Antwoorden op 6 vragen van Tweede Kamer leden van de commissie VWS naar aanleiding van de Petitie “preventie als basis van onze zorg en stop de marktwerking" aangeboden op 30 juni 2020.

Naast de petitionaris Paul Jonas, docent huisartsgeneeskunde en oud-huisarts, (uit de sector huisartsgeneeskunde), zouden aanvankelijk 3 collega’s werkzaam in de gezondheidszorg bij de hoorzitting aanwezig zijn: Wanda de Kanter, longarts, Jos de Blok, wijkverpleegkundige en Eli Silvrants, GGZ-verpleegkundige. We hoorden van de Griffie dat -vanwege coronamaatregelen- we nog maar met twee personen “life” aanwezig kunnen zijn. *We hebben hier begrip voor maar vragen u nadrukkelijk van de antwoorden vanuit de niet aanwezige collega’s kennis te nemen en deze in uw beschouwingen te betrekken.*

Aanwezig zullen dus zijn: Wanda de Kanter, longarts en Paul Jonas, docent huisartsgeneeskunde en oud-huisarts.

Hieronder onze antwoorden op uw vragen:

**Wanda de Kanter, longarts.**

1. Kunt u voorbeelden geven uit uw dagelijkse werk waar u door toedoen van de marktwerking in de zorg moeilijker/niet meer preventieve geneeskunde kunt toepassen?

Een DBC : diagnose behandelcombinatie is de manier waarop de hele ziekenhuiszorg gebaseerd is. Zonder diagnose geen behandeling, geen prijs, geen inkomsten. Meer diagnoses: meer inkomsten: voor artsen, farmaceuten en ziekenhuizen. Minder diensten, minder druk. Ziekte is het verdienmodel, het concurrentie model. Voorkómen wordt niet gehonoreerd. 70 % van alle ziekten door gedrag (NCD) Voorbeeld : Longkanker wordt maximaal vergoed, COPD weer wat minder, behandelen van tabaksverslaving nog weer wat minder, maar het voorkomen van het verslaafd raken, te dik worden, daar staat geen PBC voor: Preventie Behandel Combinatie

1. Kunt u voorbeelden geven van problemen waar u in uw dagelijkse werk tegenaan loopt die opgelost zouden zijn als er minder/geen marktwerking zou zijn in de zorg?

Zie boven, 13.000 nieuwe longkanker patiënten. 600.000 kanker patiënten waarvan rond de 20 % rookt met verhoogde kans op terugkeer ziekte. 85% van COPD is volledig te voorkomen. Hartpatiënten, dementie patiënten, mensen met een beroerte : voor 30 % te voorkomen als er niet gerookt zou worden. De zorg verlegt zich daar ook naar de thuissituatie, mantelzorgers ernstig overbelast

1 miljoen mensen met Diabetes Mellitus II door overgewicht met orgaan schade op den duur. Primaire preventie zou dit voor het grootste deel kunnen voorkomen.

1. Heeft u ideeën over hoe de marktwerking in de zorg tegengegaan kan worden, al dan niet ter bevordering van preventieve geneeskunde?

Artsen in loondienst

Financiering gezondheid, structureel primaire preventie belonen: gezond houden begint al voor de conceptie.

scholen met ouders: kennis over lichaam en geest

4. Welke vorm(en) van preventie hebben jullie de beste ervaringen mee?

Kosten / prijs! en beschikbaarheid ( tabak), campagnes

Suikertax / fastfood prijs en beschikbaarheid/ reclame

Alcohol : idem, minimum prijs/ reclame

In ieder geval SMART: specifiek, meetbaar, mogelijk, realistisch en een tijdspad.

Tegenover elke bariatrische ingreep door de chirurg een percentage van de inkomsten in een potje doen ter preventie.

Bij elke NCD een afdragen van de inkomsten doorsluizen naar de preventie pot.( evt. via ziekenhuis/ verzekeraar)

Wij stellen al langer voor een verslavingsfonds voor: de vervuiler ( is de industrie) betaalt, dat gebeurt ook al bij het gokverslavings fonds!

Minimum leeftijd ophogen is nog een optie bij tabak,

extreem lage dosis nicotine: niet verslavend. Als kinderen niet beginnen op jonge leeftijd: sterke aanwijzingen dat zij ook minder andere drugsverslavingen zullen ontwikkelen en minder risico op obesitas

5. Voor wie en waarom pakt marktwerking in de zorg zeer nadelig uit?

Voor de kinderen van nu: zij zijn de miljoenen kwetsbare volwassenen van de toekomst. Groot deel kinderen al in de eerste 1000 dagen beschadigd door bovenstaande factoren

6. Wat vindt u ervan om “kijk- en luistergelden” zo breed mogelijk in de zorg in te voeren?

Doel moet zijn dat artsen meer tijd krijgen voor hun patiënten. 30 patiënten in een paar uur tijd gaat ten koste van informatie, diagnose,  empathie, gezien en gehoord worden.  De korte termijn productie gaat ten koste van de lange termijn. Het doel moet hier duidelijk zijn de kwaliteit en niet de productiviteit.

**Jos de Blok, wijkverpleegkundige.**

Zou zijn antwoorden op de hoorzitting geven maar aangezien dat niet mogelijk blijkt heeft hij vanuit de wijkverpleging een nadrukkelijke wens naar aanleiding van uw vragen: voor je het weet is preventie een prestatie die gecontracteerd wordt, en door speciale zorgverleners 'geleverd' mag worden. Die kant gaat het nu (plannen Hugo de Jonge) met de wijkverpleging op. Terwijl onze insteek is dat preventie moet worden geïntegreerd in *alle* zorgfuncties.

Vanuit de wijkverpleging nog een **hartenkreet** die we heel vaak horen en u niet willen onthouden:

Graag wil ik aandacht vragen voor de huidige marktwerking binnen de wijkverpleegkundige zorg. Wijkverpleegkundigen behoren tot een beroepsgroep die bij uitstek in de wijk op een zeer laagdrempelige manier achter de voordeur komt. Zij zouden in hun wijk samen met de huisartsen een spilfunctie kunnen vervullen door als spin in het web de wijkbewoners, vrijwilligers, sociaal wijkteam, school en wijkagent met elkaar te verbinden. Dat zou een goede basis zijn voor collectieve preventie (in onze buurt doen wij daartoe al een poging waarbij we  merken hoe zwaar dat is omdat zorg en welzijn zo versplinterd zijn)

Maar de huidige praktijk is helaas vaak weerbarstig; een veelheid van “zorgaanbieders” stort zich op eenzelfde werkgebied in een cultuur van uurtje, factuurtje gekoppeld aan individuele cliënten. Dat maakt dat de werkgebieden van die “zorgaanbieders” enorm groot moeten zijn om goed te kunnen functioneren. Iedereen vist in dezelfde vijver. Hoe kun je dan een persoonlijke relatie opbouwen met de  wijkbewoners en met de andere disciplines? Bovendien blijkt de hiermee gepaard gaande concurrentiecultuur nog welig te tieren. Daar is niemand mee gebaat en in de laatste plaats de cliënt/buurtbewoner om wiens welzijn het allemaal te doen is.

**Eli Silvrants, GGZ verpleegkundige.**

1. Kunt u voorbeelden geven uit uw dagelijkse werk waar u door toedoen van de marktwerking in de zorg moeilijker/niet meer preventieve geneeskunde kunt toepassen?

In mijn dagelijkse werk (GGZ beschermd wonen en wijkzorg: 2 banen.) wordt de begeleiding van GGZ cliënten gepingpongd tussen verschillende teams, mensen zijn mogelijk niet therapietrouw of hebben om een andere reden begeleiding en/of toezicht nodig in de thuissituatie bij de inname van medicatie. GGZ en verslavingszorg teams vinden het goedkoper en efficiënter om deze medicatie momenten door de wijkverpleegkundige of verzorgende te laten doen. Hiermee wordt het in veel gevallen een handeling waarbij het psycho-educatie met betrekking tot medicatiegebruik en continuïteit van zorg verloren gaat.

2. Kunt u voorbeelden geven van problemen waar u in uw dagelijkse werk tegenaan loopt die opgelost zouden zijn als er minder/geen marktwerking zou zijn in de zorg?

De afgelopen jaren heeft de organisatie waar ik werk diverse keren meegedaan aan een tender om de zorg die wij geven te behouden of uit te breiden. Het werk, de uren en de spanning die hiermee gepaard gaat! Er gaat veel kennis, kunde en manuren in dit gebeuren verloren, welke beter aan goede zorg aan cliënten en medewerkers besteed zou kunnen worden.

3. Heeft u ideeën over hoe de marktwerking in de zorg tegengegaan kan worden, al dan niet ter bevordering van preventieve geneeskunde?

Om te beginnen geen organisaties in de zorg en publieke sector toelaten die met aandeelhouders werken.

4.Welke vorm(en) van preventie hebben jullie de beste ervaringen mee?

Met positieve gezondheid heb ik goede ervaring en ik heb er grote verwachtingen van. In mijn organisatie wordt al enkele jaren in het kader van “Stoptober” een cursusdag met coachingstraject aangeboden voor medewerkers en cliënten , samen, om te stoppen met roken. Tijdens werktijd en samen in een groep: "We zitten in hetzelfde schuitje". Dit bleek voor beide groepen in vele opzichten een hele positieve samenwerking.

5. Voor wie en waarom pakt marktwerking in de zorg zeer nadelig uit?

Ik denk dat voor eenieder die met zorg te maken heeft, we zijn allemaal op enig moment “consument”, nadelig uitpakt, behalve aandeelhouders en anderen die op perverse prikkels reageren en acteren.

**Paul Jonas, docent huisartsgeneeskunde/oud-huisarts (petitionaris)**

*1. Kunt u voorbeelden geven uit uw dagelijkse werk waar u door toedoen van de marktwerking in de zorg moeilijker/niet meer preventieve geneeskunde kunt toepassen*

\* mensen met weinig inkomen konden *eigen bijdrage* niet betalen en haalden medicijnen niet af waardoor risicofactoren zoals hoge bloeddruk en hoge bloedsuiker nauwelijks te beïnvloeden waren en er zelfs enkele malen patiënten in diabetisch coma kwamen.

\* geen geld voor initiatieven als preventief ouderenproject, zwemmen voor een clubje suikerpatiënten. Door zorgverzekeraar werd als reden aangegeven dat “ na verandering van zorgverzekeraar het gunstige effect – en de daarmee gepaard gaande kostenbesparing- bij de concurrent behaald wordt”.

\* bij volwassenen/kinderen (vooral lage SES) die willen afvallen lukt dat niet door alomtegenwoordige reclame (door “vloggers”, in jeugdbladen), misleiding (“energie”-drankjes of volkorenbrood (veel suiker) en kopen van goedkope producten in de supermarkt (3/4 kindervoeding past niet in Schijf van Vijf). *Zorgverzekeraars laten dit gebeuren* *en pakken de voedingsindustrie niet actief aan*. Ook commerciële klinieken lokken mensen de verkeerde kant op ( bij knieklacht door overgewicht onnodige knieoperaties i.p.v. afvallen)

\* na intensieve begeleiding bij rookstop snelle terugval. Zorgverzekeraars laten dit gewoon toe en pakken de tabaksindustrie niet actief aan.

*2. Kunt u voorbeelden geven van problemen waar u in uw dagelijkse werk tegenaan loopt die opgelost zouden zijn als er minder/geen marktwerking zou zijn in de zorg ?*

\* tijdgebrek: “paarse krokodillen”; verwijs- en wachtlijstproblemen (herhaald bellen/overleg over urgentie, juiste plek ); objectieve voorlichting geven aan onze POH’ s over de nep-info die door artsenbezoekers aan POH’ s verteld wordt .

\* moeilijker afspraken maken/samenwerken vanwege wisselende hulpverleners bij verschillende zorgorganisaties in onze wijk.

\* mislukken van meewerken aan goedkopere zorg: mislukken “meekijkconsult” door specialist(dermatoloog/orthopeed) bij de huisarts (uit angst van die specialist voor verlies “marktaandeel” door goedkopere substitutie in 1e lijn).

\* mensen gaan door actieve reclame naar commerciële hoofdpijnpoli/ orthopedische kliniek in plaats van af te wachten / levensstijl veranderen volgens advies/met steun van de huisarts.

\* huisartsentekort: als docent aan de Huisartsopleiding merk ik angst van veel aios om zich te vestigen, desgevraagd vanwege bovenstaande.

3. *Heeft u ideeën over hoe de marktwerking in de zorg tegengegaan kan worden, al dan niet ter bevordering van preventieve geneeskunde?*

\* stoppen met eigen bijdragen (toegang lage SES groepen beter, eerder)

\* stoppen van jaarlijkse overstapmogelijkheid van verzekeraar; verhindert preventie (zie boven onder 1, tweede sterretje )

\* toewerken naar regie in de zorg door overheid stoppen met zorgverzekeraars.

\* **Primaire preventie** dwz. wetgeving en strenge handhaving t.a.v. tabaks- (nicotinevrij maken) en voedingsindustrie (zout/suiker/verzadigd vet en kindermarketing)

\* invoering van wijkbudget preventie en vast “all in” bedrag per patiënt 1e lijn

\* één uitgebreid basispakket, geen polis-oerwoud (aangetoond zinloos; ACM)

\* verbod reclame in de zorg om meer patiënten/ klanten te binden

*4. Welke vorm(en) van preventie hebben jullie de beste ervaringen mee?*

\* collectieve preventie (loopgroepen, buurtgroepen, overheidsmaatregelen t.a.v. roken in café ’s bijvoorbeeld).

\* in de opleiding geneeskunde/tot huisarts: meer tijd besteden/uitgebreide modules/ stages in land waar preventie en wijkgericht werken bovenaan staan;

*5. Voor wie en waarom pakt marktwerking in de zorg zeer nadelig uit?*

Mensen met weinig opleiding en weinig geld, analfabeten en jonge kinderen. Redenen: slechte gezondheid o.a. door verminderde toegang tot goede zorg (eigen bijdragen op allerlei gebied, dure polissen, commerciële klinieken die capaciteit uit de reguliere zorg “wegzuigen”); Mensen met lage SES kopen goedkope zeer vaak (bewerkte) voeding ( met veel zout, suiker, verzadigd vet) roken relatief veel. De zorgverzekeraars doen niets tegen dit wangedrag van tabaks- en voedingsindustrie en supermarktketens, omdat zij kennelijk ook vinden dat “de markt” het moet doen.

6. Wat vindt u ervan om “kijk- en luistergelden” zo breed mogelijk in de zorg in te voeren?

Bij de geneeskundestudenten en mijn aios zie ik dat intrinsieke motivatie, niet geld, de primaire “motor” voor hulpverlening en preventie is. Helaas zie ik deze mooie professionele houding onder invloed van de marktwerking met haar “uurtje-factuurtje” cultuur bij een flink aantal collega’s later verdwijnen.

Bij “kijk- en luistergelden” in de huidige opvatting blijft er een *sterke en directe* band tussen consult/visite en beloning bestaan en zoiets is ook fraudegevoelig. Niet doen dus. Beter zou zijn toe te werken naar lumpsumbekostiging op basis van het aantal patiënten met een opslag voor structurele hoge werkbelasting en een beloning voor bewezen innovatie met als criterium het welzijn ven de wijkbewoner(s)- het zg. “Cappucino-model” of naar “Populatiebekostiging”.