

Reactie op gestelde vragen

5.1.2e, 8 mei 2020

1) Welke ontwikkelingen als gevolg van de Coronacrisis die voor de lange termijn substantieel van invloed zullen zijn op de organiseerbaarheid en houdbaarheid van het zorgstelsel ziet u? Het kan hierbij zowel om lessen en kansen, als om belemmeringen en risico's gaan.

We zien in deze crisis dat gezondheid heel belangrijk is. We hebben altijd gestuurd op het beperken van de uitgaven aan zorg. Maar kijk even wat deze crisis kost. De hele lockdown was gericht op het toegankelijk houden van de IC's; qua capaciteit de zwakste schakel. Bedden en beademingsapparatuur heb je snel opgeschaald. Maar handen aan het bed niet. Dus personeelsproblemen in de zorg zouden wat mij betreft onverminderd hoog op de agenda moeten staan. Deze problemen zijn niet eenvoudig op te lossen. Meer salaris? Of andere vormen van waardering, andere -betere- arbeidsvoorwaarden? Misschien zou er nagedacht kunnen worden over een soort 'nationale reserve' van zorgverleners die inmiddels in andere sectoren van de economie werken, maar die in noodgevallen snel inzetbaar zijn. Bij Defensie en Binnenlandse Zaken (vrijwillige brandweer) is er vast veel kennis beschikbaar over wat daarbij komt kijken.

2) Hoe kijkt u naar de volgende vraagstukken in het licht van de aanpak van het coronavirus:

a. Is er regie nodig op domeinoverstijgende (regionale) samenwerking? Wat is de rol van de Rijksoverheid?

- Het crisismanagement rond de lockdown verliep uitstekend, vind ik. Snel gehandeld; duidelijke lijn. Maar op andere punten blijken we in ons land minder ervaring te hebben met centrale regie. Dat is niet zo raar, want daar is ons systeem niet op ingericht. Dus je ziet de zaken "stroperig" worden terwijl je ernaar kijkt. Bijvoorbeeld rond contactonderzoek (GGD-en wachten op opdracht ministerie; ondertussen lijkt het voor de buitenstaander alsof er niks gebeurt); of rond beschermingsmiddelen (de verdeelsleutel liet lang op zich wachten; centrale inkoop komt moeizaam op gang; partijen in de langdurige zorg klagen nog steeds).

- Regie is belangrijk op specifieke zaken (standaardisatie gegevensuitwisseling; ouderwetse infectieziektebestrijding compleet met gedegen testen en contactonderzoek; bieden van kaders voor e-Health e.d.) Maar ik denk dat we niet de fout moeten maken om van de zorg nu een soort planeconomie te maken. Aanbieders hebben laten zien dat onze zorg qua creativiteit en innovatief vermogen heel weerbaar is. Dat moet ondersteund en ingekaderd worden, maar niet kapot gereguleerd. Zie ook de bijdragen van [5.1.2e](#) (<https://www.zorgvisie.nl/centrale-sturing-is-overbodig-bij-opstarten-niet-coronazorg/>) en van [5.1.2e](#) (https://www.zorgvisie.nl/etz-topman-berden-nederland-lijkt-nog-niet-wakker-geschud/?tid=TIDP503791XD9AD210633D047CCA70D3BCA6E57E186YI4&utm_medium=email&utm_source=20200507%20zorgvisie%20nieuwsbrief%20-%20dagelijks&utm_campaign=NB_Zorgvisie) in Zorgvisie.

- In deze crisis is ook weer eens gebleken dat ziekenhuizen en medisch-specialisten machtige actoren zijn. Dat laat in theorie verschillende opties over voor een goede domeinoverstijgende samenwerking: (1) Laat de ziekenhuizen dit dan ook maar organiseren (met het risico dat de langdurige zorg altijd het onderspit delft in verdelingsvraagstukken); (2) Zorg voor een opwaardering van de langdurige zorg voor wat betreft bestuurlijke capaciteit, maar ook opleiding en salaris van medewerkers, zodat de langdurige zorg beter opgewassen is tegen de ziekenhuizen (met het risico dat dit leidt tot profileringsdrang die funest is voor de samenwerking); (3) Laat de verzekeraars dit organiseren, zoals bij de invoering van het nieuwe stelsel de bedoeling was. Daarvoor moeten verzekeraars wel meer macht krijgen t.o.v. de ziekenhuizen en ze moeten deze rol willen oppakken. Zolang zij werken in een

concurrerende omgeving waarin zij zich druk moeten maken over hun imago, is er sprake van een catch 22 situatie.

- De evaluatie van de crisis zal t.z.t. misschien leiden tot de vraag of reorganisatie van de GGD-en nodig is. Ze lijken nogal versnipperd te werk te gaan en er lijkt weinig centrale regie te zijn. Juist bij klassieke infectieziektebestrijding is dat belangrijk. Het RIVM kan GGD-en niet aansturen; GGD Nederland is een brancheorganisatie maar heeft het ook niet voor het zeggen. Dus wie stuurt hen aan? B&W van gemeentelijke samenwerkingsverbanden? Dat lijkt nu redelijk verlamdend te werken. Maar let op, ik kijk er als buitenstaander naar en baseer me op wat ik in de media lees en hoor. Dus misschien is de werkelijkheid minder somber.

b. Welke mogelijkheden biedt de crisis om bij het opstarten van de reguliere zorg te komen tot meer zinnige zorg?

- Burgers, met name ouderen, hebben laten zien dat ze heel goed zelf kunnen nadenken over wat voor hen belangrijk is en welke beslissingen over zorg daarbij horen. Veel ouderen hebben niet gekozen voor een opname op de IC omdat ze daar teveel kwaliteit voor leven zouden moeten inleveren. Ook ouderen die (nog) niet ziek zijn, hebben daar vaak al goed over nagedacht. Dus samen beslissen op basis van uitkomstinformatie is misschien wel belangrijker dan ooit. De huisarts speelt daarin een belangrijke zorg.

- Het maken van moeilijke afwegingen in tijden van schaarste: Nu is/was heel duidelijk dat er bij schaarste sprake is van verdringing. Die verdringing is er anders ook maar minder heftig en meestal onzichtbaar. Dit is de tijd om het maatschappelijk debat te voeren over welke zorg de meeste publieke waarde toevoegt. Dit is ook het moment om partijen in de zorg opnieuw te herinneren aan de afspraken over zinnige zorg. Alles wat op een 'beter niet doen' lijst staat (van de FMS en uit verbeteringsignalen van ZIN) moet sowieso niet meer opgestart worden. Kan de IGJ hierop toezien? Kan de NZa iets bedenken waardoor we daar ook niet meer voor betalen? Er lijkt mij met name regie nodig op onszelf als publieke partners om daarin blijvend samen op te trekken en tot een gezamenlijke agenda te komen.

- Het niet meer leveren van onzinnige zorg heeft vast her en der gevolgen voor de omzet van aanbieders, maar die budgetten liggen nu toch al volledig overhoop, dus nu is de tijd om daar regelingen voor te treffen (en daarin heeft de overheid -de NZa onder andere- wél een belangrijk rol, qua regie en denkkraacht).

- Overigens leren de ervaringen bij pakketbeheer dat over verdringing praten in algemene zin, dus wanneer niet precies duidelijk is welke groepen patiënten "at stake" zijn, nog redelijk goed te doen is. Maar wanneer zich specifieke situaties voordoen en wordt toegepast wat in algemene zin is afgesproken, lijken er nieuwe wetten te gaan gelden. Hoe kunnen we daar nu mee omgaan?

c. De crisis laat nu tijdelijk een grote opschaling van e-health en digitale zorg zien. Hoe kan deze tendens ook na de crisis worden vastgehouden?

- Opschaling e-Health: Her is belangrijk om gebruik maken van de ervaring die daar nu mee wordt opgedaan; snel een inventariserend onderzoek opzetten naar die ervaringen, zorgen voor standaardisatie en kaders (volgens mij zit nu iedereen zelf het wiel uit te vinden) en meer capaciteit vrij maken voor een loket/helpdesk van de publieke partners om vragen te beantwoorden en aanbieders te gidsen naar de juiste regelingen. Koppel dit aan regie op gestandaardiseerde digitale gegevensuitwisseling; daar ligt echt een belangrijke taak voor de Rijksoverheid.

- Privacy: Natuurlijk belangrijk, maar het gebrek aan eenduidige uitleg over wat wel en niet mag, staat een goede *real monitoring* van gezondheid en sterfte in de weg. Met name in de verpleeghuizen speelt dit nu, waar langs allerlei verre van optimale omwegen COVID cijfers moeten worden geschat. Hangt ook samen met regie op gegevensuitwisseling. Schep helderheid over wat mag of misschien zelfs moet.

d. Welke kansen, inzichten en mogelijkheden biedt de aanpak van het coronavirus voor de rol van preventie?

- Preventie: Blijft een moeilijk punt, vrees ik. De huidige situatie laat zien dat mensen bereid zijn hun gedrag aan te passen als er acuut gevaar is voor de gezondheid. Maar meer bewegen, afvallen, stoppen met roken, dat zijn allemaal zaken waar je vaak pas decennia later de vruchten van plukt. Daar heeft de evolutie ons niet voor toegerust. Dat je met overgewicht een groter risico loopt om op de IC te belanden, vormt misschien even een wake-up call, maar de mens is van nature geneigd dat soort zaken snel weer te vergeten en om zijn angsten weg te eten, drinken etc.

- Sociaal-economische gezondheidsverschillen. Ook nu weer trekken laaggeletterden, klein behuisden, arbeidsmigranten en andere kwetsbare groepen aan het kortste eind. Die sociaal-economische gezondheidsverschillen los je niet primair op via de zorg. Maar de zorg zou ze in elk geval niet groter moeten maken. Dus mooi dat Pharos de corona info versimpelde, maar begrijpelijke communicatie met haar eigen burgers ligt toch echt op het bordje van de overheid.