

Verslag veldraadpleging vrijdag 15 mei 2020

Deelnemers:

5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e (Contourenteam / VWS)
 5.1.2e (Zin, en .. Rotterdam) , 5.1.2e , 5.1.2e (IGJ, .. Erasmus) 5.1.2e
 5.1.2e (CPB), 5.1.2e (RVS), 5.1.2e (Uni tilburg), 5.1.2e (IGJ,
 5.1.2e VU)

In verslag initialen gebruikt.

Introductie 5.1.2e over proces Contourennota en doel bijeenkomst: CN verrijken met inzichten over gevolgen Coronacrisis.

Eerste ronde: Top drie van een ieder, welke zaken in ieder geval aanpakken?

5.1.2e (1) het belang van kwaliteitsindicatoren. Zien we nu heel goed gebruikt worden maar gaat niet vanzelf. Eerder kritiek op NICE (?) registratie maar nu zien we hoe erg die nodig zijn om beleid op te maken. (2) samenwerking regionaal tussen zorgaanbieders zijn heel belangrijk. Het lijkt dat in regio's waar al goede samenwerking was, dat die ook beter presteren tijdens de crisis.

5.1.2e (1) cijfers verpleeghuiszorg is moeilijk door versnippering in informatielandschap en (on)terechte privacyvraagstukken. Vraag ingrijpen overheid. (2) dominantie ziekenhuiszorg zie je terwijl het gaat om infectieziektebestrijding/public health. Terwijl discussie gaat over aantal IC bedden. Doen we wel het goede? (3) Blij van: gezag wetenschap (bijna) onaantastbaar.

5.1.2e (1) gezondheidsschade door achterblijven reguliere zorg groot. Eigenlijk gebeurt nu stelselherziening omdat er komende 2 jaar geen sprake meer is van concurrentie. Ziekenhuizen moeten samenwerken en marktaandeel verleggen. Vraagt om herverdeling financiën. Kan je na 2 jaar dan weer terug naar hoe het was? En wil je dat? Er gebeuren nu dingen die de facto niet passen in het stelsel maar wel gebeuren. Stond ook iets over in BMH rapport.

5.1.2e (1) relatieve onzichtbaarheid van zorgverzekeraars (2) we zien impact leefstijl. Kan incentive zijn voor preventiebeleid. (3) volgende crisis is economische crisis. Sociaal zwakkeren extra getroffen. Plus druk op extra investeringen in meer zorgaanbod. Looneisen zorgpersoneel. Wie gaat dat betalen en wanneer? En, persoonlijk punt, hoe gaan we om met mondiale gevolgen van dit virus, wat voor rol nemen wij daarin? Crisis kan leiden tot dieper inzicht in waar we voor willen gaan.

5.1.2e (1) angst dat bestaande ongelijkheden (in gezondheid) groter worden. Belangrijk om in CN te benadrukken. (2) zorgen over langdurige zorg. Kijken naar kwaliteit van leven bij ouderen, is virus dan alle moeite waard om aan te pakken. (3) Positief: flexibiliteit/veerkracht van de zorgsector.

5.1.2e (1) dataverzameling in langdurige zorg is onder de maat, aantal verpleeghuizen, besmettingscijfers per verpleeghuis etc is onvoldoende. (2) mooie voorbeelden van gemotiveerde zorgverleners

5.1.2e (1) doorwerking op economie is heel groot. V-vormig verloop is onwaarschijnlijk, we zullen nog lang de gevolgen merken (2) zorgen over achterstand die in onderwijs wordt opgelopen, juist voor leerlingen die al achterstand hebben. (3) lastig om te ramen voor CPB voor één jaar (4) verschillende effecten zou je willen afwegen (gezondheid/economie) maar is heel lastig.

5.1.2e aantal hoofdlijnen zitten in stellingen. Opvalt: (1) informatievoorziening / kwaliteit (vergeleken met andere landen hing NL onderaan in verschil tussen geregistreerde sterfte door Corona en oversterfte) (2) effect op kwetsbare groepen (3) stelselverhaal: nu stille stelselherziening

Vorstel om eerste twee stellingen samen te pakken die over stelsel gaan: "het regelt zich vanzelf"

5.1.2a samenwerking moet boven concurrentie gaan.

5.1.2a het werkt wel maar niet zo als bedoeld is. Waar is verzekeraar in het verhaal? Die zou regie moeten voeren maar dat doet de minister. Naar toekomst kijkend: willen we naar situatie naar overcapaciteit?

5.1.2e Noodzaak samenwerking onderschrijf ik. Gaat ook over non-covid zorg. Over de ziekenhuizen heen kijken hoe nodige zorg het beste te verdelen en bepaalde zaken te concentreren. Wat betekent dat voor lange termijn. NFU omarmt regionale uitgangspunten samenwerking, want vergroot hun macht. Zorgverzekeraars kijken er beetje naar en zijn verdeeld over die ontwikkeling. De ziekenhuizen zijn blij met minder regie zorgverzekeraars maar willen geen regie van ac. Ziekenhuizen. Nu ook veel verschil in samenwerking binnen regio's. De marktmacht neemt toe want er is enorme schaarste. Iedereen heel zenuwachtig over orderingsvraagstuk want vraag is hoe worden we in toekomst betaald als ziekenhuizen.

5.1.2e betekenis voor stelsel?

5.1.2e er is nu geen coordinatiemechanisme, geen formele bevoegdheden. Terwijl zorgverzekeraar dat zou moeten doen (loopt soms goed en soms matig) en degene die landelijk werken komen buitenspel te staan omdat overheersende zorgverzekeraar binnen een regio bepalend is. Als nu voor covid een alternatief coordinatiemechanisme wordt opgezet, is de vraag of je na 2 jaar weer terug moet. Daarom daar nu over nadenken, keuzes in maken.

5.1.2e Gaat nu erg over acute zorg en ziekenhuiszorg, ROAZ doet daar goed in. Maar langdurige zorg is daar niet goed op aangehaakt. Als je meer verwacht van regionale samenwerking, neem perspectief van (oudere) burger daar in mee zodat iedereen er aan te pas komt. (2) In aantal regio's gaat samenwerking nu goed: waarom gaat dat goed? Kansen met digitale zorg kan voor verlichting zorgen, die lessen moeten we nu snel ophalen om daar profijt van te hebben. (3) in mijn omgeving verpleegkundigen die reguliere zorg doen, hebben nu niet veel te doen. Worden onvoldoende ingezet eigenlijk.

5.1.2e Evalueren of het dankzij of ondanks regie van overheid nu goed gelopen is. Samenwerking binnen regio: als ziekenhuizen daarin dominant zijn wordt de zorg nog veel duurder. Sterk punt van 1^e lijn en beperkte capaciteit ziekenhuizen verlies je dan. En wat doet het met positie van patiënten als ze niks meer te kiezen hebben? Gevoel van keuze geeft ze sterkere positie tov zorgaanbieders.

5.1.2e Amerikaans denktank onderzoek: In VS heel veel ziekenhuispersoneel ontslagen. Inzakken economie kwam door minder uitgaven zorg. No service, geen fee. Dat hebben verzekeraars hier niet gedaan. Aanbieders zijn gestut. Terwijl ook dat niet beoogd is door het stelsel.

5.1.2e **volgende thema; kwetsbare groepen. Deze groepen worden dubbel geraakt: meer zorg nodig maar die zorg is er niet. En dan nog economische crisis en wellicht ook kwetsbare thuissituatie. Wat betekent dat voor CN?**

5.1.2e komende twee jaren covid nog steeds aanwezig. Daarom naast IC capaciteit ook kijken naar andere factoren en wie geven we dan als eerste voorrang. Wel naar kapper, maar geen bezoek aan mensen in verpleeghuis. Dat is rare prioriteit. Dus; kwetsbare groepen voorrang geven.

5.1.2e toegankelijkheid voor zorg van kwetsbare groepen best goed. Naar toekomst kijkend; grootste probleem is dat ze geen werk hebben. Oplossing zit bij sociale zaken. Richten op participatie. Preventie heeft VWS in de hand, maar je moet breder kijken. Is niet alleen een VWS-ding.

5.1.2e eens met 5.1.2e Maar ook hebben over ongelijkheid tussen generaties. Groep die nu moet betalen is groep die flink moet lenen, nu niet naar school kan. Die generatie wordt dus hard geraakt. Rekening niet te lang doorschuiven zodat ouderen die ervan geprofiteerd hebben dat niet meer kunnen (ik begrijp deze opmerking niet, wellicht verkeerd genotuleerd 5.1.2e

5.1.2e moet economie niet meer opgestart worden, zodat mensen hun baan houden.

5.1.2e We zetten best weinig in op preventie. Zie ook IC. Maar ook dan geldt dat gezonde leefstijl voor kwetsbare groepen duurder is. Er zijn voorbeelden dat ziekenhuizen ook willen inzetten op preventie. NB: ook mentale gezondheid belangrijk, weerbaarheid.

5.1.2e samenwerking in regio moet ook opgaan voor langdurige zorg. En ook onnodige zorg voorkomen. Dus mensen niet opnemen in ggz instellingen omdat sociale wijkteams tekort schieten, of hartklachten omdat ze stress hebben. Door Covis is er nu permanent personeelstekort en versterkt pleidooi om in regio hele keten van (voor)zorg te organiseren. Dat verlicht de druk op de wachtlijsten.

5.1.2e pleidooi voor preventie is helder maar hoeveel grip heeft VWS op leefstijl van mensen en mentale gezondheid. Niet gemakkelijk te beïnvloeden. Dus vraag me af of dit het beleidsantwoord van VWS moet zijn.

5.1.2e **laatste blok: informatievoorziening, digitalisering (en misschien nog voorkomen onzinnige zorg). Hoe zorgen we dat digitalisering blijft en wat doen aan informatievoorziening? Moet overheid daar meer op doen?**

5.1.2e informatievoorziening extreem belangrijk. We kampen met achterstand in informatie. Nu blijkt het ineens mogelijk om wel actuele gegevens te verzamelen. Ook nu al waren we bezig om vanuit EPD (actuele) informatie te halen. Actuele informatie van levensbelang om te kunnen sturen en besluiten te nemen over opschalen van capaciteit. We weten niet hoeveel patiënten nu in behandeling zijn in GGZ. We weten niets over instroom en wachtlijsten. Blijken veel mensen dubbel te staan op wachtlijst GGZ. Overheid speelt rol hierin.

5.1.2e bij aansluiten. Hier is regio van overheid echt nodig. Vraagt om eenheid van taal en daar zijn we nog ver van af. Plus punt van: wie gaat dat betalen? Want je zou het liefst alles wat je nu hebt overboord gooien en wat nieuws beginnen. Kosten gaan voor de baten uit, want uiteindelijk bespaar je geld door beperking versnippering.

5.1.2e wordt iets te snel naar overheid gekeken. Kan die dat aan (debacles belastingdienst)? Specifieke kennis ontbreekt. Veld laat versnippering zien, is ook niet handig. Maar heeft verzekeraar hier wellicht rol in?

5.1.2e **digitalisering nog reacties?**

5.1.2e kunnen we leren of mensen die nu digitale zorg ontvangen, even goed geholpen zijn?

5.1.2e er zijn nu gemixte gegevens. Veel (digitale) zorg die nu geleverd wordt, is minder ingrijpend. En met 5 weken nog weinig ervaring, nog te ad hoc en alleen even opbellen. Niet echt een alternatief voor behandeling.

5.1.2e kijk naar onze ervaring met thuiswerken: in begin gaat het mis, geldt ook voor zorgaanbieder/patiënt- relatie. Daarnaast: ook vakgebieden waarbij fysiek contact nodig is met patiënt. Zorg is nu digitaal per definitie minder. En een nieuwe patiënt nu is helemaal moeilijk om digitaal te beoordelen. Dus kwestie van gewenning en sprake van voor- en nadelen.

5.1.2e zorgen over digitale hulpverlening: ouderen hebben niet juiste apparatuur thuis, ook al kunnen ze met computer werken. Hoe ga je daar mee om? Op scholen krijgen kinderen ipads, dat zou een suggestie kunnen zijn.

5.1.2e **Laatste rondje hartenkretten en nabranders?**

5.1.2e zinnige zorg: crisis effect niet overschatten. Zal niet snel tot wijziging leiden.

5.1.2e ziekenhuizen maken zich zorgen dat (andere) ziekenhuizen zich gaan richten op de meest winstgevendende patiënten, ook met oog verliezen waar rekening mee wordt gehouden. Zit bekostigingsvraagstuk achter over de keten heen. Ook zorgen over wijkverpleging die toenemende werklast hebben en krijgen als reguliere zorg toeneemt en verpleeghuizen dicht zitten.

5.1.2e we kijken niet naar functioneren van mensen maar naar functies, ook in bekostiging. Zou mooi zijn als we daar anders mee omgaan na de crisis.

5.1.2e als je onzinnige zorg definieert als zorg waarvan effecten niet zijn vastgesteld, is alle corona-zorg onzinnige zorg. Snel komen tot goede richtlijnen.

5.1.2e Niet gesproken over medisch-ethische vraagstukken van de crisis. Bleek ingewikkeld protocol te maken over schaarste IC bedden. Politiek is niet genegen dit te beantwoorden, schuift door naar veld, veld schuift door naar inspectie etc. Die vraag gaat ook komen als vaccin (beperkt) beschikbaar komt; voor wie?

5.1.2e informatievoorziening GGD's, je moet GGD's toerusten om deze rol te kunnen vervullen.

Afsluiting 5.1.2e

Opmerkingen over samenwerking heel relevant (nu over nadenken want straks niet meer terug te draaien). Onderwerp preventie niet uitgebreid besproken maar wel relevant punt.

We maken impressie van bijeenkomst en sturen we nog rond.