

Reactie Aidsfonds -Soa Aids Nederland op Contourennota Zorg voor de toekomst.

Datum: 28 januari 2021

Door: Cor Blom (strategisch beleidsadviseur) en Bert Herberigs (pleitbezorger)

Aanleiding

Het Ministerie van VWS heeft de contourennota opgesteld over de toekomstbestendigheid van de gezondheidszorg. De nota *Zorg voor de toekomst* is bedoeld als discussienota om reacties te verzamelen en de nota aan de hand daarvan verder uit te werken. Via een internetconsultatie worden tot uiterlijk 31 januari 2021 reacties opgehaald. VWS zal afzonderlijk ook in overleg gaan met VNG, omdat gemeenten een rol spelen in veel beleidsopties. Het resultaat van de consultatie zal begin 2021 naar de Tweede Kamer worden gestuurd.

Kern beleidsnota

Volgens de nota is er consensus over het waarom en het wat, maar nog niet over het *hoe*. Waarom: de Nederlandse gezondheidszorg is in de toekomst niet houdbaar door een toename van de vraag en een schaarste in personeel en middelen. Wat: daarom zijn er veranderingen nodig in Preventie en Gezondheid, Organisatie en regie, Vernieuwing en Werkplezier. Hoe: deze drie veranderingen worden ingevuld met diverse beleidsopties. De vraag is welke beleidsopties de voorkeur hebben.

- De nota geeft op p.11 aan dat houdbaarheid van de gezondheidszorg ook wordt bepaald door de politieke keus wat we als zorg *collectief* financieren. Daar is wel een discussie over nodig. Maar dergelijke keuzes vallen niet onder reikwijdte van de Contourennota.

Algemeen commentaar op de nota

- De nota duidt preventie als het voorkomen van ongezond gedrag. Het gaat vrijwel uitsluitend over leefstijl. Dat is een nogal beperkte scope. Er zijn tal van effectieve preventieve maatregelen / interventies die daarbuiten liggen;
- De nota zou in ieder geval ook aandacht moeten hebben voor de laagdrempelige beschikbaarheid van preventie (biomedische) interventies (vaccins, PrEP, testen, anticonceptie). Maar deze komen in de nota niet voor;
- Voorstellen/opties die zorgen voor het includeren van preventie in de systematiek van de zorgverzekeringswet en voorstellen om te voorkomen dat het eigen risico een obstakel is voor preventie ontbreken;
- De nota neemt een aantal keuzes dat eerder is gemaakt (zoals het beleggen van sommige taken bij gemeenten resp. zorgverzekeraars) als uitgangspunt en borduurt hierop voort. Dit is op zijn minst opmerkelijk gezien de steeds sterker wordende geluiden dat gemeenten vaak niet goed zijn toegerust voor deze taken en een meer centrale sturing weer gewenst is. Corona laat dit ook weer zien, maar ook op preventievlak speelt deze discussie. De vraag die niet wordt gesteld is of het beleggen van deze taken bij gemeenten wel de juiste keuze is en de beste kansen / voorwaarden schept voor effectieve preventie.

Commentaar ingevuld volgens stramien internetconsultatie

Herkent u zich in de drie thema's als de thema's waar de komende jaren meer verandering op nodig is?

- Vanuit de bestrijding van hiv en soa's en de bevordering van seksuele gezondheid herkennen wij de drie thema's;
- Wat we echter missen is dat het nadenken over een houdbare duurzame gezondheidszorg in een bredere context wordt geplaatst. Een context waarin niet alleen preventie en gezondheidsbevordering (o.a. in sociale domein) een belangrijke rol spelen, maar ook

publieke gezondheidszorg. Waarin ook maatschappelijke organisaties zoals bijvoorbeeld gezondheidsfondsen een belangrijke bijdrage leveren aan een houdbare zorg;

- We missen de erkenning dat keuzen in de bredere context wel eens van grotere invloed kunnen zijn op de houdbaarheid van de gezondheidszorg, dan keuzen binnen de gezondheidszorg;
- We merken dat het begrip preventie beperkt wordt ingevuld met leefstijl en dat bijvoorbeeld collectieve preventie en biomedische interventies voor preventie geheel geen aandacht krijgen. We adviseren om als denkkader over preventie gebruik te maken van het continuüm van: universele, selectieve, geïndiceerde en zorg gerelateerde preventie.

Herkent u de knelpunten die op (een van) de drie thema's worden genoemd, of missen er nog andere belangrijke knelpunten? Welke beleidsopties die genoemd worden bij de drie thema's leveren volgens u een belangrijke bijdrage aan de houdbaarheid van ons zorgstelsel? Heeft u concrete suggesties om bepaalde opties nader te concretiseren en praktisch vorm te geven?

Preventie en Gezondheid:

We herkennen de genoemde knelpunten vanuit ons werkveld:

- Prikkels op productie zorg i.p.v. voorkomen zorg. Voorbeeld: er zijn wel financiële prikkels voor het testen op soa's, maar niet voor het uitvoeren van counselgesprekken over preventie;
- Onduidelijke verantwoordelijkheidsverdeling: preventietaken van gemeenten zijn in WPG niet concreet gemaakt. Voorbeeld: outreach naar doelgroepen voor hiv en soa's valt vaak weg omdat outreach niet wordt benoemd als concrete taak in gezondheidsbevordering door gemeenten;
- Onderinvestering preventie, geen prikkels preventie zorgaanbieders/financiers. Voorbeeld: ambitie ziektelast soa's en hiv terug te dringen wordt gedragen door andere organisaties, zoals het RIVM (Nationaal Actieplan) en Aidsfonds-Soa Aids Nederland (Nederland naar nul nieuwe hiv-infecties).

De volgende opties leveren volgens ons de beste bijdrage aan de houdbaarheid van ons zorgstelsel:

- Versterken *overheidsregie* op behalen nationale doelen preventie;
- Verduidelijken wettelijke preventietaak gemeenten: *concretisering gezondheidsbevordering*;
- *Zorgverzekeraars* net als gemeenten een taak geven in preventie en rol in regionale aanpak preventie;
- Faciliteren van *mantelzorg en zelfhulp*. Op dit moment lukt het niet om informele zorg voor mensen met hiv structureel gefinancierd te krijgen, terwijl deze een duidelijk bijdrage levert aan het voorkomen van extra zorg;
- Als financiële prikkel zien we het meest in de optie van *shared savings*, omdat dit ervoor zorgt dat relevante partijen in en buiten de zorg met elkaar verbonden worden.

Organisatie en regie

Of we het decentrale beleggen van verantwoordelijkheden en de hoge autonomie van organisaties in de zorg moeten behouden is voor ons geen uitgemaakte zaak.

- Het decentraal beleggen van verantwoordelijkheden leidt niet overal tot passend maatwerk en leidt vaak tot ongelijkheid in toegang tot zorg en preventie;
- De hoge autonomie van zorg organisaties, maakt dat zorgproductie overheerst op het vergroten van gezondheid en vernieuwing afhangt van vrijwilligheid.

We herkennen de volgende knelpunten vanuit ons werkveld:

- Belangentegenstellingen zorgproducenten. Voorbeeld: het lukt ons niet om bewezen kosten effectieve interventie voor soa-screening onder mensen met hiv structureel gefinancierd te krijgen, omdat invoering hiervan niet bij alle hiv-behandelcentra eenzelfde belang heeft;

- Verkeerde prikkels; baten preventie vallen ander domein toe dan waar de investering plaatsvindt. Voorbeeld: een subsidieregeling van VWS maakt laagdrempelige soa-testen voor risicogroepen bij de GGD mogelijk, maar de baten van het voorkomen van ziektelast als gevolg van soa's vallen de zorgverzekeraars toe.

De volgende opties leveren volgens ons de beste bijdrage aan de houdbaarheid van ons zorgstelsel:

- Regiobeelden: het faciliteren, stellen van minimumeisen en vastleggen van verantwoordelijkheden ten aanzien van regiobeelden kan een impuls geven aan regionale actie van meerdere stakeholders. Het is wel belangrijk dat regiobeelden over meer gaan dan de zorg. Een positief effect van een *data gedreven aanpak* van gezondheid zien we onder andere bij regionale data over hiv; die maakt per regio duidelijk waar de uitdagingen liggen;
- Meer *publieke regie in de regio*: er is meer overheidsregie nodig om te zorgen dat het in elke regio tot samenwerking komt tussen relevante stakeholders en dit niet afhankelijk blijft van vrijwilligheid of toevalligheid;
- Toezicht op kwaliteit; verbreden naar samenwerking; het zou helpen als toezicht niet alleen kijkt naar zorginhoudelijke kwaliteit maar ook naar goede *samenwerking in zorgnetwerken* als een afzonderlijk *kwaliteitscriterium*.

Vernieuwing en werkplezier

We herkennen de volgende knelpunten vanuit ons werkveld

- Onderbenutting digitalisering gezondheidszorg. Voorbeeld: het ontbreekt aan een landelijk werkend online pakket voor ondersteuning van soa-zorg en ondersteuning seksuele gezondheid;
- Werken in de zorg onvoldoende aantrekkelijk. Voorbeeld: hoge werkdruk zorgt voor minder werkplezier onder andere bij huisartsen.

De volgende opties leveren volgens ons de beste bijdrage aan de houdbaarheid van ons zorgstelsel:

- *Digitalisering* en eHealth een vaste plek geven *in opleiding en nascholing* van zorgverleners;
- Beter benutten van *ervaringsdeskundigheid patiënten en cliënten*. Onder andere door sterke patiënten organisaties en doelgroep participaties hebben door co-creatie zeer effectieve interventies kunnen ontwikkelen;
- *Meer tijd in spreekkamer* en voor samen beslissen. Meer bespreektijd voor seksuele gezondheid zorgt voor vroegtijdige signalering en voorkomen van escalatie van problematiek en geeft de zorgprofessionals meer het gevoel van betekenis te kunnen zijn.
- Goed onderbouwd *basispakket dat leefstijl en biomedische preventie includeert*. De database van het RIVM over effectieve interventies kan worden gebruikt om preventieve leefstijl interventies te includeren. Daarnaast kunnen bewezen effectieve biomedische interventies worden opgenomen
- *Digitaal ondersteunde zorg* meer vanzelfsprekend maken. Onder andere door standaardisatie van gegevensuitwisseling, bevorderen veilig data delen en vergroten van de inzet en gebruik van PGO's. De ontwikkeling hiervan op het gebied van soa's en seksuele gezondheid is versnipperd en vraagt om landelijke regie
- *Ondersteuning innovators bundelen*. Het meer gebundeld aanbieden van subsidieprogramma's en ondersteuning van innovators kan helpen vernieuwingen in de zorg te versnellen. Een voorbeeld van het gebundeld aanbieden van vernieuwing is het SGF.