

VOORGERECHT - KANSEN

De crisis creëert een omgeving waar juist kansen en vernieuwing kunnen doorbreken. Bijvoorbeeld innovatie op gebied van techniek, arbeidsmarkt, besturingsmodellen, zorgorganisatie, of preventie.

- Is de crisis een momentum om nieuwe businessmodellen en samenwerkingsvormen te entameren en tot wasdom te brengen, vanuit het belang van de consument?
- Hoe voorkomen we dat de gevolgen van de crisis verandering en innovatie niet belemmeren maar juist een stimulerende omgeving vormen?
- Welke technologische initiatieven zouden we nu moeten versnellen?
- Hoe kan de crisis het personeelstekort in de zorg helpen oplossen?
- Wat is daarvoor nodig? Wat verwachten we daarvan?
- Hoe kan zelfzorg en preventie een grotere rol spelen in de zorg? Welke initiatieven zijn daarvoor nodig?

TAFEL 1 – KANSEN

- Efficiency zoals in bedrijfsleven ook in ziekenhuizen doorvoeren. (Bijvoorbeeld 'Lean', six sigma)
- Functionele bekostiging 1^e lijn gebruiken voor voorkomen cq. financieel onaantrekkelijk maken van verwijzing naar 2^e lijn
- Vereveningsmodel ZN neutraal maken tussen 1^e en 2^e lijn
- Ziekenhuizen: naast basiszorg ook keuze maken om bepaalde zorg niet te leveren
- Technologische innovaties: investeren in zelfmanagement

TAFEL 2 – KANSEN

Alle zorg die je in de 1^e lijn kunt geven, uit het DBC-systeemKansen worden in 'armoede' gecreëerdFlexibiliteit, taakdifferentiatieRegelgeving flexibeler en niet verschuilen achter de regelsMensen die innoveren moeten daar zelf profijt van hebbenVeel innovaties zijn er in de zakenwereld. Kijk daarna en pak ze op in de zorg Gedragsveranderingen ontstaan spontaan als er pijn geleden wordt. Je zult de noodzaak om te veranderen moeten voelen voor je bereid bent om mee te gaan in stevige veranderingen. In het bedrijfsleven lijken veranderingen vaak zoveel gemakkelijker geaccepteerd te worden. Waarom zo'n andere houding van medewerkers ten aanzien van veranderingen in de zorgwereld? Wat kunnen we leren?

Als je ziet dat jouw baan op de tocht komt ben je veel meer bereid om je flexibeler op te stellen. Van 'ik wil alleen werken op de momenten die mij uitkomen' naar een flexibele arbeidsverhouding op het moment dat duidelijk wordt dat er anders geen baan en dus geen inkomen beschikbaar is. Ook taakdifferentiatie komt bij schaarste in beeld. Denk aan herintreders die graag terug willen in het arbeidsproces. Ook vrouwelijke artsen.

- Substitutie van zorg van de 2^e lijn naar de 1^e lijn. De DBC structuur werkt dit tegen. Vandaar de opmerking: alle zorg die je in de 1^e lijn kunt geven uit de DBC systematiek halen.
- Alle mensen die naar de 2^e lijn willen omdat ze de bevindingen van de 1^e lijn niet geloven, de kosten zelf laten betalen. Mocht blijken dat de 1^e lijn iets heeft laat liggen, dan uiteraard corrigerend optreden.
- De overheid werkt aan deregulering. In de praktijk echter ervaart de zorgverlener door de vele maatregelen van zorgverzekeraars alleen maar meer regels. De regelgeving moet flexibeler!

- Mensen die hun nek uitsteken om te innoveren moeten beloond worden voor gelopen risico's.
- De consument/patiënt loopt op dit moment voorop als het gaat om verspreiding van innovaties. Domein denken/schotten moeten waar mogelijk worden beslecht.
- Denk vanuit de ziekte van een patiënt en welke functionaliteiten de patiënt op zijn weg zal tegen komen en denk niet vanuit domeinen.
- Hoe kan de rol van de aanvullende verzekering worden geoptimaliseerd? Denk aan de Japanse drukpakken voor bijvoorbeeld de reumapatiënt. Innovaties die in het bedrijfsleven al bestaan moeten ook snel beschikbaar zijn in de zorg.
- Het gaat niet alleen om technische innovaties maar zeker zoveel om sociale innovaties. Technische innovatie heeft een lang tijdsbestek nodig. Met sociale innovatie is veel sneller en een veel grotere korte termijnwinst te behalen. Dat is dus waar de politiek zich in eerste instantie op moet focussen.
- Houd op met de indicatiestelling in het kader van de AWBZ
- Creëer gezonde verhoudingen tussen specialisten en raden van bestuur in ziekenhuizen.

TAFEL 3 - KANSEN

Hoe kunnen we nu echt innoveren en versnellen in de zorg?

Er is vaak sprake van een te grote afstand tussen het management en de werknemers. Het gebeurt te vaak dat werknemers zich niet betrokken voelen bij de strategie van hun werkgever, omgekeerd hebben de leidinggevenden vaak een verkeerd beeld over wat er nu speelt op de werkvloer. Deze "gap" moeten we met z'n allen zien te dichten want juist die betrokkenheid van werknemers is hard nodig om veranderingen en meer innovaties door te voeren. Hoe kunnen we deze gap dichten? People management is het antwoord. Leidinggevenden dienen personeel te motiveren en meer aan het woord te laten. In het kader van de krapte op de huidige arbeidsmarkt biedt dit kansen. Immers een eerste stap om arbeidskrachten te werven is te laten zien dat de Gezondheidszorg een goede sector is om werkzaam in te zijn; waarbij de ruimte wordt geboden voor interactie. Daarbij moeten we leren om buiten de gebaande paden te opereren, de huidige regelgeving remt de innovatie in de zorg. Organisaties zouden juist beloond moeten worden voor innovatie (dus niet resultaten meteen als bezuinigingen boeken) en mogelijkheden moeten krijgen om na succesvolle experimenten structureel door te kunnen gaan.

TAFEL 4 - KANSEN

- Financiering - Innovatieve technieken vooral in het A segment moeten veranderen. Financiering in A en B segment drijft nu abusievelijk de financiering. Wellicht moeten instellingen het Eigen Vermogen aan gaan spreken en daarmee investeren in innovatie. Ook wordt er gesuggereerd dat er wellicht terug gegaan moet worden naar de ontwikkelingsgeneeskunde. Veel innovaties halen wel de design fase maar komen dan niet verder. Wat beter moet is het rendement van innovaties in kaart brengen, er zijn immers heel veel positieve business cases door innovatie maar die komen onvoldoende over het voetlicht.
- Organisatie inrichting - Organisatie inrichten zodat het goed gaat met innovatie. Dit is belangrijk om personeel mee te krijgen. Soms heeft het duidelijk een shift van Paradigma nodig. Raden van bestuur moeten in staat zijn te sturen op innovatie. R&D - Veel onderzoek wordt nu centraal gefinancierd en daarmee ook voor een deel centraal bepaald. De suggestie is om de afweging van wat er in onderzoek geïnvesteerd wordt beter op een lager niveau kan plaatsvinden.
- Eerste Lijn - Innovatie vooral richting en vanuit eerste lijn wordt er voorgesteld. Innovatie zal plaats moeten vinden om een herverdeling van de eerste lijn zorg te bewerkstelligen.

Eerstelijns doet veel dingen waar ze niet geschikt voor zijn en die prima door niet medici zou kunnen worden uitgevoerd. Verder zou ook de herverdeling tussen eerste en tweede lijn anders kunnen. Dichter op elkaar. Chronische ziekten naar de 1^e lijn. Laten we de ketenzorg maar even parkeren.

- Samenwerken - Wat kunnen we met beperkte middelen? Dwingen om innovatief maar efficiënt te zijn. Dus lijkt samenwerking erg voor de hand liggend. Er moet een attitude verandering komen. Er moeten schotten doorbroken worden.
- Overheid - De overheid gaat niet helpen met innovatie. Ze hebben de kennis niet en ze hebben de positie er niet voor. Bovendien, ze weten het niet. Het zorgveld moet accepteren dat dat zo is en zelf innoveren. Nu is de situatie dat de overheid de instellingen niet vertrouwt en vice versa.
- Meer focus vanuit de overheid op health en farma. – Er is geen politiek draagvlak en economische stimulans voor health en farma. Zo wordt de farma sector niet gezien door het zorg innovatie platform. Overheid moet life sciences als toekomst van Nederland zien.
- Bereikbaarheid van resultaten van innovatie - Toegang van patiënt en huisarts tot nieuwe geneesmiddelen moet verbeteren. Er is geen incentive om voor resultaat te betalen, om mensen beter maken.
- Netwerken - Bestaande goed werkende methoden via netwerken verspreiden. Instellingen moeten meer van elkaar leren. Het kopiëren van best practices naar anderen werkt het snelst. Instellingen moeten de richtlijnen en uit hoofde daarvan goed registreren. IJkpunten moeten er zijn.
- Standaardisatie - De overheid moet een keus maken voor 1 systeem voor zorg op afstand. Standaardisatie maakt opschaling mogelijk. Arbeidsmarkt innovatie - Artsopleidingen en specialisten opleiding en verpleegkundige opleidingscapaciteit op pijl houden en eventueel uitbreiden. Zorg dat de werkweek wordt uitgebreid.

TAFEL 6- KANSEN

- De crisis is een zegen: want 'onder druk wordt alles vloeibaar'.
- Winst zit in optimalisatie van het logistieke proces. Minder kosten, sneller geholpen. Investeren voor zorginstellingen is veel moeilijker dan voor bedrijven.
- Medisch specialisten zitten op een eigen eiland en houden zich niet bezig met organisatie vrijstukken, strategie en kosten.
- Nu kansen op de arbeidsmarkt benutten voor de zorg. Mensen nu opleiden, daar in investeren en op lange termijn binden.
- Crisis is goed: Weinig geld zorgt voor veel creatievere oplossingen. Patiënt centraal levert veel arbeidsbesparende maatregelen op.
- Patiënten hebben heel veel simpele ketenproblemen in de zorg.
- Meehelpende patiënten in het ziekenhuis/instelling
- Arbeidsbesparende maatregelen waarbij de patiënt van kan profiteren
- Niet investeren in bouw en de apparatuur van Philips die alleen maar meer patiënten opleveren. Opleggen één ICT-systeem is nu mogelijk (Deens systeem)
- Beperken salaris van specialisten levert weinig op: 10k specialisten 2.20 miljard 220k/pp. Op 60 miljard zou 30% korten op specialisten slechts 1% opleveren. Kortom: de crisis accelereert noodzakelijke veranderingen, zorgt voor een betere arbeidsmarkt en een andere logistiek kan vele tientallen processen voordeel opleveren.

TAFEL 7- KANSEN

Het is zeker dat er bezuinigingen op ons afkomen; als jij het voor het zeggen hebt wat zou je dan (direct) willen veranderen”. Met de genoemde items was eigenlijk iedereen het eens.

- Saneren kan alleen nog door innoveren
- Vereenvoudig ClZ – toetsing achteraf
- Nieuwe toelatingsovereenkomst medisch specialisten
- Regel taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen ziekenhuis en medisch specialist
- Meer ruimte voor differentiatie per regio
- Echt investeren in ICT met vergoeding achteraf
- Marktwerking moet zijn: ruimte voor nieuwe ontwikkelingen

TAFEL 8 - KANSEN

- Aanbesteding 1 landelijk EPD, bedrijfstak wordt eigenaar
- Daar zorg leveren waar deze het meest adequaat is (van 2^e lijn naar 1^e lijn), structuurdiscussie
- Preventie
- Pakketverkleining
- Inkomen specialisten op Balkenende-norm
- Landelijke inkoopcombinatie
- Dure zorg na 75+ niet meer leveren

Deelnemers aan onze discussie waren zeer gemêleerd; zorg ondernemer, adviseur, verzekeraar, aanbieders in 1e lijn en 2e lijn. Als uitgangspunt van de discussie werd gesteld dat er een bezuiniging werd opgelegd door de overheid van 20%. Hiermee werd gepoogd dat er keuzes gemaakt zouden moeten worden i.p.v. dat de kaasschaafmethodiek zou worden gehanteerd. Dat effect bleef toch wat uit. De gevoerde discussie leek zich niet te onderscheiden van soortgelijke discussies een jaar geleden. Standpunten, voorstellen en conclusies lijken wel weer wat extremer en harder te zijn geworden. "Inkomens van specialisten beperken tot de Balkenende norm" geeft aan dat er onvrede is over het toegenomen inkomen van specialisten daar waar juist gestreefd wordt naar stabilisatie. "Dure medicatie onthouden aan terminale patiënten" geeft aan dat er ethische discussie te voeren is over dergelijke situaties. De tijdgeest lijkt rijper te worden voor dergelijke lastige keuzes. Praktische voorstellen als een "landelijk inkoopcentrum voor de zorg" of een "aanbesteding landelijk Elektronisch Patiënten Dossier voor alle zorgaanbieders", lijken een meer realistisch karakter te krijgen dan voorheen maar struikelen over de complexiteit van niet afgestemde belangen. De gezondheidszorg in Nederland is niet genationaliseerd, er wordt juist naar marktwerking gestreefd, dan zijn dergelijke initiatieven daar juist aan tegenovergesteld. Het meeste draagvlak bij alle deelnemers ging over "Pakket verkleining", "Preventie" en "Structuur discussie (zorg verplaatsen van 2e lijn naar 1e lijn)".

Opvallend was dat er snel gesproken werd over relatief veilige onderwerpen. Het blijkt buitengewoon lastig om bloot te geven welke keuzes men zou maken in eigen huis om minder renderende of overbodige activiteiten te veranderen. De wens is dat er snel echte vrije en volledig marktwerking binnen maatschappelijk/politiek gestelde kaders gerealiseerd kan worden zonder budget caps. Daar waar de financiële kaders overschreden worden is een 2-delige in zorgconsumenten de enige weg. De vraag is of een ieder daar wel klaar voor is, zo niet dan ligt een genationaliseerde gezondheidszorg snel weer op de loer en moet de overheid zelf de keuzes maken die alle betrokken stakeholders nu niet kunnen maken. Een bezuiniging van 5% kan er altijd wel doorheen, misschien dat de minister wat duiding moet geven waarop bezuinigd moet worden (bijvoorbeeld de structuurdiscussie, of overcapaciteit) opdat er gezocht wordt naar innovatieve en creatieve ideeën om dat te realiseren. Dan kan de financiële crisis een hefboom worden van nog betere zorg.

TAFEL 9 - KANSEN

- Anders werken, leren van het bedrijfsleven.
- Meer focus op preventie in combinatie met verhogen pensioengerechtigde leeftijd.
- Crisis noopt tot het aangaan van slimme allianties. Omgekeerde gebeurt ook: in jezelf keren en eigen omgeving beschermen.
- Investeren in werk. Dit is de 'oude reflex'. Waarom meer werk? Waarom meer mensen naar de zorg? Los eerst de inefficiëntie op!
- Verhoog opleidingsniveau, dit leidt tot hogere efficiëntie. Focus op ICT waar de patiënt wat aan heeft.
- ICT maakt transparantie en kwaliteit van de zorg beter zichtbaar.
- Crisis is moment om grootschalig in ICT te investeren. Vooral ook voor de periode erna.
- "De crisis wordt wel heel romantisch zo; we gaan ineens allemaal mooie dingen doen"

TAFEL 10- KANSEN

- Momentum leidt in eerste aanleg tot belangenafweging De meningen over nieuwe business modellen en samenwerkingsvormen waren zeer verschillend. Het merendeel van de tafel zag wel in dat dit het moment is om open te staan voor nieuwe modellen en dat samenwerking ook noodzakelijk is. Wel speelt hierbij een rol in hoeverre je kennis gaat delen en anderen hier toegang tot geeft (belangenafweging). Gaan anderen met jouw kennis geld mee verdienen (commercieel)? Hoe gaat het bijvoorbeeld bij IJsselmeer Ziekenhuis: Wordt zorg welke verlieslatend is niet bij anderen ondergebracht? Een voorbeeld dat besproken is de zorg t.a.v. diabetici. Verlegging van zorg richting de huisarts. In Amersfoort is hier jaren geleden al stichting opgericht waar dit op uitstekende wijze is geregeld. Een samenwerking tussen ziekenhuis, huisartsen en diabetievereniging.
- Innovatie = los van kredietcrisis Conclusie hier was dat we innovatie eigenlijk los moeten zien van de kredietcrises. Vanuit de crises zullen wel enkele prikkels gaan maar de basis moet liggen in de sector zelf en de prikkels in het kader van marktwerking.
- Weinig ondernemerschapservaring = Conclusie hier was dat er in de kern nog te weinig ondernemerschap in de branche zit. Er wordt nog te weinig over eigen grenzen heen gekeken (o.a. door ziekenhuizen). Men is nog te bang om keuzes te maken en onderling afspraken te maken. Het gebeurt wel, maar nog te weinig. Er zit bij bestuurders nog weerstand maar veelal ook bij de specialisten. Hierbij kwam ook nog naar voren dat de specialisten te veel macht hebben waardoor ondernemerschap ook niet altijd mogelijk is.
- Eigen verantwoordelijkheid = Patiënt/preventie. Je zou bij de patiënten meer eigen verantwoordelijkheid neer kunnen leggen door een prikkel in te bouwen dat men gezonder gaat leven. Denk aan premie verhoging als je rookt of korting als je niet rookt. Maar ook aan korting al je meer sport e.d. De zorgaanbieders zouden beter hun kwaliteit moeten meten. Iedereen was het er over eens dat dit moet gebeuren en uiteindelijk ten goede komt aan de kwaliteit van de zorg. Of het ook echt mogelijk is, daar waren de meningen over verdeeld.
- Faillissement? = Hier waren de meningen ook verdeeld over waarbij de meerderheid tegen een faillissement was met als belangrijkste reden dat er dan een angst cultuur ontstaat wat ten koste zou gaan van de innovatiekracht / innovatie initiatieven.

TAFEL 11- KANSEN

- Pak financiële structuurfouten versneld aan.
- De crisis is het moment om het boekwaardeprobleem op te lossen. Breng de afschrijving van vastgoed terug tot reële termijnen, zodat op de balans straks de reële waarde van zorginstellingen is terug te vinden. Een herwaardering van het zorgvastgoed dus. Neem

afscheid van de jaargrenssystematiek. Termijnen van vijf tot zeven jaar zijn voor zorginstellingen natuurlijker dan een jaarlijkse cyclus. Hef de blokkades tussen de verschillende financieringsstromen op (m.n. tussen de ZVW en AWBZ).

- Stel niet langer het kostendenken, maar waardecreatie centraal. Instellingen moeten daarom voortaan worden afgerekend op kwaliteit in plaats van kwantiteit (productie!).
- Herdefinieer het zorgdomein. Wat valt binnen het taakbereik van de zorg en wat niet? Dit betekent uiteindelijk meer eigen verantwoordelijkheid voor de cliënt/patiënt.

TAFEL 12 – KANSEN

- Innovatie is des professionals
- Probleemstelling: krapte op de arbeidsmarkt (tekort aan hoogopgeleid personeel) --> Therapie: binnen 6 maanden verplicht solliciteren bij zorg (met behoud WW)
- Probleemstelling Financiering (stroperigheid vergoedingen structuur; tegenwerkende prikkels) --> Therapie: koppelen financieringsbronnen (1 loket voor financiering), slecht de muren tussen wonen, zorg, welzijn en werk. Investeren in gezondheid, preventie honoreren, overheid als launching customer (regiefunctie zorginnovatie voor innovaties die buiten de normale kaders vallen)
- Probleemstelling: Gebrek transparantie kwaliteit --> Therapie: uitkomstindicatoren per DBC – zodat best practices bepaald en door patiënten gekozen kunnen worden (1^e, 2^e en 3^e lijn)
- Probleemstellingen: implementatie kost teveel tijd // belang van vraaggestuurde zorg // noodzaak en wens om de processen en de logistiek te verbeteren // voorbij de kruidenierigheid // professional moet vertrouwen verdienen door meer transparantie
- Therapien: minister moet eindplaatje 2012 schetsen (onzekerheid is fnuikend voor innovatie, bijv. wel of niet winstgevend?) // eigen bijdrage patiënten per consult, behandeling etc. // basispakket ter discussie stellen // ziekenhuis moet winst kunnen maken // specialisten niet meer vrijblijvend de koers van ziekenhuizen laten bepalen // gezondheidsbevorderende financiering

De financiële crisis creëert ook een omgeving waarbij onze sociale en financiële verantwoordelijkheid op scherp wordt gezet. Wat kunnen zorgproviders en verzekeraars meer doen om een verantwoord financieel beleid te voeren zodanig dat we toegang tot goede zorg blijven waarborgen.

- Om overheidsingrijpen te voorkomen/remmen kunnen we zelf initiatief nemen om kosten efficiënter te opereren. Wat en hoe?
- Toont de crisis het ongelijk aan van de 'economy of scales'? Gaan organisaties door de crisis terug naar de menselijke maat?
- Zet de crisis het solidariteitsprincipe van het stelsel (verder) onder druk? Hoe reëel is het gevaar van een tweedeling binnen de maatschappij?
- Zijn faillissementen noodzakelijk om ons wakker te schudden?
- Welk verantwoordelijkheden moet de consument krijgen?

TAFEL 1 – VERANTWOORDELIJKHEDEN

- Zelf de handschoen oppakken (met name regionaal)
- Meer keuze voor de consument, maar meer eigen bijdragen en meer preventie
- Aandacht voor logistiek en inkoop (leveranciers ook meedoen)
- Quality drives out costs (veiligheid, minder fouten, opleiden)
- Meer naar de 1e lijn
- Sneller B-segment uitbreiden
- Faillissementen nodig? 60% van de tafel vond: ja

TAFEL 2 – VERANTWOORDELIJKHEDEN

- Maak specialisten medeverantwoordelijk voor het financiële resultaat en voor de geleverde kwaliteit. Laat dat terugkomen in hun inkomen. Specialisten krijgen daar inspraak voor terug.
- Zowel RvB als dokters moeten meer kijken naar de wereld om hun heen.
- Substitueer in vergelijkbaar goedkoper alternatief waar het kan
- Perverse prikkels weghalen. Aan tafel was er veel aandacht om de perverse prikkels voor specialisten weg te halen en een gezonde werksituatie te laten ontstaan tussen artsen en bestuurders in ziekenhuizen.
- De voortdurende discussies tussen specialisten en bestuurders beperken de innovatie mogelijkheden. Maak specialisten medeverantwoordelijk voor het financiële resultaat en de geleverde kwaliteit. Met gevolgen voor hun inkomen. Dit zowel in positieve als negatieve zin. Geef de specialisten daar inspraak/zeggenschap voor terug!! Zowel specialisten als bestuurders moeten in veel situaties hun ogen openen voor de wereld om hen heen.
- Substitueer dure naar goedkope alternatieven, daar waar een gelijkwaardig en goedkoper alternatief product wordt aangeboden. De patiënt die dit goedkopere gelijkwaardige alternatief niet wil accepteren zal zelf een financiële bijdrage moeten doen.
- Focus op afgesproken uitkomsten in de zorg. Niet uitsluitend op de normen.
- Tot slot:
 - Vergeet nooit de menselijke maat.
 - Elk financieringssysteem heeft perverse prikkels in zich.

TAFEL 3 – VERANTWOORDELIJKHEDEN

Welk effect heeft de huidige crisis op de gezondheidszorg? Brengt de crisis alleen maar schade, of liggen er ook kansen? Is de sector wel voldoende doordrongen van de urgency en kansen? Plaatst de sector zich voldoende in the politieke picture van dit moment? Dat moet béter! Zie Obama: investeren in Zorg en Onderwijs lonen nu het best!

Ook in dit vraagstuk speelt innovatie een centrale rol. De voornaamste kansen om te innoveren liggen nu in de verbetering van de gezondheid in grote groepen van de bevolking en als tweede in het realiseren van een besparing in arbeid. Om dit te bewerkstelligen is het van aanzienlijk belang om lange termijn (minimaal 5 jaar 'Deltaplan') afspraken te maken met de verschillende stakeholders (zorgverzekeraars, huisartsen, ziekenhuizen, specialisten, farmacie). Een randvoorwaarde hierbij is een investering in informatie technologie en bestaande infrastructuur.

TAFEL 4 – VERANTWOORDELIJKHEDEN

- Zorgverzekeraars moeten sturen op verbeteringen bij de instellingen en het ontwikkelen van initiatieven. Cq aandacht voor verbeterprogramma's in de ziekenhuizen.
- De NZa moet open staan voor input vanuit de sector. De NZa wil best belemmerende regels wegnemen. Het is belangrijk dat niemand zich gaat verschuilen achter regels.
- Zorg dat de ICT initiatieven van onderaf opgebouwd worden. Als overheid, richt je je alleen op de standaarden. Minder landelijke initiatieven, meer regionale. Zorg dat er risico genomen wordt en laat het verder gebeuren.
- In deze tijd is het goed om het zorgaanbod en levering van zorg te garanderen door middel van een goede basisvoorzieningen. Eerder dat, dan voorwaarts of achterwaarts te integreren.
- De farmacie heeft een negatief imago. De farmacie kan in deze fase beter naar partnerships kijken. De wil moet getoond worden om gezamenlijk verantwoordelijkheid te nemen.
- Governance - In deze tijd is het ook goed kritisch te kijken naar de Governance van instellingen. Wanbestuur moet nu aangepakt worden. Verder wordt de suggestie gedaan om het toezicht ook aansprakelijk te stellen.

- Investeren in opleiding en ICT. Numerus fixus opheffen.

TAFEL 6 – VERANTWOORDELIJKHEDEN

- Maak een persoonlijk EPD i.p.v. een beroepsbeoefenaar EPD (Kaiser Permanente model)
- Als het goed gaat in de zorg is het de verdienste van de dokter, gaat het slecht dan is het de schuld van het management
- Bescherming slecht functionerende dokter stoppen, trekken hele ziekenhuis mee. Eerder afscheid nemen
- Verantwoordelijkheid nemen om de kosten te verlagen en de efficiency te verhogen (zoals in het bedrijfsleven)
- Patiënt heeft eigen verantwoordelijkheid voor woningaanpassingen, rollator, e.d. Dit soort voorzieningen uit pakket dus. Ze worden dan vanzelf gekocht en verkocht via Marktplaats.
- Faillissementen moeten kunnen gebeuren! Zijn voor een gezonde markt is dat essentieel. Het overeind houden van middelmatigheid etc. leidt tot luiheid.
- Een no-show rekening voor de patiënt landelijk invoeren
- Meerdeling in de zorg accepteren, wel drempel leggen voor de basis zorg. Toegang tot de zorg moet voor een ieder gewaarborgd blijven.

TAFEL 7 – VERANTWOORDELIJKHEDEN

- Kwaliteit wordt bepaald door menselijke maat en schaalgrootte, de kunst is: grootschalig georganiseerde grootschaligheid
- Makkelijke toegankelijkheid
- Afschaffen in-effectieve zorg
- Evidence based
- Monitoren en afrekenen
- Bereiken leereffect
- Integriteit en vertrouwen in en tussen zorgaanbieders

In deze discussieronde is naast bovenstaande items relatief lang stil gestaan bij de Basisverzekering; verschillende opties zijn besproken, zoals: pakketbepalingen c.q. keuzes maken in pakket; (hogere) eigen bijdrage om ongebreidelde zorg tegen te gaan; we denken teveel in natura; consumenten zijn gebruikers; bonuspunten middels niet roken, bewegen etc.

TAFEL 9 – VERANTWOORDELIJKHEDEN

- De discussie startte met vraag/statement: “Het gaat niet om de crisis.” Hoe rijk zijn we als land (aardgasbaten e.d.)? Het is een tijdelijk iets, zorg is maar een klein deel van het totaal. Moeten wij het nu oplossen? Laten we niet alles overhoop halen.
- Wat mag zorg kosten? Zorgkosten zijn niet goed verdeeld. Uitgangsprincipe moet zijn: meebetalen aan zorg voor de aller zieksten.
- Laten we duidelijke regels stellen en de consument aanspreken op zijn gedrag: Roken mag, maar dan extra premie betalen.
- Geen nieuw hart voor mensen ouder dan 70. In huidige situatie kan je een behandeling nauwelijks weigeren.
- Accijns op tabak verhogen. Dat leidt tot minder roken en bovendien de opbrengst naar zorg laten gaan.
- We moeten overbehandeling definiëren
- De klant moet aan het roer. Dat lijkt een open deur, maar er is discussie of dit wel ergens toe leidt en of de patiënt dit wel aankan.

- Er moet een iens.nl voor de zorg komen. Patiënten die beoordelen, naast de bestaande toetsen. Leidt tot betere zorg.
- Welke waarde kent klant toe aan de zorg? Vergelijk Mercedes versus Skoda; ook al gaan ze even lang mee, waarde is toch anders. Dit principe kan veranderen in tijden van crisis. Waarde moet dus inzichtelijk gemaakt worden.
- Provincies hebben 'stille reserves', zoals grootgrondbezit. Kunnen we daar niet iets mee?
- Probleem onder ogen zien: vorig jaar 1700 mensen naar Bangkok voor een operatie; is namelijk beter en sneller... Ook naar Duitsland voor een nieuwe knie, inclusief revalidatie; goedkoper dan hier.

TAFEL 10 – VERANTWOORDELIJKHEDEN

- Samenwerking is betere optie dan meer schaalgrootte (over ego's heenstappen)
- Ziekenhuizen: kiezen op basis van inhoud
- Ander besturingsmodel: specialisten verantwoordelijk maken maar niet voor geheel
- Verantwoordelijkheid in governance beter regelen
- Gildenstructuur doorbreken

TAFEL 11 – VERANTWOORDELIJKHEDEN

- De marktwerking moet consequent worden doorgezet. Dit impliceert een zakelijkere kijk op eventuele faillissementen. Faillissementen bieden juist de kans om historische en bestuurlijke ballast kwijt te raken.
- Schaf overbodige instanties af, zoals het CIZ, de zorgkantoren en het Capaciteitsorgaan.
- De zorg moet af van een cultuur waarin bestuurders geen afstand durven te nemen van falende collega's.
- Verminder bureaucratie en vereenvoudig procedures. Lees een NZa-beleidsregel en het wordt duidelijk waarom innovatie zo moeizaam verloopt.
- Klantpositie duidelijk maken, zorgkantoor kan weg, moet wel gegarandeerd zijn
- Hoe beter je werkt, hoe minder je verdient → dat moet anders!
- Weg met subsidies

TAFEL 12 – VERANTWOORDELIJKHEDEN

- Probleemstelling Verspilling (overconsumptie / processen / toeleveranciers verdienen teveel op de zorg / complexe aandoeningen maken ondoelmatig gebruik van de zorg) → Therapie: ondernemerschap en prioritisering.
- Probleemstelling Onervarenheid (conservatieve cultuur / kramp / kosten gaan voor de baten uit, maar niet gewend risico's te nemen → Therapie: experimenteeruimte / loslaten
- Probleemstelling Arbeidsmarkt → Therapie: verplicht solliciteren in de zorg, sociale dienstplicht
- Overige uitspraken probleemstellingen: kwaliteitsbeleid van de maatschappen // risico dat we met de goede dingen nu ook de ziektes uit het bedrijfsleven aan het importeren zijn // big is not beautiful
- Overige uitspraken therapieën: slechten van de muren in de financiering // tijd voor draconische maatregelen (zoals: verhouding ziekenhuis en specialist veranderen) // liberaliseren, dereguleren // patiënt meer zeggenschap over geld