



Toekomstagenda voor de zorg

De curatieve zorg staat aan de vooravond van een omvangrijke innovatieslag en saneringsoperatie gericht op beter onderhoud en een betere benutting van menselijk talent. Meer inzicht in de kwaliteit en de kosten van de geleverde zorg zullen zorgaanbieders stimuleren zich te specialiseren en taken te herschikken.

De zorgsector speelt een centrale rol bij de belangrijkste uitdaging waarvoor ons land staat: hoe genereert onze vergrijzende economie voldoende menselijk talent, ondernemerschap en innovatie – de belangrijkste determinanten van welzijn, economische groei en concurrentiekracht in een dynamische kenniseconomie? Tezamen met de onderwijssector, produceert en onderhoudt de zorgsector het belangrijkste kapitaal van onze kennis- en diensteneconomie, namelijk menselijk kapitaal oftewel de talenten van mensen. De zorgsector dient ook de sociale cohesie. De kwaliteit van de samenleving kan worden afgemeten aan de kwaliteit van de zorg die verleend wordt aan sociaal zwakkeren en chronisch zieken. Voorkomen moet worden dat sociaal zwakkeren de dupe worden als de koopkrachtige vraag van babyboomers met goede pensioenvoorzieningen stuit op een beperkt aanbod

van arbeid en ondernemerschap. De beperkte capaciteit wordt dan vooral opgeëist door degenen die het zich financieel kunnen veroorloven.

Deze bijdrage bespreekt de belangrijkste uitdagingen voor met name de curatieve zorg nu de overheid steeds meer gereguleerde concurrentie introduceert in de gezondheidszorg.

Betere kwaliteitsmeting

Betere informatie over de kwaliteit van de dienstverlening en prestaties van verschillende zorgaanbieders is absoluut essentieel bij het op 'n lijn krijgen van de belangen van de zorgaanbieders met die van de patiënt. Meer transparantie over de resultaten van zorg resulteert in minder medische fouten. Het zorgt ervoor dat verzekeraars en zorgaanbieders concurreren op prijs en kwaliteit en stelt op die manier zeker dat concurrentie tot een kwaliteitsimpuls leidt. Bovendien kunnen verzekeraars zich op basis van goede informatie over de zorgkwaliteit beter onderscheiden op het gebied van zorginkoop, bijvoorbeeld door slecht presterende zorgaanbieders niet langer (of minder) te contracteren. Informatie over kwaliteit van de zorgaanbieders moet op een gestandaardiseerde manier worden verzameld. Het kabinet heeft met zorgaanbieders afge-

LANS BOVENBERG
Hoogleraar Economie
Universiteit van Tilburg en
wetenschappelijk directeur
van Netspar

sproken dat in 2011 voor tachtig belangrijke aandoeningen betrouwbare informatie over de geleverde ziekenhuiszorg beschikbaar moet zijn. Daarbij gaat het niet alleen om medisch-technische kwaliteit van de behandeling (bijvoorbeeld in termen van de kans op medische complicaties) maar ook om indicatoren van klanttevredenheid.

Kostentoe rekening

Naast een beter inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg is ook transparante informatie over de kosten van behandelingen van groot belang. Prijzen voor geleverde zorg moeten informatief zijn door een juiste berekening van de reële, integrale kostprijs. Als prijzen niet goed aansluiten bij de daadwerkelijke kosten is concurrentie riskant: zorgaanbieders gaan zich niet richten op activiteiten die weinig kosten en veel waarde toevoegen voor de cliënt maar op die activiteiten die bij de voorgeschreven tarieven profijtelijk zijn. Vandaar ook het grote belang van integrale prijzen voor Diagnose-Behandeling-Combinaties (DBC's) waarin alle kosten van behandelingen zijn meegenomen. DBC's zullen in de komende jaren verder worden gestroomlijnd en geclusterd worden in zogenaamde keten DBC's die de afstemming en logistiek tussen verschillende spelers binnen een geïntegreerd behandeltraject verbeteren.

In dit verband is het gedeeltelijk liberaliseren van de markt voor zorgaanbod niet zonder gevaar. Aanbieders kunnen de kosten en risico's van geliberaliseerde markten namelijk afwentelen op de niet-geliberaliseerde markt; opbrengsten in de niet-geliberaliseerde markt die hoger liggen dan de feitelijke kosten kunnen worden misbruikt om kruissubsidies te verstrekken op de geliberaliseerde markt. Op die manier verstoren de niet-geliberaliseerde marktsegmenten de markten die wel zijn vrijgegeven. Dit is een belangrijk argument om het vrije deel van de zorgmarkt snel te vergroten. In 2008 zal over twintig procent van de behandelingen vrije prijsafspraken worden gemaakt tussen zorgaanbieders en verzekeraars. Een jaar later komt er voor nog eens vijftig procent van de zorg ruimte voor prijsafspraken met een instellingsspecifiek prijsplafond. Bij positieve ervaringen met deze maatstafconcurrentie wordt deze zo snel mogelijk omgezet in volledig vrije prijsvorming (zie ministerie van VWS, 2007).

Risicodragende zorgaanbieders

Een grotere mate van risicodragendheid van zorgaanbieders kan het inzicht in de kosten van behandelingen vergroten. Zorgaanbieders moeten dan immers zelf opdraaien voor de kosten en krijgen daarmee een grotere prikkel om zicht te krijgen op hun kostenstructuur om zo hun kosten te kunnen beheersen. Inkomsten uit omzet in plaats van beleidsregels

Door meer ruimte voor ondernemerschap kunnen zorgverleners beter inspelen op de behoeften van de patiënt en kunnen ze het potentieel van moderne technologie beter benutten

zullen het aanvaardbare kostenniveau bepalen. Vanaf 1 januari 2009 zijn zorginstellingen zelf verantwoordelijk voor investeringen in gebouwen en apparatuur (zie ministerie van VWS, 2007). Tegelijkertijd worden instellingen risicodragend op deze investeringen omdat de nacalculatie vervalt. Kapitaallasten gaan daarmee deel uitmaken van de tarieven die zorginstellingen in rekening brengen voor de geleverde zorg. Dit alles resulteert in integrale kostprijzen met grotere prikkels voor risicodragende zorgaanbieders om efficiënt om te gaan met kapitaal.

Meer beleidsvrijheid en arbeidsvreugde voor zorgaanbieders

Door zorginstellingen zelf als maatschappelijke ondernemingen risico te laten lopen kan de overheid centrale bureaucratische regelgeving afschaffen zodat zorgaanbieders meer beleidsvrijheid genieten. De administratieve lasten voor zorginstellingen kunnen omlaag. Door meer ruimte voor ondernemerschap kunnen zorgverleners beter inspelen op de behoeften van de patiënt en kunnen ze het potentieel van moderne technologie beter benutten.

Zo krijgen ondernemende professionals de ruimte om de klant koning te maken en vanonder af organisatorische vernieuwingen door te voeren. Professionals op de werkvloer kunnen zo weer ruimte terugwinnen op bureaucraten. Daardoor neemt ook de arbeidsvreugde en beroepstrots van zorgverleners toe. Mensen die hun talenten en creativiteit kunnen inzetten om maatschappelijke waarde toe te voegen (zonder bekeld te raken door allerlei bureaucratie) werken met meer plezier. Dat geldt zeker voor zorgprofessionals omdat zij vaak mede uit idealistische overwegingen voor de zorg hebben gekozen. Meer arbeidsvreugde houdt mensen gezond, bestrijdt vroegtijdige uitval, en versterkt de positie van de zorgsector op de arbeidsmarkt (zie Van den Brink, Jansen en Pessers, 2005).

Slechten van toetredingsbarrières

Barrières voor nieuwe toetreders kunnen ook worden geslecht als zorgaanbieders zelf de risico's van overcapaciteit dragen. De markt voor het zorgaanbod wordt zo betwistbaar. Bovendien kunnen bestaande zorgaanbieders nieuwe toetreders niet langer oneerlijke concurrentie aandoen omdat alle kosten (inclusief kapitaallasten en zonder kruissubsidies) deel uitmaken van integrale tarieven. Concurrentie van *outsiders* kan zo de bestaande zorginstellingen uitdagen om te innoveren, de klant centraal te stellen, en doelmatig te opereren. Kleinschalige zelfstandige behandelcentra die zich specialiseren in het behandelen van bepaalde aandoeningen zijn ook zelf vaak de bron van innovaties omdat ze snel expertise opbouwen. Gespecialiseerde, kleinschalige instellingen bestrijden verder sluipende bureaucratiesering in zorgconglomeraten.

De zorgsector kan in dit verband leren van andere sectoren waar instellingen zich specialiseren in hun kerntaken en andere taken uitbesteden, innoveren in samenwerking met andere instellingen in steeds wisselende allianties en netwerken, en waarin professionals als ondernemers voortdurend nadenken hoe men meer waarde kan creëren voor de klant. Net als aanbieders in andere concurrerende markten zal elke zorgaanbieder zich strategisch moeten positioneren op het specifieke terrein waar men waarde kan leveren ten opzichte van andere aanbieders. Andere taken kunnen worden afgesplitst en uitbesteed.

Sanering en heroriëntatie

De vele ondoelmatigheden binnen het centraal geleide stelsel van zorgaanbod bieden een aanzienlijk potentieel voor winst in doelmatigheid. De daarmee gepaard gaande reorganisatie en sanering van overcapaciteit zal niet zonder slag of stoot plaatsvinden. Nieuwe initiatieven en toetreders betekenen ook dat andere, ondoelmatige activiteiten moeten worden gestaakt: toetreding gaat samen met uittreding, innovatie resulteert in *creative destruction*, en een marktgerichte organisatie vereist voortdurende aanpassing en herallocatie van taken aan veranderende technologie en wensen van klanten. Zo zal het management in

veel zorginstellingen moeten worden aangevuld met professionele ondernemers met een financieel-economische expertise. Verder zullen ziekenhuizen zich gaan specialiseren en zullen sommige grootschalige zorgconglomeraten (zoals ziekenhuizen) worden opgesplitst in gespecialiseerde klinieken waarin medische specialisten zelf aan het roer staan, vaak met steun van ondernemende partners (zie Slik, 2007). Medici zijn meestal de dragers van innovatie in de zorg. Hun expertise en motivatie geeft ze vaak het beste zicht op mogelijke verbeteringen in de kwaliteit van de dienstverlening. Een grotere prikkel voor het verhogen van de arbeidsproductiviteit vraagt om het geleidelijk afbouwen van allerlei vangnetten (zoals nacalculatie) die dynamiek en innovatie in de weg staan.

Het idee dat elk ziekenhuis een maximum aantal specialismen moet omvatten is niet meer van deze tijd. De ontwikkelingen in de medische technologie maken uitbesteding van taken en beperking tot specialismen beter mogelijk. Patiënten zijn niet zelden beter af als ze moeten reizen voor een goede behandeling in plaats van dat ze dicht bij huis met een grotere kans op medische fouten worden geholpen. Zelfs voor acute zorg kan soms gelden dat men beter in een ambulance (tegenwoordig een mini ziekenhuis) kan worden gestabiliseerd tot men een goede behandeling krijgt van een gespecialiseerde zorgverlener dan dat men snel in het eerste het beste ziekenhuis wordt geholpen. Ook de beschikbaarheidsfunctie van de eerste hulp kan in veel gebieden doelmatiger worden vormgegeven door deze functie zorgvuldig te omschrijven en deze vervolgens aan te besteden.

Tevens zal de eerste lijnzorg van aard veranderen omdat de mogelijkheden voor preventie en vroegdiagnostiek snel toenemen door technologische ontwikkelingen. Steeds meer preventieve interventies kennen een gunstige verhouding tussen de kosten en de te behalen gezondheidswinst. Daarbij past een sterke eerste lijnhulp om wildgroei van gezondheidstests te voorkomen. De huisarts wordt een gezondheidscoach die dankzij betere diagnostiek zodig snel en doelmatig kan doorverwijzen en die chronisch zieken kan coachen bij het managen van hun beperkingen. Het gaat dus om het vinden van een nieuwe balans tussen zelfzorg en professionele hulp.

Meer eigen verantwoordelijkheid, ook voor de patiënt

Door de opkomst van internet en preventieve interventies kunnen burgers zelf meer eigen verantwoordelijkheid (en regie) nemen voor hun eigen gezondheid: het belangrijkste onderdeel van hun menselijk kapitaal; elke burger kan daarbij eigenaar worden van een eigen elektronisch cliëntendossier dat diagnoses en verrichtingen registreert. Daarbij komt dat het ziektebeeld steeds meer bepaald wordt door chronische aandoeningen in plaats van door incidentele kwalen waar de patiënt verder weinig aan kan doen en die via een korte behandeling te verhelpen zijn (zie Beerenschot en Van der Geest, 2005).

Medische vooruitgang maakt chronische aandoeningen beter behandelbaar zodat (vaak oudere) mensen actief kunnen blijven in het maatschappelijke leven; chronische ziekten komen meer voor maar zijn minder verlamdend. Bij veel chronische aandoeningen zijn blijvende, geïntegreerde behandeling geboden. Daarbij speelt de patiënt zelf een sleutelrol bij het aanpassen van leefstijl, het voorkomen van complicaties door therapietrouw, alsmede het gebruik van de juiste voorgeschreven medicatie. De burger wordt steeds meer de beheerder en coproducteur van het eigen menselijk kapitaal. Voor veel oudere burgers gaat het om het zelfstandig leren managen van een actief leven met de gebreken van chronische aandoeningen (*disease management*).

Burgers zullen zich bij een keuze van een verzekeraar niet alleen moeten laten leiden door de premiestelling maar ook door wat een verzekeraar te bieden heeft op het gebied van preventie en klantvriendelijke behandelingen. Want ook verzekeraars kunnen burgers helpen om hun gezondheid beter te koesteren. Betalingen door de zorgconsument waar tegenover de verzekeraar een premiekorting kan geven, kunnen consumenten helpen om meer eigen verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen gezondheid. Verzekeraars kunnen dit instrument benutten om burgers aan te zetten tot preventie als de overheid deze gedifferentieerde zorgpolissen toestaat.

Nieuwe collectiviteiten

Steeds meer individuen besteden hun individuele keuzevrijheid voor een verzekeraar uit aan een collectiviteit. Dat hoeft geen slechte ontwikkeling te zijn. Concurrentie tussen verzekeraars op het niveau van collectiviteiten beperkt de transactiekosten (waaronder bijvoorbeeld de marketing kosten). Verder kunnen verzekeraars in collectieve contracten met werkgevers afspraken maken over preventie en gezondheidsmanagement (bijvoorbeeld door vroegdiagnostiek) nu werkgevers mede door hervormingen in de sociale zekerheid (denk aan verantwoordelijkheid voor verzuim) een grotere prikkel hebben om het menselijk kapitaal van hun werknemers te koesteren.

Door zich aan te sluiten bij collectiviteiten, versterken consumenten bovendien hun machtspositie ten opzichte van de verzekeraars. Dit vergroot de concurrentiedruk op verzekeraars en daarmee ook op zorgaanbieders. Patiëntenverenigingen kunnen verzekeraars helpen bij het legitimeren van selectief inkoopbeleid door het ontwikkelen van zorgstandaarden. Deze zorgstandaarden kunnen de markt voor zorg transparanter maken. Verder kunnen patiëntenverenigingen burgers bijstaan bij het verantwoord kiezen van verzekeraars en zorgverleners, mede op basis van de kwaliteit van de geleverde zorg. Want het nemen van meer eigen verantwoordelijkheid op het terrein van gezondheid gaat niet vanzelf.

Risicodragende verzekeraars

Verzekeraars zullen ook meer druk uitoefenen op zorgaanbieders als verzekeraars voor een groter deel van hun kosten risicodragend worden. Door op verschillende deelterreinen verschillende snelheden te volgen voor de mate van risicodragendheid van verzekeraars dreigt afwenteling van de kosten van de risicodragende activiteiten op de andere activiteiten. Dit vergroot het belang van het perfectioneren van het risicovereveningssysteem op basis van ex-ante informatie zodat het verevenen van risico's niet neerkomt op het nacalculeren van risico's. Zo kunnen sterke prikkels gericht op doelmatige zorg, preventie en disease management worden verzoend met het voorkomen van selectie waarbij verzekeraars zich richten op het aantrekken van goede gezondheidsrisico's.

Commerciële initiatieven

De andere kant van grotere beleidsvrijheid voor zorgaanbieders en een grotere prikkel voor innovatie is een grotere mate van risicodragendheid voor aanbieders met minder publieke vangnetten. Als private aanbieders zelf meer beslissingen mogen nemen, zullen deze ook de verantwoordelijkheid moeten nemen voor de financiële gevolgen. Private partijen in plaats van de overheid worden zo de residuele risicodragers (d.w.z. eigenaar) in de zorg. Deze partijen zijn in een betere positie dan de overheid om kosten te beheersen en kwaliteit te verbeteren door innovatie.



Een grotere mate van risicodragend vereist ook dat private zorgaanbieders risicodragend kapitaal moeten kunnen aantrekken. Degenen die dit kapitaal ter beschikking stellen, moeten daarvoor een marktconforme beloning kunnen ontvangen. Winst is niet vies zodra en voor zover ook de patiënt beter wordt van het maatschappelijke ondernemerschap. Het gaat om het vinden van win-winsituaties waarvan alle partijen beter worden: de patiënt (door betere zorg), de professional (door meer arbeidsvreugde), en de samenleving (door lagere zorgkosten en meer arbeidspotentieel). Op dit moment wordt winst verhoud als salaris voor managers en specialisten in de zorg, als opbrengsten voor zelfstandige ondernemers (denk aan apothekers), als betalingen aan de farmaceutische industrie en andere toeleveranciers, en als overcapaciteit. Ook in niet-commerciële instellingen spelen de belangen van medisch personeel een belangrijke rol; niet-commerciële instellingen zijn niet moreel superieur aan commerciële instellingen. Succesvol ondernemerschap en het lenigen van maatschappelijke noden kunnen goed samen gaan. Private kapitaalverschaffers en private eigenaars van zorginstellingen kunnen zorgaanbieders scherp houden door een externe focus op de wensen van de klant. De overheid en verzekeraars krijgen op deze manier een medestander in het bevorderen van een externe focus in de zorgsector gericht op doelmatige zorg voor de zorgbehoevende cliënt. Bovendien stroomt er zo meer privaat geld naar de zorgsector. Innovatie, mede op basis van privaat kapitaal, is hard nodig om bij te dragen aan investeringen in menselijk kapitaal alsmede om de kosten van de zorg in de hand te houden in een krappe arbeidsmarkt. Gebeurt dit laatste niet via innovatie (en de daarmee verbonden kwaliteitsverbetering) dan moet de overheid terugvallen op rantsoenering en het uitdunnen van het collectieve pakket. Wie de condities voor innovatie niet wenst te creëren vanuit een vooringenomen vrees dat winstuitdeling op gespannen voet staat met solidariteit, doet de patiënten tekort. Juist de combinatie van commerciële en niet-commerciële instellingen kan voorkomen dat de niet-commerciële instellingen weinig efficiënt werken en de commerciële instellingen de belangen van de klant onvoldoende in het oog houden. Uiteindelijk is niet de eigendomstructuur maar concurrentie (inclusief vrije toetreding) belangrijker.

Transitie

Voorzichtigheid bij het toelaten van commerciële initiatieven is echter wel geboden. Zonder goede informatie over zorgprestaties kan een sterke prikkel voor kostenbesparing de kwaliteit van de verleende zorg onder druk zetten. Verder moeten de huidige

Goede zorgkwaliteit zonder veel schaarse middelen op te eisen dient zowel de kwaliteit als de kwantiteit van het aanbod van menselijk kapitaal in de rest van de economie

fende medische beroepsgroep zal een belangrijke rol spelen bij het vaststellen van standaarden die ruimere medische indicaties moeten voorkomen. Maar ook de verzekeraars en patiëntenverenigingen zullen hier een belangrijke rol moeten spelen, bijvoorbeeld door indicaties te vergelijken tussen zorgaanbieders. De vergrijzing is een belangrijke stimulans voor scholen, gezinnen, werkgevers en verzekeraars om samen met de zorgsector de talenten en de gezondheid van mensen te koesteren. Een krappere arbeidsmarkt geeft bijvoorbeeld werkgevers een groter direct belang bij preventie, vroegtijdige onderkenning, diagnose en behandeling van gezondheidsproblemen van hun werknemers. Uitval en ziekteverzuim van de schaarse factor arbeid worden zo beperkt. Deze voorzorg voorkomt een krappe arbeidsmarkt en de daarmee gepaard gaande hoge loonkosten waarvan de sociaal zwakkeren als eerste de dupe zullen worden. Innovatie in de zorg gericht op het leveren van betere kwaliteit tegen lagere kosten dient de welvaart in brede zin. De zorg onderhoudt en produceert zo menselijk kapitaal zonder zelf een excessief beroep te doen op het beschikbare menselijke talent in de economie. Goede zorgkwaliteit zonder veel schaarse middelen op te eisen dient zowel de kwaliteit als de kwantiteit van het aanbod van menselijk kapitaal in de rest van de economie. De zorg is een quasi-collectief goed. Om de zorg voor een ieder toegankelijk te houden, compenseert de overheid immers de lagere inkomens voor hogere zorgkosten. Dit belast de overheidsfinanciën en versterkt de armoedeval. Een hogere arbeidsproductiviteit door meer innovatie in de zorgsector verzoent solidariteit met solide overheidsfinanciën en een goed functionerende arbeidsmarkt die de talenten van de mensen benut.

zorgaanbieders een faire kans krijgen om zich om te kunnen vormen tot zorgondernemers. Het lijkt daarom wijs te beginnen met een beperkt aantal experimenten die zo worden opgezet dat ze zorgvuldig kunnen worden geëvalueerd. Naarmate kwaliteit van bepaalde zorgactiviteiten beter kan worden gemeten, kunnen instellingen met commercieel winstoogmerk eerder worden toegestaan.

Tot slot

De zorgsector staat de komende jaren voor belangrijke uitdagingen. Nu het verzekeringsstelsel is hervormd, staat de zorgsector aan de vooravond van een omvangrijke innovatieslag en saneringsoperatie gericht op een hogere arbeidsproductiviteit. En als de arbeidsproductiviteit stijgt, zal moeten worden voorkomen dat medici meer behandelingen gaan voorschrijven om sanering in het activiteitsniveau te voorkomen. De betref-

LITERATUUR

- Berenschot, L. en L. van der Geest (2005) *Van patiënt tot partner*. Breukelen: NYFER.
- Brink, van den G., T. Jansen en D. Pessers (2005) *Renaissance beroepseer noodzakelijk*. *Christen Democratische Verkenningen*, (Zomer, 2005), 16-33.
- Ministerie van VWS (2007) *Waardering voor betere zorg*. Brief minister van VWS aan Tweede Kamer, 13 juni 2007.
- Slik, A. (2007) *Elk ziekenhuis moet specialiseren*. *Het Financieel Dagblad*, 27 juli 2007.