Onderzoek Regelfetisjisme in de zorg

Genoeg gevinkt

Nooit eerder werden de activisten en ontregelaars die al jaren de overvloedige regelgeving in de zorg op de korrel nemen zo massaal gesteund. Gaat het bureaucratische monster eindelijk bedwongen worden?

Pierre de Winter beeld Kamagurka
17 april 2019 – verschenen in nr. 16

Zo’n veertig wijkverpleegkundigen zitten geïnteresseerd te luisteren In een zaaltje. We zijn in woonzorgcentrum Margaretha van de Overijsselse ouderenzorgaanbieder IJsselheem, fraai gelegen aan de gracht in het historisch centrum van Kampen. De zon schijnt.

Achter de ruiten lonkt de binnentuin van het complex. Men heeft er zin in.

Deze zorgprofessionals gaan leren schrappen. Ze gaan straks met elkaar aan de slag om de administratieve rompslomp en regelgeving waar ze in hun werk het meest last van hebben op een rijtje te zetten. En vervolgens moeten ze een plan van aanpak bedenken om daarvan af te komen.

Onder de vlag van de beweging (Ont)Regel de Zorg worden er overal in het land, in alle subsectoren die de zorg rijk is, schrapsessies georganiseerd. En al die sessies zitten voor het komende jaar al bijna helemaal vol. Want de zorg is in opstand en het moment om het regelfetisjisme, de vinkjescultuur en de bureaucratische terreur terug in hun hok te stoppen, lijkt daar te zijn.

De zorgprofessionals werden nog nooit zo ruimhartig ondersteund in hun strijd tegen het veelkoppige monster. In 2017 krijgt de protestbeweging van de huisartsen, luisterend naar de naam Het Roer Moet Om, gezelschap van denktank (Ont)Regel de Zorg, ontstaan ten burele van sectorverzekeraar VVAA, die met veel succes een eerste schrapconferentie organiseert. Als eind dat jaar de huidige ministersploeg op VWS aantreedt maakt ze met veel gevoel voor publiciteit de strijd tegen administratieve lasten en doorgeslagen regelgeving prioriteit nummer 1. Het ministerie biedt zichzelf aan als partner/regisseur van de beweging. Afgelopen mei wordt een meerjarig actieplan gepubliceerd en sindsdien spant VWS zich in om de resultaten uit schrapsessies te laten opnemen in sectorplannen, waaraan 'het veld' – zorgverzekeraars, koepels van zorginstellingen, patiënten- en beroepsverenigingen en accountants – zich dient te committeren.

Begin dit jaar wordt zelfs een speciaal adviseur tegen de regeldruk benoemd. Oud-minister Rita Verdonk lijkt geknipt voor die baan. Het is niet meer de zorgprofessionals tegen de regelbedenkers, maar heel Holland dat schrapt.

In het Kampense woonzorgcentrum Margaretha worden om warm te lopen *en groupe* enkele bekende boosdoeners doorgenomen. 'De vijf-minutenregistratie', roept de moderator, 'wie

doet daar nog aan?' Ongeveer de helft van de mensen in de zaal gaat staan.

De vijf-minutenregistratie is misschien wel het meest besproken management-exces in de zorg. Het instrument dicteert dat zorgverlener 1 bij mevrouw Jansen twintig minuten mag besteden om haar te helpen met douchen en vijf minuten om haar steunkousen aan te trekken. Daarna mag zorgverlener 2 – hoger opgeleid, dus duurder – nog vijf minuten langskomen voor een injectie. Als mevrouw Jansen dan vertelt dat haar kat is gestorven, kan geen van beide zorgverleners haar daarover te woord staan, helaas, want die handeling kan niet geregistreerd worden en dus wordt er niet voor betaald.

Deze landelijke richtlijn – de vijf-minutenregistratie is nooit een wettelijke verplichting geweest – heeft zich sinds hij in 2000 werd bedacht in het zorgbestuurlijk landschap ingevreten. De overheid propageerde hem en zorgverzekeraars hadden er een handig, meetbaar instrument aan om zorgverleners te dwingen efficiënt te werken. Toezichthouder de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) kon er mooi de zorgverzekeraars op controleren. En voor accountants in de sector was het ook een overzichtelijke *tool* om de rechtmatigheid van de omzet van zorginstellingen te bepalen. Bestuurders van veel van die instellingen waren al deze 'stakeholders' maar al te graag ter wille. Gevolg: zorgverleners werden massaal ingekapseld in een knellende managementlogica.

Jarenlang was de vijf-minutenregistratie mikpunt voor publicisten. En de politiek praat al tien jaar over afschaffing. De staatssecretarissen Jet Bussemaker en Marlies Veldhuijzen van Zanten probeerden ervan af te komen. Staatssecretaris Martin van Rijn bedacht er een alternatief voor (met de naam 'planning = realisatie'), dat slechts her en der werd overgenomen. Pas de huidige minister Hugo de Jonge zal mogen poseren als de bedwinger ervan.

De Jonge zette bij aantreden de vijf-minutenregistratie boven aan zijn *hitlist*. 'Het veld' wees steeds naar toezichthouder NZa als de boosdoener wiens beleidsregels nog altijd vijf-minutenregistratie zouden vereisen. Dat was al lang niet meer zo en dus vroeg de NZa of ze als trekker van het traject mocht fungeren. Na het ja van het ministerie riep de toezichthouder alle partijen bij elkaar aan tafel:

verzekeraars, zorgprofessionals, zorgaanbieders, accountants en toezichthouders. In dat gezelschap werd het volledige declaratieproces in de wijkverpleging *en detail* doorgenomen om te achterhalen waar die richtlijn toch bleef hangen.

Het bleek overal te zijn. Er was sprake van een keten van gestold wantrouwen, waarin iedereen doodsbenauwd was om door een boven hem of haar gestelde te worden afgerekend als gedeclareerde zorg niet kon worden verantwoord. Verandering was ongemakkelijk en financieel ongewis. Pas als ze van de zorgverzekeraars te horen kregen dat ze er niet op zouden worden afgerekend, durfden de zorgverleners te bewegen. En ook de zorgverzekeraars en hun accountants moesten gerustgesteld worden door de NZa.

Driekwart jaar en meerdere samenkomsten waren nodig om voor alle deelnemers de kou uit de lucht te halen en te komen tot een gezamenlijke aanpak om de vijf-minutenregistratie naar het rijk der fabelen te verwijzen. 2019 is het overgangsjaar; per januari 2020 moet het echt klaar zijn. 'Maar zelfs toen we de tekst van het convenant al hadden voorliggen werd het nog spannend', zegt VWS-woordvoerder Daphne Kerremans. 'De minister moest nog met de vuist op tafel slaan om van alle partijen het commitment te krijgen.'

Mission accomplished, zou je denken. Maar zo'n drie maanden later blijkt in woonzorgcentrum Margaretha de helft van de deelnemers nog altijd braaf te registreren. Twee deelneemsters verwoorden waarom: 'Wij weten er in de organisatie nog niet zo goed raad mee. Vijftien jaar lang is deze manier van werken er bij onze mensen ingeramd. En straks mag het niet meer? Hoe moeten we dan aantonen dat de zorg die we declareren rechtmatig is? En wat zeggen we tegen onze accountant? Die wil nog steeds dat we registreren.'

Een landelijke richtlijn die niet eens verplicht is, waar vrijwel iedereen al tien jaar vanaf wilde, waar een jaar intensief over is gesproken in de allerhoogste gremia met als resultaat een convenant ter afschaffing, wordt gewoon nog overal in het land braaf uitgevoerd. Als de verhoudingen in een zaaltje in Kampen maatgevend zijn voor het land, dan wordt het nog een hele klus om er per 2020 daadwerkelijk van af te komen.

Veel van wat er misgaat in de regelgeving heeft te maken met wat directeur Kees Kraaijeveld van de Argumentenfabriek, als denkpartner betrokken bij de (ont)regelbeweging, het houdbaarheidsprobleem noemt. In zijn essay 'Hoe kunnen we de zorg blijvend (ont)regelen' schrijft hij: 'Bij het invoeren van nieuwe registraties wordt domweg vergeten er een houdbaarheidsdatum op te plakken.' Er mist een basaal hygiënisch besef onder bedenkers van regels dat door die voortdurende stapeling – en de handhaving door 'regelaars' – de situatie voor de mensen op de werkvloer onwerkbaar wordt.

Los daarvan speelt een ander fenomeen: slaafse volgzaamheid onder zorgbestuurders. Er zijn heus voorbeelden van organisaties in de thuis- en wijkzorg die zich nooit iets van de vijf-minutenregistratie hebben aangetrokken. Thuiszorgorganisatie Buurtzorg van Jos de Blok laat zich er al sinds de oprichting in 2006 niets aan gelegen liggen. En in de gehandicaptenzorg bevecht de JP van den Bent Stichting uit Deventer al vele jaren vrijstelling van regelingen die ze in strijd acht met de primaire bedoeling van de organisatie, namelijk professionals in staat stellen om vanuit hun expertise de best mogelijke zorg te leveren.

In de woorden van bestuurder Ruud Klarenbeek van deze stichting: 'Wij zien dat die regels en voorschriften met de beste intenties worden bedacht. Maar als vervolgens de prikkel binnen onze organisatie steeds meer verschuift naar de vraag of we "aan de voorwaarden voldoen" in plaats van de vraag of we kwalitatief het goede doen, dan moeten we in gesprek met de bedenkers om te kijken of we hun intentie op een andere manier waar kunnen maken.' Klarenbeek doet dat al jaren, met succes. 'Het betekent wel dat je als organisatie steeds eerst naar jezelf moet kijken, want je moet goede motieven hebben om het anders te gaan doen. Je moet ook kunnen laten zien dat dat mogelijk is en je moet de angst voorbij dat er sancties zullen volgen als je niet blind doet wat er gevraagd wordt.'

Helaas, de angst regeert. Het geeft te denken dat op zoveel plaatsen in zorgend Nederland een dergelijke richtlijn nog zoveel invloed heeft. Zorgbestuurders en raden van toezicht mogen zich dat aantrekken, te meer daar de klachten over de administratieve lasten in de zorg niet van gisteren zijn. Als de schrapsessies iets aan het licht hebben gebracht, is het dat er overal in het land door zorgverleners regels worden uitgevoerd die al lang niet meer verplicht zijn of het nooit waren. Kortzichtigheid van leidinggevenden, macht der gewoonte, onwil tot verandering en, waarschijnlijk de meest voorkomende reden: liever op safe spelen dan achteraf spijt krijgen.

En dus bleef de frustratie groeien. Over driedubbel registreren voor meerdere uitvragende partijen; over het feit dat er nooit feedback komt op het geregistreerde en over het gevoel bezig te zijn met het creëren van een ‘schijnwerkelijkheid’ die het leveren van goede zorg eerder in de weg zit dan faciliteert.

Volgens onderzoek door (Ont)Regel de Zorg in 2017 zijn zorgverleners gemiddeld veertig procent van hun tijd kwijt aan

administratieve taken. In de ziekenhuizen is het aantal vakjes dat artsen moeten aftikken ten behoeve van de zorgkwaliteit de afgelopen tien jaar minimaal vertienvoudigd, getuige rapporten van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en KPMG Plexus.

Een gemiddelde GGZ-aanbieder schrijft volgens het rapport *Het roer moet om in de GGZ* zo'n drieënhalfduizend A4'tjes (één kilometer papier) vol op jaarbasis om zich te verantwoorden naar de zorgverzekeraars.

Voor de thuiszorg, de wijkverpleging en de langdurige zorg tot slot is het stelsel sinds 2015 – toen de decentralisatie van het sociaal domein naar de gemeenten plaatsvond – aanmerkelijk complexer geworden. Met name het feit dat elke (combinatie van) gemeente(n) haar eigen inkoopsystematiek en wensen ontwikkelde, heeft een enorme toename van administratieve lasten tot gevolg gehad. Sommige grote zorgverleners werken in meer dan honderd gemeenten. Miljoenen moesten er geïnvesteerd worden, in administratieve medewerkers, administratiesystemen en kantoorruimte.

Er heeft in de afgelopen tien jaar in de zorg daadwerkelijk een ware bureaucratische explosie plaatsgevonden. De grote vraag: waar komt die vandaan?

Er heerst groeiende consensus dat zaken als valrisico en pijnbestrijding overgelaten moeten kunnen worden aan de professionaliteit van de zorgverlener

Hoewel marktwerking maar al te vaak ten onrechte wordt opgevoerd als de bron van alle kwaad in de sector moet ze op dit dossier toch wel als een belangrijke oorzaak worden aangewezen, vindt Roland Bal, hoogleraar *healthcare governance* aan de Erasmus Universiteit. 'Overal waar geprivatiseerd wordt en dus marktpartijen tot een voorheen publieke activiteit worden toegelaten, neemt de behoefte aan structureel toezicht en dus data om dat toezicht mogelijk te maken exponentieel toe.' Daarnaast is ons zorgstelsel razend complex, gekenmerkt door een diffuse bestuurlijke verantwoordelijkheid. (*zie kader*)

Wat daarbij ook niet geholpen heeft, is het onvermogen van de Nederlandse overheid om tot een digitale infrastructuur te komen

die data op een veilige manier door het hele systeem beschikbaar maakt. Dat feit zorgt ervoor dat ziekenhuizen nog altijd geen patiëntgegevens kunnen uitwisselen en dat huisartsen, medisch specialisten en verpleegkundigen, fysiotherapeuten en psychologen vaak meerdere IT-systemen moeten hanteren om hun medische handelingen administratief tot een goed einde te kunnen brengen. Suboptimale zorg, tijdverlies en frustratie zijn het gevolg.

Daarnaast mogen wat betreft de langdurige en de thuiszorg de decentralisaties in het sociaal domein van 2015 niet ontbreken als bronnen van de bureaucratische epidemie.

Het gebied waarop de administratieve lasten het hardst uit de bocht zijn gevlogen, is het kwaliteitsdenken in het ziekenhuis. In aanloop naar de invoering van het nieuwe stelsel in 2006 kreeg de inspectie opdracht om voor de medisch-specialistische zorg een basisset met dertig prestatie-indicatoren samen te stellen met onderliggend 250 variabelen, op basis waarvan ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra aan hun zorgkwaliteit moesten gaan werken. Een lastig proces, maar in overleg met de beroepsverenigingen kwam die er.

‘Die lijst heeft zich sindsdien enorm ontwikkeld’, zegt Bal. ‘Met name door de almaar evoluerende wensen van de beroepsverenigingen, die hun vooruitgang boekstaven.’ Groter wordt de basisset van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) overigens niet. Als sinds jaren hanteert de inspectie de regel dat als er een indicator bij komt er ook weer een af moet. Een zeldzaam hygiënisch besef in toezichtsland.

Maar naast de basisset van de IGJ ontwikkelden de zorgverzekeraars hun eigen vraag naar kwaliteitsgegevens ten behoeve van hun zorginkoop. Allemaal hun eigen set, in eigen format, wat voor een enorme explosie zorgde. Sinds al weer heel wat jaren proberen ze daar onder druk van en samen met de sector grip op te krijgen. In overleg met de sector en patiëntenorganisaties werd binnen het Zorginstituut de zogenoemde nationale transparantiekalender opgezet, waarin alle indicatoren eenduidig en in hetzelfde format worden genoteerd.

Het is een volledig andere lijst dan de basisset van de IGJ, met een ander doel samengesteld. Maar hij zorgt voor meer eenduidigheid. Voor komend jaar zijn zelfs dertig onderwerpen afgesproken waarop voor de zorgverzekeraars geen onderlinge concurrentie mogelijk is en die dus in de contracten met zorgverleners geüniformeerd kunnen worden.

‘Beide indicatorenlijsten – openbaar per slot van rekening – werden echter ook weer populair bij clubs als patiënten- en ook beroepsverenigingen’, zegt Bal. ‘Die zeiden: hé, daar kunnen wij ook wat mee!’ Een proces van selectief winkelen kwam op gang, waarbij een groeiende groep instituten en belangenbehartigers indicatoren ging opleggen met het oog op kwaliteitscertificering. Het roze lintje voor borstkanker, het keurmerk Seniorvriendelijk Ziekenhuis, de Freya Pluim voor zorg rondom vruchtbaarheidsproblemen, de Groene Vink voor goede stomazorg. Het zijn er alleen in de Nederlandse zorg al zo’n honderd.

De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) zag begin dit jaar op de golf van schrapwoede haar kans schoon om daarmee af te rekenen. Ze kondigde aan de certificeringen bij de umc’s te gaan afschaffen: eind 2019 moet vijftig procent verdwenen zijn. Volgens de NFUmoet één centrale accreditatie voor het hele ziekenhuis voldoende zijn om aan te tonen dat er goede, veilige zorg wordt geleverd.

Traditioneel heeft het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ) het in ons land voor het zeggen als het om accreditatie van ziekenhuizen gaat. Maar het Amerikaanse JCI, dat internationaal meer aanzien geniet, rukt op. ‘Daarvoor moet je een boekwerk van vierhonderd pagina’s doorwerken waarin staat beschreven waaraan kwalitatief goede zorg moet voldoen’, zegt Frederieke Vriends, onder andere oud-manager kwaliteitsmanagement bij wat toen het VUmc heette (tegenwoordig Amsterdam UMC). ‘Van de voorbereiding en uitgifte van medicatie tot hoe de facilitaire dienst ervoor moet zorgen dat kinderen niet bij gevaarlijke schoonmaakmiddelen kunnen komen.’

JCI is een typisch Amerikaans product: zeer gedetailleerd, gericht op vinkjes zetten om te zorgen dat juridische aansprakelijkheid is afgedekt. Het past niet echt bij de Nederlandse juridische context en

er wordt volop getwijfeld aan het nut ervan, omdat het gevaar van 'defensieve geneeskunde', gericht op het minimaliseren van aansprakelijkheid, er alleen maar groter door wordt.

Hoofd intensive care Hans van der Hoeven van het Radboudumc is dan ook kritisch op de JCI-accreditatie, die ook zijn ziekenhuis in de zomer van 2017 verwierf. 'Er is bij ons tegenwoordig ruimte om te discussiëren over de vraag of we straks de accreditatie moeten verlengen. Weer door die hoepel springen, terwijl je je moet afvragen of dat nog meerwaarde heeft.'

Dan is er een heel nieuwe categorie van externe 'spelers' die zich met de kwaliteit van de ziekenhuiszorg bezighouden: de kwaliteitsregistraties. Deze organisaties stellen per aandoening indicatorensets op aan de hand waarvan ze de kwaliteit van de geleverde zorg meten. Ze destilleren daaruit een landelijke benchmark waar alle deelnemende ziekenhuizen zich aan kunnen meten en helpen bij het analyseren van hun prestaties en het systematisch werken aan verbeterpotentie.

De kwaliteitsregistraties groeien snel, omdat ze de belofte herbergen voor ziekenhuizen om op bepaalde gebieden te excelleren. Ze zijn de voorboden van het fenomeen *value based health care,* dat momenteel opgang maakt in de zorg. Ziekenhuizen gebruiken dit Amerikaanse gedachtegoed om kwaliteitssprongen te maken in de disciplines waarin ze toonaangevend willen zijn.

Een onderdeel van value based health care is dat patiënten worden geraadpleegd over hun ervaring met de zorg en wat die betekent voor de kwaliteit van hun leven. Daarvoor worden speciale formulieren ontwikkeld, waarop patiënten deze *patient related outcome* en *experience measures (PROMs* en *PREMs)* kunnen invullen. Er zijn nog niet veel ziekenhuizen in Nederland waar PROMs en PREMs systematisch worden geregistreerd. Maar één ding staat vast: ze leveren een enorme stroom data op die in eerste instantie de administratieve lastendruk alleen maar zal doen toenemen.

Ook de kwaliteitsregistraties tonen zich overigens gevoelig voor de schrapwoede. Zes van hen hebben onlangs een gezamenlijk actieplan geformuleerd dat moet leiden tot meer eenduidigheid in

het vastleggen van zorguitkomsten. Doel: beter inzicht, maar ook lagere kosten en minder administratieve lasten.

Z**o'n drieduizend** kwaliteitsindicatoren telde Frederieke Vriends vier jaar geleden bij het VUmc. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) turfde er in 2017 bij de algemene ziekenhuizen gemiddeld 3400 en Roland Bal denkt dat de teller ondertussen op vierduizend staat. Maar welke definitie je ook volgt: het zijn er ondanks alle schrapdrang nog altijd veel en veel te veel.

Daarbij wordt steeds vaker onderscheid gemaakt tussen proces-, structuur- en uitkomstindicatoren. In de strijd tussen de nieuwe data-analisten en de schrapbeweging heerst een groeiende consensus dat de uitkomstindicatoren – sterftecijfers, complicaties, heroperaties – toch echt van belang zijn, maar dat de andere twee – zaken als valrisico, pijnbestrijding, *door to needle*-tijd – meer en meer overgelaten moeten kunnen worden aan de professionaliteit van de zorgverlener.

'Bureaucratie', schrijft Kees Kraaijeveld van de Argumentenfabriek, 'is mensenwerk.' Rond nieuwe regels, normen en indicatoren ontstaan altijd nieuwe banen en zelfs bedrijven. Kwaliteitsmanagers, *compliance officers,*data-analisten en consultants verdienen er hun brood mee en dat zijn er op de 1,2 miljoen mensen die in de Nederlandse zorg werken ondertussen op z'n minst vele tienduizenden. Allemaal zijn ze bezig om beheerssystemen op te zetten, ze te onderhouden dan wel erop te handhaven of ze te verkopen. Het is de afgelopen twintig jaar een bloeiende industrie geworden. 'Wie regels schrapt en de regelaars laat zitten', schrijft Kraaijeveld, 'zit zo weer opgescheept met een pakket nieuwe regels.'

Maar ook: aan regels hangen netwerken, betoogt Roland Bal. Het zijn afspraken waarmee een netwerk van spelers in een branche of markt niet alleen bepaalt wat mag en niet mag, maar ook wie welke macht krijgt om ze al dan niet te handhaven, wie mag meepraten over de regels, aan de tafels zit waar de macht wordt verdeeld. En die macht wordt doorgaans niet zomaar uit handen gegeven.

‘Je maakt wat gaten in een bouwwerk, maar dat bouwwerk blijft gewoon staan. Je weet niet of het er na het schrappen van regels beter of slechter van is geworden.’ Hans van der Hoeven initieerde als hoofd intensive care van het Radboudumc het experiment Zinvolle Registratie, een alternatieve manier om te proberen de regeldruk in het ziekenhuis aan te pakken. ‘Wat mijns inziens mist in al die schrapsessies is dat er doorgaans niet wordt nagedacht over wat dan het alternatief is voor de regels die je schrapt.’

Gezondheidswetenschapper en onderzoeker aan het Radboudumc Marieke Zegers schreef op verzoek van Van der Hoeven een onderzoeksopzet voor een experiment waarin op drie plaatsen in drie ziekenhuizen voor een periode van twee jaar het aantal te registreren indicatoren radicaal wordt teruggebracht.

De drie plaatsen zijn de intensive care (IC) van het Radboudumc, de oncologieketens voor maagdarm- en prostaatkanker die worden geleid door het Arnhemse Rijnstate en de zorg voor kwetsbare ouderen in het UMCG te Groningen. Op de IC van het Radboud werd het aantal indicatoren van 102 teruggebracht naar zestien.

‘Je maakt wat gaten in een bouwwerk, maar dat bouwwerk blijft gewoon staan. Je weet niet of het er na het schrappen van regels beter of slechter van is geworden’

De onderzoeksvraag: wat gebeurt er in de vrije ruimte die ontstaat als medici en verpleegkundigen aan kwaliteit werken zonder vinkjes te hoeven zetten. En wat voor effecten heeft dat op de kwaliteit van de zorg?

Begin vorig jaar werd begonnen en in 2020 moeten de resultaten verschijnen. ‘Wat wij in elk geval zien, is dat er op de IC van het Radboudumc geen calamiteiten zijn geweest en dat de veiligheid op alle proeflocaties in orde is’, zegt Zegers. Daarnaast is er wat zij noemt ‘heel fijne zorg’ ontstaan. De vinkencultuur had bijvoorbeeld de mondelinge overdracht bijna helemaal vervangen. ‘Die is nu terug. En daarnaast zien we een enorm enthousiasme bij de artsen en verplegenden, die er weer lol in hebben. We meten dat werkplezier overigens ook. Aangezien zelfs de CAO’s in de zorg dicteren dat de administratieve lasten omlaag moeten, lijkt me dat van groot belang.’

Overal waar Zegers spreekt over het experiment Zinvolle Registratie krijgt ze de handen op elkaar. Maar het daadwerkelijk van de grond krijgen van het project – het onderzoeksvoorstel dateert van 2015 – bleek geen sinecure. ‘Iedereen zei op voorhand: dat gaat je niet lukken.’ Al snel wist ze het project echter onder te brengen in de Innovatieplaats Cure van het ministerie van NVZ, waarmee experimenteerruimte beschikbaar kwam. De financiering kwam voor rekening van de NFU en het Zorginstituut.

Maar pas anderhalf jaar later wist ze de inspectie mee te krijgen voor tijdelijke ontheffing van de betreffende verplichte registraties. En daarna werd het nog lastiger. IC-dataverzamelaar Stichting NICE gaf ontheffing, net als de dataverzamelaar voor de oncologische ketenzorg Soncos. Maar Zegers ving bot bij enkele andere uitvragers en bij het Zorginstituut.

Vooral dat laatste was een tegenvaller. Binnen het Zorginstituut overleggen de belangrijkste ketenpartijen in het zorgstelsel systematisch over het kwaliteitsregime, ook over vermindering van het aantal indicatoren. En alle afspraken vinden hun weg naar een gezamenlijk document: de nationale transparantiekalender. Maar

binnen dat overleg wensten zowel de zorgverzekeraars als de Patiëntenfederatie niet mee te werken aan ontheffing ten behoeve van het experiment. Om redenen van patiëntveiligheid.

‘Die is niet in het geding’, zegt Zegers. ‘We meten wel degelijk, met een kernset van wat wij zien als zinvolle indicatoren. De inspectie heeft daar haar zegen aan gegeven en ziet er de meerwaarde van in. Daarnaast zijn we transparant over alles. En wat vragen we nou: zeer tijdelijke ontheffing voor één intensive care, twee oncologieketens in één ziekenhuis en één hematologieafdeling. Als het klaar is en de resultaten vallen tegen, dan gaan we gewoon weer terug naar de oude situatie. De risico’s zijn nihil. Maar dergelijke weigeringen zetten wel de validiteit van ons experiment onder druk.’

Het frustreert haar zeer, te meer daar afgevaardigden van zowel zorgverzekeraars als Patiëntenfederatie plaats hebben in de begeleidingscommissie die ze rond het project heeft geformeerd. ‘Het is bijna vervreemdend hoe deze clubs in zo’n commissie plaats willen nemen, maar als puntje bij paaltje komt toch niet meewerken.’

Gevraagd naar het waarom van die weigering laat Zorgverzekeraars Nederland weten de afspraken binnen het Zorginstituut over de landelijke transparantiekalender te willen blijven volgen. ‘Deze afspraken worden gesteund door patiënten, professionals en zorgverzekeraars.’ De Patiëntenfederatie zegt mee te willen werken aan elk initiatief waarmee de administratieve lasten voor medici omlaag gebracht kunnen worden, maar niet te willen tornen aan de patiëntveiligheid.

Afgemeten antwoorden. En op z’n minst opvallend, gezien het feit dat een project dat valt onder de Innovatieplaats Cure van het ministerie – waar juist experimenten de ruimte dienen te krijgen – zo gedwarsboomd kan worden door enkele belangenorganisaties.

Zegers legt zich er niet bij neer. ‘Wij zijn van plan om het politieke proces rond dit experiment ook te gaan evalueren. Als zeer kleinschalige innovaties door zulke regimespelers niet mogelijk worden gemaakt, geloof ik niet dat al die schrapsessies meer zijn dan *window dressing*.’

Zo ver wil Roland Bal niet gaan. ‘Ik denk dat deze schrapbeweging een goede zaak is. Het brengt een bewustwordingsproces op gang. We weten nu dat veel regels waar mensen over klagen regels van hun eigen organisaties zijn. We weten ook dat van veel regels de herkomst niet duidelijk is en dat even stilstaan bij de vraag of een regel (nog) zinvol is al heel veel kan oplossen. Veel kunnen ze dus zelf doen.’

Maar we weten ondertussen ook dat het erg moeilijk is om van regels af te komen. Regels zijn onderdeel van de netwerken die het in de zorg voor het zeggen hebben. Die netwerken hebben zo hun mechanismen die onderhuids vaak veel langer doorwerken dan zichtbaar is. En voor je het weet zijn er weer tientallen nieuwe regels en voorschriften bij, omdat de regelaars doen wat ze doen, weet Bal. ‘Zolang die mechanismen blijven bestaan en zorgorganisaties er braaf in blijven meegaan, bestrijd je met al die schrapsessies niet de oorzaken maar de symptomen.’

Een kleine greep uit het nieuws van het eerste kwartaal van dit jaar:

‘IGJ en NZa: pleidooi voor invoering wettelijke norm voor het hebben van een integere en professionele bedrijfsvoering’.

‘Veld is bang voor *naming and shaming* calamiteitentoezicht’.

‘Tijdelijke personeelsnorm verpleeghuizen wordt standaard’.

‘Nieuw keurmerk voor VVT in aantocht’.

‘Nieuw keurmerk voor zzp’ers in de zorg’.

‘NZa stelt nieuwe bekostiging wijkverpleging uit’.

‘Zorginstituut neemt regie over bij ontwikkeling Kwaliteitskader Cosmetische Geneeskunde’.

Een complex zorgstelsel

Ons stelsel van *gecontroleerde* marktwerking, dat beoogt de voordelen van marktwerking te combineren met de zekerheden van een publiek stelsel, is uitermate complex. Het kent drie toezichthouders: de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor de

werking van het zorgverzekeringsstelsel; de Autoriteit Consument en Markt (ACM) die zich bezighoudt met handhaving van de mededingingswet; en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd voor de kwaliteit van de zorg.

De private partijen die de regiefunctie hebben gekregen om de kosten van onze zorg te drukken – de zorgverzekeraars – zijn behalve regisseurs ook elkaars concurrenten. Allemaal hanteren ze een eigen verdienmodel en daarmee een eigen profiel richting de Nederlandse burger. En allemaal hebben ze om die reden verschillende voorwaarden voor contractering bedacht, die ze aan de zorginstellingen opleggen.

Dan is er het Zorginstituut, dat adviseert over de inhoud van de basisverzekering, de kwaliteit en inzichtelijkheid van de zorg bevordert en als enige van alle 'regimespelers' in de zorg op eigen autoriteit een besluit mag doordrukken (doorzettingsmacht). Binnen het zorginstituut overleggen de belangengroepen van de verschillende zorgverleners, de zorgverzekeraars en de patiëntenvertegenwoordigers hoogfrequent met elkaar over wat in het pakket mag en wat niet en hoe de kwaliteit van de zorg verbeterd kan worden.

En tot slot is er het ministerie van VWS zelf, dat zowel uitvoering als toezicht op de (vier) wetten die het zorgstelsel vormgeven heeft gedelegeerd aan zorgverzekeraars, toezichthouders en gemeenten. Het ministerie ziet zichzelf vooral als 'systeembewaker' en kan het zich veroorloven om op een dossier als de strijd tegen de woekerende regelgeving de positie in te nemen van – soms heus strenge – coach.

Al met al ontstaat zo het beeld van een typisch Hollandse polder waarbinnen veel onderhandeld wordt door partijen met deelbelangen en niet één partij het voor het zeggen heeft. Maar dus ook niet één partij met z'n hoofd op het hakblok ligt als er iets misgaat. Wat al die partijen de afgelopen tien jaar wél onverstoorbaar konden blijven doen, is normen opleggen, kwaliteitskaders ontwerpen en almaar toenemende hoeveelheden data uitvragen bij de zorginstellingen. Vaak in opdracht van de politiek, die bij calamiteiten en schandalen standaard in een beheersreflex schiet en dan 'maatregelen eist'.

uit nr. 16 – 17 april 2019