

Interne terugkoppeling overleg microbiologische diagnostiek

Dinsdag 23 februari, 16.00-17.00 uur

Deelnemers overleg:

- Directie Publieke Gezondheid:
 - o 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e
 - o 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e
- Programmadirectie Covid-19:
 - o 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e
 - o 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e
- 5.1.2e
- Directie Curatieve Zorg:
 - o 5.1.2e 5.1.2e
 - o 5.1.2e
- Directie Zorgverzekering:
 - o 5.1.2e
- RIVM: 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e, 5.1.2e 5.1.2e, 5.1.2e 5.1.2e

Doel overleg: eerste oriënterend gesprek over de toekomst van de microbiologische diagnostiek.

Introductie 5.1.2e bij de laboratoria komt het publieke gezondheidsbelang en het curatieve belang bij elkaar. Met Covid evaluaties in het vooruitzicht de problematiek nu afpellen, spelers identificeren en vervolgstap afspreken.

Toelichting 5.1.2e

De beschreven problematiek gaat niet om Covid diagnostiek. Covid diagnostiek heeft een eigen dynamiek die we hier buiten laten, maar het raakt elkaar wel.

Afgelopen paar jaar tegen een aantal problemen aangelopen:

- Verdeling kosten; bij veel diagnostiek heb je patiënten (curatief) belang en publiek belang. Kosten komen bij zorgverzekeraar, maar die zal niet mee gaan in diagnostiek met vooral publiek belang. Vanwege kosten worden de belangen naast elkaar gezet, terwijl het eigenlijk een continuüm is.
- Governance van monsters en van uitslagen;
- Gegevensuitwisseling; inmenging buitenlandse labs is extra bedreiging om public health gegevens te verkrijgen.

5.1.2e heeft deze wrijfpunten toegelicht en verschillende voorbeelden gegeven ter illustratie. Dit zijn punten die we zouden moeten oplossen, er moet structureel geregeld worden dat diagnostiek waar we het over eens dat zijn het moet plaatsvinden voor publiek belang, ook kan plaatsvinden. Het belang van RIVM is dat we goed overzicht houden van de situatie in Nederland. Op dit moment is teveel afhankelijk van goodwill.

Vervolgens heeft hij ook belang van referentielaboratoria benoemd en noodzaak van goede financiering hiervan.

5.1.2e goede inzicht in de schuurproblemen die ontstaan zijn.

Rondje reacties:

CZ/5.1.2e – duidelijk, aanscherping op notitie. Heeft behoefte aan meer inzicht in hoe het nu werkt, om te kunnen zoeken naar knoppen om aan te draaien om bij een oplossing te komen.

Z/5.1.2e – nieuwe materie, goed te volgen, ook in relatie tot zorgverzekeraars. Heeft behoefte het bestaande speelveld uit te diepen, om te kijken wat er dan kan. Suggereert ook andere expertise: WJZ, GMT en directie I.

5.1.2e dit speelt al lang, nu window of opportunity om situatie te doorbreken. Het delen van gegevens, ook door buitenlandse laboratoria, kan in contracten opgenomen worden.

Vraagt aandacht dat het niet alleen gaat om diagnostiek gaat, maar vervolgens ook om financiering van de benodigde acties om de infectie te bestrijden (verwijst naar Zaans Medisch Centrum). Er is wel een MRSA beleidsregel voor verpleeghuizen. Suggereert ook langdurige zorg te betrekken, daar is potentieel ook veel diagnostiek. Betreft een ander bekostigingsmodel, daarom niet handig om weg te laten.

LCT, 5.1.2e problematiek is taai, nu een goed moment om het aan te pakken. Ook in zijn tijd als 5.1.2e regelmatig gesproken met 5.1.2e over referentielaboratoria, dit zou een wettelijke taak moeten zijn. Is het eens met informatieclausules in contractering. Synergie tussen diagnostiek en surveillance is structureel aan het verdwijnen, hoe kunnen we dat verbeteren of herstellen. N.a.v. vraag van wie een monster is, geeft hij aan dat laboratoria verschillend van aard zijn (privaat/publiek/half publiek) en het niet altijd duidelijk is. Geeft aan dat Dienst Testen pandemielandenschap van de toekomst gaan inrichten t.a.v. diagnostiek en surveillance. Op dit vlak moeten RIVM en Dienst Testen samen optrekken. Suggereert ook een informatieanalyse (incl. wettelijk regelen van informatie doorgeven en daar bekostiging aan koppelen) (maakt vergelijking met omgevingswet).

PDC-19, 5.1.2e mist een vijfde vorm van testen, namelijk massa surveillance/volume diagnostiek. Op een gegeven moment was dit nodig voor Covid en daar gelden andere eisen voor. Stelt een beleidskader voor de 5 vormen van diagnostiek voor, dat kan ook helpen met vastleggen wie waarvoor verantwoordelijk is en wie waarvoor betaalt.

PG, 5.1.2e PG loopt al lang tegen het probleem aan dat je vanuit publieke gezondheid leunt op curatieve zorg/patiëntenzorg voor monsternamen en bepalingen. Dat gaat heel lang heel goed, maar als alles efficiënter moet dan valt dat het snelst af. Financiering via RIVM en GGD (OGZ diagnostiek budget) specifiek bedoeld voor diagnostiek die niet in het belang van de patiënt is maar wel in belang publieke gezondheid, maar dat is een onvoldoende mechanisme om voldoende medewerking en monsters te krijgen om goede surveillance te doen. Voor PG is het heel belangrijk om iets te gaan regelen. Maakt vergelijking met veterinaire kant, waarbij geregeld is dat grote volumes naar centraal lab in Lelystad moesten, om ook te zorgen dat ze dit konden blijven oefenen.

5.1.2e benoemt verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars, ze hebben er wel belang bij om uiteindelijk minder patiënten te krijgen.

5.1.2e vat samen:

Alle directies onderschrijven problematiek. Het is taai, er is nu window of opportunity om het probleem aan te pakken. Er zijn al een aantal knoppen/suggesties de revue gepasseerd:

- in contracten opnemen
- beleidsregel
- beleidskader
- publieke taak wettelijk regelen
- wettelijk regelen van informatie doorgeven en daar bekostiging aan koppelen
- kijken naar hoe anderen het hebben opgelost (LNV)

Afspraken:

- er wordt een werkgroep gevormd om eerst een beschrijving te maken van de huidige situatie (foto)
- werkgroep formuleert doel
- werkt vervolgens uit wat past binnen bestaande regelgeving en wat niet past – welke oplossingen zijn in beeld.
- deze week namen doorgeven voor de werkgroep
- over 3-4 weken opnieuw overleg

Link gemaakt naar wijziging Wet PG.