

Startnotitie

‘Lessen van de Coronacrisis: Governance van de zorg na de pandemie’

BC/FK/WJO, april 2021.

De coronacrisis heeft veel gevraagd van de zorgsector. Zij heeft ongekende veerkracht naar boven gehaald maar ook kwetsbaarheden uitvergroot. Hoe benutten we deze ervaringen? Hoe zorgen we dat we beter voorbereid zijn bij een volgende pandemie? Maar ook: wat leren deze ervaringen over hoe we de zorgsector als geheel sterker moeten maken?

De VU School of Governance wil bijdragen aan deze discussie. Daarom organiseren we op vrijdagmiddag 21 mei vanuit de Jaarbeurs Studio's een online middagconferentie rondom twee rondetafelgesprekken over de lessen van de coronacrisis.

In onze analyse zetten we twee aspecten centraal:

- 1) Gezondheidsrisico's en maatschappelijke belangenafweging (nadruk panel 1)
- 2) Governance van de Nederlandse zorgsector (nadruk panel 2)

Deze twee thema's hangen nauw met elkaar samen. Samen gaan ze over de manier waarop we zorg organiseren als onderdeel van onze samenleving. Een goed begrip van de governance van de zorgsector vereist dat we haar in haar maatschappelijke context zien. Tegelijkertijd heeft juist de coronacrisis laten zien dat de zorg niet een bijzaak is maar een centrale rol vervult in onze maatschappelijke organisatie.

1) Gezondheidsrisico's en maatschappelijke belangenafweging

Bij de weging van belangen gaat het over de verhouding tussen de maatregelen gericht op het indammen van gezondheidsrisico's – lockdowns in het bijzonder – en hun maatschappelijk impact. De centrale afweging hierbij is die tussen enerzijds de verspreiding van het virus en haar directe impact op de volksgezondheid (ziektegevallen, opnames en sterftegevallen) en anderzijds de impact van de maatregelen op de economie en maatschappelijk verkeer, op individuele vrijheden en welbevinden, en op algemene fysieke en geestelijke gezondheid. Naast deze algemene afweging speelt binnen de zorg de afweging in hoeverre de coronazorg beperkingen op de reguliere zorg rechtvaardigt.

Bij het beoordelen van de afweging tussen beheersingsmaatregelen en hun maatschappelijke impact moet steeds erkend worden dat het hierbij om *tragische keuzes* gaat waarbij offers onvermijdelijk zijn. Evengoed is de afweging onvermijdelijk; ook als we geen enkele beheersingsmaatregel hadden genomen was dat een afweging geweest met duidelijke (gezondheids-)kosten.

Een tweede complicatie bij de evaluatie van de gemaakte afwegingen is dat deze afwegingen gemaakt moesten worden onder omstandigheden van *structurele onzekerheid*. We wisten in eerste instantie weinig van het virus en haar verspreiding, en in wezen is onze kennis nog steeds incompleet. Bovendien waren de omstandigheden voortdurend aan verandering onderhevig. Zo lijkt er bijvoorbeeld een duidelijk seizoenseffect, maar is onze kennis

onvoldoende om de omvang en de werking van dat effect bij voorbaat exact in te schatten. Met elke maatregel veranderde aldus de omstandigheden, terwijl het tegelijkertijd onmogelijk was om een betrouwbare inschatting te maken van het verschil dat iedere maatregel maakte in vergelijking met een situatie waarin deze niet zou zijn ingevoerd.

Onder deze omstandigheden heeft het corona-beleid een sterk *incrementeel* karakter gehad. Die incrementaliteit betekende dat maatregelen veelal stapsgewijs werden ingevoerd en dat latere maatregelen doorgaans doorborduurdten op de maatregelen die eerder waren genomen. Ook betekende die incrementaliteit dat het niet echt is gelukt om de beleidskeuzes te systematiseren en te objectiveren, ook al zijn daartoe wel aanzetten gedaan, met name met behulp van de zogenaamde 'routekaart'. Bestaande beoordelingstechnieken (qaly's) lieten zich moeilijk vertalen naar de context van de coronacrisis. De praktijk bleek weerbarstiger en complexer dan dat bij voorbaat kon worden gecalculeerd.

Het criterium dat uiteindelijk dominant lijkt te zijn geweest bij het invoeren en temporiseren van de maatregelen is de '*druk op de zorg*' (bedbezetting/uitval reguliere zorg/IC capaciteit). Een zekere mate van besmettingen, opnames en sterftegevallen werd dus getolereerd, maar slechts zolang het de ziekenhuiscapaciteit niet te boven ging. Tegelijkertijd is de keuze om het gehele maatschappelijke verkeer stil te leggen om te komen tot maximale beperking van de verspreiding van het virus nooit gemaakt.

De kosten van de corona-crisis zullen zich nog lang laten voelen. Daarbij bestaan grote verschillen. Terwijl sommigen de draad waarschijnlijk weer gemakkelijk op zullen oppakken, heeft de coronacrisis voor anderen (zoals jongeren, kwetsbaren) een diepe en *blijvende impact*. Die doorwerking geldt ook voor de zorg. Pas op termijn kunnen we de balans opmaken van niet alleen de zorg die is geboden aan de corona-patiënten maar vooral ook van de impact op de zorgverlening aan reguliere patiënten.

Eerste vraagpunten:

- Is de medische wetenschap te dominant geweest in het bepalen van de beleidskeuzes?
- Is de economische impact van de maatregelen (ook op termijn) voldoende meegewogen in de beleidskeuzes? Zo niet, hoe hadden we dat anders kunnen doen?
- Is de sociale impact van de maatregelen (ook op termijn) voldoende meegewogen in de beleidskeuzes? Zo niet, hoe hadden we dat anders kunnen doen?
- Welke belangen hebben we over het hoofd gezien/tekort gedaan in deze crisis?

2) Governance van de Nederlandse zorgsector: zorgen voor de zorg

De zorg wordt in Nederland vormgegeven door een mix van publieke en private aanbieders die met elkaar zijn verbonden in een web aan regelgeving en governanceverbanden. De nationale stelselwetten leggen de kader vast door het formuleren van publieke randvoorwaarden, die de toegankelijkheid en betaalbaarheid moeten waarborgen, en van eisen aan de uitvoering en de uitvoerders. De uitvoering laat de rijksoverheid over aan

zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeentes en zorgaanbieders. Zij genieten in deze opzet aanzienlijke vrijheid in de inrichting van hun taken. Binnen de gegeven kaders oefent de rijksoverheid haar invloed met name uit over de financieringsstromen, waarbij zij met concurrentie en marktwerking ook probeert te prikkelen tot voortdurende verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid.

Vóór corona was er voortdurende discussie over de *houdbaarheid* van de bestaande zorgorganisatie. De rode draad in die discussie is dat de zorgvraag onvermijdelijk toeneemt naar de toekomst toe en dat de financiële en personele middelen beperkt zijn (zie bijv. VWS ‘Zorg voor de toekomst’). Vanuit die gedachte is er toenemende aandacht voor investeren in goede gezondheid en preventie om daarmee de zorgvraag te verkleinen. Een ander terugkerend punt is dat er in deze grote en complexe sector sprake is van vergaande fragmentatie waarbij de coördinatie vaak tekortschiet.

De coronacrisis verstoortte de bestaande balansen in de zorgsector en maakte kwetsbaarheden zichtbaarder dan ooit. Zorg kwam in het middelpunt van de maatschappelijke belangstelling te staan; in zekere zin werd het zelfs het draaipunt dat de rest van onze maatschappelijke bewegingsvrijheid bepaalde. De focus ging op de planmatige zorg en middelen werden ter plekke uitgebreid. De coronacrisis zette ook de focus op bepaalde handelingen: spoedeisende IC-zorg, testen, en vaccinaties. Veel tijd ging zitten in de bestuurlijke toedeling van deze taken en het creëren van de benodigde operationele capaciteit. Ook hier zien we dat de governance-structuur incrementeel is ontwikkeld en dat er niet echt een moment is geweest om deze te systematiseren.

De problemen die zich hebben gemanifesteerd wijzen op een aantal zaken. Ten eerste was de Nederlandse zorg *slecht voorbereid* op de noodfaciliteiten die moesten worden opgezet. De efficiencylagen van de afgelopen decennia en de personeelskrapte in de zorg eisten hun tol. De afstand tussen de landelijke beleidsmakers en de zorguitvoerders bleek groot. Gegeven de focus op quasi-marktmechanismen ontbrak het aan operationele landelijke organisatiestructuren. Zelfs het fijnmazige vaccinatiesysteem bleek geen vanzelfsprekende basis voor het systeem dat nu nodig was.

Ten tweede bleek de *flexibiliteit* binnen het systeem beperkt. De schotten tussen de verschillende soorten uitvoeringsinstanties (zoals de ziekenzorg en de langdurige zorg) compliceerden de aansturing van landelijk beleid en de maatregelen. Hoewel er alom bereidheid was om oplossingen te vinden en veranderingen aan te durven ontbrak het aan adequate structuren om dit soort initiatieven onderling af te stemmen.

In het bijzonder heeft de coronacrisis de zwakte van de zorgorganisatie op *regionaal niveau* zichtbaar gemaakt. Omdat het regionale niveau in het verleden niet systematisch is ingericht, leidde dat nu tot *ad hoc* keuzes. De regio-organisaties die we hebben zijn veelal organisch ontstaan en volgen steeds slechts onderdelen van de zorg (GGD, ROAZ, Veiligheids- en andere indelingen). Door de crisis werden de ROAZ organisaties belast met ongekende

verantwoordelijkheden waarop ze niet waren voorbereid en veelal niet de gewenste ervaring en middelen hadden. Initiatieven om te komen tot taakverdeling tussen ziekenhuizen onderling en met andere zorgaanbieders – bijvoorbeeld door het opzetten van centrale faciliteiten of voor efficiënte (IC-)zorg aan Covid19-patiënten – zijn onvoldoende van de grond gekomen.

Het is van belang om de ervaringen nauwkeurig te analyseren, ook om al te gemakkelijke reflexen die de crisissituatie ingeeft (bijvoorbeeld meer centralisatie en harmonisatie) te vermijden. In de genoemde ervaringen liggen belangrijke lessen besloten voor de organisatie van de zorg na corona: betere voorbereiding, grotere flexibiliteit en een sterkere regionale coördinatiestructuur. **Beter voorbereid zijn** vergt bovenal dat we de lessen van deze crisis documenteren en dat we kritische afhankelijkheden van noodzakelijke middelen (zoals IC-bedden, technologie, vaccins en geneesmiddelen) verminderen. **Grotere flexibiliteit** en **sterkere regionale coördinatie** zijn governance-vraagstukken die nauw met elkaar samenhangen. Versterking van de samenwerking in regionale netwerken kan een middel zijn om de flexibiliteit van de zorg en het schakelen tussen zorgaanbieders. Uiteindelijk moet dat bijdragen aan het doel om juiste zorg te verlenen, op de juiste plek, door de juiste mensen, en met het juiste budget.

Bovenal echter heeft de coronacrisis benadrukt dat we zorg moeten hebben voor de zorg. Te vaak wordt zorg te instrumenteel behandeld als een ingreep waarmee de patiënt weer uit de zorg naar een gezonde toestand wordt gebracht. Maar zorg heeft intrinsieke waarde, zorg is integraal onderdeel van onze maatschappelijke organisatie, en goede zorg behoeft aandacht en middelen.

Eerste vraagpunten:

- Heeft de coronacrisis laten zien dat de *afstand tussen beleidsmakers* en uitvoerders in de Nederlandse zorg te groot is geworden? Zo ja, hoe kunnen we deze afstand dan verkleinen?
- Heeft het *financieringsmodel* van de Nederlandse zorg – en met name de sleutelrol die zij geeft aan verzekeraars – de aanpak van de coronacrisis geholpen of gehinderd?
- Welke lessen biedt de coronacrisis voor het organiseren van de afstemming tussen ziekenhuiszorg en *langdurige zorg*?
- Wordt de vraag om een versterking van de *regionale samenwerking* in de zorg met name ingegeven door de crisis of is dit een blijvende behoefte waar juist ook na de crisis gevolg aan moet worden gegeven?
- Behoeft de Nederlandse zorg de inrichting van een *vaste crisisorganisatie* die geactiveerd kan worden zo gauw zich een crisis, zoals een pandemie, voordoet? Zo ja, hoe zou deze er dan uit moeten zien?
- Wat heeft de zorgsector nodig om op adem te komen na de coronacrisis en om de nauwelijks zorg die de crisis achterlaat op te vangen?

Aanzetten voor gesprek/quotes van sprekers:

- *We zullen naar een landelijk herstelplan voor het zorgpersoneel moeten. Laten we samen nadenken hoe we onze mensen kunnen helpen. Ze hebben veel patiënten zien sterven, veel leed gezien, veel meer dan ze gewend zijn. Maar wij moeten wel door, en het herstel van de crisis zal minstens net zo lang duren als de crisis zelf.*

- **Maurice van den Bosch** in 'De coronacrisis vraagt om meer creativiteit'

-

De keuze is zelden tussen markt óf overheid, het gaat om markt én overheid. De kunst is om de markt te benutten voor de dingen waar markten goed in zijn en vice versa bij de overheid. [...] Ook bij de zorg: versterk de regiefunctie van de overheid in die domeinen waar de markt het laat afweten (zoals bij een mogelijk faillissement van een ziekenhuis) maar laat de zorgverzekeraars en zorgaanbieders hun werk blijven doen waar dat nuttig is.

Marcel Canoy in 'Wat de overheid (niet) kan'

het virus heeft zich toch heel anders gedragen dan we van coronavirussen wisten [...] hier was een virus dat beide gedaantes had. Ernstige ziektegevallen, met patiënten die verslechteren onder je ogen, die overlijden. Afschuwelijk! En tegelijkertijd: personen die helemaal niks mankeren. Dit virus veroorzaakt het hele spectrum.

Aura Timen in 'Dit is een heel onvoorspelbaar virus'

- *Hoe krijg je meer liefde in een systeem dat zo lang door neoliberaal marktdenken is vervormd? 'Cruciaal is dat wederkerigheid weer voorop komt te staan. Dus: de instituties die zo wezenlijk zijn voor de kwaliteit van het bestaan moeten weer vooropzetten wat zij voor de mensen kunnen doen, maar ook wat ze in ruil terugverwachten'.*

- **Hans Boutellier** in 'Binnen een denkbeeldige cirkel'

As we have seen in the current Corona crisis: we need to move forward by engaging in an incremental process in which we constantly design appropriate and better alternatives, chose the right funding and technology, build the right team at all levels, take care of the social dimensions in collaboration and address the normative and ethical issues openly and – if possible – comprehensively. Policy structures and finances are important but should not blur the human and dimension of organising and arranging the right set of measures. We need to apply the principles that we have learned in the 'old normal' in the pressure cooker of integrated care that lies ahead of us.

Henk Nies (met Axel Kaelme) in 'The corona crisis: a pressure cooker for integrated care'

Ik hoop dat we deze coronacrisis als aanleiding kunnen gebruiken om de bevolking gezonder te maken. Er moet veel meer aandacht komen voor preventie en gezondheidsbevordering.

José Manshanden in 'Meer aandacht voor gezonde leefstijl en leefomgeving nodig'