

ZONDER PRIKKELS GEEN VERNIEUWING

Bekostigingssystematiek belemmert innovaties in de zorg

Innovaties in de gezondheidszorg verlopen moeizaam door de manier waarop de kosten van de zorg in rekening worden gebracht. Door de bekostigingssystematiek anders te organiseren, wordt de weg naar meer efficiency geopend.

LUCY KOK
INGE GROOT
JAAP MALJERS

Momenteel werken er bijna een miljoen mensen in de zorg. Dat is 11 procent van de beroepsbevolking. De afgelopen jaren is het aantal mensen dat in de zorg werkt explosief gestegen; de verwachting is dat dit aantal zal doorgroeien naar 22 procent van de beroepsbevolking in 2020.^{1,2} Als er tenminste geen maatregelen worden genomen om de arbeidsproductiviteit te verhogen. Om redenen van betaalbaarheid maar ook heel praktisch omdat er niet genoeg mensen beschikbaar zijn om de vraag naar arbeid in te vullen, moet de arbeidsproductiviteit fors toenemen.

INNOVATIE

Om de arbeidsproductiviteit in de zorg te laten stijgen is innovatie nodig. Innovatief noemen wij alle veranderingen die gepaard gaan met een wijziging van

het productieproces. Daarbij denken we dus niet alleen aan medisch-technische innovaties of nieuwe geneesmiddelen maar ook aan bijvoorbeeld logistieke en organisatorische innovaties.

In de marktsector innoveren bedrijven omdat ze daarmee hun langetermijnpotentie kunnen handhaven. Zij kunnen dat doen door hun kosten te verlagen (door procesinnovatie). Daardoor kunnen zij bij een gegeven prijs een hogere marge realiseren of bij een lagere prijs meer omzet genereren. Ze kunnen het

tuuronderzoek gedaan en 150 professionals uit alle branches van de zorgsector geïnterviewd, van voorzitters van de Raad van Bestuur tot teamleiders op de werkvloer.⁵

BESTRAFT

De belangrijkste oorzaak voor het gebrek aan innovativiteit is de bekostigingssystematiek. Hierdoor hebben zorginstellingen geen voordeel van innovaties. Plastisch chirurg H.F. Aarts heeft hiervan in Medisch Contact een aantal

Wie geen geld krijgt voor kartonnen pakken zal de melk in flessen blijven produceren

ook doen door productinnovatie. Als zij een product bieden dat zich onderscheidt van het product van de concurrent, dan kunnen zij een hogere prijs vragen dan de concurrent of meer klanten trekken. Ook op die manier vergroten zij hun omzet en winst. Bedrijven hebben er dus belang bij zelf te innoveren, maar ook het snel overnemen van de innovaties van anderen is voor een bedrijf lucratief.

In de zorgsector werken deze mechanismen niet.³ Vooral organisatorische innovaties komen niet van de grond. Instellingen zijn nog hetzelfde georganiseerd als vijftig jaar geleden en ook de verzuiling tussen eerste en tweede lijn is al een halve eeuw oud.

Onderzoek naar de stijging van de arbeidsproductiviteit in de zorg wijst keer op keer uit dat die stijging er niet is.⁴ We hebben onderzocht waarom de sector niet innovatief is. We hebben daartoe litera-

treffende voorbeelden gegeven: 'Als we om de doelmatigheid te bevorderen en de kosten van de zorg te verminderen operaties gaan uitvoeren in dagopname die voorheen in opname plaatsvonden, volgt een lagere honorering voor hetzelfde werk als dank. Gaan we bepaalde verrichtingen poliklinisch uitvoeren in plaats van in dagopname (een enorme besparing in de kosten), dan krijgen we er zelfs helemaal niets meer voor (...). Doelmatig werken wordt bestraft in plaats van beloofd!'⁶

Dit soort voorbeelden kwamen we in alle branches tegen. De essentie van het probleem is dat de bekostigingssystematiek niet is gebaseerd op 'eindproducten' maar op 'halffabrikaten'. Het 'eindproduct' bijvoorbeeld van een chirurg is een geslaagde operatie, of, in andere woorden, de gezondheidswinst van de patiënt. Voor medisch specialisten en ziekenhuizen worden ech-

DE AFBEELDING IS HELAAS NIET
BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

ter 'eerste polikliniekbezoeken', 'opnames' en 'dagopnames' beloond. Als hetzelfde 'eindproduct' wordt geleverd met minder of goedkopere 'halffabrikaten', dus bijvoorbeeld een poliklinische ingreep in plaats van een dagopname, dan krijgt de chirurg minder geld terwijl de gezondheidswinst voor de patiënt hetzelfde is (en misschien zelfs groter). De chirurg wordt dus absoluut niet gestimuleerd om te innoveren, integendeel, innovaties worden afgestraft. In de marktsector zouden innovaties ook niet van de grond komen als producenten een prijs krijgen voor halffabrikaten in plaats van eindproducten. Stel bijvoorbeeld dat een producent van flessen melk een prijs krijgt voor de fles (bijvoorbeeld 40 cent) en een prijs voor een liter melk (bijvoorbeeld 60 cent). En stel dat hij op het idee komt om de melk in karton te verpakken in plaats van in een glazen fles. Hij kan daarmee 20 cent per liter besparen op productie- en transportkosten. Omdat de producent geen flessen meer produceert, zal hij alleen nog maar de melk vergoed krijgen: 60 cent per liter. Voor het kartonnen pak krijgt hij niets want daar bestaat geen prijs voor. De producent wordt in deze situatie gestraft voor de innovatie en zal melk in flessen blijven produceren. Als echter het eindproduct (een liter verpakte melk) wordt beloond, heeft de producent wel belang bij de innovatie: hij maakt dan een winst van 20 cent per liter, totdat de concurrenten de innovatie overnemen en de prijs van een liter verpakte melk omlaag gaat naar 80 cent. Dan plukt de consument de vruchten van de innovatie. In de periode dat de producent winst maakt kan hij reserves opbouwen waarmee hij weer nieuwe innovaties kan financieren.

ACHTER DE VOORDEUR

Het probleem van bekostiging op halffabrikaten speelt niet alleen in de ziekenhuissector, maar in de hele zorg. Het budget van instellingen in de thuiszorg bijvoorbeeld hangt af van het aantal 'uren achter de voordeur' dat geleverd is en niet van het 'eindproduct' (het verzorgen van de cliënt). Door innovaties kan hetzelfde 'eindproduct' worden geleverd met minder of andere 'halffabrikaten'. Voor de instelling is dit financieel nadelig. Een voorbeeld uit ons onderzoek is het leveren van thuiszorg door mensen thuis via een videocamera te helpen en te adviseren. Omdat er geen 'uren ach-

ter de voordeur' worden geleverd maar *screen to screen*-contact, kreeg de instelling hiervoor geen geld. Dit terwijl deze vorm van zorgverlening veel efficiënter is en voor de cliënten even doeltreffend kan zijn. Pas toen er weer een tarief was vastgesteld voor het nieuwe 'halffabri-kaat' *screen to screen* kreeg de instelling dit vergoed. Dit duurt vaak jaren. De bekostigingssystematiek werkt dan innovatiebelemmerend. In dit voorbeeld zijn de gevolgen maximaal nadelig voor de instelling omdat er slechts voor één halffabri-kaat een prijs bestaat, namelijk 'uren achter de voordeur'. Voor de gele-

verde zorg achter de voordeur bestaat geen prijs. Het is vergelijkbaar met het bovenstaande voorbeeld van de flessen melk, met dit verschil dat er alleen een prijs bestaat voor de fles en niet voor de melk. Een producent die de melk in kartonnen pakken levert, zal daar dus helemaal niets voor krijgen.

SCHOTTEN

Ook het bestaan van verschillende bekostigingssystematieken voor de verschillende branches in de zorg belemmert innovatie. De extramurale AWBZ (thuiszorg) kent een andere syste- >>

Soms is een patiënt met een poliklinische ingreep uiteindelijk even goed af als met een dagopname. In de bekostigingssystematiek telt echter niet het eindresultaat, maar de weg waarlangs dat werd bereikt.

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

<< matiek dan de intramurale AWBZ (verzorgingshuizen, verpleeghuizen en gehandicapteninstellingen). De ziekenhuizen en de huisartsen hebben weer een andere systematiek. Zelfs binnen de ziekenhuizen bestaan er schotten. De financiële belangen van medisch specia-

De invoering van DRG's (*diagnosis related groups*, vergelijkbaar met de DBC-systematiek) in Portugal heeft echter geleid tot hogere productiviteit.⁸

Ook bepleiten we een bekostigingssystematiek die losstaat van instellingen. Dat wil zeggen dat de betaling van

Waar zorgverleners sterker concurreren is sprake van meer innovatie

listen kunnen volledig haaks staan op de belangen van het ziekenhuis. Innovaties die besparingen opleveren voor de ene groep zorgverleners maar extra kosten voor een andere groep, komen daardoor vaak niet van de grond, ook niet als de innovatie per saldo een besparing oplevert voor de cliënt en de zorgsector als geheel.

Een tweede probleem in de zorg is dat instellingen en zorgverleners maar heel beperkt met elkaar concurreren om de gunst van de klant. Voor veel instellingen is het budget al aan het begin van het jaar bekend. In de AWBZ-gefinancierde branches wordt het budget vastgesteld in onderhandeling met het zorgkantoor. Instellingen zijn daardoor vooral georiënteerd op het zorgkantoor en minder op de klant. Tegenover de klant zijn zij weinig transparant over hun prestaties. In de marktsector is de strijd om de gunst van de klant een sterke stimulans voor innovatie. In de zorg ontbreekt deze stimulans. In landen waar zorgverleners sterker concurreren om de gunst van de cliënt is er sprake van meer innovatie.⁷

PORTUGAL

De oplossingen liggen voor de hand, maar zijn niet eenvoudig te verwezenlijken. De belangrijkste verandering die zou moeten worden doorgevoerd, is het baseren van de bekostigingssystematiek op 'eindproducten' in plaats van op 'halffabrikaten'. In de ziekenhuissector zijn DBC's een stap in de goede richting omdat deze beter aansluiten op het doel van de zorg: gezondheidsverbetering. In de praktijk roepen de DBC's weer allerlei nieuwe problemen op.⁶

DE AFBEELDING IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

een DBC los moet staan van wie die DBC uitvoert. Dat zou een systematiek mogelijk maken waarbij bijvoorbeeld een ziekenhuis hoofdaannemer is voor een bepaalde DBC, en daarvoor onderaannemers, zoals een huisarts of een verpleeghuis, inhurt. Of waarbij juist de huisarts hoofdaannemer is, al naar gelang de aard en de rol van de zorgverlener in de gezondheidswinst die wordt beoogd. In Medisch Contact is al eerder voor een dergelijke systematiek gepleit, ook omdat dit de regie teruglegt bij de zorgaanbieder in plaats van bij de verzekeraar.⁹ De bekostigingssystematiek zou verder meer ruimte moeten bieden om reserves op te bouwen, zodat instellingen zelf innovaties kunnen financieren en daarvoor niet afhankelijk zijn van subsidies (die vaak sterk vertragend werken).

BETER PRESTEREN

Om concurrentie te stimuleren stellen we voor de instellingsbudgettering af te schaffen. Instellingen weten dan niet al aan het begin van het jaar hoeveel budget ze krijgen. Dit noodzaakt de AWBZ-instellingen zich te oriënteren op de klant in plaats van op het zorgkantoor. Concurrentie kan verder worden gestimuleerd door benchmarking. Transparantie over de kwaliteit zet zorgaanbieders onder druk om beter te presteren. Een openbare benchmark van kwaliteitsindicatoren die voor consumenten interessant zijn, zal de concurrentie tussen zorgaanbieders versterken. Een dergelijke benchmark dient wel van goede kwaliteit te zijn. Kwaliteitsindicatoren dienen bijvoorbeeld gecorrigeerd

SAMENVATTING

- *Innovaties in de zorg zijn nodig om de arbeidsproductiviteit te verhogen zodat in de toekomst aan de toenemende vraag naar zorg kan worden voldaan.*
- *Door de huidige bekostigingssystematiek in de zorg hebben zorginstellingen vaak geen voordeel van innovaties. Ook het gebrek aan concurrentie in de zorg belemmert innovatie.*
- *Door de bekostigingssystematiek te veranderen en de concurrentie te vergroten kan de overheid de innovatieve kracht van de zorg en daarmee de arbeidsproductiviteit verhogen.*

te zijn voor het verschil in patiëntenpopulatie van zorgaanbieders. Anders kan het effect averechts zijn. Ook interne benchmarks, die niet bedoeld zijn voor het publiek, kunnen de concurrentie versterken. Managers in de zorg en zorgverleners willen niet graag onderdoen voor hun collega's. Verder kan concurrentie worden gestimuleerd door een sterke vermindering van de regelgeving in de zorg. Als de bekostigingssystematiek goed is, zijn er ook veel minder regels nodig. Door zorgverleners meer vrijheid te geven hebben zij meer ruimte om te innoveren. De arbeidsproductiviteit zal daardoor toenemen, zodat we 2020 met een gerust hart tegemoet kunnen zien. ■

drs. L.M. Kok,
hoofd cluster Zorg en Zekerheid, SEO Economisch Onderzoek

drs. I. Groot,
senioronderzoeker, SEO Economisch Onderzoek

drs. J.F. Maljers,
directeur Plexus Medical Group

Correspondentieadres: l.kok@seo.nl

De literatuurlijst vindt u via
www.medischcontact.nl/dezeweek.

