

Twopager structurele economische aanpassingen: zorg.

Samenvatting

- De coronacrisis laat zien dat de Nederlandse zorg in staat is om in een crisis als deze de handen ineen te slaan en het uiterste te bieden voor de patiënt. Tegelijkertijd legt de crisis nieuwe uitdagingen bloot, en winnen een aantal structurele knelpunten aan urgentie. Bijvoorbeeld ten aanzien van het opschalen van capaciteit in de acute zorg en bij GGD'en tijdens crises, informatie-uitwisseling, en het mondiale gezondheidsbeleid.
- Zonder in dit vroege stadium compleet te willen zijn kunnen de volgende beleidsrichtingen verder verkend worden: de omscholing naar schaarse (zorg)beroepen, het structureler opzetten van de beschikbaarheid van gezondheidsdata, het opschalen van digitale zorginnovaties, een sterkere capaciteitsplanning met opschalingsmogelijkheden in de acute zorg en bij GGD'en, een herbezinning van de Nederlandse inzet in mondiale gezondheidsorganisaties, en het verkennen van EU allianties om afhankelijkheden van medische apparatuur, genees- en hulpmiddelen te verminderen.

Analyse

De coronacrisis zet de samenleving, economie en zorg onder druk die we decennialang niet voor mogelijk hadden gehouden. De coronacrisis wijst op nieuwe uitdagingen, en benadrukt daarnaast het belang van bekende uitdagingen die in één klap een stuk minder abstract zijn geworden.

Nieuwe uitdagingen die door de coronacrisis worden blootgelegd

Waar het pre-Corona zorgbeleid veelal uitging van een stabiel stijgende zorgvraag, is er nu een besef dat zorgvraag volatiel kan zijn. Want ook na Corona zal de dreiging van pandemieën aan de orde blijven. Dit inzicht leidt tot verschillende vragen.

Ten eerste moeten er lessen getrokken worden uit uitdagingen rond de opschaling van de acute zorgcapaciteit (waaronder de IC's), uitbreiding van het beschikbare personeel en de verdeling van persoonlijke beschermingsmiddelen en medische apparatuur. Samenwerking en herverdeling waren niet overal vanzelfsprekend, mede door het ontbreken van de juiste prikkels. Ten tweede bleek de reguliere zorg kwetsbaar voor de impact van een pandemie. Tot half april waren er bijvoorbeeld 28% minder kankerdiagnoses dan een jaar geleden, en het aantal doorverwijzingen voor hart- en vaatziekten was de helft lager. Tegelijkertijd zijn er positieve ontwikkelingen zichtbaar door meer inzet van zorg op afstand. Een relevante vraag is daarom hoe bij toekomstige uitbraken de reguliere zorg meer in stand gehouden kan worden. Ten derde moeten er lessen getrokken worden uit de opschaling van het 'testen, traceren en rapporteren', waarvoor de 25 GGD'en lokaal en het RIVM landelijk verantwoordelijk zijn. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) concludeerde enkele jaren terug dat de GGD'en zeer divers zijn, en dat kleinere GGD'en met een beperkt takenpakket mogelijk te klein en kwetsbaar zijn wanneer opschaling noodzakelijk is.

Een ander nieuw inzicht betreft het feit dat volksgezondheid en zorg door globalisering geen louter nationale aangelegenheden zijn. Toch was het vóór Corona vooral een nationaal beleidsterrein, en is er ook tijdens de crisis weinig internationale samenwerking. Dit bemoeilijkt vroegsignalering en het tijdig indammen van een nieuwe pandemie. Verschillende publicaties wezen pre-Corona op een gebrek aan een Nederlandse strategie ten aanzien van mondiaal gezondheidsbeleid. Bezien moet worden of en hoe de (10)(2a) 'meer tanden' kunnen krijgen om ze daadkrachtiger te maken. Ook blijkt dat Nederland erg afhankelijk is van de internationale markt voor genees- en hulpmiddelen en medische apparatuur.

Als laatste kan de vraag naar GGZ op termijn toenemen. Allereerst omdat ook GGZ wordt uit- of afgesteld, met mogelijk hogere zorgvraag later door inhaalzorg. Ten tweede omdat quarantaine en IC-opname de kans op psychische aandoeningen zoals PTSS verhogen. Ten derde omdat werkloosheid en financiële onzekerheid de kans op o.a. angst- en depressiestoornissen verhogen. Deze samenloop is een risico voor de volksgezondheid en de economie omdat psychische aandoeningen de productiviteit verlagen.

Structurele uitdagingen winnen aan urgentie door de coronacrisis

De coronacrisis toont in sneltreinvaart wat vanwege vergrijzing en de toename van chronische (multi)morbiditeit toch al in slow motion op ons afkwam. Dat biedt een waardevolle doorkijk naar een toekomst waarbij we moeten anticiperen op 'meer zorg met minder mensen'. Hetzelfde geldt voor de negatieve externaliteiten en solidariteitsimplicaties van door gezonde leefstijl deels vermijdbare aandoeningen, getuige de overrepresentatie van rokerslongen en obesitas van coronapatiënten op de IC's.

De coronacrisis accentueert daarbij een aantal kwetsbaarheden. Naast vragen ten aanzien van de houdbaarheid van het zorgstelsel en onangepaste zorg, spelen vragen over gebrekkige prikkels en verantwoordelijkheden bij preventie, het onvoldoende benutten van productiviteitsverhogende innovaties, en moeizame informatie-uitwisseling over medische dossiers en zorgcapaciteit. T.a.v. laatstgenoemde blijkt het niet gemakkelijk om de verspreiding van COVID-19 real time te volgen. De bekostigingssystematiek waarbij inkomen van zorgaanbieders deels afhangt van het aantal behandelingen vormde mogelijk een belemmering voor meer coördinatie en herverdeling van de schaarse zorgcapaciteit.

Met een economische recessie voor de boeg komt ook de houdbaarheid van de zorg prominenter op de agenda, zowel vanuit het perspectief van de arbeidsmarkt (organiseerbaarheid) als vanuit het financiële perspectief (betaalbaarheid). Er zijn naast de in deze two-pager beschreven maatregelen nog diverse andere opties zoals het stimuleren van (kosten)effectieve zorg door meer stringent pakketbeheer, de bekostiging van de zorg, waaronder medisch specialisten en de reikwijdte van de langdurige zorg. In het BMH rapport 'Naar een toekomstbestendig zorgstelsel' staan deze maatregelen op het bevorderen van de houdbaarheid van de zorgfinanciën centraal.¹

Beleidsrichtingen die voortkomen uit de eerste lessen van Corona

- **Versterken van de publieke gezondheid.** De organisatiestructuur, financiering en capaciteit van de publieke gezondheid kan verkend worden, zowel voor gezondheidsbescherming als gezondheidsbevordering. Hieronder valt de vraag of de coördinatie tussen GGD'en onderling en met de acute zorg kan worden versterkt. Wellicht is er structureel meer capaciteit nodig, bijvoorbeeld voor traceren en rapporten.
- **Betere informatie-uitwisseling.** Dit moment kan worden aangegrepen om het beheer, de beschikbaarheid van en de toegang tot zorg- en gezondheidsdata structureler op te zetten. Verkend kan worden welke systeemkeuzes aan de orde zijn over bijvoorbeeld (de)centrale regie en interoperabiliteit van data tussen zorgaanbieders onderling en anderen.
- **Versterken van capaciteitsplanning, waar nodig met een flexibele schil.** Het herverdelen van patiënten en medische hulpmiddelen en apparatuur kwam pas goed tot stand nadat landelijk regie werd genomen. Ook pre-Corona was er vraag naar meer samenwerking. Voor bepaalde zorg kan concentratie positief uitvallen, bijvoorbeeld hoogcomplexiteit van SEH's. Mogelijke opties daartoe betreffen. Meer centralisatie kan bereikt worden door een vergunningstelsel en het inzetten van beschikbaarheidsbijdrages, regioakkoorden of het verder uitwerken van de zorgplicht voor zorgverzekeraars. De inrichting van een flexibele schil kan verkend worden. Opties hierbij zijn een 'reservistenregeling' van zorgverleners zoals in het leger, meer nadruk op IC-opfriscursussen voor niet-IC zorgverleners en het vooraf aanwijzen van 'pandemieziekenhuizen' en reservecapaciteit in hotels.
- **Waarborgen toegang genees- & hulpmiddelen en medische apparatuur.** Het aanleggen van een 'ijzeren voorraad' is mogelijk nodig voor betere *emergency preparedness*. Ook kan verkend worden hoe in (10)(2a) verband een alliantie kan worden gevormd om de afhankelijkheid van internationale markten voor deze producten te verminderen.
- **Meer aandacht voor mondiaal gezondheidsbeleid.** In globaal verband kan verkend worden welke positie Nederland inneemt ten aanzien van de status en doorzettingsmacht van de (10)(2a) en de (10)(2a) en het versterken van zwakke publieke gezondheidssystemen elders.
- **Omscholing schaarse (zorg)beroepen.** De economische recessie biedt kansen voor meer instroom in schaarse zorgberoepen –vast of als reservist- omdat de opportunity costs van (om)scholing

¹ Naast het BMH rapport zorg zijn/worden tot de TK verkiezingen nog diverse andere rapporten uitgebracht waarbij houdbaarheid van de zorg een belangrijk thema vormt, zoals: CPB Zorgkeuzes in Kaart; adviezen van de SER, de WRR, de commissie Toekomst Zorg Thuiswonende Ouderen; en verkenningen naar de omvang en samenstelling van de bevolking in 2050, en de Corona Volksgezondheid Toekomst Verkenning (RIVM).

laag zijn. De-academisering van data science (MBO codeurs) kan ook voordelig zijn voor de efficiëntie van de zorg, en kan het gezondheidsbeleid en de zorgpraktijk meer data-driven maken.

- Digitale zorginnovaties. De snelle opschaling van innovaties zoals digitale zorgverlening om het wegvallen van reguliere zorg op te vangen biedt kansen om zorg structureel doelmatiger te leveren. Bijvoorbeeld door zorg op afstand en digitale dagbesteding. Bezien kan worden hoe we van deze noodgedwongen experimenten kunnen leren, en hoe succesvolle innovaties kunnen bekijken. Van belang is daarbij dat de kennis, vaardigheden en samenwerkingsvormen (waaronder de regie op data) die voor een effectieve toepassing nodig zijn, ook op orde zijn.
- Ongecontracteerde Zvw zorg is meestal minder doelmatig en fraudegevoeliger dan gecontracteerde zorg. Wanneer er in een onderdeel van de zorg veel aanbieders geen contract aangaan, vermindert ook het vermogen van zorgverzekeraars om te sturen op de beschikbaarheid van voldoende en kwalitatief goede zorg. Door de coronacrisis is het extra belangrijk dat verzekeraars erop kunnen sturen dat er weer voldoende zorg geleverd gaat worden. Tegelijkertijd leidt de crisis ertoe dat veel ongecontracteerde zorgverleners noodgedwongen gebruik maken van de continuïteitsbijdrage regeling van zorgverzekeraars. Het is nog onduidelijk of dit arrangement verzekeraars voldoende in staat stelt om ervoor te zorgen dat er ook tijdens de crisis voldoende zorg geleverd kan worden. Bezien kan worden hoe structureel de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg versterkt kan worden door ongecontracteerde zorg tegen te gaan.