

## **Gezondheidszorg in Nederland in 2030**

Stichting Join the Bubble, 27 september 2017

C0.36

Voor meer informatie over Stichting Joint he Bubble, zie [www.jointhebubble.nl](http://www.jointhebubble.nl).

### **0. Voorwoord**

Dit document is niet af. Dat is een bewuste keuze. Het is een aanzet, om samen met anderen die zich betrokken voelen bij dit onderwerp, verder vorm te geven.

### **1. Inleiding**

Het onderwerp gezondheidszorg in Nederland is "hot". Met een vergrijzende bevolking en toenemende kosten voelen velen een uitdaging om initiatieven te nemen om "de zorg ook in de toekomst betaalbaar te houden". Daarnaast zijn er enorm veel technologische innovaties, die nieuwe vormen van zorg mogelijk maken. In de interactie tussen zorgvragers (patiënten) en zorgverleners verandert veel, door de toegenomen digitale wereld waar we in leven.

Alleen, waar gaat die gezondheidszorg naar toe? Er lijkt niet één gedeeld, eenduidig eindbeeld te zijn. En zoals vaker: als de reisbestemming niet duidelijk is, komen de afzonderlijk reizende reisgenoten niet allemaal aan.

Wij denken dat het anders kan. Daarom hebben we maar eens opgeschreven, hoe het volgens ons anders kan, en hoe we daar dan kunnen komen. Niet omdat wij er over gaan; maar misschien gaat er wel niemand over? Het is in elk geval bedoeld als praatstuk, om een begin te hebben om van gedachten te kunnen wisselen.

En waarom wij denken dat deze aanpak werkt? Afgelopen jaren hebben wij vaker vraagstukken van klanten opgelost en gemerkt dat we eigenlijk al die vraagstukken op dezelfde manier te lijf gaan. Verbinding maken met mensen, vraagstuk begrijpen, specifieke meningen van mensen begrijpen. En in plaats van dan de verschillen te benadrukken, zoeken naar verbinding en consensus, en een weg naar voren. Zowel voor de korte termijn (wat doen we morgen) als voor langere termijn als de weg daar naar toe. Zo gaan we samen op weg, zonder vooraf al de details te hebben opgelost. Wat je namelijk gaat doen maakt ook niet altijd zoveel uit, als je het maar samen doet. Naar een Afrikaans gezegde: "als je snel wilt gaan, ga dan alleen. Als je ver wilt komen, ga dan samen". Wij hebben meer met verder, blijvende resultaten, dan met sneller. Blijvende resultaten zorgen voor wezenlijke verandering.

Dit document bestaat uit drie delen. Ten eerste, een aantal punten van verwondering vanaf de zijlijn van wat er nu gebeurt in de zorg. Niet om volledig te zijn, wel om onze verwondering te duiden.

Ten tweede, een schets van hoe gezondheidszorg in Nederland er anno 2030 uit zou kunnen zien. Niet omdat het per se waar moet zijn, wel om met elkaar ergens over van gedachten te kunnen wisselen.

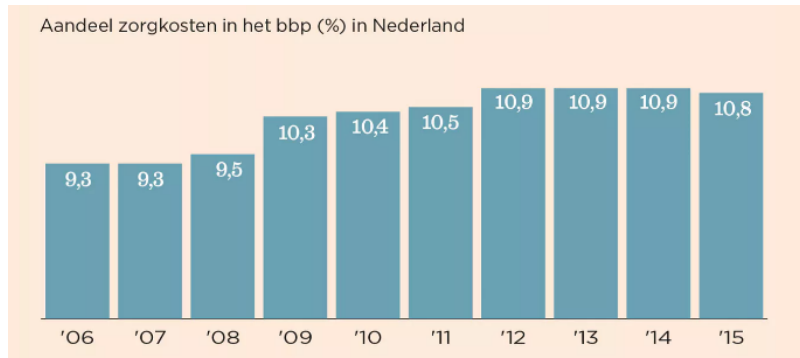
Ten derde, een grofmazige aanpak om te veranderen en invulling te geven aan de toekomst. Niet omdat het zo moet, maar als voorzet om samen met anderen verder in te vullen.

## 2. Verwondering vanaf de zijlijn

Onderstaand een aantal waarnemingen op basis van eigen ervaringen, research (internet) en gesprekken met mensen werkzaam in de zorg.

*Gezondheidszorg is duur – of niet?*

“Zorg in Europa: Nederland behoort tot duurste én beste”, aldus Zorgwijzer.nl op 07-04-2017.



“Gezondheidszorg in Nederland is bijna 11% BBP (bruto binnenlands product) in de periode 2012 – 2015. Aldus een artikel in het FD van 22-08-2016.

“Zorguitgaven blijven stijgen”, CPB Policy Brief

2011/11 'Trends in Gezondheid en Zorg'. “De zorguitgaven zijn sinds 1972 onafgebroken gestegen, van 8 percent naar 13 percent van het bbp. De auteurs concluderen op basis van omgevingsscenario's voor de toekomst dat in 2040 tussen 19% en 31% van het bbp aan zorg wordt besteed. Die stijging wordt voor een deel veroorzaakt door de vergrijzing, want ouderen vragen meer zorg. Maar dat is niet hele verklaring. In iedere levensfase neemt de zorgconsumptie toe, door betere en duurder zorg”.

Beeldvorming is, dat gezondheidszorg duur is. Te duur. Maar wie bepaalt “te”? Zullen we dit nou eens helemaal loslaten?

Is autorijden duur? Wat bepaalt de kosten van autorijden? De verdergaande efficiëntie van de autofabrikanten of het besluit van een individu om een auto te kopen? Is dagelijkse boodschappen doen duur? Wat bepaalt de kosten van boodschappen? De concurrentie tussen supermarkten of het besluit van een individu om iets in het winkelkarretje te leggen?

Wie is het individu in de gezondheidszorg dat besluit dat er kosten gemaakt moeten worden? Vanaf dat moment wordt het sowieso “duur” en zijn alle vervolgzaken “marge-discussies”. En durven we de controle los te laten over de vraag? En de verantwoordelijkheid bij het individu te laten?

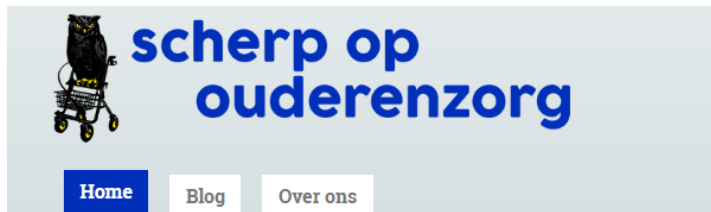
Stel nou eens dat we in een land leven van weldenkende burgers met verantwoordelijkheidsgevoel. Die mogen zelf bepalen welk deel van hun tijd en geld ze uitgeven aan huizen kopen, eten en drinken kopen, op vakantie gaan enzovoort. Mogen ze dan ook zelf bepalen welk deel van hun geld ze uitgeven aan zorg? En als dat dan op Nederland niveau optelt tot een groot getal, dan hebben we kennelijk met elkaar er veel geld voor over, toch? We grijpen als land toch ook niet in op de reisbranche omdat we met elkaar teveel geld aan vakantie uitgeven?

Natuurlijk is gezondheidszorg iets anders dan vakantie; gezondheidszorg betalen we samen. En natuurlijk moeten we iets organiseren voor diegenen die niet zelf hun gezondheidszorg kunnen regelen. En natuurlijk moeten we met elkaar een risico verzekeren omdat je gewoon pech kunt hebben en als individu dan ineens

voor kosten staat die je niet als individu kunt dragen. Daarover later meer. Uitgangspunt blijft: de kosten zijn een gevolg van onze consumptiebehoefte aan zorg, en geen doel op zich. Dus wil je de kosten verlagen, moet je sturen op de behoefte, op gedrag dus.

### *Kwaliteit is niet goed?*

Tegelijkertijd is de beeldvorming voor de buitenwacht, dat de kwaliteit op sommige onderdelen van de zorg niet goed is.



Ouderenzorg mag zich verheugen in bijzonder veel belangstelling. Afgelopen jaar is er veel aandacht geweest voor een disbalans tussen zorg leveren en administratief bijhouden dat zorg is geleverd.

🕒 30 mei 2016 16:40

## Ziekenhuizen verzwijgen elk jaar honderden dodelijke medische missers

🐦 12 📄 51 💬 90 ✉️

Kranten en internet staan vol met "we hebben weer iets gevonden wat niet goed is" berichten. Gezondheidszorg lijkt wel een soort nationale pisaal geworden. Het is een grote sector, waar veel gebeurt. Dus als je niet kijkt naar

wat er goed gaat, en alleen inzoomt op wat er slecht gaat, dan gaat het vaak mis, in de beeldvorming. Op internet is het een stuk lastiger om succesverhalen te vinden.

Maar ligt die perceptie van afgenomen kwaliteit aan de artsen en verpleegkundigen, ouderenzorg, jeugdzorg, allen in de sector die de zorg leveren? Of aan beleidsmakers en management, die het beleid maken en implementeren? Of opiniemakers, die de beeldvorming zetten? Of wij allemaal, omdat we in ons rijke leven niet meer goed kunnen accepteren dat iets misgaat?

Misschien er dit wel een trend die we niet alleen in de zorg aantreffen. In de kinderopvang worstelen leidsters met scorelijstjes invullen (heeft Keesje vandaag wel gehinkeld), in het onderwijs moeten we de leerprestaties van kinderen in detail kunnen volgen (is er deze week wel gerekend?). We hebben internet, we kunnen alles online presenteren, dus gaan we registreren, we kunnen inmiddels met big data omgaan. En dus gaan we ons continu verantwoorden, tot op detailniveau achter de komma. Maar dat is toch raar?

Stel nou eens dat we inzet gaan focussen op het primaire doel, zorg leveren. Degenen die dat doen, zijn het grootste deel van hun tijd daarmee kwijt. En natuurlijk, beetje administratie en verantwoording hoort erbij. Maar wat zou er gebeuren, als vertrouwen het uitgangspunt is? We vertrouwen dat al die artsen en verpleegkundigen hun stinkende best doen. Daar richten we het administratieve systeem voor in.

En natuurlijk, dan hebben we altijd incidenten, waar mensen niet presteren. Of gewoon, waar mensen een fout maken, zonder boze opzet. Daar moeten we iets voor verzinnen. Maar uitgangspunt blijft: uitgaan van vertrouwen om kwaliteit te leveren.

*Witte jassen willen niet veranderen?*

De politiek discussieert al decennia over de voor- en nadelen van meer marktwerking in de zorg, om de dienstverlening van zorg te verbeteren, en de kosten te sturen. Maar hebben we die overheidsregulering wel nodig? Hebben we andere marktmodellen nodig? Moeten we de financiering anders organiseren?

In elke bedrijfstak, in elke organisatie geldt, dat goede dienstverlening met elke marktordening mogelijk is. Je kunt je wel verschuilen achter structuren en modellen van marktordening (we kunnen niet veranderen want...) maar het gaat om de cultuur binnen een organisatie of sector. Mensen die tegen elkaar zeggen dat ze er wel wat aan gaan doen.

En als je dan kijkt naar de zorg, dan struikel je over de ambities, intenties en plannen vanuit de sector zelf. Dus die willen best wel. Misschien niet allemaal hetzelfde, maar er lijkt geen gebrek aan initiatief en goede intenties.



“Visie gaat uit van medici die samenwerken in een netwerk van professionals rondom patiënten”, FD 28-03-2017.

## De dokter neemt meer tijd voor een patiënt

Trouw, 24-03-2017



Landelijke Huisartsen Vereniging (toekomstvisie 2022 met 17 ambities).

Stel nou eens dat we als uitgangspunt nemen, dat iedereen in de zorg (zorgverleners, verzekeraars, beleidsmakers) de zorg beter wil maken. En dat iedereen dat met oprechte intenties doet, niet om een eigen belang te controleren, maar om daadwerkelijk elke dag opnieuw betere zorg te leveren. Waar komen deze initiatieven dan bij elkaar? Wie voert regie?

Degene die je niet of veel minder hoort, zijn de klanten (patiënten). Er zijn patiëntenverenigingen maar die maken minder geluid. Wordt het niet eens tijd dat de klanten zich gaan organiseren en ook hun vraag aan de dienstverleners gaan organiseren?

### *Effectiviteit of efficiëntie?*

Een verwondering ontstond al lezend, welke initiatieven er zijn die allemaal lijken te gaan over de inzet van middelen (zoals geld). Het lijkt wel, of de inzet van het middel, een doel op zich is geworden.

Even terug naar het vak economie. Eerst stel je met elkaar vast wat goed genoeg is (= effectiviteit); dat is dus inclusief de normering voor kwaliteit; dat bepaalt de gewenste output. Daarna zorg je voor de optimale inzet van middelen (zoals geld) om die output met de gewenste kwaliteit te leveren (= efficiëntie); dat bepaalt de gewenste input.

Productiviteit is output t.o.v. input (en hogere productiviteit scoort beter); met minder doen meer bereiken; dus kwaliteit omhoog en kosten omlaag.

En dat lijkt tegenstrijdig, want als de kwaliteit omhoog moet, moeten toch ook kosten omhoog? Nee. Sturen op verhoging van de kwaliteit (output) verlaagt de kosten (input). Het is goedkoop om het in één keer goed te doen; niks is zo duur als herstelwerk. De extra kosten van het in één keer goed doen zijn namelijk marginaal t.o.v. de besparing in niet gemaakte kosten van het opnieuw moeten doen.

Dus vooraf weet je niet wat de kosten zijn. Heb je dan geen controle? Natuurlijk wel. De uitkomst is vooraf niet bekend, maar het proces is onder controle. Dus welke uitkomst het ook is, het is de goedkoopste (gegeven de gewenste kwaliteit). En door vaak te leveren, bouw je statistieken op, en krijg je ook vooraf gevoel voor passende kosten bij gegeven kwaliteit. En dan kun je verder blijven zoeken naar methoden om de kwaliteit te laten stijgen of de kosten te laten dalen.

Stel we nemen een simpel modelletje om de werkelijkheid weer te geven. De totale kosten worden veroorzaakt door aantallen, prijs en kwaliteit.

Aantallen betreft aantal behandelingen. Meer mensen, vergrijzende bevolking, langer leven, dus hogere aantallen. Dus stijgen de kosten. Logisch.

Prijs betreft de kosten van een behandeling. Hogere prijs is duurder dan lagere prijs (bij gelijke kwaliteit). Ook logisch. En kwaliteit – wat bepaalt de kwaliteit? Of wie bepaalt de kwaliteit?

Kwaliteit heeft te maken met “wanneer is het goed genoeg”. Wie bepaalt of iets goed genoeg is? De klant, een patiënt? Als die het niet goed genoeg vindt, blijft deze terugkomen voor behandeling (hogere aantallen). Als goedkopere oplossingen niet werken, vraagt deze om duurdere oplossingen. En daar wordt het echt duur van.

Zolang je het niet eens bent over hoe je kwaliteit meet (en bepaalt of iets effectief is) heeft het niet zoveel zin om te focussen op efficiëntie.

Dus uitgangspunt: sturen op kwaliteit van de zorg, dan volgen de kosten vanzelf. Eerst effectiviteit, dan efficiëntie.

### 3. Schets van de zorg in 2030

Stel nou eens dat we gezondheidszorg opnieuw mogen uitvinden. Gewoon, in alle vrijheid, net doen alsof er nog niks is. Dan bedenken we wat we willen hebben, en dan kijken we hoe groot het verschil is met waar we nu staan. Is het verschil heel erg groot, moeten we misschien een beetje de ambitie bijstellen. En dan gaan we op weg, onze ambitie realiserend. En gaandeweg de rit hebben we ook nog veel tijd om te praten over die ambitie.

Recapitulerend, de uitgangspunten (uit de vorige paragraaf) voor het vervolg zijn:

- de kosten van zorg zijn een gevolg van onze consumptiebehoefte aan zorg, en geen doel op zich;
- uitgaan van vertrouwen in alle zorgverleners om kwaliteit te willen leveren;
- regie op verandering komt vanuit de gezamenlijke klanten (patiënten)
- sturen op kwaliteit van de zorg, dan volgen de kosten vanzelf.

Gegeven deze uitgangspunten, hoe ziet de zorg er dan uit in 2030?

#### *1. Wat is gezondheid? Hoe meten we gezondheid?*

Gezondheid is iets wat voor ieder mens anders is. Gezondheid heeft te maken met perceptie, hoe je je voelt. Waar voor de één een koortsig gevoel aanleiding is om de huisarts te bellen, is dat voor een ander reden om 's avonds maar eens op tijd te gaan slapen.

Gezond is ook iets wat je elke dag wilt zijn. Eigenlijk wil je voorkomen dat je niet gezond bent en wil je zelf maatregelen kunnen nemen om gezond te blijven. Voorkomen is beter dan genezen. Eigenlijk zou je het om willen draaien: je zou iemand willen betalen om te zorgen dat je niet ziek wordt, en als het dan toch niet goed gaat, zou je gratis geholpen worden om weer beter te worden. Dat is misschien een brug te ver?

Gezond zijn betekent je gezondheid onderhouden. En, in een misschien vreemde vergelijking, voor andere dingen in ons leven hebben we dat onderhoudsproces al jarenlang georganiseerd. Auto's bijvoorbeeld, of ICT. Was dat eerst break-fix (maken als het kapot ging), werd het daarna onderhoudsbeurten (preventief olie en distributieriem vervangen, na zoveel kilometer, ongeacht de feitelijke staat); nu is dat een wereld van continu meten aan het worden (we vervangen vlak voordat het stuk gaat). We meten feitelijk hoe het ervoor staat met die auto van ons, en gegeven de metingen, gaan we aan de gang. Tenslotte, meten is weten.

Wat gaan we dan continu meten in de zorg? Wat zijn goede indicaties? Klassiek natuurlijk zijn symptomen als pijn, die we waarnemen. Spierpijn, hoofdpijn etc. Maar ook hartslag, bloeddruk die we met een simpel apparaat meten. En met misschien een iets ingewikkelder apparaat, suikerpercentage, vetpercentage, cholesterol, enzovoort.

We gaan onze eigen gezondheid meten dus, continu. En dan, wat gaan we met die meetinformatie doen? Allereerst gaan we leren om er niet gek van te worden, van al die informatie. We gaan die informatie omzetten in een handelingsperspectief. We definiëren drie soorten maatregelen: self-care, low-care en high-care om met vaak voorkomende Engelse termen te werken.

Self-care is alles wat je zelf kunt doen om gezond te blijven: gezond eten en drinken, genoeg bewegen, sporten. Lekker in je vel zitten, geen stress op je werk hebben, sociaal netwerk om je heen. Maar ook een horloge met hartslagmeter. En weten wat je moet doen, als je de waardes van die hartslagmeter leest.

Low-care zijn huisartsen, fysiotherapeut, kraamzorg, wijkverpleging, thuiszorg kortom alles wat met zorg verlenen in je eigen leefomgeving heeft te maken. En ook vormen van "alternatieve zorg" zoals een osteopathie, mindfulness of bloesemtherapie, om maar eens een paar zaken te noemen.

High-care zijn medisch specialisten, al dan niet in ziekenhuizen. De uiterste remedie van "functieherstel" waar je ook voor naar een andere plek moet, om de "reparatie" te ondergaan.

En als we gaan meten rondom gezondheid, dan meten we een keten, een samenhangend geheel. En ketens kennen waterbed effecten. Is de kwaliteit van de self-care minder, dan wordt de druk op low-care en high-care groter. Maar voor sommige zaken is self-care niet mogelijk, en moet je z.s.m. opschakelen naar high-care (spoedeisende hulp).

Samenvattend, de verandering is dat we zelf gaan meten en leren te acteren op basis van die meetgegevens. Dus de zogenaamde "eerste lijn van zorg", de huisarts, wordt de tweede lijn. De eerste lijn worden we zelf.

## *2. Wie zijn de klanten? En hoe richten we processen in?*

Een patiënt is in de eerste plaats een klant die toevallig zelf onderwerp van behandeling is. Klanten hebben altijd gelijk (ook als ze het niet hebben); aan beleving valt niet te tornen. Een klant heeft ook keuzevrijheid en kiest zelf een dienstverlener.

Als we gaan meten, gaan we niet alleen inhoudelijk gezondheid meten, we gaan ook kosten en kwaliteit meten, vanuit klantperspectief. Hoe wegen de wacht-uren van klanten tussen behandelingen mee, als kostenpost? Vindt een klant die zelf zijn weg in het (ingewikkelde) zorgsysteem moet vinden dat kwaliteit?

Als we vanuit dat perspectief naar kosten en kwaliteit gaan kijken, richten we de processen van zorgverleners anders in. We richten het proces van afhandeling van de klant door de keten in; dan de medische handelingen per onderdeel in de keten. En natuurlijk is geen klant en geen afhandeling hetzelfde, en zijn de processen niet uniek per klant.

Maar wie bepaalt welk proces doorlopen moet worden? De klant zelf weet niet altijd (heel vaak niet) wat voor zorg er geleverd moet worden. In de gezondheidszorg bepaalt (vetorecht) de leverancier (huisarts, medisch specialist, enz.) of een klant een dienst geleverd krijgt, en zo ja, welke dienst. In de (ook complexe) wereld van financiële dienstverlening mag dit model niet meer: hypotheek-adviseurs verdienen niet langer een percentage van het product of dienst die zij verkopen. De adviseur wordt per uur betaald, de kosten voor rekening van de klant.

Wie heeft in de zorg nu die adviesrol, die met een klant meedenkt, en keuzes maakt? Nu zijn dat huisartsen, specialisten en zorgverleners bij elkaar, die dat samen naar eer en geweten doen. Maar voor de toekomst, in 2030, wie heeft het overzicht en de regie op het geheel aan behandelingen? Nu is dat veelal de patiënt zelf, soms samen met de huisarts. Hier ligt een vacuüm, waarin de huisarts een vele malen grotere rol kan spelen, als "trusted advisor" van een patiënt / klant. Natuurlijk moet de huisarts dan meer tijd per patiënt krijgen. Maar sturen op gezondheid in de keten en sturen op de vraag naar gezondheid, vraagt om deskundige begeleiding. Iemand die de klant zelf aan het werk zet als dat kan (self-care). Iemand die low-care organiseert en regelt, met de andere low-care dienstverleners in de buurt. En iemand die doorstuurt naar high-care, en de klant / patiënt begeleidt in dat proces. Zo actief als nodig is. Gesprekken met een specialist samen doen, bijvoorbeeld. En de huisarts / adviseur legt het dossier van zijn klant pas terzijde, als de status van "gezond" weer is bereikt. Hij wacht niet of iemand zich nog eens meldt: hij gaat er achteraan en regelt gezondheid van zijn klant.

En deze huisarts is ook degene die de zorg regelt voor hen die dat zelf minder goed kunnen. De huisarts heeft gezonde, jonge en oude mensen in portefeuille, die veel verantwoordelijkheid zelf kunnen dragen. En mensen die niet gezond zijn, en niet zelf regie kunnen voeren op het weer gezond worden. En alles wat daar tussenin zit.

Samenvattend, de huisarts groeit in de rol van procesbegeleider in de zorg voor "zijn" klanten. En dat gaat ver: hij heeft een dashboard waarmee hij bewaakt dat al zijn klanten (patiënten) het lampje "gezondheid" op groen hebben staan.

### *3. De klant en zijn informatie*

Natuurlijk staat je inhoudelijke medische dossier online, voor jou ter inzage. Een persoonlijk medisch dossier. Iedere dienstverlener die jou mag helpen, heb je toegang gegeven. Om informatie te lezen en om (na toestemming) informatie toe te voegen. Verander je van dienstverlener, regel je zelf voor die nieuwe dienstverlener de toegang. En ja dit gaat nog wat lastige discussies geven over wie bepaalt of informatie mag worden toegevoegd of verwijderd. Maar het is uitiem de verantwoordelijkheid van een individu. Kan zijn dat daar consequenties aan vast zitten, maar die keuzes vullen we niet gezamenlijk in voor klanten. We denken niet voor hen, we bieden opties.

En de klant heeft nog meer informatie nodig, namelijk financiële informatie. Je wilt als klant namelijk niet alleen de beste zorg, maar ook voor een redelijke prijs. Dus je wilt inzage in de kosten die je maakt. Inzage in kosten staat helemaal los van afrekenen en de keuze, wie betaalt, daarover later meer. Inzage in kosten betekent gewoon dat je zelf inzage hebt in de zorgkosten die je maakt. Zoveel bezoeken huisarts, kosten x. Zo vaak naar het ziekenhuis, kosten y. Zodat je bewust bent van wat je gezondheid je kost. Zodat je weet waarvoor je ook al weer die verzekeringspremie betaalt. Je gezondheid is je eigen verantwoordelijkheid, dus je hebt niet alleen inzage in de kosten, de rekening wordt ook pas aan de dienstverlener betaald, als je akkoord hebt gegeven. Inzage en



verantwoordelijkheid voor kosten, betekent dat je als klant in positie komt. En je kunt ook je gedrag gaan veranderen, en keuzes gaan maken. Deze component raakt aan de rol van de verzekeraar, die nu ook al deze kosten verzamelt, en online toont. En automatisch betaalt.

Samenvattend, je bent zelf verantwoordelijk voor je dossiers gezondheidszorg, zowel inhoudelijk, als financieel.

#### *4. Verzekeren en overheid*

Gezondheidszorg betalen we samen in Nederland, via verzekeringen. Dat is prima, al is het maar vanwege het pech-argument. De keuze om het niet volgens een voorziening maar volgens een verzekering te doen, past in een model van een overheid die niet inhoudelijk onnodig intervenueert in het leven van burgers. Wat niet wil zeggen is dat we allemaal verschillende zorgverzekeraars nodig hebben, die allemaal met alle zorgverleners afspraken maken.

Marktwerking in de telecom heeft inderdaad geleid tot concurrentie en prijsdalingen. Wat niet wil zeggen dat dit ook voor zorgverzekeringen geldt. Want wat is nou eigenlijk de taak die er ligt rondom een verzekering? Deelnemer A en B betalen allebei premie. Ze willen zeker weten, dat als deelnemer A kosten maakt (mede betaald door deelnemer B), dat dit eerlijk en juist is. En niet onnodig duur. Dus dat een verzekeraar met zijn klanten afspraken maakt over het zorgpakket en met de leveranciers over de geleverde diensten, helder. Inmiddels is een basisverzekering met allerlei pluspakketten gemeengoed. Misschien nog niet zo flexibel als iedere klant graag wil.

Maar aan de achterkant gebeurt iets raars. Inmiddels telt Nederland ongeveer 60 zorgverzekeraars (augustus 2017). Die maken allemaal afspraken met zorgverleners. In principe zou het voor (bijvoorbeeld) een meniscusoperatie niet moeten uitmaken of de klant via verzekeraar A of verzekeraar B komt: de offerte van de dienstverlener zou niet anders moeten zijn.

En als klant wil ik naar een huisarts in de buurt; idem alle andere soorten van zorg. En natuurlijk, als er een zeer specialistisch type zorg is, dat we niet op alle plekken in Nederland aanbieden, dan kan ik niet in de buurt mijn zorg krijgen. Maar ruim 95% van alle mogelijke behandelingen zijn binnen een regio aanwezig. Misschien dat niet alle regio's even groot zijn.

Dus waarom niet 1 zorgverzekeraar per provincie of een aantal gemeentes in de provincie (regio)? Net zo goed als je met je keuze voor een bepaalde woonplaats in Nederland ook kiest (automatisch) voor parkeerbelasting, hondenbelasting, waterschapsbelasting etc. zo kies je met je woonplaats ook voor een zorgverzekeraar. Dan heb je misschien geen directe marktwerking, omdat je niet kunt kiezen, maar indirect natuurlijk wel, omdat het beperkt aantal zorgverzekeraars zich onderling gaan meten. En door de complexiteit van het systeem minder groot te maken, zijn we met elkaar niet al die tijd bezig met de administratieve inrichting van de zorg, maar houden we tijd over om te verbeteren. Iedere 7 tot 10 jaar geeft een regio (provincie, aantal gemeentes) een concessie aan een zorgverzekeraar voor langere tijd vooruit; de regio als inkoper van zorg

namens alle inwoners. Net als met openbaar vervoer. Bijkomend voordeel is dat een regio haar taken en beleid rondom zorg en welzijn kan afstemmen met de verzekeraar: tenslotte heb je dezelfde klanten en is het handig als de dienstverlening aansluit.

Kortom, één zorgverzekeraar per regio en je woonplaats bepaalt je zorgverzekeraar.

### *5. Best practices*

Tot slot, alle klanten samen hebben baat bij best-practices. Het wiel hoeft niet elke keer opnieuw te worden uitgevonden. Zorgverleners hebben daar baat bij; ze kunnen het verschil maken op de zaken waar nog geen best-practice voor is. En zorgverzekeraars ook, standaard taken met vaste kosten vragen minder aandacht dan bijzondere, specifieke taken met hogere kosten.

Maar ook voor de tak van sport die "self-care" heet, moeten best practices ontstaan. En daar ligt een rol voor patiëntenverenigingen. Ervaringen van klanten bundelen, verifiëren met zorgverleners en aanbieden aan andere klanten. Dat vraagt om sterke en mondige patiëntenorganisaties.

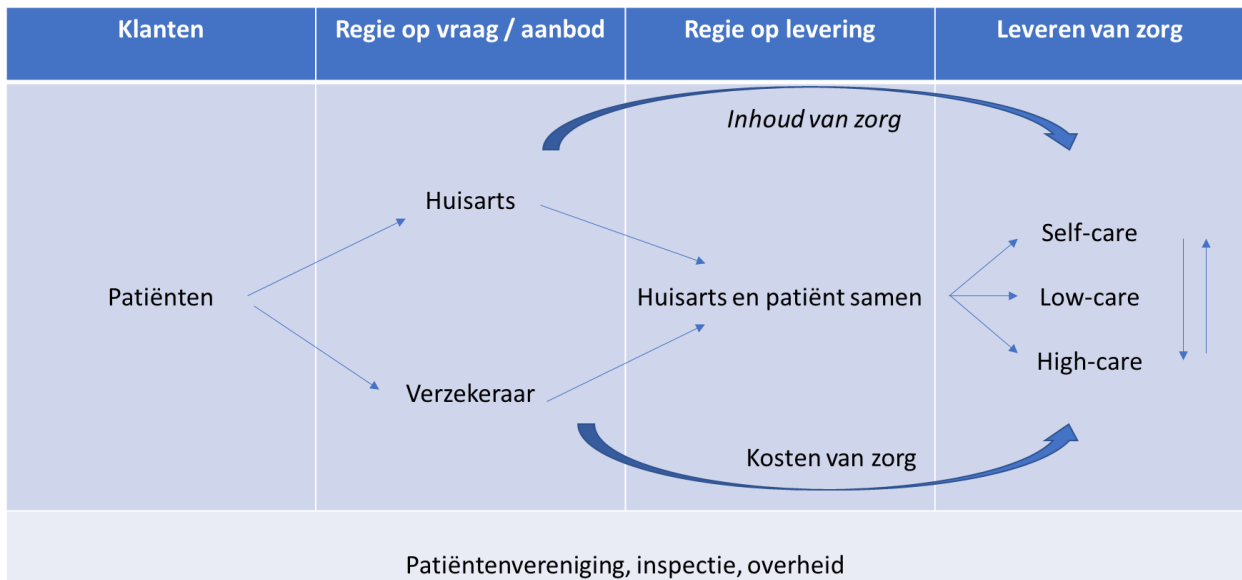
En als het beeld is, dat self-care en individuele ervaringen de voorkeur van gezondheidszorg worden, dan moet de energie gericht worden op dat verbeteren. Delen van inzichten en ervaringen, zodat voorkomen is beter dan genezen gemeengoed gaat worden.

Kortom: de patiëntenverenigingen zijn aan zet en gaan regie voeren, namens al hun klanten. En overheid, verzekeraars en zorgverleners willen dat graag. Hoe meer de klant met één mond spreekt, hoe makkelijker en goedkoper het wordt om goede zorg te leveren. En misschien wordt het tijd voor een "algemene" (holistische) patiëntenvereniging: eentje die zich niet profileert op basis van aandoeningen (hart, nier, spier) maar op basis van klanttevredenheid in het algemeen. Wat voor nare ziekte die klant ook heeft.

## 6. De nieuwe zorgketen

In een over-simplificerende tekening, ziet de nieuwe keten van zorg er dan als volgt uit.

### Keten van zorg



Patiënten zijn klanten. Klanten spreken met de huisarts over welke zorg ze nodig hebben en met de verzekeraar voor welke zorg ze verzekerd zijn. Ze houden met elkaar de langere termijn in de gaten. Waarvoor wil ik verzekerd zijn.

Samen met de huisarts bespreekt de patiënt een behandeling. Regie op uitvoering doen ze samen. Uitvoering door self-care, low-care, high-care. Ze valideren dat alles wordt gedaan om te komen tot een tevreden klant.

Patiëntenverenigingen, inspectie en overheid hebben elk hun eigen taak in het behartigen van de belangen van hun klant in de gehele keten.

## 4. Aanpak

We hebben een set uitgangspunten en een beeld van waarheen we onderweg zijn. Hoe gaan we daar nou komen? Onderstaande aanpak is nog op hoofdlijnen; deze verdient nadere uitwerking met alle partijen in de zorg die betrokken moeten zijn bij een volgende stap. De aanpak is verdeeld in twee delen: wat er allemaal moet gebeuren tot 2030 en wat we op korte termijn gaan doen, als eerste stap.

Onderweg naar 2020:

1. Nog scherper formuleren wat de noodzaak is om te veranderen. Waarom kan het niet verder blijven gaan zoals het nu gaat. We hebben het toch best goed? Waarom moet het anders?
2. Delen, uitdragen, bespreken van de visie met alle betrokkenen. Aanscherpen, verbeteren. Het toekomstbeeld is een "levend" beeld dat regelmatig aanpassing behoeft.
3. Wat wordt de eerste stap, die het succes gaat aantonen, die geloof doet groeien dat het haalbaar is?
4. Wie is de groep mensen die gaat zorgen dat dit gaat gebeuren? Wie blijven bij elkaar komen om next steps te bespreken, voortgang te bewaken etc?
5. Wat betekent dit toekomstbeeld voor de rollen van alle betrokkenen? Wat moet er veranderen? Wie moet als eerste veranderen, we gaan tenslotte niet allemaal tegelijk in een nieuw model springen. Hoe gaat die samenwerking er in meer detail uitzien?
  - a. Huisartsen gaan op een andere manier met hun klanten (patiënten) samenwerken
  - b. Patiëntenverenigingen, overheid en inspectie spreken met elkaar af wat gezondheid is, en hoe we kwaliteit en kosten meten
  - c. Verzekeraars integreren / fuseren / vormen om naar een model van één verzekeraar per regio; de decentrale overheid neemt het voortouw
  - d. Patiëntenverenigingen nemen het voortouw bij het organiseren van best-practices
  - e. Patiëntenverenigingen, verzekeraars en zorgverleners en overheid bedenken samen hoe de inhoudelijke en financiële informatie naar klanten wordt ontsloten; de overheid neemt het voortouw
6. Wat betekent dit meer in detail voor structuren, capaciteiten, systemen?

Eerste stap is een pilot, op beperkte schaal, tegen beperkte kosten, om aan te tonen dat dit kan gaan werken. In de pilot gaat iedereen die meedoet direct werken in het nieuwe model, zodat we kunnen valideren dat het werkt. We bouwen een nieuw systeem naast het bestaande systeem. Als het een succes is, groeit het nieuwe systeem, en vervangt het geleidelijke het huidige systeem.

Hoe zou zo'n pilot er uit kunnen zien?

- Wezenlijk in bovenstaand model, is dat de huisarts gelooft in deze uitbreiding van zijn rol. En om de pilot wat robuust te maken, een paar huisartsen die hierin geloven. Bij elkaar in één huisartsenpraktijk, met gezamenlijke patiënten. Bestaande relaties met klanten.
- We kijken naar een zorgverzekeraar die veel klanten bij die huisartsenpraktijk heeft. En die gelooft in dit toekomstbeeld.
- We vragen de patiënten of ze mee willen doen en leggen de pilot uit.
- Samen met de geselecteerde patiënten, de huisartsenpraktijk en de zorgverzekeraar doen we een prognose over de kwaliteit van gezondheid van de betrokken patiënten en de kosten die we verwachten gedurende de looptijd van de pilot (zeg 1 jaar). Een nulmeting. En we spreken de ambitie uit, dat de kwaliteit stijgt (zeg 10%) en dat de kosten dalen (zeg ook 10%). En we spreken af, hoe we dat gaan meten, gedurende dat jaar.
- We informeren alle zorgverleners in de buurt van die patiënten over wat er gaat gebeuren. In principe hoeven zij niks anders te doen dan net als nu beschikbaar te zijn wanneer er zorg geleverd gaat worden; maar de uitvoering van patiënt en huisarts samen zal anders kunnen zijn en ook die ervaring willen we aan het einde van de pilot meten.
- Dan gaan we starten met dingen anders doen:
  - Alle patiënten krijgen een meter (horloge?) waarmee een specifiek gegeven gemeten wordt (of gegevens). Bijvoorbeeld bloeddruk; in elk geval iets waarvan we graag meer inzicht willen voordat er klachten optreden. De betreffende patiëntenvereniging (bijvoorbeeld behartiger van hart- en vaatziekten) volgt uit de keuze van wat te meten.
  - Elke 6 weken bespreekt de huisarts met de patiënt de metingen en stellen ze samen het behandelplan vast. Niks doen is ook een optie.
  - Bij elke reguliere vraag naar zorg gaat de patiënt via dezelfde huisarts. Als de patiënt dan zorg nodig heeft die de huisarts niet zelf kan leveren, regelt de huisarts (assistente) vervolgafspraken voor de klant.
  - We volgen kwaliteit en kosten. Als het inderdaad goedkoper is, krijgen patiënten dat terug als korting op hun verzekering.
  - Patiënten hebben online inzage in hun inhoudelijke dossier en hun financiële dossier. Misschien is de techniek nog wat houtje-touwtje, maar de informatie is beschikbaar
  - ...
- Gedurende de pilot: evalueren en leren. Gelijktijdig bovenstaande to-do list blijven afwerken.
- Na de pilot: evalueren en vervolgstappen bepalen

## 5. Vervolg

Dit verhaal is nog niet af. Nog vele punten en vragen moeten een plek krijgen, bijvoorbeeld:

- de verantwoordelijkheid leggen bij het individu klinkt logisch maar valt in de praktijk tegen (denk aan roken, verslavingen, psychische problemen, jeugdproblematiek enzovoort);
- die andere rol van de huisarts betekent wel echt heel veel minder patiënten per huisarts; zijn er genoeg huisartsen die zo'n rol willen? En blijft dat betaalbaar?
- het redeneren vanuit het individu zou je kunnen opvatten als verdergaande "ontzorging" van Nederland waarbij we niet meer voor elkaar klaar staan, en het ieder voor zich is; hoe zorg je dat doorklinkt dat het gaat om authenticiteit van het individu? Kent ieder individu zichzelf goed genoeg om deze insteek te kunnen kiezen?
- Veel gaat om het bepalen wat kwaliteit is; dat raakt aan "wat goed genoeg is"; dat zijn ook medisch-ethische vraagstukken;
- de voorbeelden in dit document zijn nog veelal vanuit medisch perspectief; deze manier van denken en kijken geldt ook voor ouderenzorg, gehandicaptenzorg, revalidatiezorg, jeugdzorg, publieke gezondheidszorg en GGZ, ook al zijn de mechanismen daar deels anders;

Enzovoort!

En nu? Word je warm van dit verhaal? Inspireert het? Klopt er iets niet?

Doe mee! In september en oktober organiseren we sessies om samen met mensen in en buiten de zorg die hier invulling aan willen geven dit verhaal door te spreken, te veranderen, verbeteren.

En waar ons dat daarna brengt, zien we dan wel.

Voor meer informatie en contactgegevens, zie [www.jointhebubble.nl](http://www.jointhebubble.nl).