

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) @rivm.nl; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) @rivm.nl
From: (10)(2e)
Sent: Mon 5/11/2020 10:23:19 AM
Subject: Re: Publicaties
Received: Mon 5/11/2020 10:23:54 AM

Beste (10)(2e)

Als jullie het op prijs stellen wil ik gaarne een hard-copy van de monografie en de drie Essays per post naar jullie sturen.

Geef het adres maar op waar ik het naar toe kan sturen.

Hartelijke groet,

(10)(2e)

Verstuurd vanaf mijn iPad

Op 4 mei 2020 om 19:49 heeft (10)(2e) <(10)(2e)@casema.nl> het volgende geschreven:

Beste (10)(2e) dank voor je bericht. Een klein leesadvies. Begin met de monografie en de blogjes. Daarna essay I en II.
 (10)(2e) gaarne bereid tot nadere discussie. Groet, (10)(2e)

Verzonden vanaf mijn Samsung Galaxy-smartphone.

Beste (10)(2e) dank voor je bericht. Een klein leesadvies. Begin met de monografie en de blogjes. Daarna essay I en II. (10)(2e) gaarne bereid tot nadere discussie. Groet, (10)(2e) Verzonden vanaf mijn Samsung Galaxy-smartphone.

----- Oorspronkelijk bericht -----

Van: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>

Datum: 04-05-20 11:32 (GMT+01:00)

Aan: (10)(2e) <(10)(2e)@casema.nl>, (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>

Onderwerp: RE: Publicaties

Ha (10)(2e)

Dank je wel! Ik ga je verhalen met veel belangstelling lezen.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@casema.nl>

Sent: zaterdag 2 mei 2020 16:18

To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>

Subject: Fw: Publicaties

Beste (10)(2e)

In de vorige mail had ik mijn afscheidsrede niet toegevoegd.
Bij deze dan ook de rede.

Groet,

(10)(2e)

From: (10)(2e)

Sent: Saturday, May 2, 2020 4:13 PM

To: (10)(2e) @rivm.nl ; (10)(2e) @rivm.nl

Subject: Fw: Publicaties

Beste (10)(2e)

Hartelijk dank voor de twee waardevolle en gedegen publicaties “ toekomstverkenning zorguitgaven 2015- 2060” (deel I) en “ gezondheidseffecten en maatschappelijke baten van de gezondheidszorg” (deel II).

Betekenisvol voor het concreet nadenken over trends & ontwikkelingen en het beleid voor de zorgsector. Het is des te belangrijker omdat er (overigens geldt dit niet alleen m.b.t. de zorgsector) veel gediscussieerd wordt over de zorg en het zorgbeleid wat soms meer is gestoeld op “ beelden van de werkelijkheid “ dan op de “werkelijkheid zelve”.

Ik heb daar in onderstaand bijgevoegd blogje over geschreven en geïllustreerd met voorbeelden. (bijlage I)

Ik wil enkele opmerkingen maken bij jullie publicaties , met name om daar eens een discussie over te voeren.

“CORONA-PUSH” of VERSTERKING LOPENDE ONTWIKKELINGEN.

Jullie maken - terecht natuurlijk - een “ disclaimer” m.b.t. “ corona”. Maar we mogen ons ook realiseren dat “ corona” een keer voorbij is (kortere of langere

termijn).

We hebben natuurlijk te maken met zeer grote ellende voor de overledenen , voor nabestaanden , voor familie en vrienden.

We zullen gaan ervaren dat de zorg-professionals , die een lange periode onder zeer stressvolle omstandigheden hebben moeten werken, hiervan nog grote gevolgen zullen hebben.

(Ik ben zijdelings betrokken bij het opzetten van een collectieve aanvullende "arbeidsverzuim"- verzekering. Overigens breder dan alleen corona-gerelateerd.)

Daarnaast hebben we ook gezien dat de sector een zeer grote inhoudelijke en organisatorische flexibiliteit vertoont.

Natuurlijk zal dit zeer zeker te maken hebben met de " noodzaak" en als die " noodzaak" (hopelijk zo snel mogelijk) gaat afnemen c.q. gaat verdwijnen , zal

de " behoefte aan een zekere rust " gaan toenemen. En zal ongetwijfeld een zekere mate van " nu even niet" zeker toenemen.

Er is sprake van een soort "corona-push". Dit gaat echt veel en veel verder dan de E-consulten , die nu nogal prominent in de publiciteit zijn.. Het gaat om het brede begrip "technologie".

Maar aan de andere kant verbaast mij die " flexibiliteit" ook niet. Dat heeft natuurlijk te maken met de zeer grote " intrinsieke motivatie " van de zorgprofessionals.

In aanvulling daarop wil ik opmerken dat het " beeld van de werkelijkheid " van de zorgsector is dat het gekenmerkt wordt een grote mate van " behoudendheid" , van " klagen en zeuren" ,enz.

EN dat is in mijn ogen echt niet zo. Onder verwijzing naar onze drie Essays en bijgevoegde monografie , ben ik van mening dat de sector veel innovatiever is dan dat geschetste beeld suggereert, er veel meer substitutie plaatsvindt dan wordt gesuggereerd , dat er veel meer samenwerking en functie-en taakverdeling plaats vindt tussen ziekenhuizen, enz..

Ik kan daar veel voorbeelden van noemen. Het zou goed zijn om dat eens te onderzoeken en te inventariseren.

EERST DE "BATEN" DAN DE "KOSTEN/BESTEDINGEN".

Beste Robert en Johan, hebben jullie " deel 1" en "deel 2" niet verwisseld ?



Je krijgt echt een ander beeld van de " kosten" als je eerst de " opbrengsten c.q. gezondheidseffecten en maatschappelijke baten " bestudeert en dan naar de daarvoor

" noodzakelijke " kosten (los even van efficiency , want die moet uiteraard ook onze voortdurende aandacht hebben.).

Dat heeft ook weer een beetje te maken met wat ik bovenstaand heb opgemerkt over “beeld” en “werkelijkheid”.

Wel wil ik voorstellen om resultaten en bevindingen uit jullie uitstekende publicatie “Zorgbalans” hier nog explicieter bij te betrekken.

behandelingen is toegenomen. Echt goed.

Dat geeft hele concreet aan hoe de effectiviteit van

verschijnt jullie nieuwe versie van de Zorgbalans?

Wanneer

NIEUW SCENARIO : CLIENTDRIVEN SCENARIO

Een van de basiselementen van jullie prognoses is dat de “trends in het verleden/heden” worden doorgetrokken naar de toekomst.

betrokkenheid hiervan nadrukkelijk hier opmerkingen over.

Ik begrijp dit uitgangspunt en jullie maken over de

ook wat scenario's voor te ontwikkelen.

Maar is het niet mogelijk om hier

B.v. kunnen we niet - in het verlengde van wat ik geschreven heb in de bijgevoegde monografie - een **clientdriven scenario** maken , dit

in combinatie met een bekostiging gebaseerd op de

"budgettering".

Dit scenario is verder uitgewerkt in de bijgevoegde monografie (bijlage II

).

Voor een uitwerking van deze bekostiging verwijs ik naar toegevoegde bijlage (III)

Aan de ene kant heb je in dit scenario volop ruimte voor veel meer eigen regie door cliënten en zorgprofessionals, innovatie en "nieuwe technologie

“,

het "prosumer-model", enz.. Voor onderscheid tussen “oude” en “nieuwe technologie” verwijs ik naar mijn afscheidsrede aan de UT (bijlage IV)

en de drie Essays (pamflet/samenvatting in bijlage IV)

En aan de ander kant past dit binnen de macroruimte, zoals die door de overheid wordt vastgesteld (mede op basis van het CPB-model en natuurlijk eigen beleid)

en

door zorgverzekeraars worden uit onderhandeld met zorginstellingen.

Ook kunnen we een soort “sub-scenario” kunnen opstellen met betrekking tot de impact van de “technologie”, waarbij de volgende aspecten een rol spelen:

- Onderscheid “oude” en “nieuwe technologie”
- “Product-ontwikkeling ” versus “procesontwikkeling”
- Van “casino-geneeskunde” naar “precisie-geneeskunde”.

Ik teken hierbij nog (zie Essay I), aan dat “ technologie “ niet alleen maar duurder is , met overigens vaak veel beter gezondheidsresultaten.

Maar veel “ nieuwe technologie” heeft juist ook

efficiency-effecten.

B.v. de substitutie naar eerste en vooral nulde lijn neemt zeer sterk toe en het is sterke push voor veel meer eigen regie door cliënten.

(ik verwijs b.v. naar de dialyse-patiënten van het Maxima Medisch Centrum in Veldhoven/Eindhoven. Daar is geen “patiëntenplanning”, maar “medewerkersplanning”.

Alles

omdraaien.

Dus de cliënt plant de medewerker en niet de medewerker die de patiënt implant. Ik kan nog veel meer voorbeelden noemen uit veel meer ziekenhuizen.)

En de **mythe** dat er alleen meer nieuwe dingen bij komen en er niets af gaat , berust niet op onderbouwde feiten.

Ook weer zo'n hardnekkig “beeld

van de werkelijkheid”. (zie blogje I).

Een heel concreet voorbeeld dat iedereen kan zien , is dat door “nieuwe technologieën” (anesthesie, operatietechnieken en apparatuur) de

patiënten veel korter in het ziekenhuis verblijven. Er komt wat bij EN er

gaat wel degelijk wat af.

Dit **scenario** is dus een **combinatie** van de “**clientdriven-periode**” (prosumer-model) waar we reeds gedeeltelijk in zitten en steeds meer en meer in gaan komen

(na de “doktersdriven- en de “zorgverzekeraarsdriven periode) EN de **nieuwe**

bekostiging (conform **10-puntenplan**) EN de “**nieuwe technologie**

“ **precisiegeneeskunde/prosumermodel**) (

PRESTATIEBEKOSTIGING OF BUDGETTERING.

Robert en Johan , ik schreef boven over mijn bekostigingsvoorstel (op basis van het 10-puntenplan. Blog II).

De overheid en andere

beleidsinstanties hebben geprobeerd middels de invoering van de prestatie-bekostiging (b.v. in de ziekenhuizen en de GGZ middels de DBC/DOTjes)

om het “macroniveau” en het “microniveau” aan elkaar te

verbinden.

Dit had onder meer twee redenen. Het gaf de zorgverzekeraars een instrument in handen om met zorgaanbieders goed en stevig te kunnen onderhandelen over

kwaliteit , volume en prijs . Dit is een uitwerking van de zorginkoopfunctie van de zorgverzekeraars, een centraal element van het nieuwe zorgstelsel.

En ten tweede wilde men met deze prestatie-bekostiging het spanningsveld overbruggen tussen aan de ene kant “de allocatie op en vanuit het macroniveau “ EN aan de andere kant de “ aanwending op microniveau binnen het ziekenhuis”.

De bedoeling was dus om vanuit het “macroniveau “ het microniveau” te gaan sturen. Dat hoorde dus bij de genoemde regierol van zorgverzekeraars.

Vanuit bestuurskundige invalshoek een “mission impossible”. De dynamiek op de verschillende niveaus is zo totaal verschillend

dat kun je niet vanuit een soort “top-down”-benadering gaan sturen.

In de praktijk heeft dit dan ook alleen maar geleid tot een zeer forse toename van de registratie-druk en de administratieve lastendruk.

CLIËNTEN & ZORGPROFESSIONALS GINGEN GEWOON DOOR MET INNOVATIE EN KWALITEITSVERBETERING!!

ECHTER is alle hoop. We kunnen namelijk bij de bovenstaande “beleidsbeleidsbedoelingen “ een tweetal interessante waarnemingen plaatsten.

Ten eerste is in de praktijk de “prestatiebekostiging “ uitgewerkt in een budgetstelsel.(zie blog II) EN ten tweede dat de zorgprofessional en de cliënt gewoon doorgaan zijn met innovatie en kwaliteitsverbetering.

En dat laatste is ook in grote mate gebeurd. Ik heb hiervan voorbeelden genoemd zowel bovenstaand als in de bijgevoegde monografie en in de drie Essays (zie de samenvatting in het bijgevoegde pamflet.)

Ook dit is vaak weer in “tegenspraak” met het beeld van de werkelijkheid , dat men vaak aantreft in publicaties en discussies.

ONDERSCHIED ALLOCATIE & AANWENDING!!!

En dat komt omdat er in de praktijk wel onderscheid wordt gemaakt tussen “allocatie” en “aanwending”. De aanwending van de (financiële) middelen geschiedt niet

in “functie van de DBC/Doctjes en ook niet in “functie van de regierol van de zorgverzekeraars”. Dat willen we ook niet ,immers we zeggen ook dat

de “overheid en zorgverzekeraars “ niet in de spreekkamer horen.

Je kunt stellen dat er binnen het ziekenhuis steeds meer en meer sprake is “clientvolgende aanwending “ van de middelen. (het toenemen van de toepassing van

het prosumer-model). Dat zijn dus de middelen die via het DBC-declaratiesysteem bij het ziekenhuis binnen komen als “vergoeding” van de

afgesproken budgetten met de verschillende zorgverzekeraars. Het is dus een soort variant van de “clientvolgende bekostiging”.

De cliënt bepaalt meer en meer – na overleg met de zorgprofessional - wat, wanneer en hoe de verschillende activiteiten plaatsvinden.

In het verlengde hiervan vindt dus ook de aanwending van de middelen plaats.

Het sluit aan bij het “recht op zorg of het recht op vergoeding van de zorg” van een cliënt in het kader van de overeenkomst die een verzekerde met zijn

zorgverzekeraar heeft middels de polis. Dat is een individuele overeenkomst, maar een inhoud die zeer sterk collectief bepaalt is, omdat de overheid

dit bepaalt in het kader van de algemene toegankelijkheid en solidariteit. De “zorgverzekeringsmarkt” wordt sterk door de overheid gereguleerd en de individueler

zorgverzekeraar is feitelijk meer uitvoerder. De beleidsruimte voor de zorgverzekeraar (zowel individueel alsook collectief) op de zorgverzekeringsmarkt is

uiterst beperkt. In de bijgevoegde monografie en in de Essays heb ik dat uitvoerig toegelicht.

ZORGINKOOPFUNCTIE NAAR CLIENT!!

Daarentegen is de “zorgverleningsmarkt” (de relatie cliënt – zorgprofessional) juist wel individuele van karakter.

En dat neemt alleen maar toe.

Door aan de ene kant de individuele cliënt die steeds meer eigen regie neemt (hij pakt z'n eigen regisseursrol in plaats van zijn zorgverzekeraar; prosumermodel) en de ontwikkeling

van de precisie-geneeskunde. De zorg wordt dus personalistischer, specifiek en individueler.

Totaal onvergelykbare marktstructuren.

En dus past het onderscheid “allocatie” en “aanwending” er goed bij aan. En in dat kader ook de “clientvolgende aanwending”.

ZORG VOLGT STELSEL OF STELSEL VOLGT ZORG!!

Oftewel de praktijk is “beter” (althans in mijn ogen) dan het stelselbeleid. De dynamiek in de zorg zal - op termijn - veel meer het “stelsel” bepalen, dan omgekeerd.

De zorg bepaalt het stelsel.” “Systeem bepaalt de zorg “OF “

Hierbij speelt ook hoe er in de praktijk omgegaan wordt met het “stelsel”. Denk b.v. aan hoe in de praktijk het “prestatiebekostigingssysteem” wordt uitgewerkt als

een “budgetbekostigingssysteem”.

Ik wil hierbij opmerken dat een uitzondering gemaakt moet worden m.b.t. het “stelseldeel” dat betrekking heeft op het “regelen van solidariteit en algemene toegankelijkheid”.

En natuurlijk heeft dat invloed op de zorgverlening, met name in termen van de brede toegankelijkheid, maar niet zo zeer op de dynamiek in de zorg en de zorgverlening zelf.

KOSTENTOEREKENING AAN ZIEKTEN ZEER DYNAMISCH!!

Bij de prognoses is een van de basiselementen de verdeling van de kosten naar ziekten en daarbij worden natuurlijk een aantal verdeel- en toerekenveronderstellingen gemaakt.

Er zijn in de toekomst grote verschuivingen in ziekten en dus ook in de kosten. Los van een discussie over de todelingsmethodiek van de kosten, is natuurlijk van groot

belang om veronderstellingen te maken over de verandering in de kosten van ziekten. Hoe hebben jullie dat gedaan?

Uit het bovenstaande zal duidelijk zijn dat, zoals we hebben gezien in de afgelopen 30 – 40 jaar, er in de toekomst ook weer grote veranderingen in de kosten van ziekten zullen plaatsvinden.

Ik denk veel groter en veel sneller. Als je nu b.v. een ziekenhuis binnenloopt en dat vergelijkt met 30 jaar geleden is er een totaal andere wereld ontstaan.

Ik denk dat we zo'n verandering weer zullen gaan zien, alleen groter en sneller.

Er zijn bv. zeer grote verschillen in “technologische” ontwikkelingen in het verleden en in de toekomst, die ook weer effecten hebben op de kosten van ziekten.

En ik teken hierbij aan dat het “beeld van de werkelijkheid”, namelijk dat de zorg grote moeite heeft met het “adapteren” van nieuwe “technologieën”, niet overeenkomt met de “werkelijkheid”.

Ga gewoon kijken en je ziet het voor je ogen gewoon gebeuren.

Ik teken nog aan dat het begrip “technologie” een breed begrip is. Dus niet alleen de “harde technologie”, maar ook nieuwe geneesmiddelen, nieuwe procedures, nieuwe zorgconcepten, enz...

LEREN van VROEGERE VOORSPELLINGEN DOOR VERGELIJKING MET DE WERKELIJKE ONTWIKKELINGEN.

Ik neem aan dat jullie ook wel eens vroegere voorspellingen hebben vergeleken met de werkelijke ontwikkelingen.

Wat kunnen we hiervan leren? Welke veronderstellingen klopten niet en waarom niet? Welke uitgangspunten waren niet goed en waarom?

Natuurlijk is dit door mij niet kritisch of zelfs verwijten bedoeld. We weten namelijk een ding dat een voorspelling nooit uitkomt.

kunnen baseren.

Maar we hebben ze wel nodig om beleid op te

Het gaat erom wat we er van kunnen
leren.

Door b.v. een analyse te maken van vroegere voorspellingen over de
kostenontwikkeling en te vergelijken met de
realisatie.

Kan ook inzicht geven in het vergroten van
de “houdbaarheid” van voorspellingen.

ONTWIKKELING ZIEKTEN.

Jullie gebruiken voor jullie prognoses ook voorspellingen van de ontwikkeling van ziekten in de
toekomst.

Op welke manier
kunnen we inzicht krijgen in het toenemen van “welvaarts-ziekten” in het verleden en in de
toekomst.

Met “welvaartsziekten” bedoel ik niet
zozeer “obesitas, e.d.” (die voor een deel overigens vaak ook genetisch bepaald zijn.)

Ik bedoel b.v. operatie van koetsiershanden (ziekte
van Dupuytren). Vroeger werd dit gewoon niet behandeld, tegenwoordig wordt dit geopereerd en daarna
behandeld met
fysiotherapie, enz..

Ik weet niet of dit over significante,
impactvolle getallen gaat en ook niet of dit in de toekomst gaat
toenemen.

Wel is bekend dat er in de
ZBC-en inmiddels ruim een miljard € aan omzet omgaat. (grotendeels verzekerde zorg). Overigens zit hier
natuurlijk ook andere zorg in.

BREDE MAATSCHAPPELIJK HEROVERWEGING!!

Ik wil nog een opmerking maken in relatie tot de de publicatie “Naar een toekomstbestendig zorgstelsel”, die is
opgesteld in het kader
van

de ambtelijke “Brede maatschappelijke heroverweging”. De
“toekomstbestendigheid” wordt voornamelijk geplaatst in het kader van de “kosten en
betaalbaarheid”.

Zeker een zeer belangrijk thema. De varianten die worden gehanteerd, zijn
vooral
“stelselgerelateerd”.

Wat ik
jammer vind, is dat men niet (of nauwelijks) kijkt naar “trends & ontwikkelingen” die in jullie onderzoek
aan de orde komen en die ik ook
zelf

bovenstaand heb uitgewerkt. De sterk veranderende impact van de “nieuwe
cliënt”, de “nieuwe technologie”, enz. worden niet meegenomen.

SLOTOPMERKING.

Beste (10)/(2e), ik ben gaarne bereid om mee na te denken over de verdere concretisering van het
bovenstaande om dat in te passen in jullie methodieken
en

benaderingswijze. In de genoemde publicaties worden daar zeker aanknopingspunten voor aangegeven.

Gaarne jullie reactie en nogmaals hartelijke dank voor jullie waardevolle publicaties.

Hartelijke groet en probeer "corona" buiten de deur te houden,

(10)(2e)

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl *De zorg voor morgen begint vandaag*

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.

www.rivm.nl/en Committed to *health and sustainability*

----- Oorspronkelijk bericht ----- Van: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl> Datum: 04-05-20 11:32
 (GMT+01:00) Aan: (10)(2e) <(10)(2e)@casema.nl>, (10)(2e) (10)(2e)
 <(10)(2e)@rivm.nl> Onderwerp: RE: Publicaties

Ha (10)(2e)

Dank je wel! Ik ga je verhalen met veel belangstelling lezen.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@casema.nl>

Sent: zaterdag 2 mei 2020 16:18

To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>

Subject: Fw: Publicaties

Beste (10)(2e)

In de vorige mail had ik mijn afscheidsrede niet toegevoegd.

Bij deze dan ook de rede.

Groet,

(10)(2e)

From: (10)(2e)

Sent: Saturday, May 2, 2020 4:13 PM

To: (10)(2e) @rivm.nl ;
(10)(2e) @rivm.nl

Subject: Fw: Publicaties

Beste (10)(2e)

Hartelijk dank voor de twee waardevolle en gedegen publicaties “toekomstverkenning zorguitgaven 2015- 2060” (deel I) en “gezondheidseffecten en maatschappelijke

baten

van de gezondheidszorg" (deel II).

Betekenisvol voor het concreet nadenken over trends & ontwikkelingen en het beleid voor de zorgsector. Het is des te belangrijker omdat er (overigens geldt dit niet alleen m.b.t. de zorgsector) veel gediscussieerd wordt over de zorg en het zorgbeleid wat soms meer is gestoeld op " beelden van de werkelijkheid " dan op de "werkelijkheid zelve".

Ik heb daar in onderstaand bijgevoegd blogje over geschreven en geïllustreerd met voorbeelden. (bijlage I)
Ik wil enkele opmerkingen maken bij jullie publicaties , met name om daar eens een discussie over te voeren. "CORONA-PUSH" of VERSTERKING LOPENDE ONTWIKKELINGEN.
Jullie maken - terecht natuurlijk - een " disclaimer" m.b.t. " corona". Maar we mogen ons ook realiseren dat " corona" een keer voorbij is (kortere of langere termijn).

We hebben natuurlijk te maken met zeer grote ellende voor de overledenen , voor nabestaanden , voor familie en vrienden.

We zullen gaan ervaren dat de zorg-professionals , die een lange periode onder zeer stressvolle omstandigheden hebben moeten werken, hiervan nog grote gevolgen zullen hebben.

(Ik ben zijdelings betrokken bij het opzetten van een collectieve aanvullende "arbeidsverzuim"- verzekering. Overigens breder dan alleen corona-gerelateerd.)
Daarnaast hebben we ook gezien dat de sector een zeer grote inhoudelijke en organisatorische flexibiliteit vertoont.

Natuurlijk zal dit zeer zeker te maken hebben met de " noodzaak" en als die " noodzaak" (hopelijk zo snel mogelijk) gaat afnemen c.q. gaat verdwijnen , zal

de " behoefte aan een zekere rust " gaan toenemen. En zal ongetwijfeld een zekere mate van " nu even niet" zeker toenemen.

Er is sprake van een soort "corona-push". Dit gaat echt veel en veel verder dan de E-consulten , die nu nogal prominent in de publiciteit zijn.. Het gaat om het brede begrip "technologie".
Maar aan de andere kant verbaast mij die " flexibiliteit" ook niet. Dat heeft natuurlijk te maken met de zeer grote " intrinsieke motivatie " van de zorgprofessionals.

In aanvulling daarop wil ik opmerken dat het " beeld van de werkelijkheid " van de zorgsector is dat het gekenmerkt wordt een grote mate van " behoudendheid" , van " klagen en zeuren" enz.

EN dat is in mijn ogen echt niet zo. Onder verwijzing naar onze drie Essays en bijgevoegde monografie , ben ik van mening dat de sector veel innovatiever is dan dat geschetste beeld

suggereert, er veel meer substitutie plaatsvindt dan wordt gesuggereerd , dat er veel meer samenwerking en functie-en taakverdeling plaats vindt tussen ziekenhuizen,

enz..

Ik kan daar veel voorbeelden van noemen. Het zou goed zijn om dat eens te onderzoeken en te inventariseren.

EERST DE "BATEN" DAN DE "KOSTEN/BESTEDINGEN".

Beste Robert en Johan, hebben jullie "deel 1" en "deel 2" niet verwisseld?



Je krijgt echt een ander beeld van de "kosten" als je eerst de "opbrengsten c.q. gezondheidseffecten en maatschappelijke baten" bestudeert en dan naar de daarvoor

"noodzakelijke" kosten (los even van efficiency, want die moet uiteraard ook onze voortdurende aandacht hebben).

Dat heeft ook weer een beetje te maken met wat ik bovenstaand heb opgemerkt over "beeld" en "werkelijkheid". Wel wil ik voorstellen om resultaten en bevindingen uit jullie uitstekende publicatie "Zorgbalans" hier nog explicieter bij te betrekken.

Dat geeft hele concreet aan hoe de effectiviteit van behandelingen is toegenomen. Echt goed.

Wanneer verschijnt jullie nieuwe versie van de Zorgbalans?

NIEUW SCENARIO : CLIENTDRIVEN SCENARIO

Een van de basiselementen van jullie prognoses is dat de "trends in het verleden/heden" worden doorgetrokken naar de toekomst.

Ik begrijp dit uitgangspunt en jullie maken over de betrekkelijkheid hiervan nadrukkelijk hier opmerkingen over.

Maar is het niet mogelijk om hier ook wat scenario's voor te ontwikkelen.

B.v. kunnen we niet - in het verlengde van wat ik geschreven heb in de bijgevoegde monografie - een clientdriven scenario maken, dit

in combinatie met een bekostiging gebaseerd op de "budgettering".

Dit scenario is verder uitgewerkt in de bijgevoegde monografie (bijlage II).

Voor een uitwerking van deze bekostiging verwijs ik naar toegevoegde bijlage (III)

Aan de ene kant heb je in dit scenario volop ruimte voor veel meer eigen regie door cliënten en zorgprofessionals, innovatie en "nieuwe technologie"

het "prosumer-model", enz.. Voor onderscheid tussen "oude" en "nieuwe technologie" verwijs ik naar mijn afscheidsrede aan de UT (bijlage IV)

en de drie Essays (pamflet/samenvatting in bijlage IV)

En aan de ander kant past dit binnen de macroruimte, zoals die door de overheid wordt vastgesteld (mede op basis van het CPB-model en natuurlijk eigen beleid)

en

door zorgverzekeraars worden uit onderhandeld met zorginstellingen.

Ook kunnen we een soort “sub-scenario” kunnen opstellen met betrekking tot de impact van de “technologie”, waarbij de volgende aspecten een rol spelen:

- Onderscheid “oude” en “nieuwe technologie”
- “ Product-ontwikkeling ” versus “procesontwikkeling”
- Van “casino-geneeskunde” naar “precisie-geneeskunde”.

Ik teken hierbij nog (zie Essay I), aan dat “ technologie “ niet alleen maar duurder is , met overigens vaak veel beter gezondheidsresultaten.

Maar veel “ nieuwe technologie” heeft juist ook efficiency-effecten.

B.v. de substitutie naar eerste en vooral nulde lijn neemt zeer sterk toe en het is sterke push voor veel meer eigen regie door cliënten.

(ik verwijs b.v. naar de dialyse-patiënten van het Maxima Medisch Centrum in Veldhoven/Eindhoven. Daar is geen “patiëntenplanning”, maar “medewerkersplanning”.

Alles omdraaien.

Dus de cliënt plant de medewerker en niet de medewerker die de patiënt implant. Ik kan nog veel meer voorbeelden noemen uit veel meer ziekenhuizen.)

En de mythe dat er alleen meer nieuwe dingen bij komen en er niets af gaat , berust niet op onderbouwde feiten.

Ook weer zo'n hardnekkig “beeld van de werkelijkheid”. (zie blogje I).

Een heel concreet voorbeeld dat iedereen kan zien , is dat door “nieuwe technologieën” (anesthesie, operatietechnieken en apparatuur) de

patiënten veel korter in het ziekenhuis verblijven. Er komt wat bij EN er gaat wel degelijk wat af.

Dit scenario is dus een combinatie van de

“clientdriven-periode” (prosumer-model) waar we reeds gedeeltelijk in zitten en steeds meer en meer in gaan komen

(na de “doktersdriven- en de “zorgverzekeraarsdriven periode) EN de nieuwe bekostiging (conform

10-puntenplan) EN de

“nieuwe technologie

“

(precisiegeneeskunde/prosumermodel)

PRESTATIEBEKOSTIGING OF BUDGETTERING.

Robert en Johan , ik schreef boven over mijn bekostigingsvoorstel (op basis van het 10-puntenplan. Blog II).

De overheid en andere beleidsinstanties hebben geprobeerd middels de invoering van de prestatie-bekostiging (b.v. in de ziekenhuizen en de GGZ middels de DBC/DOTjes)

om het “macroniveau” en het “microniveau” aan elkaar te verbinden.

Dit had onder meer twee redenen. Het gaf de zorgverzekeraars een instrument in handen om met zorgaanbieders goed en stevig te kunnen onderhandelen over

kwaliteit , volume en prijs . Dit is een uitwerking van de zorginkoopfunctie van de zorgverzekeraars, een centraal element van het nieuwe zorgstelsel.

En ten tweede wilde men met deze prestatie-bekostiging het spanningsveld overbruggen tussen aan de ene kant “de allocatie op en vanuit het macroniveau “
EN

aan de andere kant de “ aanwending op microniveau binnen het ziekenhuis”.

De bedoeling was dus om vanuit het “macroniveau “ het microniveau” te gaan sturen. Dat hoorde dus bij de genoemde regierol van zorgverzekeraars.

Vanuit bestuurskundige invalshoek een “mission impossible”. De dynamiek op de verschillende niveaus is zo totaal verschillend

dat kun je niet vanuit een soort “top-down”-benadering gaan sturen.

In de praktijk heeft dit dan ook alleen maar geleid tot een zeer forse toename van de registratie-druk en de administratieve lastendruk.

CLIËNTEN & ZORGPROFESSIONALS GINGEN GEWOON DOOR MET INNOVATIE EN KWALITEITSVERBETERING!!

ECHTER is alle hoop. We kunnen namelijk bij de bovenstaande “beleidsbeleidsbedoelingen “ een tweetal interessante waarnemingen plaatsen.

Ten eerste is in de praktijk de “prestatiebekostiging “ uitgewerkt in een budgetsysteem.(zie blog II) EN ten tweede dat de zorgprofessional en de cliënt

gewoon doorgedaan zijn met innovatie en kwaliteitsverbetering.

En dat laatste is ook in grote mate gebeurd. Ik heb hiervan voorbeelden genoemd zowel bovenstaand als in de
bijgevoegde monografie
en

in de drie Essays (zie de samenvatting in het bijgevoegde
pamflet.)

Ook dit is vaak weer in “tegenspraak” met het beeld van de werkelijkheid , dat men vaak aantreft in publicaties en
discussies.

ONDERSCHEID ALLOCATIE & AANWENDING!!!

En dat komt omdat er in de praktijk wel onderscheid wordt gemaakt tussen “allocatie” en “aanwending”. De
aanwending van de (financiële) middelen geschiedt
niet

in “functie van de DBC/Dotjes en ook niet in ‘functie van de regierol van de zorgverzekeraars”. Dat willen we ook
niet ,immers we zeggen ook
dat

de “overheid en zorgverzekeraars “ niet in de spreekkamer
horen.

Je kunt stellen dat er binnen het ziekenhuis steeds meer en meer sprake is “clientvolgende aanwending “ van de
middelen. (het toenemen van de toepassing
van

het prosumer-model). Dat zijn dus de middelen die via het DBC-declaratiesysteem bij het ziekenhuis binnen komen
als “vergoeding “ van
de

afgesproken budgetten met de verschillende zorgverzekeraars. Het is dus een soort variant van de “clientvolgende
besteding
“.

De cliënt bepaalt meer en meer – na overleg met de zorgprofessional - wat , wanneer en hoe de verschillende
activiteiten
plaatsvinden.

In het verlengde hiervan vindt dus ook de aanwending van de middelen plaats.

Het sluit aan bij het “ recht op zorg of het recht op vergoeding van de zorg ” van een cliënt in het kader van de
overeenkomst die een verzekerde met
zijn

zorgverzekeraar heeft middels de polis. Dat is een individuele overeenkomst , maar een inhoud die zeer sterk
collectief bepaalt is, omdat de
overheid

dit bepaalt in het kader van de algemene toegankelijkheid en solidariteit. De “zorgverzekeringsmarkt” wordt sterk
door de overheid gereguleerd en de
individuele

zorgverzekeraar is feitelijk meer uitvoerder. De beleidsruimte voor de zorgverzekeraar (zowel individueel alsook
collectief) op de zorgverzekeringsmarkt

is

uiterst beperkt. In de bijgevoegde monografie en in de Essays heb ik dat uitvoerig toegelicht.

ZORGINKOOPFUNCTIE NAAR CLIENT!!

Daarentegen is de “zorgverleningsmarkt” (de relatie cliënt – zorgprofessional) juist wel individuele van karakter.
En dat neemt alleen maar toe.

Door aan de ene kant de individuele cliënt die steeds meer eigen regie neemt (hij pakt z'n eigen regisseursrol in plaats van zijn zorgverzekeraar; prosumermodel) en de ontwikkeling

van de precisie-geneeskunde. De zorg wordt dus personalistischer , specifiek en individueler. Totaal onvergelykbare marktstructuren.

En dus past het onderscheid “allocatie” en “aanwending “ her goed bij aan. En in dat kader ook de “clientvolgende aanwending “ .

ZORG VOLGT STELSEL OF STELSEL VOLGT ZORG!!

Oftewel de praktijk is “beter”(althans in mijn ogen) dan het stelselbeleid. De dynamiek in de zorg zal - op termijn - veel meer het “stelsel” bepalen, dan omgekeerd.

“Systeem bepaalt de zorg “ OF “ De zorg bepaalt het stelsel.”

Hierbij speelt ook hoe er in de praktijk omgegaan wordt met het “stelsel “. Denk b.v. aan hoe in de praktijk het “prestatiebekostigingssysteem “ wordt uitgewerkt als

een “budgetbekostigingssysteem”.

Ik wil hierbij opmerken dat een uitzondering gemaakt moet worden m.b.t het “stelseldeel” dat betrekking heeft op het “regelen van solidariteit en algemene toegankelijkheid”.

En natuurlijk heeft dat invloed op de zorgverlening , met name in termen van de brede toegankelijkheid , maar niet zo zeer op de dynamiek in de zorg en de zorgverlening zelf.

KOSTENTOEREKENING AAN ZIEKTEN ZEER DYNAMISCH!!

Bij de prognoses is een van de basiselementen de verdeling van de kosten naar ziekten en daarbij worden natuurlijk een aantal verdeel- en toerekenveronderstellingen gemaakt.

Er zijn in de toekomst grote verschuivingen in ziekten en dus ook in de kosten. Los van een discussie over de toedelingsmethodiek van de kosten, is natuurlijk van groot

belang om veronderstellingen te maken over de verandering in de kosten van ziekten. Hoe hebben jullie dat gedaan

?

Uit het bovenstaande zal duidelijk zijn dat , zoals we hebben gezien in de afgelopen 30 – 40 jaar , er in de toekomst ook weer grote veranderingen in de kosten van ziekten zullen plaatsvinden.

Ik denk veel groter en veel sneller. Als je nu b.v. een ziekenhuis binnenloopt en dat vergelijkt met 30 jaar geleden is er een totaal andere wereld ontstaan.

Ik denk dat we zo'n verandering weer zullen gaan zien , alleen groter en sneller.

Er zijn bv. zeer grote verschillen in “technologische” ontwikkelingen in het verleden en in de toekomst , die ook weer effecten hebben op de kosten van ziekten.

En ik teken hierbij aan dat het “beeld van de werkelijkheid “, namelijk dat de zorg grote moeite heeft met het “adapteren” van nieuwe “technologieën”, niet overeenkomt met de “werkelijkheid”.

Ga gewoon kijken en je ziet het voor je ogen gewoon gebeuren.

Ik teken nog aan dat het begrip “technologie” een breed begrip is. Dus niet alleen de “harde technologie” , maar ook nieuwe geneesmiddelen, nieuwe procedures, nieuwe zorgconcepten ,enz...

LEREN van VROEGERE VOORSPELLINGEN DOOR VERGELIJKING MET DE WERKELIJKE ONTWIKKELINGEN.

Ik neem aan dat jullie ook wel eens vroegere voorspellingen hebben vergeleken met de werkelijke ontwikkelingen.

Wat kunnen we hiervan leren? Welke veronderstellingen klopten niet en waarom niet? Welke uitgangspunten waren niet goed en waarom.?

Natuurlijk is dit door mij niet kritisch of zelfs verwijten bedoeld. We weten namelijk een ding dat een voorspelling nooit uitkomt.

Maar we hebben ze wel nodig om beleid op te kunnen baseren.

Het gaat erom wat we er van kunnen leren.

Door b.v. een analyse te maken van vroegere voorspellingen over de kostenontwikkeling en te vergelijken met de realisatie.

Kan ook inzicht geven in het vergroten van de “ houdbaarheid” van voorspellingen.

ONTWIKKELING ZIEKTEN.

Jullie gebruiken voor jullie prognoses ook voorspellingen van de ontwikkeling van ziekten in de toekomst.

Op welke manier kunnen we inzicht krijgen in het toenemen van “welvaarts-ziekten “ in het verleden en in de toekomst.

Met “welvaartsziekten” bedoel ik niet zozeer “obesitas, e.d. “ (die voor een deel overigens vaak ook genetisch bepaald zijn.)

Ik bedoel b.v. operatie van koetsiershanden (ziekte van Dupuytren). Vroeger werd dit gewoon niet behandeld , tegenwoordig wordt dit geopereerd en daarna behandeld met fysiotherapie,enz..

Ik weet niet of dit over significante , impactvolle getallen gaat en ook niet of dit in de toekomst gaat toenemen.

Wel is bekend dat er in de ZBC-en inmiddels ruim een miljard € aan omzet omgaat. (grotendeels verzekerde zorg). Overigens zit hier natuurlijk ook andere zorg in.
BREDE MAATSCHAPPELIJK HEROVERWEGING!!

Ik wil nog een opmerking maken in relatie tot de de publicatie “Naar een toekomstbestendig zorgstelsel”, die is opgesteld in het kader van

de ambtelijke “Brede maatschappelijke heroverweging”. De “toekomstbestendigheid” wordt voornamelijk geplaatst in het kader van de “kosten en betaalbaarheid”.

Zeker een zeer belangrijk thema. De varianten die worden gehanteerd ,zijn vooral “stelselgerelateerd”.

Wat ik jammer vind , is dat men niet (of nauwelijks) kijkt naar “trends & ontwikkelingen” die in jullie onderzoek aan de orde komen en die ik ook zelf

bovenstaand heb uitgewerkt. De sterk veranderende impact van de “nieuwe cliënt”, de “nieuwe technologie “, enz. worden niet meegenomen.

SLOTOPMERKING.

Beste (10)/(2e) ik ben gaame bereid om mee na te denken over de verdere concretisering van het bovenstaande om dat in te passen in jullie methodieken en

benaderingswijze. In de genoemde publicaties worden daar zeker aanknopingspunten voor aangegeven.

Gaame jullie reactie en nogmaals hartelijke dank voor jullie waardevolle publicaties.

Hartelijke groet en probeer “corona” buiten de deur te houden,

(10)/(2e)

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

www.rivm.nl

De zorg voor morgen begint vandaag

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.

www.rivm.nl/en Committed to
health and sustainability