met voeding, persoonlijk gedrag etc. Mensen besteden slechts een fractie van hun tijd in het zorgdomein. Gezondheid nastreven vanuit het zorgdomein is daarmee feitelijk te laat om het aantal gezonde levensjaren te beïnvloeden. **Willen we een effectieve bijdrage leveren aan de gezondheid van mensen, dan zullen we dat vanuit veel meer domeinen dan de zorg moeten doen.**

De verwachting van de bijdrage aan de gezondheid van mensen vanuit een basisschool is niet te vergelijken met de rol van een werkgever, de voedingsmiddelenindustrie of de huisarts. De verantwoordelijkheden zijn zelden expliciet. Als gezondheidsbevordering maatschappelijk belangrijk wordt geacht is expliciteren van verwachtingen wel nodig. Met name het stimuleren (of niet benadelen) van gezondheid bij nu nog gezonde mensen (primaire preventie) is zeer vrijblijvend belegd, met als gevolg dat momenteel veel welzijnsvragen gemedicaliseerd worden. Het ondersteunen van groepen die nu al een verhoogd risico lopen (secundaire preventie) ligt primair en redelijk vrijblijvend bij gemeenten. Zorgverzekeraars zijn ook verantwoordelijk voor de geïndiceerde secundaire preventie. Het voorkomen van (zwaardere) zorg van mensen die al ziek zijn, de tertiaire preventie, vraagt gerichte begeleiding van zorgprofessionals. Ook daar werken we als zorgverzekeraar samen met aanbieders aan meer Zinnige Zorg voor onze leden om zwaardere zorg met hen te voorkomen. We doen het onderwerp preventie tekort door er over te spreken als een containerbegrip. **We brengen het debat verder door het gesprek te specificeren naar de vorm van preventie (primair, secundair en tertiair), de verwachtingen, verantwoordelijkheden en financiering in alle stadia te expliciteren en minder vrijblijvend te maken.**

De rol van mensen zelf verdient wat ons betreft daarbij echt meer aandacht. Gedragswetenschappen hebben ons meer inzicht gegeven over de effectiviteit van een voorlichtingscampagne of training. Wat helpt, wat niet? We herkennen overigens de zoektocht bijvoorbeeld vanuit Samendraads in Tilburg (zie kader). Welke feitelijke kennis hebben mensen nodig? De sociale norm is de grootste factor van invloed: hoe beïnvloeden we die ten aanzien van bewegen en voeding? Welk (fysiek) aanbod om te bewegen helpt mensen? Hoe kunnen we mensen helpen door met kleine concrete stapjes steeds een gezonder leven te leiden? Het vergt experimenteren en leren om te onderzoeken hoe mensen het beste gestimuleerd kunnen worden om hun eigen gezondheid te bevorderen. **Mensen zelf, inclusief hun menselijke eigenschappen, moeten in de discussienota en beleid net zo goed aandacht krijgen als wetgeving en financiële prikkels.**

Indien de diverse elementen van preventie explicieter worden belegd, dan is het de vraag hoe zich dit verhoudt tot het takenpakket van de Zvw. De Zvw heeft een curatief karakter en de secundaire preventie is medisch getint. Hoe goed het voorkomen van ziekte ook zal lukken, er zullen mensen ziek worden en dat blijft vragen om een goed institutioneel kader. Om met **5.1.2e** te spreken, twee doelen behaal je niet via één maatregel. Om hier echt meters mee te kunnen maken wil je eenvoudig de goede initiatieven kunnen stimuleren, waarbij je nu telkens ervaart dat het wringt met andere uitgangspunten. **Het is de vraag wat het wettelijk kader van deze taken moet zijn.**

Gerefereerd wordt aan een preventiefonds als mogelijke wijze om gezamenlijke aanpak en investering door financiers te stimuleren. Wij ontraden u om daar voor te kiezen. **Een preventiefonds veroorzaakt extra schotten, die om duiding vragen en extra grensproblematiek veroorzaakt.** Dat leidt tot extra grensvlak discussies. Wat doet of financiert de gemeente, wat doet of financiert het preventiefonds, wat doet of financiert de verzekeraar? Risico van een preventiefonds is extra complexiteit en daarmee extra bestuurlijke sturing. Dit laat overigens onverlet dat er geld en aandacht naar preventie moet worden gekoppeld aan een gezondheidsdoelstelling.

#### **Wat doet VGZ?**

Minimapolissen – bijvoorbeeld in de Rotterdampolis waarin we het programma ‘Keer diabetes om’ aanbieden.

Samendraads (ETZ, huisartsen, gemeente Tilburg en VGZ): verbeteren van de transmurale zorg met Triple Aim als uitgangspunt. Vergoten bewustwording van de patiënt voor zijn eigen verantwoordelijkheid voor ziekte en gezondheid.

Zinnige Zorg strategie, januari 2021: Hagaziekenhuis ontwikkelde een interventie met een *drug eluting stent*, waardoor beenamputaties worden voorkomen. VGZ was betrokken en ziet dit kosteneffectieve voorbeeld als ‘good practice’ om op te schalen bij andere ziekenhuizen via de zorginkoop. De good practices (GP) die we met zorgaanbieders vaststellen brengen we via onze zorginkoop verder.

Inzetten van de mindfulness app, inmiddels 1 mln downloads.

## **2. Belangen en complexiteit**

#### **Helpende voorstellen vanuit de discussienota**

Ruimte voor domeinoverstijgend experimenteren, investeren en samenwerken, harmoniseren eigen betalingen

#### **Niet helpende voorstellen vanuit de discussienota**

Extra functies, functionarissen en regie: spil in de wijk, opleggen inkoopleidraden, onafhankelijke bemiddelaar voor de regio, etc. *Welk probleem lost het op (en welk nieuw probleem creëert het?)*

#### **Ontbrekende voorstellen in de discussienota**

(Te) Veel welzijnsvragen krijgen een zorgantwoord

Geef partijen verantwoordelijkheden en instrumenten die daarbij passen (bv zorgplicht vs privacy).

Geef niet één partij een opdracht, maar zorg dat alle betrokkenen in de keten bijdragen aan hetzelfde doel (bv. congruentie van zorgverzekeraars schiet weinig op als het MSB niet congruent is met de RVB).

Er wordt vaak gesproken over ‘de zorg’ en ‘het stelsel’, terwijl ook de discussienota laat zien dat we het over een breed spectrum van wetgeving hebben, van publieke preventie, maatschappelijke ondersteuning, tot zorgvraagstukken, al dan niet met een blijvend karakter. De grote wetten (de Wpg, Wmo, Zvw en Wlz) zijn stuk voor stuk wetten met veel onderliggende regelgeving, partijen en belangen. En ondanks de goede bedoelingen, dragen de regels lang niet altijd bij aan het belang van verzekerden (betaalbaarheid) en patiënten (toegankelijke en goede zorg)<sup>1</sup>. De belangen zijn niet altijd gelijkgericht. De verschillende schakels in het stelsel sluiten onvoldoende op elkaar aan om dat belang te dienen. Dit speelt binnen de stelsels en tussen de stelsels. Neem de keten van richtlijnen, pakketaanspraken, zorginkoop tot declaratie: in de richtlijn kan staan dat bepaalde zorg alleen zinnig is in situatie x, in de declaratie is niet die variabele niet zichtbaar en houden we minder zinnige zorg onbedoeld in stand. We lijken de belangen van verzekerden goed te borgen via zorgplicht,

<sup>1</sup> Wordt een patiënt echt geholpen met deze ingreep (of speelt er ook een ander belang)? Heeft de klacht een oorzaak in het medisch domein (of weet iemand niet goed de weg naar het sociaal domein)? Kan iemand elders sneller geholpen worden en wordt toch niet doorverwezen (of speelt het continuïteitsvraagstuk van de zorgaanbieder hierbij een rol)?

maar ondertussen mag de zorgverzekeraar in de meeste situaties de gegevens niet gebruiken om verzekerden te informeren op grond van privacy-regelgeving. **Regelgeving zou onderling getoetst moeten worden op gelijkgerichtheid en daarmee of alle schakels even zeer bijdragen aan het patienten- en verzekerdenbelang<sup>2</sup>, zowel binnen als tussen de stelsels.**

De grote hoeveelheid regelgeving maakt de stelsels complex en uitvoerders soms handelingsverlegen. Zoals **5.12e** **5.12e** zaterdag in het FD (19-1-2021) signaleerde dat *steeds meer gedetailleerde wet- en regelgeving die de uitvoering tot in de haarvaten raakt*. De veelheid aan wet- en regelgeving maakt dat het einddoel uit beeld raakt, andere doelen nagestreefd worden en veranderingen langer op zich laten wachten. Er is ruimte om te verschuilen achter (beleefde) regelgeving of er wordt gekozen voor de veilige route omdat men zich onvoldoende zeker voelt om te handelen in de veelheid aan regels. Ook de discussienota bevat veel nieuwe voorstellen om wet- en regelgeving op te stellen, extra functies en functionarissen te ontwikkelen, waarmee we het stelsel nog complexer wordt. Dit helpt niet, integendeel. **Het zou helpen als wordt voorgesteld om regelgeving te beperken, te vereenvoudigen en duidelijker te sturen op bestaande rollen en verantwoordelijkheden en dat partijen zoals die NZa en Zinl deze ook meer expliciet pakken.**

Daar komt bij, dat gegeven de grote opgave die op ons af komt, het in de eerste plaats nodig is dat mensen zich zelf zo goed en zo lang mogelijk redden. Is de zorg en ondersteuning er voldoende op gericht om mensen weer zo goed mogelijk te laten functioneren en autonomie over hun leven te geven? Of verlenen we zorg en ondersteuning omdat we functies blijvend 'overnemen' (tafeltje-dekje versus een kookcursus, *keer diabetes om* ipv medicatie, telemonitoring thuis of periodieke controles in het ziekenhuis). Passende huisvesting zodat mensen zo lang mogelijk hun autonomie in eigen omgeving behouden. Reablement, zoals in Denemarken wordt ingezet. **We belonen vrijwel alle partijen van zorgverzekeraar tot zorgaanbieder door het blijvend zorgen en ondersteunen van mensen in plaats van hen – tijdelijk - leren omgaan met de situatie.**

Tot slot gaat het debat de afgelopen jaren over het voorkomen van zorg, demedicaliseren en functioneren van mensen. De momenten dat dat wordt beïnvloed liggen vaak eerder in de keten. Aan het begin van de keten, bijvoorbeeld de Wpg en Wmo, bestaan er juist relatief veel vrijheidsgraden en aan het einde van de keten zijn verantwoordelijkheden zeer strikt geregeld. Veel welzijnsvragen krijgen een zorg-antwoord. Weten mensen de sociale ondersteuning te vinden? Is het voor de huisarts net zo eenvoudig om door te verwijzen naar het sociaal domein als naar de tweede lijn? **De brede maatschappelijke doelstellingen (van voorkomen van zorg, demedicaliseren en functioneren van mensen) verhouden zich lang niet altijd tot de mate van regulering.**

<sup>2</sup> Enkele voorbeelden:

- Vanuit het belang van de continuïteit van de aanbieder met een wachtlijst wordt een patiënt niet doorverwezen naar een aanbieder zonder wachtlijst. Dezelfde aanbieder levert op grond van privacywetgeving ook de namen niet aan bij de zorgverzekeraar die op grond van zijn zorgplicht mensen kan begeleiden naar een andere zorgaanbieder.
- De afspraken die MSB's onderling maken om de inkomsten te verdelen hebben een stevige productiecomponent. Enige vergoeding van productie is zeker niet ongezond, maar de behandelkeuze moet daar niet door worden bepaald. Het is ook vreemd dat het verdeelmodel van MSB's haaks kan staan op de inkoopafspraken die door de RvB met zorgverzekeraars zijn gemaakt (congruentie).
- Digitaal contact met de zorgprofessional werd tijdens Corona zeer gewaardeerd. Toch valt men nu al weer terug op fysieke bezoeken en geven onze verzekerden aan dit jammer te vinden.

**3. Het netwerk rondom de patiënt is alles bepalend; focussen op regio's als vaste stramienen, zeker voor curatieve zorg, veroorzaakt vertraging naar meer plaats- en tijdsafhankelijke digitale zorg**

*Helpende voorstellen vanuit de discussienota*

Standaardisatie gegevensuitwisseling, veilig data delen etc.

*Niet helpende voorstellen vanuit de discussienota*

Te rigide focussen op het formaliseren van de regio's en regiobeelden, aanstellen van een onafhankelijk bemiddelaar. *Een regiobeeld kan helpen, alleen niet als blauwdruk of in een vast stramien.*

*Ontbrekende voorstellen in de discussienota*

Aanpassing en afbouw van fysieke infrastructuur irt de transformatie naar meer digitale zorg

In het rapport van de Taskforce de Juiste Zorg op de Juiste plek gaf de Taskforce aan een landelijke blauwdruk niet zinvol is: de verschillen tussen Drenthe en Rotterdam zijn te groot. Tegelijkertijd werd bewust niet gekozen voor een vaststaande regio-indeling, want er is geen indeling die aansluit bij de behoefte van mensen. De kwetsbare oudere vraagt een geheel andere regio dan iemand van 55 met twee chronische aandoeningen of iemand met een zeldzame aandoening. Intrigerend genoeg lijken diverse voorstellen in de discussienota toch een blauwdruk te worden, die de Taskforce juist wilde voorkomen, maar dan op regionale schaal. **Wij zien meerwaarde in de organisatie rond groepen gebruikers van zorg en ondersteuning; dat zijn goed functionerende netwerken rondom mensen in plaats van vaste lijnen op een landkaart.**

VGZ is in het verlengde daarvan positief over samenwerken met lokale partijen, actiegericht, praktisch, met gesprekspartners met mandaat. Om gezamenlijk voortgang te boeken is het hard werken, vertrouwen opbouwen, de gezamenlijke agenda met een gelijkgericht doel formuleren en daarbij behorende aanpak waarin je elkaar kunt vinden. Met ons alliantienetwerk hebben we die stappen de afgelopen jaren gezet, in samenwerkingsverbanden tussen zorgkantoor en gemeenten hebben we leerzame inzichten opgedaan over domeinoverstijgende samenwerking (bijvoorbeeld de sociale benadering dementie in Den Bosch). Nu zoeken we naar de wijze waarop we de afbouw van gebouwen en andere inzet van zorgprofessionals organiseren op een manier die voor allen werkt, naar betere samenwerking en commitment. In veel gevallen *kan* daar een regiobeeld bij helpen, om een visie voor over 5 a 10 jaar te ontwikkelen, maar niet als blauwdruk of vast stramien, en niet volgens vooropgestelde regio indeling; en met een commitment van alle partijen. **De wijze waarop de regio nu wordt ingezet als 'toverformule' die de problemen gaat oplossen doet geen recht aan de werkelijkheid: het debat wordt doorgeschoven naar de regio en het gesprek stopt, waardoor we het niet meer hebben over de echt lastige onderwerpen: hoe werken we meer samen, welke (financiële) belangen staan op het spel, wat doen we fysiek, wanneer digitaal en werken we echt nog in het belang van de patiënt, hoe bouwen we capaciteit af?**

Waar wij een duidelijke rol zien voor lokale afspraken om te komen tot betere samenwerking rondom de patiënt, is bijvoorbeeld de wijkverpleging en de langdurige zorg. Regionaliseren om het regionaliseren leidt tot meer bestuurlijke drukte en machtsstrijd. Dat is ook al zichtbaar: wie krijgt zeggenschap over de regio, en in het verlengde over financiering? De NVZ ziet een rol voor ziekenhuizen, de NFU voor de academische centra, de toezichthouders die doorzettingsmacht willen en de minister die een onafhankelijke bemiddelaar aan kan stellen. **Het leidt af van de werkelijk inhoudelijke vragen: hoe worden mensen beter geholpen? En hoe kunnen we dat het beste organiseren, toekomstbestendig en innovatief.**

De extra structuren en functionarissen zullen de innovatie in de zorg doen afnemen. Innovatie is gebaat bij mislukkingen en stimulans. Uitproberen, gechallenged worden om te verbeteren. Het aanstellen van extra functionarissen kan dat verstoren. **Een regionale bemiddelaar kan een escape vormen voor trajecten die niet makkelijk lopen. Is de bestuurder politiek benoemd dan, wordt ieder initiatief politiek en is het funest voor innovatie.**

In een tijdsgewricht dat we er veel energie in steken om de zorg digitaler aan te bieden die tijd en plaats onafhankelijk is, denderen andere sectoren ons voorbij in het omvormen van hun processen rondom de klant en voert de zorg het gesprek over geografische gebieden. Waar we zien dat afstand juist minder een issue wordt vanwege de digitale mogelijkheden, waar we zien dat er steeds meer op afstand kan, waar we zien dat Gupta in 2016 al becijferde dat 40% van de zorg op dat moment qua techniek niet in het ziekenhuis hoefde plaats te vinden, waar corona ons als bij-effect heeft laten zien dat digitalisering van de zorg wel kan, wordt de beweging terug gemaakt naar plaatsafhankelijke samenwerking. Die verandering gaat er komen, mede gedreven door de patiënt en ontwikkelingen gesteund door private equity. Als we kijken naar de versnelling van digitalisering, ook in andere sectoren, hoe digitaal laten we in 2030 de zorg er uit zien? Hoe verhouden digitale, regionale en landelijke organisatie van zorg zich tot elkaar? Hoe zal ouderenzorg, veelal wel plaatselijk, er in 2030 uitzien, en welke impact kan gepaste woningbouw daar hebben? **Lokaal samenwerken is broodnodig, formaliseren en strikte stramien van regionale structuren is een tussenstap die de stap richting meer digitale en datagedreven zorg onnodig vertraagt.**

We hopen van harte dat we, door onze gedachten met u te delen een goede bijdrage kunnen leveren aan de Nederlandse zorg, ondersteuning en preventie. Vooral voor alle mensen die daar dagelijks gebruik van moeten maken en voor de mensen die we zo veel mogelijk gezonde levensjaren gunnen.

Wij zijn graag bereid hierover door te spreken met u.

