

Wat als taal niet meer werkt?

Nederland heeft een zorgstelsel waarin niemand de baas is, dat volgens betrokkenen niet meer werkt, waarvan de minister de grondslag niet meer gelooft, wat niet het beste van Europa is, maar wel het duurste. Er ligt nu een Integraal Zorgakkoord, waarin is verboden om dat stelsel ter discussie te stellen, dat bol staat van de bekende positieve intenties maar waarvan de aangedragen oplossingen tot nu toe nooit gewerkt hebben of er nog niet zijn.

Was het tekenen van dit akkoord misschien politiek onontkoombaar, maar tegelijk volkomen ongevaarlijk?

Een van de 'successen' van Donald Trump is dat hij het publieke debat in de VS min of meer feitenvrij heeft gemaakt. Als architect van dit plan wordt Steve Bannon genoemd, en van Bannon is de quote "The Democrats don't matter. The real opposition is the media. And the way to deal with them is to flood the zone with shit."

Bij de woorden 'zorg' en 'crisis' heb ik hetzelfde idee inmiddels.

Nu zit hier niet een vermeend slim plan achter. In de zorg in Nederland blijkt niemand de baas. Er hoeft dus niet iemand of een bepaalde organisatie in het bijzonder bestreden te worden. Maar de overeenkomst is helaas dat woorden en daarmee ook feiten, hun betekenis lijken te verliezen. Er is geen krant, praatprogramma, adviesbureau, belangenorganisatie, adviesorgaan of zelfs inspectie van de overheid meer te vinden die nog niet de noodklok heeft geluid over de zorg. Die noodklok is daarmee achtergrondmuziek geworden, en gebruikte woorden min of meer betekenisloos. Of is het onderdeel van de 'permacrises', volgens de Collins Dictionary zelfs het woord van het jaar. Dat is dan in de context van oorlog en andere geopolitieke spanningen, inflatie, of dichterbij huis het dossier gaswinning of de toeslagenaffaire.

Kort gezegd: Is er crisis in de zorg, en zo ja, wat moet er dan aan gebeuren? Het eenvoudige antwoord op de vraag is 'Lees het Integraal Zorgakkoord'. Dit IZA is de agenda om grote bewegingen in de zorg te gaan realiseren. Het meer ingewikkelde antwoord is helaas dat er geen rationale is om te veronderstellen dat het IZA echt serieus effect gaat hebben. De reden is niet één olifant in de kamer, maar eerder een kudde olifanten in het huis.

De Engels-Amerikaanse historicus Tony Judt heeft eens gezegd dat je bij ieders bijdrage in een debat eerst moet kijken naar welk thuis zij of hij 's avonds rijdt. Dus wat is iemands eigenbelang? In het klein geldt dat ook bij schrijver dezes, en in het groot net zo goed in de zorg. Hoe kritisch wil iemand zijn op de hand die ook hem of haar (soms heel royaal) voedt?

De eerste reden is dat de 'crisis' in de zorg niet erg genoeg is om veel bestaande belangen te overrulen. Als er echt crisis is, dan moet je daar naar gaan handelen, dan accepteer je eenheid van bevel en doorzettingsmacht. Dat doen we niet, het IZA zegt meer dan driehonderd keer samen, samenwerken en gezamenlijk. Tevens wil het IZA 'alles' oplossen. Maar waarom zou die samenwerking wel opleveren wat tot vandaag niet gelukt is? Zie vier recent mislukte ziekenhuisfusies, het permanente wantrouwen tussen zorgverzekeraars en instellingen, de haat en nijd tussen umc's over eerder kankeroncologie en nu kinderhartchirurgie, de prikkels om zorg van WMO naar Wlz 'over de schutting te kieperen', enzovoort.

Op deze plek is het goed de term 'giftig positivisme' (Withney Goodman) te noemen 'We hebben allemaal aangepraat gekregen dat alles beter wordt van positieve gedachten'. Dat is ook van toepassing op het complexe belangenstelsel in de zorg en het IZA, we moeten wel positief blijven. De bestuursvoorzitter van de grootste zorgverzekeraar probeerde dat recent nog, door als een schooljuffrouw alle andere spelers terecht te wijzen 'nu ophouden te mopperen hoor, aan het werk'.

De tweede reden is dat het IZA een stelsel probeert aan te passen dat niet werkt, maar in de kern niet mag veranderen. Zelfs in de opgaande markt, met ruimte voor groei was marktwerking al een fictie. Alleen maar een stelsel dat door de nationale overheid (via de ACM) wordt gedoogd omdat ze zelf niet de zorgkosten op de rijksbegroting en premieontwikkelingen kan beheersen. Met aan zorgverzekeraars de ondankbare taak om dat dan te doen. Onderhandelingen gaan nagenoeg nooit over kwaliteit, het gaat alleen maar over geld. Dat het niet werkt, daar is nagenoeg iedereen het over eens. RVS, NZa, CZ-baas De Groot, en zelfs minister Kuipers zelf, je kan het overal horen. De minister zei in Buitenhof letterlijk dat het concurrentiemodel niet meer werkt. Laat nu net het concurrentiemodel de ruggengraat van het huidige stelsel moeten blijven.

Zou een nieuw setje winterbanden echt helpen bij een auto die helemaal in de kreukels ligt? En dan zou bij de gewenste nulgroei of krimp het stelsel van marktwerking ook nog steeds effectief zijn? Dat is op z'n best een onbewezen stelling. Want let op, bij krimp is het een 'zero sum game' geworden, en iedere groei of meer zeggenschap op de ene plek gaat direct ten koste van een ander. Dat via samenwerking realiseren lijkt niet realistisch om aan te nemen.

Voorts werken de aangedragen oplossingen in het IZA niet of zijn niet onderbouwd. In drie adviezen laat de RVS zien dat domeinoverstijgende samenwerkingen in pilots en proeven nagenoeg altijd stranden door de onderliggende stelselwetten, dat hoofdlijnakkoorden niet zo goed werken, en dat we niet alle heil van regionale samenwerking moeten gaan verwachten. En dus werd een super hoofdlijnenakkoord gesloten binnen het huidige stelsel, met als 'holy grail' vrijwillige regionalisering en samenwerken rond 'passende zorg'. De RVS hierover: 'Hoewel er onder politici en beleidsmakers een groot geloof bestaat in 'samenwerking' als manier om Passende Zorg te realiseren, laat de analyse van de Raad zien dat het vaak onduidelijk is wat er nu precies bedoeld wordt met samenwerking, welke partijen moeten samenwerken en op welk gebied, en wie er verantwoordelijk is voor het laten slagen van samenwerking. Die conceptuele onduidelijkheid op politiek niveau resulteert in problemen voor samenwerkingsprojecten in de praktijk. Initieel succesvolle samenwerkingsprojecten die gericht zijn op het bieden van passende zorg kunnen vaak rekenen op waardering vanuit de politiek en werkbezoeken van bewindspersonen, maar vroeg of laat strooien de grenzen tussen stelsels van zorg en ondersteuning zand in de raderen'.

De vierde reden is de kudde olifanten. Lange tijd was in de zorg de fictie 'de patiënt centraal', en dat lijkt nu te gaan neigen naar 'de medewerker centraal'. Beide waren en zijn niet waar. Binnen zorginstellingen staan de gefinancierde zorg en financiële continuïteit centraal, en tegelijk zijn er talloze zorgmedewerkers die zich iedere dag met alles wat ze hebben inzetten voor patiënten. Tweede voorbeeld, voor vrije vestiging van medisch specialisten is geen rationale (alleen een historische verklaring), maar veel belangrijker is dat ziekenhuizen nog nagenoeg geheel rond vakgroepen zijn georganiseerd, en in organisatorisch opzicht erg conservatief. Dat heeft allerlei voordelen, zie de stabiliteit van dat systeem ondanks alle 'crisis'. Maar het beperkt tegelijk ook de wendbaarheid. Voor een betere benutting van de beschikbare capaciteit moeten er stevige veranderingen komen. Waarom kan je bij crisis wel een bank of warmtenetten nationaliseren, maar niet een paar ziekenhuizen aanwijzen als electief centrum of dokters in loondienst dwingen als onderdeel van een (veel) betere benutting van beschikbare capaciteit, zo wachtlijsten electieve zorg effectief oplossen en tegelijk stabiele roosters voor medewerkers realiseren? Dit gaat dus heel concreet om het benoemen van eigenbelangen zoals van medewerkers (is ORT nog van deze tijd?), management (hoe goed geef je eigenlijk constructieve feedback en leiding?), bestuurders (het gaat niet meer om de continuïteit van je eigen organisatie), vakgroepen (verzoen je er mee dat je als hoogopgeleide professional onderdeel bent van een groot en complex proces), enzovoort.

Een vierde argument is het ontbreken van een heldere boodschap over afschaling van de aanspraak op zorg en soms ook geruststellingsgeneeskunde. Wat is eigenlijk de 'business case' van preventie? Er is uiteraard niets tegen gezond(er) en lang(er) leven, integendeel. Maar is dat in termen kosten niet gewoon verschuiving van die last naar latere jaren? En fors kostenverhogend, met (veel) meer AOW en toeslagen op diezelfde rijksbegroting door toename van levensjaren? Breng dat goed in kaart, en vertel burgers eerlijk wat ze kunnen verwachten, en wat niet (meer). Als een kern van de oplossing ligt bij preventie, huisartsen en het sociaal domein, handel daar dan naar. Los de financiële prikkels in het stelsel op die dat nu tegengaan. Voor het IZA is nu €2,8 miljard beschikbaar voor 'transformatie', op het totaal van looptijd en reikwijdte van het IZA is dat nauwelijks een half procent incidenteel geld. Dat klinkt niet als een heel effectieve prikkel in een stelsel dat uitiem vooral draait om financiering.

Samengevat, als er echt sprake is van crisis, gaat het vooral om focus en het organiseren van doorzettingsmacht en het accepteren daarvan. Het doel moet zijn een gezonde balans tussen zorg en zakelijkheid. Die balans is op dit moment, in een zorg- en welzijnsmarkt van meer dan €100 miljard, niet helder. In die mist kunnen partijen vrijelijk eigen belangen blijven behartigen en ondertussen naar anderen wijzen. Nogmaals de RVS aan het woord 'De toenemende druk op de houdbaarheid van zorg verhoudt zich immers steeds minder goed met stelsels waarin regie ontbreekt en het voorkomen van (dure) zorg nog altijd niet loont'. Iets dat het ministerie overigens zelf ook toegeeft in reactie op het rapport van de Algemene Rekenkamer over Zinnige zorg: 'Meerdere systeemprykkels belemmeren een goede regie van zorgprofessionals, -bestuurders en -inkopers gericht op een effectief basispakket en meer gepast gebruik van zorg'.

Vooralsnog ligt er dus een zorgakkoord, vol met de bekende positieve intenties, voor aanpassingen binnen een stelsel waarin niemand de baas is, dat niet meer goed werkt, waarvan de minister de grondslag niet meer gelooft, en waarvan de aangedragen oplossingen tot nu toe niet gewerkt hebben of er nog niet zijn. Is dan tekenen voor alle betrokkenen wellicht eigenlijk ongevaarlijk geweest?

Zie daar het risico van taal die betekenis heeft verloren.

Hebben we niet van het gaswinningsdossier en de toeslagenaffaire geleerd dat niets doen voor veel burgers grote gevolgen heeft? Bij een toenemende tweedeling in de samenleving, met een schaarste aan zorg, zal de rekening van het niet maken van keuzes – zoals altijd – terecht komen bij de meest kwetsbaren in ons land.

Of het stelsel is 'best ok', en vraagt het hier en daar een beetje regulier onderhoud? Maar dan is er geen IZA nodig. Of het zorgstelsel is in crisis, en moet er een ander instrumentarium uit de kast komen? 'Ander DNA' noemt Kuipers dat zelf. Maar wat dan?

Duidelijke politieke besluitvorming en daarmee zichtbare verantwoording over concrete vraagstukken die op (relatief) korte termijn tot resultaat leiden. Dus geen technocratie vanuit zorgverzekeraars zonder legitimatie en verantwoording. Wat voor type concrete besluiten dus politiek te nemen? Een aantal voorbeelden. Besluit tot een 'moratorium' van het huidige stelsel, stop met het contracteringscircuit en besteedt al die tijd en energie aan verbetering van de bedrijfsvoering, doelmatigheid en samenwerking. Organiseer regionale doorzettingsmacht binnen ROAZ-regio's voor optimale benutting capaciteit en samenwerking en dicteer daarbinnen een aantal doelstellingen/opdrachten. Zodat daardoor alle beschikbare capaciteit doelmatig wordt ingezet (en elimineer die 'taken' die alleen het stelsel dienen, en niet de zorg). Nog concreter: Wijs een aantal ziekenhuizen aan die alleen nog zes dagen per week in twaalf diensten planbare zorg doen. Realiseer zo uiterlijk per 2025 centrale capaciteitsplannen in regio's met flankerende maatregelen zoals

verplicht alle zorg die in dagbehandeling kan, in dagbehandeling, bepaal daarvoor de benodigde capaciteit van eerstelijnsverblijf in 2027 (en bouw waar mogelijk ziekenhuisbedden af), trek salarissen zorgpersoneel recht op basis van SER-advies in combinatie met afschaffen ORT tussen 7 en 23 uur, trek cao's ziekenhuizen en umc's gelijk, en laat alle medisch specialisten in loondienst gaan in uiterlijk 2028 (met een eigen 'WNT', normale werkweek, 85/15 vast-variabel obv kwaliteit en veiligheid, doelmatigheid en/of onderzoek en wetenschap, met net als bij WNT-bestuurders destijds een overgangperiode). Nivelleer inkomensniveau huisartsen en medisch specialisten. Stop met jaarlijkse verantwoordingen, en wijzig dat in een driejaarlijkse integrale review per instelling of proces (conform concept visitaties woningcorporaties) van prestaties zorgkwaliteit, bedrijfsvoering, financiën en governance. Dus in plaats van ook jaarrekening, kwaliteitsrapportages, etc. Dat scheelt echt in administratieve lasten. Stop het beschikbare bedrag aan transformatiemiddelen volledig in bovensectorale populatie-gebonden financiering.

Briljante of originele keuzes? Niet echt. Haalbare keuzes? Vast niet, als we willen blijven doen wat we doen. Al een volledig lijstje? Nog lang niet. Al voldoende focus? Ook misschien nog niet. Verzekeraars blij? Niet echt, die bestaan exclusief vanwege het huidige stelsel. Zorgeconomen tevreden? Ook niet, maar ja nu wel het duurste stelsel met gemiddelde prestaties. Bestuurders blij? Misschien niet blij, maar nu komt er wel echt richting.

Verzin gerust betere of slimmere ingrepen. Maar mocht iedereen daar tevreden over blijven, dan is de oplossing waarschijnlijk nog niet goed genoeg.

Een ander instrumentarium, ander DNA en andere urgentie dus om tot maatregelen te komen die horen bij een crisis. Of ophouden te roepen dat het niet goed gaat met de zorg in Nederland, als daar nog originele woorden voor over zouden zijn.

Hans Dijkstra
December 2022

www.dijkstraadvies.eu