Informele aantekeningen bij het webinar Betaalbaarheid van de zorg, 28 januari 2021, Rijksacademie.

Voorzitter:
5.1.2e = 5.1.2e (Radboudumc)
Sprekers:
5.1.2e = 5.1.2e (VWS, Radboudumc),
5.1.2e = 5.1.2e (Erasmus Universiteit Rotterdam)
5.1.2e = 5.1.2e (Vrije Universiteit Amsterdam).

Algemeen beeld:

1. De grootste uitdaging voor de betaalbaarheid van de zorg zit in de LZ en niet in de CZ. Demografie. Groei LZ groter dan groei CZ.
2. Desondanks besteedden sprekers de meeste tijd aan de CZ. Misschien omdat het licht van de lantaarnpaal daar schijnt?
3. Economen zijn het hardgrondig met elkaar eens dat de Zvw een zegen is voor het land en de betaalbaarheid in het bijzonder t.o.v. het pre-Zvw-stelsel. De 5.1.2e begint steeds meer vrucht te dragen, die moet je dus zeker niet kappen in een nieuw regeerakkoord. Onduidelijk waarom zoveel politieke partijen niet naar economen luisteren.
4. De crux voor betaalbaarheid van de zorg is de arbeidsmarkt:
    a. Cure: elk aanbod schept zijn vraag. Een voorraad IC-bedden voor als er straks weer een epidemie komt, loopt in de komende jaren gewoon vol, zodat er bij een nieuwe epidemie weer een tekort is. Intramurale zorg groeit t.o.v. extramurale zorg, contrair aan beleid. Zinnige zorg / JZOJP brengt nog niet wat het kan brengen omdat het bestaande zorgaanbieders en zorgverleners hun vrijgevallen capaciteit aanwenden om waar ze mee gestopt zijn wederom te gaan doen: onzinnige zorg vervangt onzinnige zorg, VZOVP vervangt VZOVP.
    b. Care: een groot deel van care is aandacht en basale praktische hulp. Opleidings- en registratie-eisen zijn onnodig en afschrikwekkend hoog, waardoor het beschikbare arbeidsaanbod voor de care verkleind wordt. Er is een substantieel onbenut arbeidspotentieel in Nederland. Terwijl de q voor de care noodzakelijkerwijs omhoog gaat (cf. de noodzaak wegens demografie), hoeft de p niet omhoog als de toegangsdrempels van het arbeidsaanbod tot de care tot het echt noodzakelijke beperkt blijven. 5.1.2e : mechanisme van indekken tegen incidenten; mechanisme van zichzelf onmisbaar makende overhead.)
5. Een betere voorbereiding op zwarte zwanen zoals corona vraagt bij materialen/kapitaalgoederen om voorraadvorming (materiaal is vaak goedkoop en een ijzeren voorraad gaat ondertussen geen onnodige dingen doen). Maar vraagt bij arbeid om slim en flexibel organiseren (arbeid is te duur om grootschalig niets te laten doen in afwachting van nieuwe crisis, en arbeid gaat ondertussen andere dingen doen die niet zo nodig zijn maar wel normaal worden, waardoor de doelstelling van beschikbaarheid-bij-crisis niet bereikt wordt).
6. Salaris is echt niet een probleem in de zorg. Politiek focus is volkomen ten onrechte op salaris, alleen maar makkelijk scoren en echte discussie te vermijden. Van meer geld worden mensen in de zorg niet blij (5.1.2e : waarvan wel?).
7. Reserves bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn uitstekend gekapitaliseerd. Waarom vragen banken zulke rente-opslagen aan ziekenhuizen, hoeft niet. Waarom heeft iedereen in Nederland financiële schade door Corona, behalve de goedgekapitaliseerde ziekenhuizen die zelfs de misgelopen horeca- en parkeerinkomsten

vergoed krijgen van zorgverzekeraars? (5.1.2e : waarom hebben tandartsen een continuiteitsbijdrageregeling?) Waarom staan de reserves van zorgverzekeraars elk jaar ter discussie en die van zorgaanbieders niet, is ook premiegeld? Waarom hebben zorgverzekeraars reserves als zelfs bij een pandemie er geen deuk in komt (want catastroferegeling, want de zorgkosten worden begrensd door het inelastische aanbod, er is gewoon geen ruimte om meer zorg te produceren dan het MPB). We moeten praten met DNB. (5.1.2e DNB chat dat DNB onschuldig is.) (Let wel op: reserves zijn eenmalig geld.)

Impact corona:

1. 1.2: Burn-out zorgverleners. Stagnerende groei levensverwachting (ook andere oorzaken). Meer digitale, efficiëntere productie, is structureel effect. Door meer IC-bedden neer te zetten voor het geval dat, daalt de productiviteit in de zorg.
2. 1.2: Scheiden patiëntenstromen is slim en flexibel antwoord bij pandemie. Maar breder: ook buiten pandemie, namelijk acuut/electief/chronisch (vergelijk organisatie bij Bernhoven). Nu loopt alles door elkaar in de MSZ en is het organisatorisch moeilijk om flexibel de electieve zorg stil te leggen als er acuut een groot beroep op acute zorg gedaan wordt. Wijs ex-ante calamiteitziekenhuizen aan.
3. 1.2: kritiekpunt op inkoop zvz: gaat meer om onderhandelingsmacht dan om zinnige zorg. GGZ wordt uitgeknepen en de MSZ krijgt er maar geld bij. 1.2 bij fysiotherapie is administratieve rompslomp bedoeld om overaanbod af te schrikken, bij gebrek aan beter instrument.
4. 1.2: hoe beter omgaan met pandemie? Geen uitbreiding capaciteit, wel flexibiliteit in bestaande capaciteit, en bij crisis aansturing patientenallocatie top-down door minister. Zoveel zelfstandige zorgorganisaties vormen bij een crisis een hindermacht die uit zijn op geld. Noemt als voorbeeld de testlaboratoria (5.1.2e : maar geldt dat eigenlijk niet voor al die sectororganisaties die vanaf half maart de VWS-deur platliepen voor geld...). Je moet ex-ante regelen dat je bij crisis de hindermacht top-down kan breken. (5.1.2e zorgverzekeraars waren uitzondering, zeiden: hier zijn we voor.)
5. 1.2: Nationale crisisaansturing maakt weinig uit. In de kern gaan zorgmedewerkers aan de slag.

Betaalbaarheid zorg:

1. 1.2: uit experiment populatiebekostiging blijkt dat bestuurders meteen een vredesverdrag met elkaar sluiten en de poet lumpsum verdelen. Collusie in plaats van het goede gesprek; eigen belang van bestuurlijke en financiële rust en zekerheid in plaats van belang populatie.
2. 1.2: economen moeten beter nadenken over woordkeuze. Zorgmensen zijn allergisch voor het woord "doelmatigheid", maar omarmen "value-based healthcare".
3. : derdelijnszorg i.c.m. beschikbaarheid kan veel beter/goedkoper georganiseerd worden.
4. 1.2: artsen en verpleegkundigen besteden 52 minuten per dag aan kwaliteitsregistratie. Dan moet je niet gek opkijken als zorg duur is en als zorgmedewerkers gedemotiveerd raken. (5.1.2e : sommetje, laten we zeggen dat de helft weg kan, dan een half uur, zeg 5% van de zorgkosten. Laten we verder zeggen dat 5.1.2e voor de helft gelijk heeft, dan 10%. De cure kan dus 15% goedkoper met behoud of met meer kwaliteit, dat is 7 mld per jaar, dat is 1/3 van de begroting voor het primair- en voortgezet onderwijs, dus de leraren kunnen 30% meer verdienen, of 25% kleinere klassen.) (5.1.2e : stelling: het feit dat dankzij de Zvw de onstuimige kostengroei van de cure geremd is, maakt aannemelijk dat het Zvw-model in staat is om in de komende jaren deze besparing van 15% te realiseren.)
5. 1.2: DBC is een uni-morbide eenheid, terwijl patiënten en zorg multi-morbide is. Dan krijg je veel demotiverende administratie. 5.1.2e : bekostigen en verevenen op type zorg acuut/electief/chronisch, uitgesplitst naar welke multimorbiditeit aan de orde is?)