



Zienswijze RIVM op de Discussienota van VWS *Zorg voor de Toekomst*

Versie 31 jan 2021

Algemeen reflecties van het RIVM

Het discussiestuk *Zorg voor de Toekomst* bevat een herkenbare probleemanalyse van knelpunten. De opgave om gezondheidszorg te verbeteren en te behouden worden op hoofdlijnen geadresseerd in mogelijke beleidsopties. Het RIVM is van mening dat het door de hoeveelheid aan beleidsopties en dikwijls summiere beschrijving in de discussienota lastig is om een gewogen prioriteit aan te brengen. Het ontbreekt in de nota aan beleidsopties waarin concrete keuzes voor de toekomst worden voorgesteld gekoppeld aan wat er voor nodig is om dit te bereiken. In de uiteindelijke Contourennota dienen de consequenties voor de samenleving (en voor de beleidskeuzes) inzichtelijk en transparant te zijn.

In de nota wordt benoemd dat er een beweging plaats dient te vinden van focus op ziekte/zorg naar gezondheid/welbevinden. Het RIVM is van mening dat in lijn hiermee de opgave niet beperkt moet worden tot het verbeteren van de bestaande gezondheidszorg, maar dat het verbeteren van de (volks)gezondheid centraal moet staan.

Tevens valt op dat de geschetste oplossingen vooral worden gezocht in stelselaanpassingen, daardoor wordt de verwevenheid van de problematiek over de diverse domeinen heen (zoals gezondheid, fysiek, sociaal) onvoldoende geadresseerd. Daarnaast is de kans reëel dat juist de inzet op bijvoorbeeld (meer) wetgeving zal leiden tot afname van verantwoordelijkheidsgevoel en/of gebrek aan intrinsieke wens tot samenwerking. Gezien het streven van VWS naar integrale gezondheidszorg, wil het RIVM benadrukken dat dit alleen mogelijk is door de zorg in de breedte te bekijken en door de verbinding te leggen tussen de verschillende domeinen.

De discussienota schetst beleidsopties die dienen om voorbereid te zijn op de toekomst en om tijdig te kunnen bijsturen. Het RIVM merkt op dat hiervoor het behoud van kennis en kennisontwikkeling essentieel is. Door VWS wordt terecht opgemerkt dat de Coronapandemie leerzame lessen oplevert. Hierbij kan worden aangesloten op de door VWS ingezette lerende evaluaties. Juist bij het in kaart brengen van dergelijke lessen dient nagedacht te worden hoe het investeren in een solide kennisbasis hierop aansluit. Bij een aantal beleidsopties blijft echter het aspect van 'lerend vermogen' en de noodzakelijke kennisontwikkeling onderbelicht.

Ons inziens zijn beleidsopties met een langdurige inzet effectiever dan korte termijn interventies. Immers investeren in de lange termijn resulteert in consistent beleid. Bijvoorbeeld structurele wijzigingen in de wet publieke gezondheid hebben de voorkeur boven tijdelijke subsidiemaatregelen (die na enige tijd weer worden stopgezet en leiden niet tot structurele oplossingen). Maar subsidiemogelijkheden kunnen wel bijdragen aan regionale experimenten om te experimenteren met het anders organiseren van de zorg om uiteindelijk tot structurele, effectieve wijzigingen te komen.

Thema Preventie& gezondheid

Over de uitgewerkte knelpunten bij het thema Preventie& gezondheid heeft het RIVM de volgende reflecties:

- T.a.v. sterke productieprikkels - bij een dergelijk verdienmodel dient ervoor gewaakt te worden dat preventie niet het nieuwste verdienmodel wordt. Investeren in de basis (collectieve preventie en welzijn) dient voorop te staan. Preventie in de zorg (leefstijlgeneeskunde) kan daarbij gebruik maken van de kennis over preventie in het publieke domein.
- T.a.v. gebrek aan duidelijke verantwoordelijkheden - dit is veelal gekoppeld aan een beperkt geregelde financiering. Integraliteit vraagt om een probleemeigenaar die integraal verantwoordelijk is voor de financiering. Ter illustratie bij de gecombineerde leefstijlinterventie komt voor de gecombineerde leefstijlinterventie en de ketenaanpak wel financiering beschikbaar voor de onderdelen die onder het zorgdomein vallen. Echter voor de acties die in het sociale domein plaats moeten vinden, is dikwijls geen extra financiering beschikbaar. Dit leidt er in de praktijk toe dat de noodzakelijke samenwerking in het zorg en sociaal domein niet van de grond komt.
- T.a.v. het gesignaleerde knelpunt door VWS over de verantwoordelijkheden van verschillende partijen is het pleidooi voor het inrichten van 1e lijnscentra. Zorgprofessionals moeten zowel preventie als zorg kunnen leveren en de mogelijkheid hebben om naar andere (zorg)domeinen te kunnen kijken.
- Voor de gemeenten is een belangrijke rol neergelegd. Een goede lokale preventie-infrastructuur is daarom essentieel om het mogelijk te maken dat professionals uit de verschillende domeinen met elkaar kunnen samenwerken. Het is van belang om dit integraal te organiseren middels een preventie-infrastructuur in plaats van voor elk thema of doelgroep afzonderlijk.
- Voor een brede integrale aanpak van preventie zijn de 3 leefstijlthema's (roken, alcohol, overgewicht) bij de inbedding van leefstijl en preventie belangrijk en daarnaast de invloed van onder meer de omgeving en onderliggende problematiek.

Over de uitgewerkte beleidsopties bij het thema Preventie& gezondheid heeft het RIVM de volgende reflecties:

- De beleidsopties zijn vrijblijvend en beperken zich tot het signaleren. Het wordt pas een echte optie indien er keuzes worden voorgesteld. Ter illustratie: maatregelen om intenties daadwerkelijk om te zetten in gedrag verdienen meer aandacht. Of het voorstel van het neerleggen van bevoegdheden bij de regio heeft alleen kans van slagen indien er concrete afspraken worden gemaakt (o.a. tussen gemeenten en verzekeraars).
- In een aantal opties komen de mogelijke oplossingsrichtingen terug bij meerdere thema's (zoals *bekostiging coördinatie en regionale samenwerking*) terug. In hoeverre verhouden deze opties zich tot elkaar?
- Sturen op een kernindicator voor gezondheid – bij deze beleids optie wordt beoogd dat gezondheidseffecten van toekomstige maatregelen betrokken worden in de besluitvorming. Vraag is of dit haalbaar is met een kerncijfer. Voor de volksgezondheid werkt het RIVM met brede samengestelde gezondheidsindicatoren (o.a. QALY's en DALY's). Bij de doorontwikkeling van dergelijke indicatoren kan het RIVM (in samenwerking met andere partijen) een coördinerende rol vervullen.
- De beleids optie Bevorderen van eigen regie snijdt relevante inzichten aan. In het algemeen dienen voor het inrichten van de zorg, de preferenties van burgers en patiënten het uitgangspunt te zijn. Het is essentieel om te investeren in de gehele levensloop om mensen

'gezondheidsvaardig' te maken en in staat te stellen om eigen regie te nemen. De humane notie (dat een gelukkig leven meer behelst dan alleen een goede gezondheid en dat ziekte en overlijden aan het leven verbonden zijn) dient meegenomen te worden.

- Investeren in de basis betekent zowel een gezonde leefstijl als ook geestelijke gezondheid (weerbaarheid, sociale contacten aangaan en onderhouden). Dit moet het startpunt zijn (beginnen bij JGZ, Kinderopvang en op school etc.). De suggestie in de beleids optie van de aanwezigheid van jeugdzorg op school is een onwenselijke optie en zal niet leiden tot het bevorderen van eigen regie. De kans op een aanzuigende werking, kan leiden tot sneller problematiseren en wekt angst op bij ouders.
- Faciliteren van mantelzorg en zelfhulp – het RIVM onderschrijft het belang van beleidsinzet hierop. Zelfhulp draagt in belangrijke mate bij aan streven naar eigen regie en is een belangrijke ondersteuning bij veel chronische (en/of mentale) aandoeningen. Bij deze optie wordt aangegeven dat mantelzorg kan worden gefaciliteerd onder meer via CAO's. Verderop wordt in de discussienota wordt vermeld dat het bedrijfsleven nu al gezondheidszorg betaald. Voorkomen dient te worden dat de bekostiging van maatregelen 'dubbel' wordt belegd.
- Overheidsmaatregelen voor meer gezonde keuzen - in deze beleids optie mist het RIVM concrete voorstellen. Het Loket voor Gezond Leven (zie ook Kosteneffectiviteitvanpreventie.nl en specifiek het onderdeel potentieel van preventie) van het RIVM kan een overzicht bieden van alle leefstijlinterventies, waarbij de effectiviteit en impact van mogelijke maatregelen wordt weergegeven. Daarnaast dient in deze optie de leefomgeving te worden meegenomen, immers een gezonde keuze wordt ondersteund door een gezonde omgeving.
- Een krachtige sociale basis en een integrale aanpak – de basis dient te worden gelegd bij de jeugd (zoals Kansrijke Start, Gezonde School en Kinderopvang etc.). M.b.t. opties voor ouderen dienen, behalve bestaande initiatieven (Welzijn op recept en valpreventie), mobiliteit en cognitieve veerkracht een plek te krijgen. Ook hier geldt dat het essentieel is dat zorgprofessionals zowel preventie als zorg kunnen leveren.
- Het RIVM merkt op dat de aandacht voor infectieziektepreventie beperkt is meegenomen in dit thema. Behalve primaire preventie (zoals vaccinatie) zijn er andere vormen van preventie als het gaat om het voorkomen van infectieziekten (te denken valt aan brede voorlichting en educatie van publiek).

Thema Organisatie & regie

Het valt het RIVM op dat de mate van onderbouwing en toelichting in dit thema anders is uitgewerkt dan het thema preventie & gezondheid. De gesignaleerde knelpunten bij het thema Organisatie & regie hebben een relatief lange introductie en door de uiteenlopende beleids opties gaat de prioritering enigszins verloren.

Ons inziens dient centraal te staan dat:

- er ingezet moet worden op meerlaagse alignement van beleid (t.a.v. de verschillende landelijke programma's vs dynamiek in de regio's);
- afstemming en het 'verstaan' van elkaars terminologie en cultuur (en in het verlengde daarvan wie kan wat beiden), zowel binnen en tussen domeinen vereist een investering;
- het belang van de sturende rol van de overheid op regie betekent dat de rollen helder moet zijn evenals het geboden perspectief. Het maken van regiobeeld kan hier bijdrage aan leveren, maar vergt o.a. het betrekken en 'meenemen' van professionals en het zorgen voor de benodigde organisatiegraad;

- een aantal zaken zijn nog onbekend of onvoldoende meegenomen.

Bijvoorbeeld het borgen van het inwonerperspectief.

Efficiëntie wordt op verschillende plekken genoemd, maar robuustheid wordt alleen genoemd bij 'stress test' als schokbestendigheid. De Coronacrisis laat zien dat ook voldoende slagkracht noodzakelijk is om crisis en andere onzekerheden te kunnen opvangen.

De aandacht in dit hoofdstuk gaat terecht uit naar de samenwerking van en met zorgverleners en de organisatie voor de zorgketen. Daarnaast dient het perspectief van de cliënt en/of patiënt te worden meegenomen in de opties. Met name als het gaat om aandacht voor verbetering van de bekendheid met het Nederlandse zorgsysteem. De praktijk leert dat het voor veel mensen met een lage SES en/of met een LVB, extreem complex is om hun weg te vinden in het huidige systeem. Als het systeem wordt aangepast dient er aandacht te komen hoe het zorgsysteem gebruiksvriendelijk wordt ingericht. Het betrekken van deze 'doelgroep' zou raadzaam zijn.

Over de knelpunten bij het thema Organisatie & regie heeft het RIVM de volgende reflecties:

- De verantwoordelijkheden van (regionale) overheid en andere partijen n.a.v. Covid dienen te worden herijkt, voordat procesmatige invulling wordt uitgewerkt. De Coronapandemie heeft duidelijk gemaakt dat het zorgaanbod leidend is en de verzekeraar afwezig is. Terwijl het idee van het stelstelsysteem is dat de zorgverzekeraar die de inkoop doet, bepaalt wat en hoe efficiënt wordt ingekocht. Tijdens de Coronapandemie wordt de inkoop door de ziekenhuizen en (in bepaalde gevallen) door de overheid/VWS zelf gedaan. Dit is het huidige beeld en het is de vraag in hoeverre het stelsel kan worden gewijzigd en/of het de voorkeur heeft terug te keren naar de oude situatie.
- T.a.v. het signaleerde knelpunt Naar een regionale aanpak voor de uitvoering en financiering van preventieactiviteiten - deze regionale aanpak kan worden meegenomen de eerder genoemde voorgestelde wijziging van de wet publieke gezondheid. Belangrijk is dat (financiële) middelen bij de gemeente en verzekeraar (in hun rol als regionale partijen die opdrachtgever zijn voor de GGD) terecht komen om de regionale preventiestructuur goed te kunnen regelen. In combinatie met een wettelijke aanwijzing vanuit de zorgverzekeringswet over de taak van de zorgverzekeraar om mee te werken aan een regionale (preventieve) samenwerkingsstructuur levert dit een structurele basis.
- T.a.v. de genoemde grensgevallen en multiproblematiek. Ons inziens is dit op zich geen knelpunt, echter hoe er mee omgegaan wordt kan een knelpunt vormen.
- Basis op orde – hierbij wordt voorgesteld om doelstellingen per regio vast te leggen in het regiobeeld als een andere invulling van de hoofdlijnakoorden. De focus ligt eenzijdig op de regio's, waardoor een breder perspectief niet wordt meegenomen zoals wel aan de orde komt bij thema 4 Vernieuwing en Werkplezier. Als het gaat over de regio-specifieke aanbevelingen, het RIVM is van mening dat in een aantal gevallen van hoogcomplexiteit zorg er ingezet dient te worden op (meer) coördinatie in regio en tussen regio's.
- Meer publieke regie in de regio - om tot meer overheidsregie op regionale samenwerking te komen wordt als beleidsoptie voorgesteld om voor elke regio een onafhankelijke bemiddelaar aan te wijzen (die besluitvorming rond de transformatie ondersteunt). Een bemiddelaar kan deze rol alleen vervullen als er een duidelijke probleemeigenaar is aangewezen. Behalve duidelijke bevoegdheden en rollen dienen er ook incentives te zijn om dit op te pakken (bijv voor zorgverzekeraars om hen te stimuleren in te kopen/aan te sluiten in de wijkverpleging en ambulante psychiatrie).

Thema Vernieuwing en werkplezier

In dit hoofdstuk passeren een aantal opties op hoofdlijnen de revue. Vraag is hoe deze beleidsopties verder kunnen worden uitgewerkt, waarbij allereerst moet worden nagegaan welke (combinatie van) beleidsopties reëel zijn en wat hier voor noodzakelijk is.

Over de onderstaande beleidsopties zoals uitgewerkt bij het thema Vernieuwing en werkplezier heeft het RIVM de volgende reflecties:

- Zorgprofessionals maken de zorg en zijn de sleutel tot verandering - deze beleids optie levert een belangrijke bijdrage. De uitdagingen van professionals bij het verlenen van zorg in de dagelijkse praktijk moeten daarom centraal staan bij het ontwerp van systemen en de opschaling van digitale leveringsvormen. Om ervoor te zorgen dat het gebruik van digitale toepassingen beklijven dient te worden ingezet op gedragswijzigingen, waarbij de opleidingen en nascholing van zorgverleners slechts één van de opties is.
Ook zijn maatregelen nodig om productieprikkel weg te nemen en de financiële prikkels ondersteunend te maken aan de transformatie. Het RIVM is voorstander van het vervangen van de term productieprikkel door de uitdrukking die aansluit bij wat nodig is namelijk 'prikkel die leiden tot onnodige zorg'.
- In deze optie wordt aangegeven dat Persoonsgerichte zorg vraagt om een brede opleiding waarin ook leefstijl en aandacht voor de sociale problematiek belangrijk zijn. Naast opleiding is het cruciaal dat het werk goed is georganiseerd en dat er tijd beschikbaar is om de zorg te kunnen leveren. Daarnaast dient te worden vermeden dat allerlei nieuwe professionals in de zorg geïntroduceerd worden. Voor de GLI is er de leefstijlcoach, voor de ketenaanpak de centrale zorgverlener, voor welzijn op recept de welzijnscoach etc. Al deze professionals moeten samenwerken met andere professionals (bv huisarts, buurtsportcoach, sociaal wijkteam) in de wijk. Ons inziens is het effectief om te investeren in de netwerken in de wijk en 'bestaande' professionals op te leiden met aandacht voor leefstijl, sociale problematiek e.a.
- Naar een goed onderbouwd basispakket - in deze optie wordt vermeld dat het gebruik van de database van het RIVM dient te worden gestimuleerd. Welke database wordt hier bedoeld? In samenspraak met ZIN werkt het RIVM graag mee aan het totstandkomen van een onderbouwd basispakket (door na te gaan in hoeverre erkende preventieve interventies een plaats kunnen krijgen in het basispakket). Dit is vergelijkbaar met de werkwijze zoals het RIVM momenteel uitvoert voor de Gecombineerde Leefstijlinterventie.