

# De zorg is van de patiënten en de zorgprofessionals!

Prof. dr. Guus van Montfort



*u i t g e v e r i j*  
**SWP**

## **De zorg is van de patiënten en de zorgprofessionals!**

*Prof. dr. Guus van Montfort*

ISBN 978 90 8560 242 2

NUR 882 / THEMA MBN / BISAC MED036000

DOI 10.36254/978-90-8560-242-2

© 2022 Uitgeverij SWP Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met Uitgeverij SWP voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen door een onderwijsinstelling van een gedeelte uit deze uitgave, in papieren vorm of digitaal, (bijvoorbeeld voor plaatsing ervan op uw digitale leeromgeving of in een reader) kunt u zich richten tot: Stichting UvO, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, Tel. 023-8700212, [www.stichting-uvo.nl](http://www.stichting-uvo.nl) UvO@cedar.nl.

# INHOUD

<b>I.</b>	<b>Inleiding en samenvatting</b>	7
I.1	Op weg naar een nieuwe economie: de prosumenteneconomie	9
I.2	Zorgdynamiek op de werkvloer: min of meer autonoom	10
I.3	Waarom werkt de zorg toch zo goed!?	11
<b>II.</b>	<b>Op weg naar een ‘nieuwe’ economie: prosumenteneconomie</b>	23
II.1	Welvaartsstijging in de afgelopen honderden jaren	23
II.2	Maar wat gebeurt er? Over nieuwe technologie en een nieuwe consument	24
II.3	Het prosumentenmodel	27
II.4	Organisatie van de economie gaat op de schop	28
II.5	Grootschalig en kleinschalig: geheel andere betekenis	29
II.6	Ontwikkeling bruto nationaal product: onderschat	29
II.7	Andere organisatievormen van consumenten	30
II.8	Hybride economie en rol van de overheid	31
II.9	<i>Van haves and havenots naar cans and cannots</i>	32
II.10	Slotopmerkingen	33
<b>III.</b>	<b>Het gebeurt op de (zorg)werkvloer!</b>	35
III.1	Ontwikkelingen en trends in de zorg: context	36
III.2	Theoretisch kader: <i>levels of decision making</i>	39
III.3	Wat betekent de invoering van de budgettering voor de werkvloer?	41
III.4	Innovatie op de werkvloer en de rol van bestuurders: zeven werkniveaus	46
III.5	Werkvloer centraal en het coalitieakkoord	48
Bijlage I	Integratie medische en bedrijfsvoeringsbesluitvorming	51
Bijlage II	Zeven besluitvormingsniveaus (stratificatiemodel Rowbottom & Billis)	52
<b>IV.</b>	<b>Kijken naar de werkelijkheid</b>	57

<b>V.</b>	<b>Reactie op VWS-discussienota ‘Zorg voor de toekomst’</b>	63
V.1	Inhoud discussienota: enkele hoofdlijnen	63
V.2	Primaire, secundaire en tertiaire preventie: essentieel verschil	64
V.3	Bekostiging, financiering en financiële prikkels: zorginhoud	66
V.4	De veranderkracht in de zorg is groot	73
V.5	Arbeidsmarkt	74
<b>VI.</b>	<b>Het nieuwe normaal</b>	77
<b>VII.</b>	<b>Het tienpuntenplan voor de bekostiging</b>	81
<b>VIII.</b>	<b>Enkele algemeen economische beschouwingen en in het bijzonder over de inkomenselasticiteit voor zorg</b>	87
VIII.1	Het zorgsysteem: multilevel beslissingssysteem	91
VIII.2	De bekostigingskant: scheiding allocatie en aanwending	91
VIII.3	De verzekeringskant: sterk overheidsgeruleerd	92
VIII.4	Inkomenselasticiteiten in de toekomst: cliënt meer beslisser	95
VIII.5	Technologie en zorg	95
VIII.6	Ontwikkelingen cliënten/patiënten	97
VIII.7	Centrale rol en positie cliënten in de zorg en in het systeem	98
VIII.8	Conclusie	99



## I.

# INLEIDING EN SAMENVATTING

In dit boek zijn een aantal publicaties verzameld, die deels eerder zijn gepubliceerd en die deels nieuw zijn. Ik merk hierbij op dat er tussen de hoofdstukken soms dubbelingen en overlappingsen zitten, maar waardoor wel elk hoofdstuk op zichzelf is te lezen. De rode draad in al deze publicaties is dat de zorg ten principale van patiënten en zorgprofessionals is en behoort te zijn. De dynamiek in de zorg – onder andere innovatie, kwaliteitsontwikkeling en efficiency – ontstaat ook in deze relatie. Deze dynamiek wordt daarbij in zeer grote mate ondersteund en mede gestuurd door de technologische en wetenschappelijke ontwikkelingen die zorgprofessionals aan hun patiënten aanbieden. En daarnaast natuurlijk ook door grote veranderingen bij patiënten zelf, in demografische en epidemiologische zin, maar ook door opleidingsniveau, inkomenspositie, mondigheid, steeds grotere behoefte aan eigen regie, enzovoort. Dat is de kern van de zorg. De rol en betekenis van andere actoren, zoals de (landelijke en lokale) overheid, zorgverzekeraars, zorgkantoren en bestuurders van zorginstellingen, zijn hieraan dienend, faciliterend, ondersteunend, randvoorwaardenstellend, enzovoort.

Kortom, de zorg heeft een dynamisch karakter. Patiënten en zorgprofessionals veranderen immers in de loop van de tijd, evenals de demografie en epidemiologie en ook de technologische en wetenschappelijke ontwikkelingen staan niet stil. Integendeel. Dit geldt natuurlijk ook voor maatschappelijke en economische aspecten. Opvattingen over ziekte en gezondheid veranderen continu. Dit alles heeft grote consequenties voor de context waarbinnen de relatie tussen patiënt en zorgprofessional zich ontwikkelt c.q. zich kan ontwikkelen.

De zorgdynamiek heeft in grote mate een autonoom karakter ten opzichte van het beleid van de overheid, zorgverzekeraars, enzovoort. Dat impliceert dat het beleid die dynamiek niet moet frustreren met een steeds grotere administratieve lastendruk vanuit control- en beheersachtige sturingsconcepten. Dat leidt namelijk niet tot meer sturing van die zorgdynamiek, maar juist tot een steeds grotere

afstand tussen wat er op de werkvloer gebeurt en wat er op beleidsniveau gebeurt. We moeten oppassen dat het niet van 'top-down/bottom-up' naar 'top-up/bottom-down' gaat.

We moeten ons er veel meer bewust van zijn dat er verschillende niveaus van werken en beleid zijn, die we veel sterker moeten onderscheiden. En natuurlijk moeten we ons – nog veel meer dan nu – ervan bewust zijn dat de verschillende beleidsniveaus ook iets met elkaar te maken hebben. Maar dat wil niet zeggen dat men de sturing op het ene niveau moet laten doen c.q. uitvoeren door een ander niveau; men moet begrip en respect hebben voor elkaars bedoelingen en elkaar daarin ook ondersteunen. Bijvoorbeeld als de overheid algemene toegankelijkheid en solidariteit expliciet tot een van haar doelstellingen maakt, dan impliceert dat voor patiënten en zorgprofessionals dat men zowel ten aanzien van effectiviteit als efficiency een directe verantwoordelijkheid heeft. Omgekeerd betekent dat dat de overheid uit moet gaan van vertrouwen in patiënten en zorgprofessionals en dat die deze verantwoordelijkheid ook echt nemen en daar transparant over zijn en dus niet moet uitgaan van een control- en beheerinvulshoek. Want dat laatste leidt niet tot meer inzicht maar wel tot een sterke vergroting van de administratieve lastendruk.

Ik pleit zeker niet voor een kritiekloze acceptatie door de overheid en zorgverzekeraars van alle ontwikkelingen op de werkvloer. Ik pleit wel voor meer helderheid en zuiverheid alsook het accepteren en respecteren van elkaars rollen. Dat vraagt van de werkvloer dat men de verantwoordelijkheden van de overheid en zorgverzekeraars – bijvoorbeeld met betrekking tot algemene toegankelijkheid en solidariteit, betaalbaarheid en kwaliteit – niet alleen accepteert, maar ook direct betreft bij en mee laat wegen in de beslissingen die men op de werkvloer neemt. Het gevraagde vertrouwen moet men waarmaken door transparant te zijn over wat men wil en waar men naar toe gaat met de zorgverlening op de werkvloer. Omgekeerd betekent dit ook dat de overheid en zorgverzekeraars er op moeten vertrouwen dat dit ook werkelijk gebeurt en dat men hun beleid daarop moet bouwen. Dit kunnen zij bijvoorbeeld doen door in de bekostiging ruimte te geven aan de werkvloer en niet vanuit een control- en beheersoptiek allerlei gedetailleerde registratie- en monitoringsformulieren opleggen. Hoe dit in de praktijk concreet vorm gegeven kan worden, komt hierna uitvoerig aan de orde.

Maar we beginnen met het schetsen van algemeen maatschappelijke ontwikkelingen en trends en vertalen de betekenis ervan door naar de zorg.

## **I.1 Op weg naar een nieuwe economie: de prosumenteneconomie**

In dit hoofdstuk analyseren we de hiervoor geschetste algemene ontwikkelingen en trends, en schetsen de route naar een ‘nieuwe economie’. In deze nieuwe economie hebben consumenten, cliënten en patiënten een veel centralere rol. De consument neemt veel meer eigen regie en wordt (deels) zijn eigen producent. De consument gaat – in steeds grotere mate – zijn eigen vraag naar producten en diensten zelf produceren. Door bijvoorbeeld te bankieren met behulp van internet, energieproducent te zijn door de eigen zonnepanelen, enzovoort. Dit zien we ook in de zorg, waar we later nog uitvoerig op terugkomen. De traditionele ontwikkeling is dat – door onder meer arbeidsspecialisatie – er een steeds sterkere scheiding tussen consument en producent is opgetreden, met sterke schaalvergroting op internationaal niveau. De klassieke, oude technologieën (door Brynjolfsson ook wel ‘substitutietechnologieën’ genoemd) vormde een sterke factor voor deze ontwikkelingen. De ontwikkeling van nieuwe technologieën (door Brynjolfsson ook wel ‘augmented technologie’ genoemd) en de veranderende consument, die steeds hoger opgeleid is en een betere inkomenspositie heeft verworven, zijn twee drijvende factoren achter de structurele veranderingen in de relatie tussen consumenten en producenten. Dit noemen wij: de prosumenteneconomie. De term ‘prosument’ is door Alvin Toffler gebruikt in het kader van marketing. De consument moest namelijk op een andere manier benaderd gaan worden. Wijffels plaatst het begrip meer in het kader van de circulaire economie en een maatschappij waarin burgers zich gaan organiseren in allerlei verbanden, zoals energiecoöperaties.

### ***Herdefiniëring verhouding consument en producent***

De ontwikkelingen in het verleden hebben geleid tot een steeds verdergaande scheiding tussen consument en producent. De nieuwe ontwikkelingen leiden juist tot een verstrengeling en directere samenwerking tussen consument en producent. Zowel consumenten als producenten zullen hun strategieën en bedrijfsmodellen moeten aanpassen aan deze nieuwe ontwikkelingen. Ook zal dit consequenties hebben voor de institutionele organisatiestructuur. We zien de ontwikkeling van burgerinitiatieven in allerlei soorten en maten. De vraag is echter of deze burgerinitiatieven een alternatief zijn voor de klassieke consumentenorganisaties, en in

welke mate zij zich verhouden tot lokale overheden en wat de consequenties voor organisaties van werkgevers en werknemers zijn. Nieuwe vragen, die om nieuwe antwoorden vragen.

### ***Herdefiniëring bruto nationaal product***

Deze paradigmatische veranderingen in de organisatie van de economie hebben grote en brede consequenties. Bijvoorbeeld de (productie)activiteiten van de consument zelf zijn niet beprijsd en tellen dus niet mee in het bnp (bruto nationaal product). Als die activiteiten worden uitgevoerd door een producent tellen ze wel mee, want ze zijn dan beprijsd. We moeten dus komen tot een herdefiniëring van het bnp. Er worden immers dezelfde (of misschien zelfs wel meer) hoeveelheden producten en diensten geproduceerd, alleen op een andere wijze.

### ***Herdefiniëring arbeidsmarktvragestukken***

Een actueel vraagstuk in de westerse economieën is het personeelsvraagstuk. We lezen dat er – breed in de economie – grote tekorten zijn aan arbeidskrachten en dat de arbeidsmarkt op slot zit. De vraag is of dit een conjunctureel karakter heeft of een structureel. Welke bijdrage c.q. effecten heeft de ontwikkeling van de prosumenteconomie? Er zijn vele voorbeelden uit de economie dat dit leidt tot een significante reductie van de behoefte aan arbeidskrachten. En dat is niet alleen vanwege substitutietechnologie, maar ook – en waarschijnlijk in grotere mate – vanwege augmented technologie. In de meeste prognoses over de arbeidsmarkt worden deze ontwikkelingen niet of nauwelijks in de analyse meegenomen. En er zijn – te illustreren aan de hand van vele concrete voorbeelden, die ontwikkeld zijn op en vanuit de werkvloer – die laten zien dat er (soms zelfs aanmerkelijk) minder personele inzet nodig is.

## **1.2 Zorgdynamiek op de werkvloer: min of meer autonoom**

We passen de bovenstaand genoemde meer algemene gedachten toe in de zorgsector. Deze gedachten c.q. bewegingen hebben in zekere mate een autonoom karakter ten opzichte van het beleid van de overheid en andere landelijke c.q. middenpartijen (zoals zorgverzekeraars in de zorgsector). Deze bewegingen op de



werkvloer worden gedreven door de dynamiek tussen patiënten en zorgprofessionals, sterk ondersteund door technologische en wetenschappelijke vernieuwingen.

Een van deze vernieuwingen is de aantoonbare innovatieslag in de zorgsector. Deze duurt al vele jaren en zal in de toekomst gewoon doorgaan. Hierbij al of niet gestimuleerd c.q. enigszins afgeremd of gehinderd door het beleid van de overheid en/of zorgverzekeraars. Hierbij kunnen we onder meer denken aan de zeer sterk toegenomen administratieve lastendruk. De innovatieslag in de zorgsector berust op twee belangrijke pijlers: ten eerste de grote veranderingen bij patiënten en zorgprofessionals en ten tweede de zeer sterke technologische en wetenschappelijke ontwikkelingen en nieuwe verworvenheden. Twee pijlers die elkaar in hoge mate versterken.

Als men publicaties – van met name zorgprofessionals – leest, komen twee tegenovergestelde beelden naar voren. Aan de ene kant het beeld van geklaag en gezeur, dat men alleen maar gehinderd wordt door het beleid van de overheid en door zorgverzekeraars die eisen dat men alsmaar meer formulieren moet invullen, die voor het overgrote deel ook nog volstrekt nutteloos en overbodig zijn c.q. niet gebruikt worden. Aan de andere kant zien we dat zorgprofessionals – samen met hun patiënten – gewoon doorgaan met het leveren van goede en moderne zorg, met innovatieprojecten, kwaliteitsverbetering, samenwerken en uitwisselen van informatie, enzovoort. Om dit te onderbouwen verwijs ik naar hoofdstukken II en III. We kunnen uit recente publicaties afleiden dat corona hier een belangrijke rol in heeft gehad. Ik denk dat de positieve, concrete houding ten aanzien van innovatie, samenwerking, enz. weliswaar reeds voor corona aanwezig waren maar dat corona een push aan deze ontwikkelingen heeft gegeven (coronapush). In hoofdstuk VI (Het nieuwe normaal is het nieuwe in het oude normaal) werken we dit laatste verder uit. Dit is zeker een positief beeld, maar dit kan en moet altijd beter. Wat in elk geval duidelijk wordt, is dat het beeld dat men in de zorg niet samenwerkt en iedereen maar doet wat hem/haar goed dunkt, beslist niet de werkelijkheid is. In de zorgsector komt het wel vaker voor dat het beeld van de werkelijkheid sterk verschilt van de werkelijkheid. In hoofdstuk IV wordt dit nader uitgewerkt en toegelicht.

### **I.3      Waarom werkt de zorg toch zo goed!?**

Zoals hiervoor al is aangegeven, wordt er in de zorg veel ‘geklaagd en gezeurd’. En vaak terecht. Er bestaat in de zorg veel ‘hindermacht’, er is erg veel als niet-zinvol

ervaren administratieve lastendruk voor zorgprofessionals en patiënten. Maar in de praktijk zien we ook dat de zorg in termen van kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid gewoon goed functioneert. Ik verwijs naar onder andere publicaties van het RIVM en de website VZinfo.nl. Overigens blijven effectiviteit en efficiency ook in de toekomst onze aandacht vragen.

We kunnen stellen dat de intrinsieke motivatie en gedrevenheid van zorgprofessionals zo groot en sterk zijn, dat men – ondanks de administratieve lastendruk – alles in het werk stelt om voor hun patiënten het goede te doen. Ik verwijs onder andere naar Myra van den Goor, die dit in haar proefschrift onderzocht heeft. Ook zien we in de praktijk dat er door artsen en verpleegkundigen vanuit verschillende instellingen wordt samengewerkt en afgestemd, opdat de patiënt de best mogelijke zorg krijgt. Een goede arts is een arts die zijn beperkingen kent!

### ***Kijken naar de werkelijkheid***

Het is aan te bevelen om deze waarnemingen in de praktijk eens goed in kaart te brengen en te analyseren. Er zijn in en rond de zorg veel vooroordelen en niet-getoetste opvattingen. Er zijn regelmatig grote verschillen te constateren tussen het beeld van de werkelijkheid en de werkelijkheid zelf (zie hoofdstuk IV Kijken naar de werkelijkheid).

Er wordt door beroepsgroepen veel aandacht besteed aan opleidingen, bijscholing en uitwisseling van expertise, inzichten en ervaringen. Het is aan te bevelen om dit nog systematischer uit te breiden naar activiteiten tussen beroepsgroepen. Steeds meer patiënten hebben immers multimorbiditeits-vragen, waarbij inbreng vanuit meerdere disciplines gewenst is. De beleidsnota *Juiste Zorg op de Juiste Plek* van het ministerie van VWS gaat geen succes worden, nee het IS reeds een succes. In de praktijk doen veel zorgprofessionals en patiënten dit al. Deze beleidsnota is overigens opgesteld conform het ‘Jos Werner-beleidsparadigma’. Dat wil zeggen dat het secretariaat van VWS onder leiding van de directeur-generaal heeft opgeschreven waar een groep zorgprofessionals, patiënten en bestuurders uit de praktijk concreet mee aan de slag is, welke innovaties men doet, enzovoort.

Er zijn veel ‘vooroordelen’ over de bekostiging. In veel publicaties – zoals in de discussienota *Zorg voor de Toekomst* van de overheid – wordt het beeld opgeroepen dat de bekostiging van instellingen en beroepsbeoefenaren sterke productieprikkelers bevat. En dat is slechts in beperkte mate het geval. Onder andere

ziekenhuizen, ouderenzorgorganisaties, medisch specialisten en wijkverpleegkundigen kennen omzet- en volumeplafonds. Men kent zelfs het begrip overproductie, die niet door zorgverzekeraars en zorgkantoren wordt vergoed. Overigens heeft het begrip overproductie een negatieve connotatie, in de zin van niet-noodzakelijke zorg of overbodige zorg, terwijl het gaat om productie en geleverde zorg aan patiënten die daarvoor waren geïndiceerd. Het is dus legitieme zorg, die alleen niet wordt vergoed. Of kijk naar de bekostiging van de huisartsenzorg. Volgens mijn schatting is 75 à 80 procent van hun totale inkomsten juist niet productie-bepaald. Dit neemt natuurlijk niet weg dat er – zij het in beperkte mate en voor bepaalde specifiek gedefinieerde producten – een productprikkel is (zie hoofdstuk V).

Het is aan te bevelen om te onderzoeken hoe het nu echt zit met die productieprikkels in de bekostiging. In welke mate is de zorg een beschikbaarheidsvoorziening en is het nut gelegen in de beschikbaarheidsnuttigheid? In welke mate is de zorg een attributie-economie? De bestuurlijke hoofdlijnenakkoorden op macroniveau bieden hiervoor zeker aanknopingspunten. In hoofdstuk II en V is dit verder uitgewerkt.

Aan de andere kant was, is en blijft de zorg natuurlijk een individueel gebeuren en een individuele relatie tussen de zorgprofessional(s) en de patiënt. In hoofdstuk II hebben we de algemene economische ontwikkelingen – zoals bijvoorbeeld het prosumentenmodel – toegepast op de zorg. Het centrale uitgangspunt is dat de werkvloer – ook in de zorg – uiteindelijk veel (zelf)sturender is voor wat er daadwerkelijk in de zorg gebeurt, dan het beleid van overheid en zorgverzekeraars. De dynamiek op de werkvloer heeft ten aanzien van het macrobeleid van de overheid en zorgverzekeraars in zekere mate een autonoom karakter. Het beleid van de overheid en zorgverzekeraars was de afgelopen jaren vooral gericht op het sturen van het microniveau vanuit het macroniveau en dan niet alleen beïnvloeden maar ook direct sturen. Men wilde het macro- en het microniveau direct aan elkaar verbinden. Hierin was de prestatiebekostiging een belangrijk element. We moeten echter constateren dat dit niet gelukt is en eigenlijk alleen maar heeft geleid tot een zeer sterke verhoging van de administratieve lastendruk en een zeer sterke registratiedruk. En dit heeft ook niet geleid tot meer inzicht en transparantie voor de overheid en zorgverzekeraars in hetgeen zich op microniveau in de vertrouwensrelatie tussen zorgprofessional en patiënt afspeelt. Dat laatste was noodzakelijk voor die bedoelde sturing van het microniveau vanuit het macroniveau. Het voor het macroniveau autonome effect van de productieprikkels moest

worden geëlimineerd c.q. op z'n minst worden ingeperkt. De pogingen in het coalitieakkoord van het kabinet Rutte IV om de vrijgevestigde medisch specialisten in loondienst te krijgen, getuigen nog steeds van deze sturingsopvattingen. Of de uitspraken in het coalitieakkoord met betrekking tot het niet meer vrijblijvend willen hanteren van het concept 'passende zorg' en daar ook een financiële bezuiniging voor inboekt, getuigt ook nog steeds van de opvatting om het microniveau te willen sturen vanuit het macroniveau. Het zal uit het voorgaande duidelijk zijn dat wij niet veel geloof hechten aan het succes van dit voorgenomen beleid (zie Jeurissen c.s., 2022, hoofdstuk III).

Het uitschakelen c.q. mitigeren van de productieprikkel is toch gelukt, maar op een andere manier. De prestatiebekostiging is formeel ingevoerd, middels het onderhandelen over individuele tarieven en individuele volumina per tariefdrager (DBC/DOT) per ziekenhuis en per zorgverzekeraar. In dit plan pasten geen omzetplafonds en ook geen volumeplafonds op instellingsniveau. Maar in de praktijk hebben zorginstellingen, zorgverzekeraars en zorgkantoren in de praktijk juist wel omzet- en volumeplafonds ingevoerd. Voor zorgverzekeraars was dit relevant om de totale schadelast in de hand te houden en paste het binnen de kaders van de hoofdlijnenakkoorden. Betekent dit dat zorgverzekeraars een sterker geloof hebben in de beheersbaarheid middels omzet- en volumeplafonds dan in de prikkels die uit zouden gaan van de prestatiebekostiging?

Voor zorginstellingen zijn de voordelen van dit systeem of eigenlijk de werkwijze groter dan de nadelen in vergelijking met prestatiebekostiging. De interne aanwending is dan een aangelegenheid van de instelling, het microniveau. Bovendien moeten we ons, met name bij de ziekenhuizen, realiseren dat de honoraria van de vrijgevestigde specialisten onderdeel zijn van die plafonds respectievelijk de tarieven. In het systeem van de omzetplafonds is het voor het ziekenhuisbestuur makkelijker c.q. minder moeilijk te onderhandelen over het totale honorariumbudget, met een interne verdeling door de specialisten binnen het MSB (Medisch Specialistisch Bedrijf). Bovendien paste dit beter bij hoe dat in de jaren daarvoor was geregeld.

Het omzet- en volumeplafondsysteem sluit ook aan bij het uit elkaar houden van het macro- en het microniveau. De overheid/zorgverzekeraar hoort niet in de spreekkamer van zorgprofessional en patiënt thuis.

## ***Maar zijn we er dan? Nee, zeker niet***

Het huidige systeem voor de ziekenhuizen is een te ingewikkeld budgetachtig systeem. Er worden per individuele zorgverzekeraar omzet- en volumeplafonds afgesproken. Er worden per zorgverzekeraar ook aparte (verreken)tarieven per DBC/DOTje uitonderhandeld. Deze tarieven zijn louter verreken tarieven, om het afgesproken omzetplafond op de bankrekening van het ziekenhuis te krijgen. Ze hebben dus een – op zich zelf relevante – liquiditeitsfunctie. De volumeplafonds per zorgverzekeraar leiden bij de ziekenhuizen tot ‘plafondmanagement’. Kort gezegd: probeer te bereiken dat je alle volumeplafonds per zorgverzekeraar vol hebt en niet overschrijdt.

## ***Vereenvoudiging van de bekostiging: tienpuntenplan***

Dit systeem is veel te ingewikkeld en leidt tot een grote administratieve lastendruk. Dit kan en moet veel eenvoudiger. In dat kader is het tienpuntenplan ontwikkeld. In hoofdstuk VII wordt dit verder uitgewerkt. Enkele hoofdlijnen van dit tienpuntenplan zijn:

1. De zorgdynamiek op de werkvloer, de vertrouwensrelatie tussen de individuele zorgprofessional(s) en de individuele patiënt, de precisiegeneeskunde, het prosumentenmodel, enzovoort vragen om ruimte en vertrouwen.
2. De steeds groter wordende diversiteit en specificiteit laten zich niet vangen in landelijk uniforme DBC/DOTjes.
3. Maak onderscheid tussen het macro- en het microniveau. Probeer deze niet te verbinden door ingewikkelde prestatieachtige bekostigingsmodellen. Deze modellen geven uiteindelijk geen adequaat inzicht en transparantie, maar alleen maar een grote registratielast en administratieve lastendruk.
4. Maak één totaal omzet- en volumeplafond voor het gehele ziekenhuis. Hierbij kunnen ook afspraken worden gemaakt over innovaties, over kwaliteitsontwikkeling, over acute zorg, over samenwerking in de regio, enzovoort.
5. Laat dit door een zorgverzekeraar, namens alle anderen uitonderhandelen (het zogeheten representatiemodel).
6. Laat de NZa landelijke, uniforme (verreken) tarieven vaststellen.
7. Baseer de omzet- en volumeplafonds per ziekenhuis op de uitgangspunten van de landelijke hoofdlijnenakkoorden. Dit betreft zowel financiële als beleidsmatige uitgangspunten en doelstellingen. Deze moeten vertaald worden naar het regionale en instellingsniveau. (Zie ook punt 1.)