Thijs

VIER DOELEN VOOR DE NIEUWE KABINETSPERIODE

Alles draait om SAMEN- WERKING in de REGIO

Zorgvernieuwing versnellen; professionals behouden; externe budgertering; regionaal samenwerken: in acht woorden vatten gezondheidseconoom Guus Schrijvers en filosoof Robert Mouton hun voorstellen samen voor het gezondheidszorgbeleid 2021-2025. Met vele goede voorbeelden onderbouwen zij hun betoog.

tekst Guus Schrijvers en Robert Mouton
illustratie Pluisproducties

IN VEEL ZORGSECTOREN ZIJN GOEDE VOORBEELDEN BESCHIKBAAR DIE LEIDEN TOT 1. BETERE VOLKSGEZONDHEID, 2. HOGERE KWALITEIT VAN INDIVIDUELE ZORG EN 3. LAGERE KOSTEN PER PATIËNT. Ze zijn te vinden op internet door te zoeken op: armoede en gezondheid in Rotterdam, de ambulante ggz in Noord-Holland Noord, de digitale huisartsenpost in Amersfoort, het ziekenhuis Bernhoven te Oss en Uden, de regiomaatschap van chirurgen in Friesland, de krachtige basiszorg in Utrecht, de stoplicht-app in Breda en de anderhalvelijnszorg in Zuid-Limburg.

Het VWS-programma De Juiste Zorg op de Juiste Plek heeft tot veel meer zorgvernieuwing geleid: het enthousiasme om te innoveren is in alle zorgsectoren groot. Ook de vier regelgevers in de zorg ACM, NZa, Zorginstituut Nederland en RIVM doen hun best om innovaties te faciliteren. Bijvoorbeeld door onder voorwaarden

regionale monopolieposities toe te staan en tarieven voor digitale consulten te verhogen.

Disruptieve innovatie

Toch bleef een snelle verspreiding van goede voorbeelden de afgelopen jaren uit. Veel lokale initiatieven bleven hangen in de pilot-fase zonder behoorlijke governance, financiering en digitale ondersteuning.

De vorig jaar overleden, Amerikaanse organisatieadviseur Clayton Christensen nam deze situatie ook in de USA waar. Hij publiceerde in 2009 het boek *The Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Health Care*. Hij schrijft twee behandelingen voor om een innovatie zeer snel (disruptief) te verspreiden. Allereerst: innoveer het zorgaanbod tegelijk met financiële en digitale innovaties. Een voorbeeld: meekijkconsulten door specialisten bij een huisarts verspreiden zich snel indien aantrekkelijke bekostiging is geregeld én onlineverbindingen veilig en eenvoudig te leggen zijn dankzij de beschikbaarheid van goede hardware en software. Ten tweede: ontvlecht de ziekenhuizen tot drie aparte bedrijfseconomische segmenten: diagnosestelling, electieve zorg en chronische zorg. Met elk een eigen bekostiging die de kwaliteit en niet de hoeveelheid zorg stimuleert.

Wij nemen graag deze voorschriften van Christensen over als eerste onderdeel van de te sluiten regeer- en hoofdlijnenakkoorden.

Gevolgen pandemie

De covid-19-pandemie betekent een uitbreiding van het takenpakket in de gezondheidszorg met de volgende taken:

1. vaccineren van de bevolking,
2. vaststellen van een besmetting bij burgers,
3. contactopsporing,
4. begeleiding van burgers in quarantaine,

5. behandeling van patiënten met langdurige gevolgen van de covid-besmetting,
6. behandeling en isoleren van besmette personen.

De eerste vijf taken vereisen een totaal herontwerp van de bestaande wetgeving en uitvoering gericht op de preventie van besmettelijke ziekten. In de afgelopen twaalf maanden moesten instanties te veel improviseren. Er deden zich te veel digitale en bestuurlijke tekortkomingen voor. Ook na een populatiebrede vaccinatie blijven deze vijf activiteiten nodig. Immers, de kans bestaat op uitbraken van andere infecties dan covid-19.

De lockdowns in Nederland waren tot nu toe vooral gericht op punt 6: het beschikbaar houden van voldoende capaciteit in de ziekenhuizen voor behandeling en isolatie van coronapatiënten. Indien de ziekenhuiscapaciteit toeneemt, wordt de noodzaak voor een lockdown geringer. Stel dat de regering daarom in haar regeerakkoord opneemt dat de eerste vijf activiteiten een duurzame organisatiestructuur krijgen en bovendien ziekenhuiscapaciteit met een vooraf berekend aantal IC-bedden mag toemen. Elke ROAZ-regio zou dan epidemieplannen moeten maken voor deze uitbreiding van de capaciteit, te meten in aantallen professionals. Die moeten dan zo ingevuld worden dat de kans op een noodzakelijke lockdown in een regio zo klein mogelijk wordt. Dit vereist grotere regionale samenwerking binnen de acute zorg dan tot nu toe aanwezig is. Duidelijk moet zijn, wie wat doet tijdens een uitbraak. Welke IC neemt dan vooral besmette personen op en welke IC's richten zich op reguliere zorg? Regionale samenwerking (zie verderop) impliceert in dit opzicht dus regionale planning: een planning van een hogere orde dan het autonome beleid van een zorginstelling, vakgroep of msb.

Wij gaan ervan uit dat het regeerakkoord enkele alinea's bevat over de duurzame aanpak van besmettelijke ziekten in de komende vier jaar.

Behoud professionals

De voorschriften van Christensen en talrijke innovaties stimuleren dat de productie van zittende professionals kan toenemen. Zij hoeven minder te registreren dankzij de gelijktijdige digitale innovaties en ze worden niet geprikkeld tot overbodige zorg. En voor mensen die dankzij een innovatie langer zelfstandig thuis blijven wonen, staat een sociaal team klaar dat voor samenwerking wordt betaald, iets wat nu nog niet bestaat. Toch zal dit niet voldoende zijn om de toenemende zorgvraag te beantwoorden. Immers de geboortegolf van de naoorlogse jaren stroomt tot 2030 de zorg in. De commissie-Bos schetste in 2020 de gevolgen hiervan in detail voor ouderenzorg, eerste lijn, ziekenhuizen en het sociale domein. Daar is niet tegenop te innoveren met arbeidsbesparende innovaties. Er zijn ook meer professionals nodig. Hogescholen en faculteiten met zorgopleidingen onderkennen deze maatschappelijke opgave, hebben hun opleidingscapaciteit uitgebreid en krijgen voldoende eerstejaars. Er blijkt genoeg belangstelling bij jonge mensen en zij-instro-

mers om in de zorg te gaan werken. Nee, de zorg heeft geen behoefte aan nieuwe instroom, maar aan een reductie van de uitstroom van professionals. Enkele verontrustende cijfers: in 2017 verliet een op de vijf werknemers in zorg & welzijn zijn werkgever; binnen twee jaar is 43 procent van de nieuwe medewerkers vertrokken; in 2019 verliet ongeveer 9 procent van alle werknemers de zorgsector. De hoge uitstroom komt door een te hoge werkdruk en daardoor frequent ziekteverzuim, te veel administratieve taken, te weinig tijd voor professionele ontwikkeling en onvoldoende aandacht en erkenning voor arbeidssatisfactie door leidinggevendenden. Diverse adviesbureaus en commissies geven aan dat de oplossing te vinden is in regionaal personeelsbeleid. Bijvoorbeeld door een overstap zonder salarisverlies van de ene zorgaanbieder naar de andere mogelijk te maken en door met ROC's en hogescholen leer/werkafspraken te maken voor professionals en hun leidinggevendenden. Graag zien wij in de te sluiten regeerakkoorden en hoofdlijnenakkoorden grote aandacht voor behoud van professionals in de zorg.

Externe budgettering

De grote politieke partijen willen alle af van de betaling per verrichting van professionals en hun instellingen, blijkt uit een vergelijking van hun verkiezingsprogramma's. Wat voor prikkels zij wel willen, laten zij in het midden. De VWS-discussienota *Toekomst van de zorg* somt meerdere soorten prikkels op ter vervanging van de betaling per verrichting. Tegenover deze betaling nadat een activiteit heeft plaatsgevonden, staat betaling vooraf zoals bij het abonnementstarief van huisartsen, van specialisten-in-loondienst en de toekenning van onderzoeksgelden aan umc's. In de jaren negentig kenden intramurale instellingen externe budgettering. Zij onderhandelden over hun begroting met zorgverzekeraars die daarna, kort

door de bocht gesteld, een twaalfde van de begroting per maand overmaakt. Deze handelwijze werkte na een aantal jaren niet meer, omdat starre productieafspraken werden gemaakt: het bestuur was niet vrij om bijvoorbeeld binnen een begrotingsjaar afgesproken opnamen te vervangen door consulten aan huisartsen.

De hoogte van de vooraf afgesproken begroting is bij externe budgettering via verschillende modellen vast te stellen:

1. Een abonnementstarief per patiënt gecorrigeerd naar leeftijd.
2. Een tarief per burger in de bediende populatie gecorrigeerd voor bevolkingsdichtheid. Deze vorm is aantrekkelijk voor de aanbieders van acute zorg. Zij zijn veelal verantwoordelijk voor een nauw omschreven regio.
3. Een regiobudget, aansluitend bij het budget dat zorgkantoren nu voor de ouderenzorg ontvangen op basis van het aantal oudere burgers in hun gebied. Zorgverzekeraars kunnen hun budgetten voor wijkverpleging en geriatrie revalidatie daaraan toevoegen en gemeenten hun budgetten voor huishoudelijke hulp. Er ontstaat dan een regiobudget voor een groot deel van de ouderenzorg.
4. Een meerjarenplan en -begroting waaruit de jaarbegroting wordt afgeleid. Wij raden een *one-size-fits-all*-aanpak van externe budgettering af. De vier modellen kunnen naast elkaar bestaan. Wat werkt in de ouderenzorg, is wellicht niet geschikt in de acute zorg. Deze externe budgettering is uitstekend te combineren met uitkomstfinanciering: instellingen krijgen dan bij het behalen van hoge kwaliteit een bonusuitkering. Bij behoud van de kwaliteit tegen lagere kosten mogen zij de begrotingsonderschrijding voor een deel behouden (*shared savings*). De externe budgettering is ook goed te combineren met de extra prikkel om de verspreiding van een innovatie te faciliteren. In het boek *Zorgvernieuwing volgens het Cappuccinomo* staat beschreven hoe deze ver-

schillende prikkels in elkaar passen. Ook raden wij af om de externe budgettering uitsluitend te baseren op de exploitatie van het vorige jaar. Dat leidt tot historisering van de budgetten en daarmee achteroverleunen van budgethouders.

Met een keuze voor externe budgettering zoals hier beschreven, zet de nieuwe regering een stap voorwaarts naar kostenbeheersing en het terugdringen van overbodige zorg. Aansluiting op de macrobudgettering voor de zorg is eenvoudig, dit is immers ook een vorm van externe budgettering.

Regionale samenwerking

Zonder regionale samenwerking tussen zorgaanbieders is geen van de genoemde noodzakelijke veranderingen mogelijk. Daarmee leveren we vier argumenten voor regionale samenwerking.

1. Een innovatie als meekijkconsulten als vorm van ketenzorg vereist inhoudelijke, financiële en digitale afspraken tussen de eerste lijn, ziekenhuizen, ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg.
 2. Duurzame organisatie van de (acute) zorg met het oog op nieuwe virusuitbraken, vereist grotere regionale samenwerking binnen de ROAZ-regio's.
 3. Voor het behoud van zorgprofessionals zijn regionale overstapbureaus vereist voor professionals die naar een andere zorgsector willen. Ook voor werk/leerafspraken met onderwijsinstellingen is regionale samenwerking vereist.
 4. Werken met regionale budgetten voor acute zorg en externe budgettering op basis van een meerjarenplan van een instelling vereist eveneens regionale afspraken. Immers, zo'n meerjarenplan is slechts vast te stellen met gelijktijdige afspraken over strategische plannen van aanpalende zorgaanbieders.
- In de afgelopen vier jaren is goede vooruitgang geboekt in de regionale samenwerking. Veel regionale netwer-

'Reduceer de uitstroom van professionals'

ken voor ouderenzorg, palliatieve zorg en oncologische zorg kwamen tot stand. 25 van de 31 zorgkantoorregio's hadden medio 2020 een regiobeeld ontwikkeld. Vijf zorgkantoren waren toen nog niet klaar en één was nog niet gestart. Inmiddels zijn diverse regio's bezig met regiovisies die aansluiten op de regiobeelden. Wat opvalt, zo signaleert een onderzoek van het bureau Berenschot, is dat er nauwelijks inbreng van burgers en patiënten was bij de totstandkoming van de regiobeelden. Terwijl de democratische legitimering van die beelden van het grootste belang is, willen protesten in de uitvoeringsfase van de regiovisie worden vermeden.

Kortom, wij bevelen regionale samenwerking op inhoudelijk gronden aan. Niet de grootte of de bestuurlijke inrichting ervan moet de komende jaren centraal staan, maar de regionale oplossing van de vier genoemde beleidsvraagstukken. Wij kijken uit naar zinnen van gelijke strekking in het regeerakkoord en de hoofdlijnakkoorden.

Thema voor 2021-2025

De na-oorlogse geschiedenis leert dat een kabinet in vier jaar tijd slechts een of twee beleidsthema's tegelijk kan oppakken. Minister Hoogervorst focuste in 2006 op de invoering van de Zorgverzekeringswet. Minister Klink regelde in 2010 goede bekostiging van de zorg voor mensen met chronische aandoeningen. Bij staatssecretaris Martin van Rijn vroeg de transitie van AWBZ-taken naar gemeenten in 2015 alle aandacht. Wat ons betreft krijgen de vier regiovraagstukken alle aandacht in de periode 2021-2025. Het gaat er dan om tegelijkertijd en samenhangend zorginhoudelijke, financiële en digitale innovaties te realiseren zonder vooraf nieuwe structuren en stelselwijzigingen te ontwerpen.