

Bijlage two-pager expertsessie gepast gebruik en andere organisatievormen van zorg

Inleiding en doel expertsessie

Deze expertsessie gaat over gepast gebruik en andere (digitale) organisatievormen van zorg. Gepast gebruik betekent het alleen leveren van bewezen effectieve zorg aan patiënten die die zorg nodig hebben. Dit krijgt momenteel extra aandacht door de noodzaak prioriteiten te stellen in de zorgverlening. Andere organisatievormen, zoals digitale consulten, zijn ingezet om zorg te kunnen blijven leveren. Beide ontwikkelingen zouden kunnen bijdragen aan de doelmatigheid van de zorguitgaven en aan de organiseerbaarheid van zorg.

Het doel van de expertsessie is om open te discussiëren hoe we positieve ontwikkelingen vast kunnen houden of in gang kunnen zetten en welke stappen daarvoor nodig zijn.

Opzet expertsessie

De expertsessie start met een korte inleiding door (10)(2e) De drie experts geven vervolgens introducties, waarin zij aanknopingspunten bieden voor de beantwoording van de volgende vragen:

- Waar loopt gepast gebruik nu concreet op vast? Tot welke positieve ontwikkelingen of nieuwe inzichten heeft de coronacrisis geleid, bijvoorbeeld doordat zorg zonder negatieve gevolgen is teruggebracht of uitgesteld?
- Tot welke veranderingen in de vorm waarin zorg wordt georganiseerd met potentieel om de doelmatigheid van de zorg te verbeteren heeft de coronacrisis geleid, bijvoorbeeld door grotere inzet van digitale hulpmiddelen?
- Welke stappen kunnen overheid en veldpartijen (gelet op de aanwezigheid, in het bijzonder zorgverzekeraars) zetten om positieve ontwikkelingen rond gepast gebruik en doelmatige zorgvormen vast te houden en/of het huidige momentum te gebruiken om veranderingen in gang te zetten? Hoe kan bijvoorbeeld de handhaving op gepast gebruik verbeterd worden, door te realiseren dat richtlijnen worden opgevolgd of buiten de richtlijnen om?

Daarna volgt een open discussie.

Toelichting

De coronacrisis

De coronacrisis heeft een groot effect gehad op de zorg in Nederland. Door de uitbraak van het Covid-19 virus is de toegankelijkheid van zorg onder druk komen te staan. De planbare zorg is grotendeels afgeschaald. Tegelijkertijd hebben we gezien dat er een stroomversnelling is ontstaan in de toepassing van digitale zorg. Bij het heropstarten van de reguliere zorg in de ziekenhuizen is ingezet op prioritering van patiënten op basis van urgentie en daarbij is extra aandacht gevraagd voor gepast gebruik en inzet van digitale zorg. Zowel overheid als veldpartijen hebben zich ingezet om de gevolgen van de coronacrisis zo goed mogelijk op te vangen. Alle partijen hebben samengewerkt. Tegelijkertijd zien we dat "oude patronen" lijken herop te leven.

In het beleid en de politiek is hier aandacht voor. De vraag die speelt is, hoe we veranderingen ten goede vasthouden. De NZa heeft in juli op verzoek van VWS een advies uitgebracht over het stimuleren van gepast gebruik en digitale zorg. Het advies is met name de bekostiging van zorg aan te passen (meer differentiatie en minder productieprikkels). Verder leveren het Zorginstituut en de NZa in oktober een advies op over de randvoorwaarden voor gepast gebruik en levert de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving op korte termijn een advies op over digitale zorg getiteld "Zorg op afstand, dichtbij".

Gepast Gebruik

De Zorgverzekeringswet geeft iedere verzekerde recht op zorg die voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. In de spreekkamer wordt bepaald welke zorg een individuele patiënt nodig heeft, wat gebeurt in gesprek tussen medisch specialist en patiënt. Een voordeel van dit systeem is dat nieuwe behandelingen, intramurale geneesmiddelen en technologieën automatisch kunnen instromen. Een nadeel is dat zorgaanbieders, omdat de zorg veelal wordt bekostigd op basis van

productie, weinig prikkels hebben om kritisch te kijken naar de noodzakelijkheid van de zorg. Een andere complexiteit is de toetsing van wat (kosten)effectief is. Dit gebeurt niet centraal, maar in beginsel door de zorgverzekeraar en enkel risicogericht door het Zorginstituut.

Verscheidende trajecten worden vanuit de overheid ondersteund om enerzijds de beschikbaarheid van bewezen effectieve innovatieve zorg verder te vergroten en anderzijds de financiële beheersbaarheid te bewaken. Sinds een aantal jaar is de focus het bevorderen van gepast gebruik in de praktijk, in plaats van het vanuit de overheid in of uit het pakket halen van behandelingen. Het gaat in toenemende mate om de vraag onder welke voorwaarden en voor welke patiëntengroepen een behandeling vergoed zou moeten worden. Dit geldt zowel voor nieuwe als voor bestaande zorg. Steeds meer en beter wordt op basis van onderzoek antwoord gegeven op de vraag wat effectieve, doelmatige zorg is. Nieuwe kennis wordt ook steeds vaker vastgelegd in richtlijnen en kwaliteitsstandaarden. In contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden ook steeds vaker afspraken gemaakt over gepast gebruik van zorg. Dat is ook nodig, omdat geschat wordt dat van ongeveer 50% van de (ziekenhuis)behandelingen nog niet voldoende bekend is hoe effectief het is.

Dat 50% van de ziekenhuiszorg nog beter onderbouwd moet worden, komt voornamelijk door twee redenen, de eerste is historisch van aard: de medische wereld is van oudsher een discipline waar gewerkt wordt op basis van pathofysiologisch redeneren, dat wil zeggen: waarbij op basis van symptomen en kenmerken beredeneerd wordt welke aandoening een patiënt heeft. Pas in de laatste decennia is het adagium van evidence based medicine gangbaarder geworden. De tweede reden heeft te maken met het open pakket, waardoor ook zorg met beperkte onderbouwing van de effectiviteit in kan stromen, aangezien er geen harde overheidstoets is voor vergoeding.

Een grote uitdaging bij het bevorderen van gepast gebruik is de implementatie. Het gaat dan zowel over de implementatie van inzichten over gepast gebruik uit onderzoek in richtlijnen als de feitelijke implementatie in de praktijk. De volgende aandachtspunten zijn van belang:

- Zorgaanbieders hebben niet automatisch een financiële prikkel inzichten te implementeren. Voor zover zorgaanbieders niet-effectieve zorg schrappen, wordt de vrijgekomen ruimte bovendien vaak opgevuld met andere zorg.
- Onderzoek naar effectiviteit kost tijd en veel inzet van onderzoekers, zorgaanbieders en patiënten. Het gaat daarbij onder andere om de welwillendheid van een patiënt om mee te doen aan een onderzoek. Inclusie van patiënten is een veelgehoord probleem.
- Implementatie van inzichten over welke zorg, wanneer en op welke plek geleverd moet worden vraagt binnen het huidige stelsel om *samenwerking van alle veld- en overheidspartijen* en is een traject van de lange adem. Zoals de Algemene Rekenkamer in 2015 in haar rapport over het pakketbeheer vaststelde, vraagt implementatie en naleving van gepast gebruik meer dan alleen een controlerende overheid die van bovenaf oplegt wat er wel en niet in het pakket zit. Ook de zorgverzekeraar, de ziekenhuisbestuurder en de zorgprofessional spelen hierin een belangrijke rol.

Andere organisatievormen van zorg

Het anders (digitaal) organiseren van zorg staat ook al langer op de beleidsagenda. In de coronacrisis werd dit kracht bijgezet. Digitale zorg introduceerde de mogelijkheid om toch zorg te leveren, waarmee de continuïteit geborgd was. Naast digitalisering is de organisatie van zorg veranderd bij, bijvoorbeeld, de coördinatie van IC-capaciteit. In regionaal en landelijk verband werd samengewerkt om de beschikbare capaciteit van IC-bedden zo goed mogelijk in te zetten.

Het leveren van zorg door het anders te organiseren is directer zichtbaar dan gepast gebruik omdat het doen van bijvoorbeeld een beeldbelconsult direct gezien wordt door de patiënt. Tegelijkertijd overlappen beide onderwerpen omdat het anders organiseren van zorg uiteindelijk ook een vraag is over wat gepast is: zo zal een fysiek consult in bepaalde gevallen wel en in bepaalde gevallen niet vervangen kunnen worden door een beeldbelconsult. Wanneer dit wel of niet kan moet bepaald worden op basis van medische (objectieve) inzichten.

Bij digitale vernieuwingen in de organisatie van zorg zet de overheid in op zowel het creëren van de juiste randvoorwaarden als concrete acties richting de veldpartijen. Bij het creëren van de randvoorwaarden kan het bijvoorbeeld gaan over het creëren van Persoonlijke

Gezondheidsomgevingen (PGO's). Ook de vraag aan het Zorginstituut om (een plan van aanpak voor) guidance te leveren om de inzet van digitale zorg in de praktijk te stimuleren en te borgen, past hierbij. Daarnaast wordt ook gekeken naar het verruimen van de bekostigingsmogelijkheden voor digitale zorg. Bij acties richting veldpartijen gaat het om aandacht voor digitaal organiseren van zorg in de inkoop en de mogelijke inzet van transformatiegelden. Ook wordt met verzekeraars gesproken over het anders inkopen van zorg. Daarnaast wordt gewerkt aan de digitale vaardigheden van zorgprofessionals en wordt geholpen bij de implementatie en opschaling door middel van coaching en advies. Maar ook over de bewustwording van de patiënt over de mogelijkheden van digitale zorgvormen.

Rode draad door al deze stappen en de vergelijking met gepast gebruik is dat het ook bij andere organisatie van zorg gaat om de implementatie. Daarbij gaat het niet alleen om de implementatie van een bepaalde interventie maar ook het zorgproces moet worden herzien (procesinnovatie). Vooral deze laatste categorie blijkt weerbarstig. De uitdaging ligt bij het op grotere schaal opschalen van goede zorgvormen. Meten wat het effect is van een nieuwe organisatievorm van zorg is daarbij ook belangrijk, om te leren hoe implementatie vordert en te leren welke verbeteringen er verder doorgevoerd moeten worden.