

Overleg impact corona op Contourennota

18 mei 2020

5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e Rdam), 5.1.2e
 (Erasmus, RvT Rijnstaete), 5.1.2e

Eerste ronde: schot voor de boeg

5.1.2e versnelling van innovaties en leefstijl wordt prominenter

5.1.2e (1) gaat steeds meer over zorg op juiste moment: tijdsperspectief wordt belangrijker tov
 5.1.2e Ook thema bij opschalen en afschalen, tempo waarop je voorzieningen kunt organiseren.
 (2) Redundantie in de zorg is interessante gedachte in de zorg. Nu erg vanuit schaarste. Met crisis is voldoende redundantie nodig, verband met Duitsland interessant.

5.1.2e (1) kwetsbaarheid van de zorg voor (internationale) supplychain (zorgt voor tekort aan middelen). Verpleeghuizen hebben daar mn last van gehad. (2) totale capaciteit curatieve zorg kwetsbaar: we hebben heel veel reguliere zorg moeten afschalen om crisis hoofd te bieden. Te efficiënt georganiseerd waardoor onvoldoende reservecapaciteit. (3) hele goede samenwerking binnen de ROAZ

5.1.2e (1) slag met digitalisering dankzij crisis ook in gemeentelijk domein enorm. Hoe dit vast te houden? Als continuïteit van financiering wegvalt, vrees dat niet digitale zorg ook weg valt. (2) Samenwerking in de wijk enorm verbeterd. Verpleegkundigen die beter samenwerken met wijkteam. Concurrentie zat in de weg voor samenwerking tussen aanbieders. (3) Voor covid: roep om preventie groter. Door crisis meer nadruk op cure en care. Reactie op preventie laat. In advies Halsema wel iets van aandacht voor kwetsbare groepen / schulden. Maar ook leefstijl belangrijk, blijkt ook uit crisis. Preventie zou meer aandacht moeten krijgen, ook fysieke omgeving daarbij betrekken.

5.1.2e (1) zorg zou ondergeschikte rol moeten spelen, gaat om gezondheid en economie. Vraag is of groepsimmunitet als streven rendabel is: of sneller dit bereiken of covid elimineren. Kiezen we voor groepsimmunitet dan zien we dat IC bedden niet vol liggen, maar zou wel moeten om slechte gevolgen voor economie te beperken. Anders doen wat WHO zegt: elimineren. Doen we nu ook. (2) macht wordt gecentraliseerd zien we. Zou ook moeten gebeuren in de zorg, en na crisis weer laten vervallen. Crisis hoeft dus geen consequenties te hebben voor stelsel (3) onder indruk van samenwerking die is ontstaan, je hoopt dat dat behouden blijft maar vrees het ergste.

5.1.2e **centrale vraag voor vervolg discussie nu: moet dit leiden tot stelselaanpassingen? Deze situatie duurt nog wel 2 jaar, dan kan je niet meer goed terug.**

5.1.2e als we samenwerking volhouden en oplossing vinden voor gepaste zorg, is stelselaanpassing niet nodig. Maar vraag of ziekenhuizen dat willen.

5.1.2e Dit is een hele bijzondere situatie /periode: kleine patiëntengroep die enorme zorgvraag met zich mee brengt. Oppassen voor generaliseren van deze bijzondere aanpassingen die gedaan zijn. Wat we wel kunnen volhouden: al langer was aandacht voor acute zorg. Functie van ROA was zich al aan het ontwikkelen. Dat is in crisisaanpak onderstreept. Of de lessen ook voor andere patiëntgroepen geldt, vraag ik me af. Want we hebben niet op geld gelet!

5.1.2e dus vasthouden aan huidige systeem eigenlijk?

5.1.2e we hebben behoorlijk flexibiliteit en slagkracht in stelsel zitten die is aangesproken. Vraag of je meer op regionale schaal moet doen. Want financieringsstromen lopen niet zo.

5.1.2e door covid hebben regionale structuren aan bestaansrecht gewonnen, is positieve ontwikkeling. Voor ROA is dat goed uitpakkt. Voor niet acute zorg is het ook ontstaan en dat is goed om vast te houden. Als je dat centraal had willen aanpakken, was het niet gelukt.

We zijn bezig met samenwerkingsafspraken VNG/ZN op ggz, preventie en ouderen. Covid versnelt de ontwikkeling van regionale structuren, zoals deze.

5.1.2e hoe borg je kwaliteit voor grotere groep? Ander punt: wel verschillende regio-indelingen op elkaar leggen en eentje kiezen. Helpt als er gemeenschappelijke doelstellingen zijn.

5.1.2e Hoe achterstand in zorg inhalen? Veel zorg is gewoon doorgeschoven, want geen nieuwe consulten bijgekomen. Dus geen sprake van stuwmeer sowieso. We moeten dus kijken hoe groot het stuwmeer nu is. Ander punt: zorg bleek heel flexibel om in te spelen op veranderende omstandigheden. Dus vraag of je niet iets moet veranderen.

5.1.2e moeilijk om in te schatten hoe dingen lopen. Kostenstijging was verwacht in Rijnstate, maar blijkt enorm mee te vallen. Nu vooral succesverhalen, meevallers die aandacht krijgen. Nadelige gevolgen kunnen echter nog komen. Voor mij nog een grote puzzel hoe toekomst er uit moet zien.

5.1.2e in Amerika heel andere ontwikkeling te zien omdat daar geen sprake is van samenwerking en zorg voor continuïteit. Is dit geen lokroep voor populatiebepaling? Hoe zouden we zorg moeten financieren?

5.1.2e veel zorg is doorgegaan, maar veel ook niet. Als je jeugdhulp niet indiceert, werden mensen boos van soort 'recht op zorg'. Is afgelopen maanden niet aan orde geweest. Doet vraag rijzen wat zinnige zorg is. Aantal zaken hoeft je niet in te halen (huishoudelijke hulp). Wel sommige delen van jeugdzorg of ggz-zorg. Dus kan best zijn dat we in 2020 minder geld uitgeven aan sociaal domein dan in 2019. Kan betekenen dat prikkels in sociaal domein (open deur die in WMO en jeugdzorg zit) anders moeten. Dus ben zeer benieuwd wat zorgkosten zijn in 2020.

5.1.2e in Amerika zijn ziekenhuizen bedrijven met aandeelhouders: die moeten productie draaien. Vraag of je met populatiebepaling dit beter had opgelost. Wel argument om beschikbaarheid te financieren in plaats van het gebruik. Daardoor nu veel collateral damage omdat we veel reguliere zorg niet hebben kunnen leveren.

5.1.2e **naar stelling over digitalisering. Hoe houden we die goede ontwikkeling?**

5.1.2e wij werken via arrangementenmodel / resultaatgerichte financiering. Dat heeft enorm geholpen voor vernieuwing. Ook in crisis heeft het flexibele in het indexeren ons geholpen. (ook in wetsvoorstel waar Hugo de Jonge mee bezig is). Zou fijn zijn als we in alle toekomstige afspraken de continuïteit van financiering voor aanbieders, kunnen vasthouden.

5.1.2e soortgelijke ervaring. GGZ zorg is nu ook meer voor mogelijk. Digitale zorg moet in plaats van komen, niet er naast.

5.1.2e verbluffende versnelling gemaakt.

5.1.2e covid heeft enorme impuls gegeven. Maar ook vraag hoe goed het nu werkt. Of mensen echt geholpen zijn op deze manier.

5.1.2e poging om app te ontwikkelen was interessant en dapper. En lastig.

....

5.1.2e **hoe zorgen we dat ongepaste / onnodige zorg weg blijft en preventie kind van de rekening wordt?**

5.1.2e gelet op lange termijn niet verstandig om niet te investeren in preventie. Maar dan wel integrale aanpak nodig, met ook belastingen etc. om omgeving gezonder te maken. Alleen in de zorg iets doen, helpt niet. Juist ook op omgeving (frisdrank en fast food bijvoorbeeld) inzetten.

5.1.2e ik voel me David tegen Goliath. Roken gaat goed maar overgewicht gaat verkeerde kant op. Als helft van Rotterdammers met mes zou rondlopen, staat iedereen op de banken. Maar overgewicht wordt niemand boos over. In gezondheidszorg is lijn in de cure fantastisch georganiseerd, bij preventie niet. Ik probeer in de wijk ook ketens te maken met effectieve interventies. Zet ajb de deur weer dicht bij WMO en Jeugdhulp maar neem dan wenkend perspectief aan in preventie in Contourennota. In WMO en Jeugd bieden we te veel: huishoudelijke hulp voor iedereen, los van inkomen.

5.1.2e Is de vraag of zorg van afgelopen maanden nodig / gepast was.

5.1.2e punt van fast food; deel van spel kun je winnen door wetenschappelijk aan te vliegen. Maar veel van die fast food levert gewenste werkgelegenheid op. Kun je nauwelijks ter discussie stellen tenzij je ook voor verlies aan werkgelegenheid oplossing hebt.