

Verslag van de bijeenkomst betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg van 22 juni 2016

Introductie

Op 22 juni 2016 vond bij de SER een informatie- en discussiebijeenkomst plaats over de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg. Het doel van de bijeenkomst was om tot een gezamenlijk beeld te komen van de ontwikkelingen, knelpunten en dilemma's in de komende jaren op dit gebied en na te gaan of er draagvlak bestaat om bepaalde thema's in SER-verband nader te verkennen. De bijeenkomst was georganiseerd voor leden van de commissie Sociale Zekerheid en Gezondheidszorg (SZG) van de SER en de achterbannen van sociale partners in de zorg. De bijeenkomst werd bijgewoond door 35 personen.

Opening door Romke van der Veen

Dagvoorzitter en tevens voorzitter van de commissie SZG Romke van der Veen opende de bijeenkomst. Hij vertelde dat deze bijeenkomst is georganiseerd naar aanleiding van de recente raming van het CPB over de ontwikkeling van de zorgkosten¹ en omdat het thema zorgkosten op de agenda staat van de commissie SZG. Het is de bedoeling informatie met elkaar uit te wisselen. Er is veel ruimte voor interactie en discussie met de zaal.

Welkomstwoord Mariëtte Hamer

In haar welkomstwoord vertelt Mariëtte Hamer dat de SER zich al heel lang bezighoudt met de gezondheidszorg. De gezondheidszorg is voor de SER om verschillende redenen van belang: de betaalbaarheid van de zorg is belangrijk voor burgers, overheid en bedrijven, een goed functionerende gezondheidszorg is wenselijk voor een gezonde beroepsbevolking en de arbeidsmarkt van de sector is groot. Er spelen thema's die voor de gehele economie relevant zijn, zoals technologische ontwikkelingen en de flexibilisering van arbeid. De SER heeft zich vooral met de betaalbaarheid van de zorg en de toegankelijkheid van de zorg beziggehouden. In de adviezen hebben afwisselend steeds twee lijnen centraal gestaan, te weten de inrichting en financiering van de gezondheidszorg (zie bijv. het advies uit 2000 over de curatieve zorg) en de organisatie van de zorg (hiervan is het interimadvies uit 2012 een voorbeeld). In de adviezen zie je steeds twee thema's terugkomen, namelijk solidariteit en de betaalbaarheid, gekoppeld aan de kwaliteit. Deze thema's zijn nog steeds actueel en ontwikkelen zich ook. De SER is eigenlijk nooit 'klaar' met een onderwerp, zeker niet met een onderwerp als de gezondheidszorg. Het kabinet heeft de afgelopen jaren veel maatregelen genomen om de toegankelijkheid en de betaalbaarheid ook voor de toekomst veilig te stellen en dat heeft de afgelopen jaren geleid tot een minder sterke uitgavengroei. Onlangs heeft staatssecretaris Van Rijn gezegd dat de zorg klaar is voor de toekomst en dat is volgens Mariëtte Hamer een bijzondere uitspraak. Van Rijn bedoelt hiermee dat verdere bezuinigingen op de langdurige zorg niet nodig zijn en dat de geplande

¹ Esther Mot, Kasper Stuuut, Paul Westra, Rob Aalbers (2016) *Een raming van de zorguitgaven 2018-2012*. CPB-achtergronddocument, 30 maart 2016, www.cpb.nl.

bezuinigingen van een half miljard in 2017 daarmee van de baan zijn. Maar de zorgbehoefte is onbegrensd en door vergrijzing zullen de thema's solidariteit en betaalbaarheid ook in de toekomst actueel blijven.

Voor deze middag staat de vraag centraal hoe de collectief gefinancierde zorguitgaven zich in de komende kabinetsperiode zullen gaan ontwikkelen en welke problemen dit eventueel oplevert. Welke maatregelen zullen dan genomen dienen te worden? Uit eerdere dialoogbijeenkomsten die de SER heeft georganiseerd is gebleken dat het onderscheid tussen cure en care steeds meer vervaagt. Dit zal in de toekomst ook een vraagstuk opleveren voor de betaalbaarheid en de organisatie van de zorg.

Presentatie Esther Mot

Esther Mot is werkzaam bij het CPB en heeft, samen met drie collega's, het document "Een raming van de zorguitgaven 2018-2021" geschreven. Zij benadrukt dat het gaat om een realistische raming bij ongewijzigd beleid. Dat betekent dat het CPB er niet vanuit gaat dat deze raming voor 100 procent uitkomt. Het CPB heeft zich over de zorguitgaven gebogen, omdat de zorg een belangrijke economische sector is. De raming wordt gebruikt als basispad om beleidsvoornemens in de zorg tegen af te zetten. Ook wordt de raming als input voor het kabinet gezien als er budgetten voor de zorg berekend moeten worden.

Het CPB heeft de raming gebaseerd op de demografische en epidemiologische ontwikkeling, de verwachte inkomensgroei (bbp), de reële loon- en prijsontwikkeling, reeds ingezet beleid en overige groei. De overige groei is gebaseerd op een lange, zoveel mogelijk beleidsneutrale referentieperiode (1990-2010). De raming is gemaakt voor drie hoofdsectoren: de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)/jeugdzorg.

In onderstaande sheet zijn de resultaten van de raming schematisch weergegeven en vergeleken met eerdere perioden. Het CPB raamt in de periode 2018-2021 een reële groei van 3,4 procent per jaar. Dat is minder dan in de periode 1990-2010, maar aanmerkelijk meer dan in de periode 2011-2017. Het CPB verwacht dat de Zvw in de komende jaren met gemiddeld 3,5 procent per jaar zal groeien, de Wlz met 3,1 procent en de Wmo/jeugdzorg met 3,3 procent.

Ontwikkeling collectieve zorguitkeringen en Wmo/jeugdzorg 1990 – 2021

	1991-2010	2011-2017	2018-2021
	groei in % per jaar		
Reële groei	3,9	1,1	3,4
Bijdragen aan reële groei:			
Demografische/epidem. factoren	0,9	1,3	1,2
Reële lonen en prijzen	0,7	1,0	0,7
Beleidseffecten	-	-2,4	-0,1
Inkomensgroei	1,3	0,5	0,7
Overige groei	1,0	0,7	0,9

De groei van de zorguitgaven (3,4 procent per jaar) ligt hoger dan de economische groei (1,8 procent per jaar). Uit de MLT-verkenning van het CPB blijkt dat de koopkracht in de

komende jaren niet toeneemt, wat voor een belangrijk deel is toe te schrijven aan hogere zorgpremies². Het begrotingsoverschot bedraagt in 2021 0,6 procent van het bbp. Het CPB heeft in de raming geen rekening gehouden met de ontwikkeling van dure geneesmiddelen. Ook is er alleen gekeken naar de collectieve uitgaven.

De verwachting dat de zorguitgaven in de komende jaren sneller zullen groeien dan de economie, kan reden zijn om beleidsmaatregelen te treffen die ervoor zorgen dat de uitgaven minder hard zullen stijgen. Het CPB heeft in 2015 de budgettaire effecten van ruim 100, door politieke partijen aangeleverde, beleidsopties doorgerekend³. Esther Mot gaf in haar presentatie een overzicht van 16 van deze maatregelen die ieder op zich de zorguitgaven na 10 jaar met minstens 200 miljoen euro kunnen verlagen en liet tevens zien wat de kosten dan wel opbrengsten van deze maatregelen zijn na vier jaar. Van deze maatregelen levert 'de wijkverpleging uit de Zvw halen' het meeste geld op (950 mln. euro), gevolgd door 'het verhogen van het eigen risico met 100 euro' (870 mln. euro) en de introductie van 'vouchers voor de inkoop van langdurige ouderenzorg' (620 mln. euro). Sommige maatregelen kosten eerst geld voordat ze geld gaan opleveren. Dat geldt bijvoorbeeld voor de maatregel 'medisch specialisten in loondienst en onder de WNT', die door het schadeloos stellen van zelfstandig werkzame medisch specialisten naar schatting na vier jaar 2,3 mld. euro kost en na 10 jaar 540 mln. euro oplevert.

Reactie Patrick Jeurissen

Patrick Jeurissen is bijzonder hoogleraar betaalbaarheid van de zorg aan de Radboud universiteit en daarnaast werkzaam als wetenschappelijk adviseur bij het ministerie van VWS. Hij wil de zaal een paar boodschappen meegeven. Als eerste vindt Jeurissen dat de Nederlandse zorg zich atypisch ontwikkeld heeft wat betreft budgettaire groei, als je het vergelijkt met andere Europese landen. Door de budgettering viel de groei van de zorguitgaven in het midden van de jaren negentig sterk terug om bijna een vol procentpunt onder het Europese gemiddelde uit te komen. Na afschaffing van de budgettering rond 2000 begonnen de zorguitgaven hard te stijgen waardoor ze in 2013 bijna 1,5 procentpunt boven het Europese gemiddelde uitkwamen. Ten tweede heeft Nederland sinds 2012 steeds een onderschrijding op het Budgettair Kader Zorg (BKZ), terwijl er in de vijftien jaar daarvoor altijd overschrijdingen waren. De vraag is waar die onderschrijdingen aan te danken zijn. Volgens Jeurissen komt dat door daling van het volume, of anders gezegd het aantal patiënten. In 2014 waren er 4% minder patiënten in de ziekenhuizen dan het jaar daarvoor. Is zo'n daling houdbaar? Volgens Jeurissen niet. De daling heeft een grens, zeker in een samenleving die vergrijsst. En daarmee staat de betaalbaarheidsvraag nog steeds overeind. Te meer daar de prijzen in de afgelopen jaren wel zijn gestegen en daarmee (door de daling van het aantal patiënten) de prijzen per patiënt. In internationaal opzicht is het aantal ziekenhuisopnames in Nederland overigens niet hoog. Volgens Jeurissen moeten we de volumes op peil houden, maar de prijs moet wel naar beneden. Men zou moeten kijken naar onnodige zorg en deze proberen terug te dringen. Op deze manier kan er meer efficiencywinst worden bereikt.

Efficiencywinst kan worden geboekt door actieve inkoop van zorg. Jeurissen heeft bekeken of de marktaandelen tussen aanbieders van zorg van jaar op jaar verschuiven. Dat kan een teken van selectieve inkoop zijn. Dit is echter heel weinig, ongeveer 2%.

² CPB (2016) *Middellangetermijn verkenning 2018-2021*, <http://issuu.com/centraalplanbureau/docs/cpb-boek-21-middellangetermijnverke/1?e=3688411/34522269>.

³ CPB (2015) *Zorgkeuzes in Kaart: Analyse van beleidsopties voor de zorg van tien politieke partijen*, www.cpb.nl.

De dagvoorzitter vat samen dat de daling van het aantal patiënten zeker niet blijvend is en de prikkels van instrumenten ook hun grenzen kennen.

Reactie Marcel Canoy

Marcel Canoy is zorgeconoom. Het doel van de CPB-raming is volgens Canoy niet een voorspelling dat dit gaat gebeuren, het is meer een conditionele voorspelling. We weten nog veel niet over de toekomst. We hebben bijvoorbeeld geen idee waar de jeugdzorg naartoe gaat. Men moet oppassen dat de raming niet leidt tot technische discussies over getallen en elasticiteiten. Dat zou ten koste gaan van wat men daadwerkelijk wil weten. Canoy raadt aan om te kijken of er beleidsmaatregelen zijn, die ertoe kunnen leiden dat de zorguitgaven op een verantwoorde manier binnen de grenzen blijven. Je moet daarbij niet alleen focussen op kosten en zeker niet op wat het in boekhoudkundige termen kost of oplevert. Dat is gebeurd door het CPB bij de berekening van de budgettaire effecten van de beleidsmaatregelen die politieke partijen hebben ingebracht; dat is nuttig, maar het is volgens Canoy geen economie. Hij pleit ervoor om de economische en maatschappelijke effecten van beleidsmaatregelen in kaart te brengen. Op die manier krijgen we inzicht in wat het werkelijk zal opleveren. Het is volgens Canoy ook nuttig om te kijken naar de determinanten van de stijging in de zorguitgaven. Als je namelijk weet dat het komt door vergrijzing, dan weet je dat er niet veel aan te doen is. Wanneer het komt doordat men meer inkomen heeft, is het ook niet erg als men meer besteedt aan zorg. Maar wanneer je hier iets aan kunt veranderen, kun je de uitgaven ook beïnvloeden.

Uit de raming is gebleken dat beleid relatief veel kan doen. We moeten op zoek gaan naar de beleidsmaatregelen die wat kunnen opleveren. Opleveren bedoelt hij dan niet in de zin van boekhoudkundig, maar in de zin van betere gezondheidszorg, economie, kosten, betaalbaarheid en toegankelijkheid.

Waar valt dan wat te halen? Volgens Canoy moet er gekeken worden of de middelen doelmatiger kunnen worden besteed. We zijn nog maar aan het begin van de kennis waar doelmatigheden behaald kunnen worden. Hij raadt het CPB aan om zich daar meer in te verdiepen en de boekhoudsommen de boekhoudsommen te laten.

Canoy vindt de situatie in de zorg nu anders is dan in het verleden. Hij ziet in commissievergaderingen dat er soms bizarre situaties in de zorg zijn ontstaan, waar wel wat aan gedaan kan worden. Technologische ontwikkelingen kunnen een deel van de groei uitmaken. Canoy pleit er wel voor met technologie hetzelfde om te gaan als met medicijnen. Met medicijnen wordt heel kritisch omgegaan en bij technologie laat men het allemaal maar gebeuren. Technologie mag heel veel kosten, zonder dat er echt kritisch wordt gekeken naar de gezondheidswinst die ermee te behalen valt.

Canoy vraagt de sociale partners eens goed te kijken naar de administratieve lasten. De meeste lasten worden veroorzaakt door de sector zelf. Canoy vraagt de sociale partners een top-5 op te stellen met die administratieve lasten, waar men gemakkelijk vanaf kan en die de meeste irritatie opleveren. Deze winst is voor iedereen, zowel voor de werkgevers als voor de werknemers. Als laatste vraagt Canoy de sociale partners zich te buigen over de grenzen van de solidariteit. Er wordt weleens gedaan alsof solidariteit een absoluut begrip is. Er zijn echter vele grijze gebieden. De sociale partners zouden eens moeten bekijken wat we wel en wat we niet willen. Dat is een mooie rol voor de SER.

Gesprek naar aanleiding van de reacties van Jeurissen en Canoy

Romke van der Veen vraagt aan Jeurissen hoe de prijs van de zorg omlaag kan. Jeurissen geeft aan dat de zorg een arbeidsintensieve sector is, er werken heel veel mensen in de zorg en zij krijgen een salaris. Het is lastig om dit salaris te verlagen. Volgens Jeurissen is een deel van de zorg echter niet productief. Nederlandse ziekenhuizen hebben zo'n 20

procent overhead, terwijl dit in Duitsland bijvoorbeeld 12 procent is. De politiek en sociale partners zouden hier dus naar kunnen kijken. Er zou volgens Jeurissen ook kritisch gekeken kunnen worden naar high-users (de 1 procent die de meeste kosten maken), doelmatigheid en het gebruik van dure medicijnen. We weten hier nog te weinig over. Hij gaf verder het voorbeeld van een spastische vrouw die 16 verschillende artsen zag, 11 verschillende therapeuten, een beroep doet op 30 verschillende voorzieningen en bij 14 verschillende organisaties om toestemming moet vragen voor deze voorzieningen. Dit zou veel efficiënter kunnen en moeten. Het is goed dat er zorg wordt gegenereerd op technologisch hoog microniveau, maar het is niet altijd even efficiënt.

Marcel Canoy geeft aan dat er bij de professionals in de zorg een negatief beeld hangt rond doelmatigheid, als zouden zij niet hard of slim genoeg werken. Daar gaat het volgens hem niet om, het gaat erom dat zij anders gaan werken. Canoy gaf het voorbeeld van een verzorgingstehuis waar demente ouderen veel vrijheid krijgen. Dit is beter voor hen, en niet eens duurder. Canoy pleit ervoor om in Nederland meer te experimenteren, zeker in de langdurige zorg. Er is veel mogelijk. De uitkomsten zouden vastgelegd dienen te worden.

Romke van der Veen vroeg beide heren nog in te gaan op doelmatigheid en het verhogen van de kwaliteit. In het model van 'managed competition' wat wij in Nederland hebben zou je verwachten dat de doelmatigheid toeneemt door selectieve inkoop, competitie en selectie op kwaliteit. Dat zou een logische stap zijn wanneer men het budget wil verlagen. Hoe kijken de heren aan tegen deze strategie om de zorgkosten te beheersen en de doelmatigheid te verhogen?

Canoy is niet pessimistisch over de toekomst. Wel vindt hij de rol van zorgverzekeraars in bepaalde sectoren relatief nutteloos, denk aan wijkverpleegkundigen en huisartsen. Je ziet hier de toegevoegde waarde van zorgverzekeraars niet. In de GGZ doen zorgverzekeraars volgens Canoy helemaal niets, omdat ze geen idee hebben wat kwaliteit is. Laten we dit gewoon toegeven en op zoek gaan naar een beter alternatief in deze sectoren.

Jeurissen vindt dat actieve inkoop ook een rol speelt. Een groot probleem volgens hem is de legitimiteit en onvoldoende intrinsieke motivatie. Er zouden wel een paar dingen gedaan kunnen worden. Op politieniveau moet de kwaliteit van zorg transparant zijn. De zorg moet centraal staan. Verder heeft het schuiven met budgetten wel enig nut. Er wordt gepraat over een laag volume van patiënten, maar de huisarts is daar een belangrijke uitzondering op. Dat wordt op dit moment nog niet goed geaccommodeerd, tenzij er met budgetten geschoven gaat worden. Tot slot is Jeurissen het met Canoy eens dat men veel meer aan evaluatie moet doen. Jeurissen noemt het effect van de eigen bijdrage in de GGZ in 2012. Dit leidde tot 17% minder patiënten. De kosten daalden echter minder snel, met 7%, waardoor de kosten per patiënt dus toenamen. Dit kwam onder andere door de sterke groei van gedwongen opnames (+70 procent) en crisisopnames (+ 30 procent). Het eigen risico is volgens Jeurissen een veel te bot instrument en het is gelukkig ook afgeschaft. Het is goed dat zo'n instrument dan wordt afgeschaft, het systeem is zelfreinigend dus. Dit soort evaluaties zou meer gedaan moeten worden en aan deze evaluaties moeten vervolgens bestuurlijke consequenties worden verbonden.

Discussie met de zaal

Romke van der Veen concludeert dat er een hoop op ons afkomt, dat een sterke stijging van de zorgkosten mogelijk is en dat zowel Jeurissen als Canoy weinig vertrouwen hebben in het grip krijgen op het huidige instrumentarium. De heren hebben wel benadrukt dat het nodig is om hier grip op te krijgen. Er is dus sprake van een probleem. Romke van der Veen vroeg vervolgens aan de zaal of zij vinden dat er een probleem is en waarom er een probleem is. Waar is eventueel ruimte voor een oplossing en hoe kan het probleem dan worden opgelost?

Een van de deelnemers vertelt dat solidariteit al zo'n twintig jaar leeft bij de SER en zoveel mogelijk wordt gewaarborgd. Hij vindt dat het in de analyse nu vaak gaat over de betaalbaarheid voor de overheid en niet over de betaalbaarheid voor burgers. De kwaliteit van leven dient volgens hem centraal te staan. Wanneer de kosten omlaag gaan, gaat dit vaak ten koste van loon en zekerheid voor werkenden in de zorg.

Maatschappelijke effecten

Vanuit de zaal wordt opgemerkt dat de sommetjes van het CPB erg dominant zijn, maar dat er weinig aandacht is voor de maatschappelijke kosten en gevolgen van beleidsvoorstellen voor de gezondheid van verschillende groepen burgers en de kwaliteit van leven. Juist de in dat opzicht meest interessante beleidsalternatieven worden door het CPB op PM gezet omdat de gevolgen niet te berekenen zijn. Esther Mot onderkent dit, maar volgens haar zijn er niet genoeg data beschikbaar om de maatschappelijke effecten vast te kunnen stellen. Over een onderwerp als preventie hebben mensen en ook de politiek hoge verwachtingen, maar het is heel moeilijk om het effect te bewijzen en boven water te krijgen. Economisch gezien is de zorg een hele lastige sector. Het is volgens haar van buitenaf lastig te zeggen aan welke knoppen men moet draaien om de zorguitgaven te verminderen. Dat zou meer door de sector zelf moeten worden bepaald, zoals door slimme hoofdlijnakoorden af te sluiten.

Er wordt gevraagd om bij berekeningen voor de toekomst, in het kader van solidariteit, niet alleen rekening te houden met één maatman, maar met verschillende figuren. Mensen in achterstandswijken hebben een heel andere problematiek dan mensen in andere wijken. Er zijn veel verschillende factoren die de berekeningen beïnvloeden, zoals culturele en seksuele diversiteit, arbeidsduur en arbeidsverleden.

Maatregelen om kosten te beteugelen

Een van de deelnemers geeft aan dat de werkgevers in de zorg in het algemeen niet heel enthousiast zijn over de beleidsmaatregelen van politieke partijen die het CPB heeft doorgerekend. Hij vraagt aandacht voor de invloed van technologische ontwikkelingen. Ziekenhuiszorg kan volgens hem in bijna de helft van de gevallen ook thuis worden verzorgd. Daar valt winst te behalen. Daarnaast zit in gedrag heel veel gezondheid verscholen. Wanneer men zich daar meer van bewust wordt, is er gezondheidswinst te behalen. Deze twee voorbeelden geven aan dat er goede manieren zijn om de zorgkosten te laten dalen.

Jeurissen bepleit dat er meer aan procesinnovatie wordt gedaan in Nederland. Kijk in dat verband ook naar een nieuwe aanbieder als buurtzorg en naar Parkinsonnet. Er moet wel gekeken worden wat de gevolgen van deze innovaties zijn voor de huidige set aanbieders. Kunnen zij dit aan of vraagt dit om veel nieuwe concepten en aanbod? De discussie zal dan uiteindelijk gaan over de vraag waar het geld voor de zorg uiteindelijk naartoe gaat. Er zal moeten worden gebouwd aan de zorg van de toekomst. Het werken met apps zal bijvoorbeeld belangrijk gaan worden.

Een van de sprekers vraagt aandacht voor dure geneesmiddelen in ziekenhuizen. Hij stelt het inbouwen van een sluis voor dergelijke middelen voor of wil aan het gebruik meer voorwaarden verbinden. Er zou goed onderzoek moeten worden gedaan naar de resultaten van middelen. De overheid zou kunnen kijken hoe ze onderzoeken kunnen aanjagen.

Een andere optie is om te kijken hoe die dure één procent van de bevolking die veel zorg nodig heeft niet geholpen kan worden met innovaties en daardoor minder duur kan worden gemaakt. Een geriater kan bijvoorbeeld al in de eerste lijn worden opgenomen. Deze groep mensen glipt nu nog op de een of andere manier vaak door de vingers van beleidsmaker.

Verder wordt vanuit de zaal aandacht gevraagd voor kostenverhogende perverse prikkels in het systeem. Canoy onderschrijft dit, maar wijst erop dat sinds 2006 er al veel perverse prikkels uit het zorgstelsel zijn verdwenen. Hij stelt voor dat het CPB en sociale partners een top-10 opstellen van maatregelen, die betaalbaarheid en kwaliteit combineren.

Uit de reactie van de deelnemers leidt Romke van der Veen af dat de groei van de zorguitgaven een probleem is, alhoewel dat relatief moet worden gezien. Hij vraagt zich af of er niet een nieuw probleem terugkomt als je het huidige probleem probeert op te lossen? Als je aan één kant van de zorg de kosten gaat knijpen, zullen de maatschappelijke kosten omhoog gaan. Het is echter wel een bedreiging van de solidariteit als de kosten van de zorg te hoog worden. De ruimte voor oplossingen die genoemd zijn zitten bij technologie, preventie, dure geneesmiddelen en doelmatigheid in de ziekenhuiszorg.

Betekenis discussie voor de SER

Welke rol zou de SER kunnen spelen gezien de discussie over de geraamde groei van de zorguitgaven?

Het is van belang dat er een goed evenwicht wordt gevonden tussen betaalbaarheid en kwaliteit. Dat is een grote uitdaging, ook in andere landen. We moeten kijken langs welk pad we de zorg willen veranderen. In vergelijking met andere landen valt op dat men in Nederland, Engeland en Canada vaak eerst begint aan de betaalbaarheidskant en daarna pas aan de kwaliteit toekomt. In Schotland was de volgorde omgekeerd. Zaken worden daar niet van bovenaf besloten, maar meer bottom-up aangepakt. Spreekster is een voorstander van deze bottom-up aanpak en pleit ervoor te kijken hoe de uitvoering van de zorg, de kwaliteit verbeterd kan worden. Volgens haar kunnen sociale partners hier heel goed bij aansluiten en procesveranderingen organiseren. Daarnaast zijn ook preventie en overheadverschillen interessante onderwerpen om dieper naar te kijken.

In aansluiting daarmee wordt gesuggereerd dat sociale partners kijken naar de aanpak van professionals. Hoe kan de zorg en de rol van de professional zo worden vormgegeven dat daarmee een verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid kan worden gerealiseerd? Het punt van administratieve lasten is heel interessant en moet worden aangepakt. Zo kan een bijdrage worden geleverd aan doelmatigheid.

Er wordt gesteld dat met procesinnovatie nog veel winst te behalen is. Er zijn alleen geen partijen die dit vanzelfsprekend oppakken. De SER is misschien een van de weinige platforms die problemen als hoge zorgkosten en maatschappelijke effecten kan oppakken en kan kijken wat er gebeurt op het terrein van procesinnovatie en wat daarmee kan.

Ook wordt aandacht gevraagd voor het feit dat ziekte tot uitval van fitte werknemers leidt en dat de SER ook een bijdrage kan leveren aan het gezond houden van werknemers.

Conclusie dagvoorzitter

Romke van der Veen ziet een rode draad in de opmerkingen. De focus en analyse moeten sterk op de sector zelf gericht zijn. Denk aan de mensen binnen de sector en de processen daarbinnen. Focus daarbij op kwaliteit en doelmatigheid en de rol van de professional. De professionals moeten hierbij betrokken worden en laat het vanuit deze groep komen, van onderop dus.

Romke van der Veen is tot slot blij dat het CPB sommige zaken op PM zet, wanneer de berekeningen te moeilijk zijn. Dat is beter dan wanneer iemand uitspraken doet over zaken die hij niet kan weten. Van der Veen bedankt de sprekers voor hun bijdrage en vraagt aan Mariëtte Hamer om de middag af te sluiten met haar waarnemingen.

Afsluiting door Mariëtte Hamer

Het valt Mariëtte Hamer op dat we over de effecten van veel beleidsmaatregelen nog heel veel niet weten. Het zou goed zijn om eens op een rij te zetten waar we extra onderzoek naar willen doen. Dat gaat dan om onderzoek in traditionele zin, maar ook door het veld in te duiken. Het is ook goed om gegevens van verschillende instituties zoals CPB en SCP bij elkaar te brengen. Omdat we heel veel niet weten, moeten we oppassen dat we niet te snel conclusies trekken.

Verder vraagt Hamer zich af of doelmatigheid nou wel het goede woord is. Het wordt door veel mensen alleen financieel geassocieerd. Zij praat liever over doelgerichtheid, in de zin dat de zorg zo wordt gericht dat het doel wordt bereikt, dat mensen beter worden of met hun ziekte kunnen omgaan en dan wel zodanig dat het ook betaalbaar is voor de samenleving als geheel; dat heeft net een ander accent.

Het onderwerp preventie komt heel vaak terug op bijeenkomsten over de gezondheidszorg, dus daar zal meer over moeten worden doorgedacht bij de SER, bijv. over de meetbaarheid ervan. Er zijn veel initiatieven op dit terrein. Het zou goed zijn om die eens op een rijtje te zetten.

De punten die deze middag zijn langsgekomen en van groot belang zijn, zijn experimenteren, nieuwe technologieën en leren van wat professionals tegenkomen en hoe zij zelf kansen zien hoe ze hun werk kunnen verbeteren. Waar het deze middag niet over is gegaan, is het onderscheid tussen cure en care. Volgens Hamer is dit onderscheid aan het verdwijnen en is dit ook relevant voor de betaalbaarheid van de zorg. Zij sluit af met de oproep aan de commissie SZG om door te denken over wat de SER kan betekenen voor de gezondheidszorg.