

## **Verslag van de consultatie van de Discussienota Zorg voor de Toekomst**

### **Inleiding**

In 2019 is aangekondigd dat het kabinet met een Contourennota zou komen met voorstellen om de toekomstbestendigheid van de gezondheidszorg te waarborgen. Onderdeel van het opstellen van deze Contourennota zou een brede consultatie met het veld, belanghebbenden in het algemeen en ervaringsdeskundigen in het bijzonder zijn. Op 14 december 2020 is een consultatie gestart aan de hand van een Discussienota, met de titel Zorg voor de Toekomst (bijlage 1). De openbare reacties op de Discussienota Zorg voor de Toekomst zijn te vinden op <https://www.internetconsultatie.nl/zorgvoordetoekomst>.

De kernvraag van de Discussienota Zorg voor de Toekomst (hierna: Discussienota) is hoe we de houdbaarheid van de Nederlandse zorg kunnen waarborgen, gezien de uitdagingen die op ons afkomen. De precieze opgave verschilt per zorgdomein, waarbij de Discussienota zich qua perspectief richt op alle domeinen en de verbindingen daartussen. De Discussienota stelt dat er een herijking nodig is op drie gebieden (1.) preventie en gezondheid, (2.) regie en organisatie van de gezondheidszorg en (3.) vernieuwing en werkplezier in de gezondheidszorg. Een rode draad hierin is dat de stelsels voldoen, maar dat de gelijkgerichtheid in die stelsels en tussen die stelsels vergroot moeten worden, alsmede dat regionale samenwerking en domeinoverstijgende coördinatie versterkt moeten worden.

Voor de Discussienota is gebruik gemaakt van veel verschillende bronnen (zie bijlage). Zoals gesprekken met partijen binnen en buiten de zorg, een schriftelijke consultatie, diverse studies en adviezen van partijen zoals de RVS, GR, WRR, de SER en de Nationale Ombudsman. Diverse domeinspecifieke uitdagingen worden apart geconsulteerd, zoals de Houtskoolschets acute zorg en de Dialoognota Ouder Worden 2020-2040. Deze trajecten zijn een nadere domeinspecifieke invulling van de Discussienota. De Houtskoolschets Acute Zorg beschrijft een visie op een toekomstbestendig acuut zorglandschap gebaseerd op gesprekken met relevante veldpartijen. De Dialoognota Ouder Worden 2020-2040 biedt met name beleidsopties rond een drietal vragen: wat kan ik zelf, wie zorgt er voor mij, waar woon ik? Met betrekking tot gehandicaptenzorg is met aanbieders en cliënten gewerkt aan een agenda voor de toekomst. De consultatienota Geestelijke Gezondheids Zorg beschrijft hoe de geestelijke gezondheidszorg van de toekomst eruit kan zien. In december is tenslotte een Kamerbrief verstuurd met daarin de te zetten stappen op gepast gebruik.

We hebben de Discussienota voorgelegd in een openbare schriftelijke consultatie, aan een werkconferentie en in een bijeenkomst met ervaringsdeskundigen. Er kwamen ruim 350 schriftelijke reacties. De openbare reacties zijn toegankelijk via [www.internetconsultatie.nl/zorgvoordetoekomst](http://www.internetconsultatie.nl/zorgvoordetoekomst). In deze brief geven wij de hoofdlijnen van de reacties van de consultatie weer. De Discussienota bevatte 63 mogelijke beleidsopties verdeeld over drie thema's, te weten (1.) preventie en gezondheid, (2.) organisatie en regie en (3.) vernieuwing en werkplezier. Partijen hebben gereageerd op de mogelijke beleidsopties en op de algemene koers die volgens hen moet worden ingezet voor wat betreft het volksgezondheidsbeleid in Nederland. Ook hebben veel partijen aangegeven dat naar hun mening nog beleidsopties ontbraken. Het demissionaire kabinet acht het niet opportuun om de reacties te wegen en nu een visie neer te leggen voor de toekomst. Het is aan een volgend kabinet om definitieve keuzes te maken. Hieronder beschrijven we feitelijk de reacties op hoofdlijnen op het terrein van de algemene probleembeschrijving (paragraaf 1) en op de drie thema's van de Discussienota (paragraaf 2, 3, en 4).

### **Aanleiding voor de Discussienota Zorg voor de Toekomst**

In de Discussienota stellen we dat de gezondheidszorg in Nederland over het algemeen goed is. De zorgen over de toekomst ontstaan omdat de houdbaarheid van de gezondheidszorg steeds meer onder druk staat. De toenemende zorgvraag en schaarste aan personeel en middelen zorgen ervoor dat we, als we de huidige trends doortrekken, onze zorg niet op het huidige niveau kunnen houden. Dit scenario treedt op bij ongewijzigd beleid. Want de toename in medische mogelijkheden, de toenemende vergrijzing en de toename in chronische ziekten leidt tot een stijging van het beroep

op zorgverleners terwijl de beroepsbevolking de komende twintig jaar nauwelijks groeit en het aantal beschikbare mantelzorgers daalt. Zonder maatregelen zullen we op de drie publieke doelen in onze zorgkwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid moeten inleveren of zijn aanpassingen in het pakket of verhogingen van eigen betalingen onvermijdelijk. De groei van de zorguitgaven zet dan de solidariteit onder druk of verdringt andere belangrijke collectieve uitgaven. De coronapandemie heeft de druk op de gezondheidszorg nog verder vergroot. Er zal een inhaalslag gemaakt moeten worden op uitgestelde zorg, we zullen ons geconfronteerd zien met kostenstijgingen en we zijn geconfronteerd met het feit dat zowel collectieve gezondheid als sommige infrastructuur in de sfeer van acute zorg en leveringszekerheid van middelen van collectief vitaal belang zijn. Verdere veranderingen in de gezondheidszorg zijn dus nodig. De opgaven en oplossingen verschillen per zorgdomein en per regio, maar de uitdaging is om de zorg in zijn geheel te zien.

### *Reacties*

In de reacties herkent men zich in grote lijnen in de probleemstelling zoals die wordt geschetst in de Discussienota. De meerderheid van de reacties geeft aan de urgentie van de problematiek die de nota beschrijft te onderkennen. Een groot deel geeft zelfs aan dat de urgentie nog groter is dan de nota beschrijft. Ook ervaringsdeskundigen herkennen de beschrijvingen van de knelpunten in de Discussienota. Enkele reacties beschrijven dat de trends zijn geëxtrapoleerd uit cijfers zoals we die nu zien, maar geven aan dat onverwachte schokken kunnen optreden. Er wordt gewezen op de coronapandemie, maar eveneens op de mogelijkheid dat het gebruik van data en het beschikbaar komen van andere technologieën het zorglandschap in de periode tot 2040 flink kunnen veranderen ten opzichte van de trends zoals die beschreven zijn in de probleemanalyse van de Discussienota.

Een aantal keer komt terug dat de Discussienota de gezondheidszorg te systemisch benadert. Er wordt op gewezen dat de menselijke maat ontbreekt, evenals vertrouwen in de burger en gemeenschapszin. Dit wordt ook benadrukt door ervaringsdeskundigen. Hoewel er begrip voor is dat er systemen moeten zijn die achter de schermen voor de burger werken, bevatten vele reacties opmerkingen dat het niet over die systemen zou moeten gaan. Die systemen zouden ten dienste moeten staan van de burger, de gezondheid en de hulpvraag of zorgvraag. Verder wordt opgemerkt dat de Discussienota te eenzijdig uitgaat van (de toename van) chronisch zieken en vergrijzing en daarmee gepaard gaande nadruk op ouderenzorg. Er wordt aandacht gevraagd voor mensen die een leven lang met een beperking of een handicap leven. Daarnaast vragen verschillende reacties aandacht voor jongeren en jeugd. Zij stellen dat de oplossing van problemen in de toekomst ligt bij de jongere generaties en vragen met het oog hierop ook om een meer integrale aanpak.

Een groot aantal reacties op de Discussienota benadrukt naast het belang van preventie en gezondheid het belang van verduurzaming en vergroening van de gezondheidszorg en het feit dat we daar nog op achterlopen. Zij wijzen erop dat investeringen om te verduurzamen (uiteindelijk) ook uit de bekostiging van de zorg moet komen, tenzij er andere financieringsfaciliteiten komen om dit voor elkaar te krijgen. Veel partijen wijzen er bovendien op dat oplossingen met betrekking tot gezondheid en gezondheidsverschillen vaak buiten het beleidsterrein van volksgezondheid liggen. Genoemd worden beleidsterreinen van onderwijs, gebouwde omgeving, luchtkwaliteit en schulden evenals werk. Met name het verliezen van werk of niet hebben van werk is juist voor die burgers met een lagere sociaal economische status, een groter risico op ongezonde leefstijl en minder gezondheidsvaardigheden. We weten allen bovendien dat werken gezondheid en welzijn bevordert.

Er is veel overeenstemming over *waarom* er in de zorg veranderingen nodig zijn en tot op zekere hoogte ook over *wat* er moet veranderen. De reacties lopen het meest uiteen over de vraag *hoe* we die transformatie in de gezondheidszorg in Nederland gaan bereiken.

### **Preventie en gezondheid**

In de Discussienota beschreven wij dat er een beweging nodig is van de huidige focus op ziekte en zorg naar het bevorderen van gezondheid en welbevinden. Het moet minder gaan om 'de patiënt' en meer om 'de mens' en hoe hij of zij invulling wil geven aan zijn of haar leven. Dat vraagt om een betere inbedding in onze gezondheidszorg van preventie, leefstijl en eigen regie en een krachtiger investering in de sociale basis en inzet op een vroegtijdige aanpak van sociale problematiek.

### *Consensus*

Brede steun van een scala aan partijen en mensen is er voor het benoemen van dit thema en knelpunten. Knelpunten als versnippering, gebrek aan samenwerking, onduidelijkheid over of zelfs gebrek aan taken en verantwoordelijkheden worden breed gedeeld. Ook het gebrek aan structurele middelen voor inzet op interventies of onderzoek naar effectieve interventies worden veel genoemd. In meerdere reacties wordt gesteld dat het zou helpen om nadrukkelijker onderscheid te maken naar het soort preventie (universele, selectieve, geïndiceerde of zorg gerelateerd) om zodoende concreter te maken waar problemen, verantwoordelijkheden en oplossingen liggen. Ervaringsdeskundigen merkten ook op dat preventie-aanbod soms niet op hen toegespitst lijkt te zijn, omdat ze er bijvoorbeeld juist door hun beperking niet aan kunnen deelnemen. Dat vraagt ook om een andere aanpak en meer burgerparticipatie bij het opzetten van preventie initiatieven. Tevens wordt het benaderen van de gezondheid van een individu vanuit de positieve gezondheidsgedachte genoemd. Het feit dat veel gezondheidsproblemen samenhangen met een ongezonde leefstijl wordt vaak genoemd als een belangrijk punt voor het behalen van gezondheidswinst. Volgens partijen zou de Rijksoverheid meer aandacht aan een gezonde leefstijl moeten besteden. Anderen vinden dat preventie meer omvat dan een gezonde leefstijl. Opvallend is dat veel reacties aangeven dat er nog meer nadruk moet liggen op het gegeven dat de gezondheid van mensen wordt beïnvloed vanuit meerdere domeinen (woonomgeving, milieu, inkomenspositie). De term 'Health in all policies' wordt genoemd in dit verband. Daarbij wordt ook door meerdere partijen de aandacht voor groepen met gezondheidsachterstanden genoemd. In reactie op de analyse van de Discussienota wordt benadrukt dat het individu gebaat is bij een collectieve aanpak als het gaat om zijn gezondheid.

De verschillende beleidsopties die in de Discussienota worden genoemd vinden veel weerklank. Het wettelijk vastleggen van concrete taken en verantwoordelijkheden wordt onderschreven door een groot aantal partijen, waarbij ook expliciet de rol van de GGD wordt genoemd. Over de GGD (vaak in combinatie met JGZ genoemd) wordt gezegd dat deze een logische rol hebben in de publieke gezondheidszorg, ook met het oog op de regionale aanpak.

### *Verschillen*

Over de taken van zorgverzekeraars als het gaat om preventie wordt zowel aangegeven dat de zorgverzekeraar hier geen taak in zou moeten hebben ('schadeverzekeraar'), als wel dat deze partijen verplicht zouden moeten worden bij te dragen (hetzij inhoudelijk, hetzij financieel) op gezondheid en preventie. Daarbij wordt vaak wel een onderscheid gemaakt in het soort preventie, waarbij collectieve en selectieve preventie eerder tot overheidstaak wordt gerekend en individuele preventie en zorg gerelateerde preventie tot de taak van zorginkopers. Een aantal zorgverzekeraars vindt dat zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten en GGD-en beter moeten samenwerken op het gebied van preventie. Zij pleiten voor een gezondheidsplicht met een gedeelde verantwoordelijkheid voor deze partijen om afgesproken doelen op preventie, waaronder selectieve preventie te behalen. In diverse andere reacties wordt gevraagd om meer aandacht van zorgaanbieders voor preventie. Ook leefstijlgeneeskunde in opleidingen van zorgpersoneel wordt in dit verband genoemd. Door meerdere partijen wordt gevraagd om meer in te zetten op de jeugd en de eerste duizend dagen. Wat hebben zij nodig vanuit de blik van positieve gezondheid? Het investeren in een gezonde jeugd levert het meeste op.

Een flink aantal reacties stellen tegenover de eigen verantwoordelijkheid van mensen voor hun gezondheid, de verantwoordelijkheid van de overheid om explicieter invulling te geven aan de randvoorwaarden voor een goede gezondheid. Er is veel bijval voor het creëren van een gezonde omgeving, en in het bijzonder voor een gezonde voedselomgeving. Daarbij wordt benadrukt dat juist de Rijksoverheid hiervoor effectieve maatregelen kan en moet treffen, zoals accijnzen (suikertaks), verboden, vestigingsbeleid en een fysieke inrichting die gezondheid stimuleert danwel afdwingt. Dit vergt volgens de reacties een integrale aanpak vanuit de Rijksoverheid.

De diverse bekostigingsopties uit de Discussienota (populatiebekostiging, preventiefonds) worden in sommige reacties genoemd. Een aantal reacties stelt voor om daarnaast bewezen effectieve preventie-interventies op te nemen in de basisverzekering.

### *Andere opties*

Het pleidooi om in het beleid meer te focussen op de sociaaleconomische kwetsbare mensen, komt vaak terug in reacties op de Discussienota. Volgens partijen zijn omissies in de Discussienota dat er meer oplossingsrichtingen buiten het veld van de gezondheidszorg moeten worden gezocht om de gezondheid te bevorderen. Een aantal partijen merken op dat preventie in het kader van de betaalbaarheid van zorg wordt geplaagd en dat dit de indruk kan wekken dat het bij preventie om bezuinigingen gaat voor de zorg. Primair zou het echter moeten gaan om een investering in gezondheidswinst, en het verbeteren van welzijn van mensen.

Ook de rol van de eerste lijn (verpleegkundigen, huisarts) om meer in te zetten op (positieve) gezondheid wordt gemist. Gepleit wordt voor meer tijd om te investeren in het gesprek met de patiënt en na te gaan wat de oorzaak is van gezondheidsproblemen, omdat dit veel doorverwijzing naar de tweede lijn voorkomt. Verder wordt in dit kader gewezen op het belang van een goede aansluiting van het medisch domein op het sociaal domein waarbij het wijkmanagement een rol kan spelen. Partijen wijzen er ook op dat opties rond burgerinitiatieven, gemeenschapszin, zelfhulp, participatie en eigenaarschap oftewel rond betrokkenheid van mensen in de Discussienota te summier aan bod komen, terwijl daar juist positieve en kosteneffectieve veranderingen van te verwachten zijn op het gebied van gezondheidswinst en preventie.

### *Samenhangende opties*

In het brede draagvlak dat er is voor meer focus op preventie en gezondheid, wordt benadrukt dat verschillende partijen hieraan een bijdrage moeten hebben en beter zouden moeten samenwerken. Opgemerkt wordt dat de Discussienota nu verschillende beleidsopties benoemt als ware het een menukaart, terwijl de opties juist in samenhang opgepakt moeten worden. In veel reacties wordt gepleit voor een lange termijnvisie of gezondheidsagenda waarin concrete gezondheidsdoelen (regionaal) worden vastgelegd. Langs deze weg kan concreet worden gemaakt welke actie van welke partij verwacht wordt en wordt samenwerking geïnspireerd op gezamenlijk te behalen doelen. Genoemd worden een 20 jaren plan voor gezondheid met maatregelen en structurele financiering, een preventieprogramma, een nationaal programma Publieke Gezondheid of een normerend kader vanuit de Landelijke Nota Gezondheidsbeleid. Als het gaat om de concrete gezondheidsdoelen wordt gedacht aan een toename van het aantal jaren in goed ervaren gezondheid of een verlaging van het aantal diabetes type 2. De diverse beleidsopties kunnen onderdeel zijn van zo'n programma of agenda.

### **Organisatie en regie**

Om ervoor te zorgen dat het zorgaanbod beter aansluit bij wat mensen echt nodig hebben en om de doelmatigheid van de zorg te vergroten, zijn verdergaande afspraken nodig over het voorkomen, verplaatsen en vervangen van zorg. Dat vergt een intensivering van samenwerking tussen alle betrokken partijen, over de grenzen van traditionele domeinen heen en in de regio, zo beschrijven we in de Discussienota. Ook is van belang dat de coördinatie tussen verschillende zorgsoorten verbetert. De complexiteit van de wijze waarop we de zorg hebben georganiseerd mag er niet toe leiden dat mensen niet de hulp krijgen die ze nodig hebben.

### *Consensus*

Veel partijen steunen de algemene benadering in de Discussienota om te bezien hoe het huidige stelsel beter te laten werken. Een aantal partijen wijst erop dat een stelselwijziging veel tijd en inzet zou kosten, waarin er niet gewerkt kan worden aan de benodigde verbeteringen in de zorg. Bovendien laten internationale vergelijkingen zien dat andere stelsels weer andere knelpunten en nadelen met zich mee zullen brengen.

Uit de reacties blijkt dat er een brede consensus is om de samenwerking tussen zorgpartijen te versterken. Zo wijzen partijen erop dat de zorg gefragmenteerd is, artsen, hulpverleners, ambtenaren en instellingen gespecialiseerd zijn, in verschillende wettelijke stelsels opereren en dat alles pas bij elkaar komt bij de burger. Juist de kwetsbare groepen zijn niet in staat om daar mee

om te gaan en hun weg te vinden en – zo zegt een aantal partijen – de tweedeling die toch al groter wordt, wordt daar nog door gevoed. Ook ervaringsdeskundigen onderstrepen het belang van samenwerking omdat zij in de huidige praktijk eenvoudigweg te vaak geconfronteerd worden met niet aansluitende zorgsystemen bij een en dezelfde hulpvraag. Door een gebrek aan samenhang kan een situatie ontstaan waarin inwoners niet altijd en niet altijd tijdig de zorg en ondersteuning krijgen die ze nodig hebben en de kosten onnodig oplopen. Samenwerking is daarnaast ook belangrijk voor innovatie in de zorg, bijvoorbeeld voor het experimenteren en innoveren, het implementeren en opschalen van veranderingen.

Partijen herkennen dat regels en bekostiging samenwerking en investeringen in de weg kunnen staan, doordat de baten van een investering bij andere zorgpartijen terecht komen dan partijen die de investering hebben gedaan. In verschillende reacties wordt beschreven dat zorgorganisaties naar elkaar kunnen wijzen als er investeringen nodig zijn en dat door een gebrekkige samenwerking ondoelmatigheid en ontijdigheid kan ontstaan waardoor de kosten oplopen. Specifiek wijzen een aantal grote brancheorganisaties op ongecontracteerde zorg als belemmering. Zij stellen dat het zonder contract minder transparant is of er sprake is van kwalitatief goede, passende en doelmatige zorg. Anderen menen dat ongecontracteerde zorg wellicht in delen van de zorg tot minder doelmatige zorg zou kunnen leiden, maar niet in alle sectoren. Daarnaast identificeren partijen verschillende belangentegenstellingen als knelpunt voor de totstandkoming van veranderingen, bijvoorbeeld tussen gevestigde zorgaanbieders en nieuwe aanbieders. Zo kan het belang van gevestigde aanbieders om omzetverlies te vermijden een groot maar niet onoverkomelijk obstakel zijn voor verandering.

Uit de consultatie blijkt dat er steun is om voort te bouwen op het staande beleid om aan de hand van regiobeelden de samenwerking tussen zorgpartijen in de regio te versterken. De meeste partijen onderschrijven daarbij het belang van de regionale invalshoek, omdat de vraagstukken per regio sterk kunnen verschillen en omdat een deel van deze vraagstukken door coalities van regionale zorgpartijen kan worden opgelost. Een mogelijk aandachtspunt dat daarbij wordt aangedragen is de betrokkenheid van alle relevante partijen. Zo wordt er door verschillende partijen op gewezen dat alle zorgdomeinen, maar bijvoorbeeld ook cliëntgroepen, professionals en gemeenten goed vertegenwoordigd moeten zijn bij de totstandkoming van de regiobeelden. Dit werd onder meer ook door ervaringsdeskundigen benadrukt. Daarnaast wordt gewezen op de meerwaarde van betrokkenheid van verzekeringsartsen met hun kennis en ervaring in de domeinen van gezondheid, welzijn en arbeidsparticipatie. Zij overzien de medische én psychosociale gevolgen van de neerwaartse spiraal waar kwetsbare burgers in terecht kunnen komen bij het verlies van werk.

Partijen onderstrepen dat het van belang is dat in iedere regio de stap gemaakt wordt van een regiobeeld naar een regiovisie om een goede basis te leggen onder de samenwerking tussen regionale zorgpartijen. Hier wordt in een deel van de regio's al aan gewerkt. Verschillende partijen geven aan dat deze stap echt nodig is om de gelijkgerichtheid tussen regionale zorgpartijen over de benodigde veranderingen te versterken. Partijen suggereren om de gezondheidsdoelen uit het voorgaande hoofdstuk te koppelen aan deze regionale plannen. Een aantal partijen wijst er op dat ook de inwoners van een bepaalde regio goed betrokken moeten worden bij de totstandkoming van regionale plannen.

Een aantal partijen ziet meerwaarde in een meerjarige uitvoeringsagenda, op basis waarvan zorgpartijen uit de verschillende domeinen zich committeren aan gezamenlijke doelen en concrete werkafspraken. Deze kunnen voortbouwen op de bestaande regiovisies en regionale preventieakkoorden. In deze visie vormen de afspraken het kader waarbinnen zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren hun inkoopbeleid invullen. Een aantal partijen benadrukken daarbij dat het van belang is dat deze afspraken niet vrijblijvend zijn. Gemeenten stellen voor om de gelijkgerichtheid op hoofdlijnen te waarborgen in een gezamenlijke norm voor opdrachtgeverschap.

Bijna alle partijen zien een rol voor de Rijksoverheid om de benodigde verbeteringen in de zorg te ondersteunen. Zo zou de Rijksoverheid ervoor moeten zorgen dat wet- en regelgeving de benodigde samenwerking niet in de weg staan. Een aantal partijen geven daar ook voorbeelden van, waaronder het vergroten van de juridische en financiële ruimte voor experimenten en regie vanuit de overheid

op het oplossen van knelpunten bij domeinoverstijgende samenwerking. Daarnaast wordt vaak genoemd dat de overheid ervoor moet zorgen dat de bekostiging aansluit bij de beoogde veranderingen en geen belemmering vormt voor samenwerking. Over specifieke voorstellen in de Discussienota met betrekking tot de bekostiging zijn partijen verdeeld.

Er is ten slotte veel steun voor de beleidsoptie om de cliëntondersteuning te versterken en meer rondom de behoefte van de cliënt te organiseren. Er is brede steun voor de beleidsoptie om de eigen bijdragen in de verschillende domeinen te harmoniseren, of in geval van mensen met een levenslange beperking te schrappen. Dit werd ook door ervaringsdeskundigen onderstreept.

#### *Verschillen*

De consultatie laat zien dat er verschillende visies bestaan over hoe de samenwerking tot stand zou moeten komen en welke mate van regie er moet zijn.

Verschillende partijen, waaronder zorgverzekeraars, gemeenten en grote brancheorganisaties, wijzen in dit verband op de initiatieven die in de afgelopen jaren al zijn ontwikkeld, waarin zorgpartijen met elkaar samenwerken om verbeteringen te realiseren in de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de zorg. Deze voorbeelden laten volgens hen zien dat zorginkopers en zorgaanbieders kunnen en willen werken aan de in de Discussienota beschreven veranderingen en dit ook al doen. Deze partijen herkennen wel dat het organiseren van de hiervoor benodigde samenwerkingsverbanden lastig is, veel tijd en inzet vraagt en soms tegen beperkingen aan loopt.

Andere partijen wijzen er op dat goede initiatieven van onderop vaak niet doorontwikkeld kunnen worden, vanwege het inkoopbeleid van zorgverzekeraars en gemeenten. Een aantal van hen wijten dit aan een onnodige controledrang. Zorgaanbieders hebben volgens hen het beste zicht op wat cliënten echt nodig hebben en zijn gemotiveerd om de juiste zorg op de juiste plek te leveren, maar lopen daarbij tegen beperkingen in de bekostiging aan. Veel partijen benadrukken in dit verband dat zorginkopers en zorgaanbieders voor echte verandering hun eigen belangen moeten kunnen overstijgen.

De consultatie laat zien dat een deel van de partijen de opties uit de Discussienota om de rol van de overheid te versterken nuttig vindt om de benodigde samenwerking tussen zorgpartijen minder vrijblijvend te maken en te versnellen. Een aantal partijen geeft aan dat de Rijksoverheid zou kunnen voorschrijven aan welke doelen in iedere regio invulling gegeven zou moeten worden. Zorgpartijen hebben dan zelf de ruimte om te bepalen hoe zij deze doeleinden bereiken en welke samenwerkingsverbanden zij hiervoor aan willen gaan. Een aantal partijen ziet een rol voor de overheid in de vorm van het aanstellen van een onafhankelijke bemiddelaar of ambassadeur wanneer individuele zorgpartijen onvoldoende hun publieke verantwoordelijkheid nemen of wanneer partijen er onderling niet uitkomen. Een ander deel van de reacties staat kritisch tegenover voorstellen om samenwerking minder vrijblijvend te maken en onafhankelijke bemiddelaars aan te stellen. Deze partijen willen ervoor waken dat publieke regie ten koste gaat van de slagkracht van zorgpartijen en daardoor samenwerking juist ingewikkelder maakt. Zo wijzen zij erop dat regionale samenwerking het moeilijker kan maken voor nieuwe aanbieders om toe te treden en het moeilijker kan maken voor zorginkopers om via het inkoopbeleid te sturen op een verbetering van de doelmatigheid. In plaats daarvan zou de overheid zorgpartijen kunnen ondersteunen om de benodigde veranderingen te realiseren door niet-gecontracteerde zorg te ontmoedigen en het toezicht op aanmerkelijke marktmacht aan te scherpen.

Sommige partijen gaven aan dat het nog tijd vergt dat alle partijen vanuit hun eigen taak en verantwoordelijkheid de benodigde transitie vormgeven. Andere partijen, waaronder naast enkele verzekeraars en gemeenten ook veel zorgaanbieders, zien de urgentie en de mogelijkheden om de totstandkoming van de benodigde samenwerking te versnellen. Wanneer zorgverzekeraars, gemeenten en zorgaanbieders hun activiteiten beter op elkaar afstemmen, levert dit volgens hen meer focus, synergie en transformatiekracht op om zorg en ondersteuning toegankelijk te houden en doelmatig te leveren. In deze groep is er ook steun om hiervoor op regionaal niveau de afstemming tussen zorgpartijen te versterken, bijvoorbeeld door middel van volgreid van

zorgverzekeraars op het onderwerp de juiste zorg op de juiste plek. Sommige partijen wijzen er daarbij op dat er voor regio-overstijgende zorg, zoals hoog-complexe (acute) zorg en landelijke netwerkzorg, landelijke afspraken nodig zijn.

In een deel van de reacties ziet men meerwaarde in het uniformeren van de regiogrenzen. Er zijn verschillende ideeën over de invulling van de regio-indeling, waarbij een aantal zorgverzekeraars voorstellen om op basis van onderzoek vast te stellen welke indeling optimaal is. Verschillende reacties wijzen erop dat de regio-indeling per functie moet kunnen verschillen.

Verschillende partijen zijn bereid om verantwoordelijkheid te nemen om op onderdelen de regie te voeren over de totstandkoming en uitvoering van de benodigde afspraken. Zorgaanbieders en zorgverleners wijzen erop dat samenwerking effectief is wanneer deze wordt vormgegeven vanuit het zorginhoudelijke perspectief. Ziekenhuizen en regionale huisartsenorganisaties vervullen al een coördinerende rol in de organisatie van zorgnetwerken en zien mogelijkheden om deze regierol uit te breiden. Zorgverzekeraars geven aan dat zij al een coördinerende rol vervullen ten aanzien van de beschikbaarheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg en vanuit hun zorgplicht goed gepositioneerd zijn om regie te voeren op de benodigde veranderingen.

#### *Andere opties*

Een aantal partijen wijst op het belang om de lessen van de decentralisatie van het sociaal domein te betrekken bij de voorstellen over een meer regionale organisatie van de zorg.

Ten slotte is er een aantal reacties binnengekomen die specifiek betrekking hebben op de ouderenzorg. Daarbij is er over het algemeen steun voor de inzet op passende- en innovatieve geclusterde woonvormen voor ouderen. Daarnaast is er steun om de beleids optie om wonen en zorg te scheiden verder te verkennen. Over de beleids optie om delen van de ouderenzorg te herpositioneren vanuit de Wlz naar Zvw en Wmo zijn de reacties verdeeld. Omdat deze beleids opties ook meelopen in het domeinspecifieke consultatietraject op basis van de Dialoognota Ouder Worden 2020-2040, worden deze reacties in dat consultatietraject meegenomen.

#### **Vernieuwing en werkplezier**

De Discussienota stelt dat vernieuwing essentieel is om de uitdagingen die op ons af komen het hoofd te bieden. Innovatie via e-health kan bijvoorbeeld helpen om zorg meer persoonlijk en dichter bij huis of thuis te kunnen blijven verlenen. Vernieuwing in de manier van werken is ook nodig om professionals meer ruimte te geven en hun werkplezier te bevorderen, zodat werken in de zorg aantrekkelijker wordt. Om zorgverleners tot maatwerk in staat te stellen, is meer aandacht nodig voor passende zorg, uitkomstgerichte zorg en elektronische gegevensuitwisseling.

#### *Consensus*

De partijen benadrukken het belang en tevens de uitdaging van voldoende gekwalificeerd zorgpersoneel. Veel partijen herkennen daarnaast de punten van te hoge werkdruk en het aantrekkelijker maken van werken in de zorg. Tevens wordt het belang van innovatie onderstreept. De beleids opties die door de meeste partijen onderschreven worden zijn het landelijk bundelen van innovatiekracht, het beter benutten van de ervaringsdeskundigheid van patiënten en de constatering dat de zorgprofessionals de sleutel tot verandering zijn. Innovatie wordt in de reacties als belangrijk middel gezien om het zorgpersoneel en de patiënt te ondersteunen. Zaken die vaak genoemd worden zijn het onderbenutte potentieel van de digitalisering, de innovatieve contractvormen en een sterk ecosysteem. Daarbij acht men het wel van belang dat dit breed wordt opgepakt en niet verkokerd opgezet wordt. Ook gaf men aan dat financiering vaak te kort schiet of moeilijk toegankelijk is. Daarnaast moet er ruimte zijn voor scholing van het zorgpersoneel in het gebruik van de middelen en zijn er nog verscheidende privacyvraagstukken waar rekening mee gehouden moet worden. Een belangrijk aandachtspunt dat ook door ervaringsdeskundigen werd onderstreept is dat er bij vernieuwing en met name e-health toepassingen oog gehouden moet worden voor de toegankelijkheid en de kundigheid. Dit speelt bijvoorbeeld bij ouderen die minder digitaal bekwaam zijn.

Partijen zien toewerken naar het meer passend maken van de zorg als een belangrijke prioriteit. Hierbij merken partijen op dat niet bewezen effectieve zorg iets anders is dan bewezen niet effectieve zorg, en dat er nog veel onderzoek nodig is. De meeste partijen geven aan dat het belangrijk is dat de focus de komende periode wordt gelegd op implementatie van de kennis over wat gepaste zorg is in de praktijk. Daarmee kan de kwaliteit van de zorg tastbaar worden verbeterd. Tegelijkertijd wijzen meerdere partijen erop waakzaam te zijn dat er niet te veel controlemechanismen worden opgetuigd om gepast gebruik verder te krijgen, omdat dit ten koste gaat van de tijd voor de patiënt en vertrouwen in de zorgprofessional. Het begint met de goede aandacht voor het gesprek in de spreekkamer, om tot de beste behandelkeuze voor de patiënt te komen.

Een groot deel van de partijen onderschrijft het belang om een omslag te maken van het bekostiging op basis van verrichtingen, naar bekostiging van de waarde van zorg en gezondheid. In de Discussienota worden meerdere opties genoemd. De meeste partijen geven aan te willen streven naar bekostiging op basis van het samen werken aan gezondheid en ook preventie. Veel partijen zien een per sector gedifferentieerde bekostiging als interessant model, evenals bekostiging op basis van bundels en meer innovatieve contracten. Ook wordt de optie genoemd om over te gaan op een integraal bekostigingsmodel voor ketenzorg in de regio, waarbij populatiebekostiging een route kan zijn. Ook benadrukken meerdere partijen dat het verstandig kan zijn te stimuleren dat artsen in loondienst gaan, al zijn er ook partijen die onderstrepen dat dit niet wenselijk is en zelfs zal leiden tot afname van werkplezier.

Gegevensuitwisseling wordt gezien als een belangrijk thema waar nog grote stappen te zetten zijn. Partijen zien diverse oorzaken waarom dit nog te mondjesmaat van de grond komt, maar men onderschrijft over het algemeen het belang dat er landelijke regie plaatsvindt op het komen tot meer uniforme gegevensuitwisseling. Er wordt aangegeven dat het nodig is om vanuit wet- en regelgeving tot visie, uniforme afspraken en gecoördineerde implementatie te komen. Ook wordt onderkend dat dit in diverse domeinen hard nodig is, zoals het jeugd- en het sociaal domein. Men ziet de noodzaak dat ten minste op regionaal niveau patiënteninformatie laagdrempelig en snel kan worden uitgewisseld. Sommige partijen missen ambitie in de Discussienota en pleiten voor meer ingrijpende maatregelen, zoals het komen tot een regionale ICT-infrastructuur met basisfinanciering. Partijen gaven aan dat de verdere digitalisering van de zorg een grotere aandacht vraagt voor het zorgpersoneel dat gebruik moet maken van deze tools. Aangegeven wordt dat de tools makkelijk in gebruik dienen te zijn en zowel de zorgverlener als de patiënt moeten ondersteunen, alsmede dat opleidingen ruimte moeten maken voor scholing in digitale tools.

Meerdere partijen pleiten voor een nieuwe balans tussen privacy en beschikbaarheid van gegevens, omdat privacy nu te vaak als beperkend wordt ervaren voor het komen tot goede data-uitwisseling. Tegelijkertijd zijn er enkele partijen die wijzen op de risico's rondom privacy en beveiliging.

Partijen zijn het eens met de constatering dat er maatregelen nodig zijn om het werken in de zorg aantrekkelijker te maken en onderschrijven veelal (onderdelen van) de analyse in de Discussienota. In relatie tot de genoemde beleidsopties worden vooral het belang van het verminderen van regeldruk, en de verbetering van de positie van het zorgpersoneel genoemd. Vertrouwen en minder controle worden daarbij vaak genoemd als uitgangspunt. Meer ruimte voor medezeggenschap wordt daarbij als richting gegeven. Partijen benadrukken ook het belang van opleiden. Daarbij gaat het om meer opleiden, vooral van specialistische beroepen, en om de kwaliteit van opleidingen. Meer aandacht is nodig voor digitalisering en preventie, de beschikbaarheid van stages en leerplekken en een veilig leerklimaat. Het moet voor zij-instromers makkelijker worden om in de zorg aan de slag te gaan met kortere opleidingstrajecten en vereenvoudigde procedures voor mensen die opnieuw als verpleegkundige willen werken.

Verschillende partijen doen suggesties voor een beter werkklimaat, zoals met meer investeren in het inwerken (onboarding) van nieuwe medewerkers, teambuilding en leiderschapsontwikkeling. Voor wat betreft loopbaanontwikkeling wordt de subsidie SectorplanPlus (voor scholing) als nuttig benoemd en geven partijen aan dat de beroeps- en opleidingsstructuur om vereenvoudiging vraagt.



Sommige partijen benoemen dat via de zorginkoop een positieve impuls mogelijk is, maar wel met het aandachtspunt om dit zo eenvoudig mogelijk te houden om extra administratieve lasten te voorkomen.

#### *Verschillen*

Er wordt verschillend gedacht over kwaliteitsnormen en hoe tot kwaliteitsnormen gekomen wordt. Hoewel partijen over het algemeen het principe van een lerend zorgsysteem onderschrijven, vrezen enkele partijen dat veranderingen kunnen leiden tot toenemende administratieve lasten. Het lijkt volgens sommige partijen daarom beter te investeren in de huidige bottom-up aanpak ten aanzien van gepast gebruik, waarbij zorgpartijen verder bouwen aan een lerend zorgsysteem. Volgens andere reacties kan het vereenvoudigen en digitaal (automatisch) bewerkbaar maken van kwaliteitsregistraties leiden tot minder administratieve lasten en betere kwaliteitsnormen.

Daarnaast geven partijen aan dat de overheid ook meer sturend kan zijn op het creëren van randvoorwaarden voor gepast gebruik. Dat kan door nieuwe zorg beter te evalueren, minder algemene vergoedingsnormen te stellen en het toezicht op randvoorwaarden voor gepast gebruik te verbeteren.

Salarissen in de zorg zijn volgens een aantal partijen voldoende en zij geven daarmee aan dat er naar andere zaken gekeken zou moeten worden om het werk aantrekkelijker te maken. Andere partijen geven juist aan dat er sprake is van grote verschillen tussen de verschillende lagen in de zorg en dat vooral bij de lagere schalen het loon niet in verhouding staat tot de verantwoordelijkheden.

#### *Andere opties*

Op het gebied van gepast gebruik zijn nog diverse suggesties aangedragen. Zo is aangegeven dat we moeten nadenken tegen welke behandelingen met hoge kosten we mogelijk niet meer willen vergoeden of welke behandelingen naar het aanvullende pakket zouden moeten. Ook wordt gepleit voor het structureel bekostigen van zorgevaluatie, zodat dit een vaster onderdeel wordt van de dagelijkse praktijk van de zorgprofessional.

Op het gebied van gegevensuitwisseling komen een aantal aanvullende ideeën naar voren. Meerdere partijen noemen de optie om data eenmalig vast te leggen voor meervoudig gebruik. Ook wordt aangegeven dat het verstandig is om in Europees verband samen te werken aan uniformering van gegevensuitwisseling, zodat bijvoorbeeld bij pandemieën sneller tot gezamenlijke inzichten kan worden gekomen. Een ander nieuw idee is om te komen tot een individuele en beveiligde medische pas, waarop de volledige medische historie van patiënten staat, gekoppeld aan een onvoorwaardelijke toestemmingsverklaring.

#### **Slot**

Het demissionaire kabinet acht het niet opportuun om de reacties te wegen en nu een visie neer te leggen voor de toekomst. Alle reacties per thema zijn toegankelijk gemaakt voor (de formateurs van) een volgend kabinet en het overzicht zal aan hen worden aangeboden. Het is aan een volgend kabinet om keuzes te maken om samen verder te werken aan een gezonde toekomst.